

Et kvantesprang for kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritania – hvilken vei bærer det?

Kjeld Maldes artikkel i Utposten nr. 5/2003 har vakt debatt bla på EYR. Vi har valgt å trykke noen redigerte leserinnlegg i Utposten for å bringe reaksjonene på Maldes innlegg til et større publikum og håper vi med dette kan bidra til videre debatt omkring dette emnet, et tema som sikkert vil prege vår hverdag mer i tida som kommer.

Et kvantesprang for kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia?

KUP (kvalitetsutvalg for primærmedisin, felles kvalitetsutvalg for Aplf og NSAM) har lenge diskutert nasjonale kvalitetsindikatorer i allmenmedisin. Disse kan innføres med litt forskjellig siktemål: Dels for å gi pasientene et grunnlag for å velge mellom de alternative legekontorene (slik som for sykehusene etter 1. september i år), dels for helseplanlegging og politisk ønsket vridning av vår innsats, dels for å fastlegge vår lønn. Dette er helt andre formål enn slik vi er vant til å bruke kvalitetsindikatorer i Norge: f eks i SATS (nå snart tilgjengelig som NOKLUS-klinikk), i kollega-grupper, på det enkelte legekantor som vil forbedre sin egen praksis osv. Sistnevnte bruk av helseindikatorer er etter vårt syn helt uproblematisk og bruken bør øke mye. Men bruk som de engelske indikatorene er et eksempel på, er en ganske annen sak.

Det har vært framlagt mange gode argumenter mot det engelske systemet. For meg er det enkleste og viktigste argumentet at den enkleste måten å bedre sin inntekt på er å kvitte seg med de 20 «dårligste» diabetikerne, slankerne, blodtrykksregulerte, coronarsyke mm. «Dårligste» i betydningen de som ikke klarer å følge retningslinjene og oppnå foreskrevne biokjemiske eller andre mål. Det vil skape et helt uholdbart klima i konsultasjonen, og påvirke lege-pasientforholdet på en urimelig måte. Vi kan vi ikke akseptere en klussing med grunnsteinene i allmenmedisinen (konsultasjonen, lege-pasientforholdet) på denne måten.

KUP har derfor søkt Dnlf om penger til et kvalitetsindikatorprosjekt med Randi Kasin som prosjektleder. Randi har i tillegg til å være spesialist i allmenmedisin også spesialutdanning i kvalitetsarbeid. Du treffer henne her: Kommunelegekantoret i Suldal, 4230 Sand, Arbeidstelefon: 52 79 23 00, arbeidsfax : 52 79 23 05, e-mail: bratveit@robin.no. Med på laget i prosjektet har vi lederne i Aplf og NSAM, samt tunge representanter for EBM-miljøet (Signe Flottorp). Vi vil samarbeide tett med de andre nordiske land som har tilsvarende prosjekter. Slik håper vi at allmenmedisinerne selv får avgjørende innflytelse på et framtidig norsk system.

Vi setter stor pris på denne diskusjonen i Utposten og på Eyr, og håper den vil fortsette. Mer informasjon vil etter hvert legges ut på nettstedet www.kup.no, som lanseres på Nidaroskongresen 21. oktober. Vi håper også at dette nettstedet blir til hjelp for dere der ute som fristes av å jobbe med kvalitetsarbeid, samt komme helskinnet gjennom tilsyn fra bl a Datatilsynet, Helsetilsynet, elektrisitetsmyndighetene mm. Vi håper også at innholdet i framtiden vil bedres ved at dere sender oss *ris, ros, forslag til forbedringer*, samt stoff som bør med.



Hilsen Janecke Thesen
leder KUP

Et kvantesprang for kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia? Huff og huff.

Gode kolleger!

Jeg hoppet i stolen da jeg leste leder i spesialistkomiteen i allmenmedisin, Kjeld Maldes artikkel i nummer 5/2003 av Utposten. Forfatteren berømmer innføringen av nye kvalitetsindikatorer for allmenmedisin i Storbritannia, hvor man faktisk har koplet oppnåelse av redusert blodtrykk, HbA1c og bedring av en rekke andre kliniske parametere, til inntekt. Jo bedre verdier, jo høyere inntekt. Slik jeg ser det, har de engelske allmenlegene latt seg kjøpe til et uheldig system. Det vil, etter min oppfatning, være en ulykke for norsk allmenmedisin om vi skulle gå inn på en slik linje her i landet.

Kvalitetsindikatorer er kommet for å bli, og vi må finne oss i å bli kikket i kortene og bli vurdert om vi tilfredsstillter visse kvalitative mål. Det tror jeg også er bra for oss og for norsk allmenmedisin. Men hva slags mål? Alt til sin tid! Kliniske kvalitetsmål er etter min oppfatning utmerket til smågruppevirksomhet hvor en kan sammenlikne egen aktivitet og behandling med kollegers. Det finnes gode EDB programmer som trekker ut viktige data fra journalen, og som er svært nyttig til sammenliknende aktivitet og felles grubling. Det endrer også adferden vår. Men å kople dette opp mot myndighetenes innsyn, og endog til økonomi, tror jeg er ødeleggende. Det står i motsetning til vår rolle som veileder og ikke Vår Herre. Vi kan gi råd om livsstilsendringer, mosjon og kosthold, jfr det nyeste, nemlig grønn resept. Men vi kan ikke stilles til ansvar for hvordan den enkelte pasient etterlever dette. Og vi kan og vil ikke velge våre pasienter! En engelsk modell vil til overmål premiere de legene som arbeider med de friskeste, best utdannede og vellykkede pasientene og som vi vet klarer livsstilsendringer best. De leger som arbeider med de vanskeligst stilte, vil lide økonomisk ...

Hvilke kvalitetsmål bør så myndighetene og publikum ha innsyn i og være opptatt av? Etter min oppfatning indikatorer som går på tilgjengