

Kvantesprang i kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia?

AV KJELD MALDE

Tredve prosent lønnsøkning over tre år!!

I april 2003 har de britiske allmennlegene stemt over et forslag til ny kontrakt med National Health Service (NHS) og derved det britiske helsedepartementet. Gulroten i forslaget er en formidabel økning i beløpet som går til primærhelsetjenesten bl a med 30 prosent lønnsøkning for legene. I motytelse skal allmennlegene dokumentere at de yter tjenester med forbedret kvalitet. Et overveldende flertall stemte ja til forslaget.

Bakgrunnen for forslaget er et økende problem med rekruttering til primærhelsetjenesten og også et problem med å beholde allmennlegene som allerede er i arbeid. Som i Norge og andre land har ikke minst vaktarbeidet vært mer og mer belastende. I Storbritannia har de kontrakter som til nå er inngått mellom legene og helseadministrasjonen omfattet en forpliktelse til å yte service overfor listepasientene 24 timer i døgnet alle dager i året. Det har noen steder blitt innført ordninger med legevakter slik vi har, men avtalene har dog understreket det totale døgnansvaret. Et særtrekk ved det britiske systemet er også at det ikke er egenbetaling fra pasientene. Egenbetaling blir av legene sett på som skattlegging av folket og skatter får finansministeren hente inn. Men det fører kanskje med seg økt legesøkning?

I det nye systemet vil ikke lenger pasientene stå på en leges liste, men stå på fellesliste i praksisen, dog slik at man hvis ønskelig kan insistere på å se den samme doktoren ved hvert legebesøk. Man ønsker en helhetlig holistisk tankegang i opplegget. Listene i Storbritannia har nok vært større enn i Norge. Nå vil man ha en liste på 1800 innbyggere som normalliste.

I oppbyggingen av nye avtaler er innholdet legene skal bidra med tredelt. Alle skal yte en grunnleggende helse-tjeneste (essential services) som er nærmere definert ved at man skal ta seg av dem som er syke eller tror seg syke og i tillegg spesielt yte helsehjelp til terminalt syke og ikke minst til de kronisk syke. For denne tjenesten vil man få en grunnsum (global sum) som er fastlagt etter et knippe krite-

rier som professor Carr-Hill ved York Universitet har utarbeidet, derfor kalt «the Carr-Hill formula». Her tar man inn listelengde og sammensetning samt hvor praksisen ligger. Det tas hensyn til avsidessliggende områder så vel som «inner city»- problemer i storbyene. Målet er bedre rekruttering til praksiser som kan være vanskelig å fylle.

Utover dette kan kan praksisen gi tilleggsytelser (additional services) som vil gi økt inntekt. For oss i Norge vil noen av disse være en naturlig del av vår praksis, andre vil være utenfor en norsk allmennpraksis. Først og fremst kan legene velge å stå utenfor vaktordningene. Men avtalen innebærer likevel plikt til å holde åpent 45 timer i uken og vaktordningen er mellom 18.30 og 08.00 hverdager, hele helgen og på helligdager. Siden grunnsummen inkluderer vaktene, vil de som velger å stå utenfor vaktordninger få fratrekk i basistilskuddet.

Ekstra tilbud i praksisene vil være vaksinerings, mor/barn helsetjeneste, cervix-cytologi og prevensjonsveiledning samt småkirurgi. Disse tjenestene vil hver for seg gi ekstra inntekt til praksisene.

Det tredje nivået av tjenester, såkalt utvidet tjeneste (enhanced services) kan innebære ytterligere kirurgiske tilbud, eller andre ytelser som enkeltleger har spesiell interesse for. Det kan være lokale tilbud og noen steder med lang vei til spesialist og sykehus vil man måtte yte mer spesi-



Kjeld Malde

leder av Kvalitetssikringsfond 1 og medlem i Kvalitetsforbedringsutvalget i DNLF. Tidligere medlem av Fagutvalget og styret i APLF. Har vært aktiv i Legevaksaker og skrev med Odd Kvamme heftet «Legevakt» for APLF. Leder av Aust-Agder Lægeforening i 6 år. Leder i spesialistkomiteen for allmennmedisin

serte tjenester enn i andre mer urbane strøk. Man vil også premiere ytelser som fører til at tjenester overføres fra andrelinjetjenesten til primærhelstjenesten.

Vaktarbeidet og ytelser overfor pasientene i de praksisene som kun yter de grunnleggende tjenestene skal organiseres gjennom de lokale Primary Care Organisations (PCO) som er avtalepartner overfor legepraksisene. Disse kan inngå avtaler med andre tjenestebydere eller selv opprette stillinger som dekker opp vaktene og de ekstra og utvidete tjenestene som noen praksiser ikke yter overfor sine listepasienter.

Kvalitetsøkning

Man har villet innføre evidence based medicine (EBM) så langt det har vært mulig. De økte utbetalingene til praksisene er avhengig av dokumentert bedring i kvaliteten på tjenestene. Dette går over fire områder. Først og fremst det kliniske hvor man har laget 76 kvalitetsindikatorer, men også hvordan praksisen er organisert er det 56 indikatorer. Dessuten dekkes fire av områdene innen ekstratilbudene (cervix-screening, mor og barn helse og prevensjonsveiledning) med ti indikatorer og til slutt, men kanskje ikke minst, må man foreta undersøkelser hos pasientene om hvordan de føler servicen har vært, med fire indikatorer. Til bruk for det siste området er det utarbeidet to validerte skjemaer som skal brukes. Improving Patient Questionnaire fra Exeter universitet og General Practice Assessment Questionnaire fra National Primary Care Research and Development Centre i Manchester.

Forslaget innebærer et kvantesprang i kvalitetsforbedrings tiltak innen primærhelsetjenesten. Man peker ut ti kroniske tilstander og setter opp indikatorer og standarder innen disse. Her har man satt opp strukturindikatorer (finnes et register for sykdommen?), prosessindikatorer (er indikatoren målt og er nødvendig intervensjon gjort) og resultatindikatorer (er behandlingsmålet oppnådd?). Områdene er hjertesykdom, slag og TIA, hypertensjon, hypothyreose, diabetes, mental helse, kronisk obstruktiv lungesykdom, astma, epilepsi og kreft. Først skal praksisene dokumentere at de har oversikt over pasientene med disse lidelsene. Deretter settes det opp kliniske kriterier som skal oppfylles i minimum 25 prosent av tilfellene, men opp til varierende mål fra 50 til 90 prosent av pasientene.

Alle indikatorene skal ikke implementeres umiddelbart. Men det er klart ønsket at man skal innføre disse så fort som mulig. De ulike indikatorer gir en viss poengsum og hvert poeng vil gi ekstra inntekt til praksisen. Hver praksis skal sette opp et mål for sitt kvalitetsforbedringsarbeide og man vil få en del av summen utbetalt i begynnelsen av året

og resten utbetalt etter hva man har oppnådd i løpet av året.

Det er forsøkt å lage indikatorer som man likevel bør eller skal registrere i sitt journalsystem. Alt dette er avhengig av datamaskiner i praksisen, og det er gjennom en såkalt Gross Investment Guarantee lagt opp til en storstilet satsing ikke bare på datautstyr, men også lokaliteter. Dette datautstyret skal PCO betale og vedlikeholde. Uten økt satsing på data innen praksisene er systemet ikke mulig å gjennomføre.

Man har villet vektlegge en forbedret balanse mellom arbeid og fritid for allmennlegene. Videre ønsker en å øke muligheten for bedre drift av praksisene. Det er vanlig i Storbritannia at man har egen Practice Manager som en slags kontorsjef i legepraksisen. Det er ofte en eldre kollega, men kan også være en yngre kollega som ønsker dette som sitt fagfelt. Det er også lagt inn incentiver for å bedre arbeidsforholdene for hjelpepersonellet, og det er ønskelig å engasjere sykepleiere og annet kvalifisert personell i omsorgen for pasienter med kroniske sykdommer. Mye av tankegangen er vel preget av LEON-prinsippet, lavest effektiv omsorgsnivå.

Enkelte indikatorer på kvalitet

Alle de kroniske sykdommene har som strukturindikator at det finnes et register over pasientene som har sykdommen. Ved hjertesykdom gis det høyest poengsum hvis praksisen kan vise til at 70 prosent av pasientene har et blodtrykk på 150/90 eller mindre. Det gir 19 poeng mens man får 7 poeng for å ha notert blodtrykket innen siste 15 måneder på 90 prosent av hertepasientene. Hvis 70 prosent av pasientene med hjertesykdom og venstre ventrikel dysfunksjon er satt på ACE-hemmer eller A2 antagonist skårer man 10 poeng. Innenfor hypertensjon skårer man 10 poeng ved å kunne dokumentere at røkere er tilbudt røkesluttråd, og 10 poeng hvis man har journalført røkestatus.

I diabetesomsorgen får man 16 poeng hvis 50 prosent av pasientenes sist målte HbA1c verdi er under 7,4. Hvis 85 prosent av pasienten med diabetes har en siste måling under 10 får man 11 poeng. I god sammenheng med retningslinjer er det 17 poeng å få for at 55 prosent av diabetespasientene har et blodtrykk på 145/85 eller lavere.

Man vil premiere god praksis og innen KOLS-omsorgen ønsker man å gi poeng for å registrere røkevaner og også at diagnosen er verifisert ved spirometri. Hvis 85 prosent av KOLS-pasientene har fått influensavaksine siste året får man 6 poeng. Innen epilepsiomsorgen får man 6 poeng for å ha 70 prosent av pasientene anfallsfrie siste 12 måneder. Hvis man kan dokumentere at man for 90 prosent av pasi-

entene med langvarige mentale sykdommer har gjort en vurdering av somatisk helse, vurdert og kontrollert medikasjon samt har en oversikt over samarbeidspartnerne i omsorgen, får man hele 23 poeng. Tilsvarende har man for de andre nevnte kroniske sykdommene.

Innenfor praksisorganisering har man en lang rekke indikatorer. Det gjelder hvordan pasientene får informasjon, det kan gjelde hvordan man håndterer epikriser, patologiske svar, informasjon vedrørende pasientenes kontakt med andre leger og legevaktsorganisering. 25 poeng får man hvis man har oppdaterte kliniske oversikter over minst 60 prosent av pasientene. Ytterligere 7 poeng hvis 80 prosent av pasientjournalene inneholder slike. Noen av kriteriene går på forebyggende helse, at man har målt blodtrykk og notert røkevaner. Det er også premiering for at alle innen praksisen har gjennomgått hjerte-lungeredningstrening, at man har rutiner for å ta opp pasienters klager og at man diskuterer hendelser av alvorlig karakter. Årlige medarbeidersamtaler og evaluering av ansatte er poeng-givende.

Interessant er at man gir 30 poeng hvis pasient-«timene» er over 10 minutter og 40 poeng for å ha gjennomført en pasientundersøkelse i året. Ytterligere 15 poeng gis hvis man har brukt vurderingene fra pasientene for å endre praksis og iallfall reflektert over resultatet. Det er også ønskelig å ha pasienter med i slike diskusjoner, 15 poeng ekstra.

Man vil basere overvåkingen av at disse målene oppnås på besøk til praksisene, men også på rapporter som en slags «selvangivelse».

Hvordan er økonomien?

Grunnbeløpet vil variere fra praksis til praksis etter den såkalte Carr-Hill formelen. I gjennomsnittspraksis med 1800 innbyggere med middels pasientbehov vil utbetalingen (global sum) være ca £105 900. Hvis man ikke vil gjøre for eksempel vaksinasjon av barn mister man 1 prosent av summen, dvs £1059. Å utelate prevensjonsveiledning fra praksisen gjør at 2,4 prosent av betalingen faller bort (£2658)

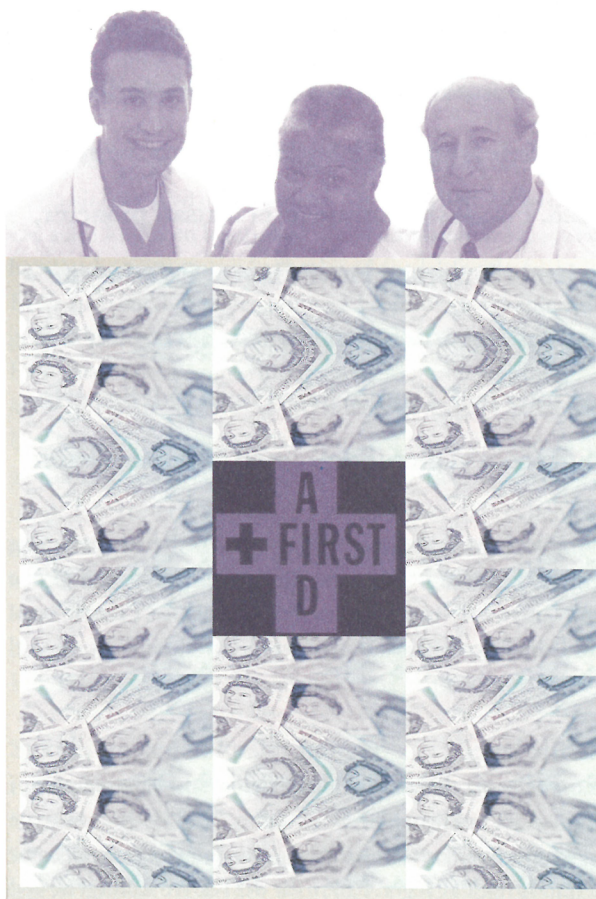
Hvert poeng vil i 2004/5 gi £75 og skal stige til £120 i 2005/6. Betalingen for kvalitetsarbeidet vil være tredelt. De første 3 årene får man utbetalt i gjennomsnitt £9000 per praksis som et grunnbeløp uansett poeng, men beløpet her vil også følge Carr-Hill formelen. Deler av pengene for poengene utbetales som en sum når man har bestemt seg for antall poeng man antar å oppnå i året. Dette fordi det kan være nødvendig med investeringer for å få til kvalitetsforbedringene. Fullt beløp utbetales ved årets slutt etter hvor mange poeng man reelt har oppnådd.

Andre momenter

Den nye avtalen vil øke lønnen for leger som har arbeidet lenge i systemet. Man vil se på legens karriere og se på ferdigheter, kunnskap og erfaring. Man øker derfor lønn for eldre leger. Det står intet i avtalen om forskjell på spesialister og ikke-spesialister i avtalen. Det er også innbakt ordninger for foreldre-permisjoner og ikke bare ved egne barns fødsel, men også ved adopsjon. Man legger også inn såkalt beskyttet tid (protected time) slik at legen kan delta i utenforliggende aktiviteter. Avtalen omtaler også økte pensjoner for legene.

Innføring

Som nevnt har legene i Storbritannia stemt ja til dette radikale forslaget i april 2003. Nå satser man på at implementering av opplegget starter allerede i inneværende år og skal være gjennomført innen 3 år. Det er avhengig av en del lovgivning og utarbeidelse av forskrifter. Hvorvidt dette blir gjennomførbart og kan la seg realisere som planlagt blir spennende å følge. Spørsmålet om bedring av kvaliteten i helsevesenet er det flere land som diskuterer. Faktum er jo at det i stor grad har vært fokusert på kvalitetsforbedring i sykehus og ikke så mye i primærhelsetjenesten hvor tross alt størsteparten av pasientbehandlingen foregår. Også derfor er det en spennende reform som nå planlegges gjennomført.



ILLUSTRASJONSFOTO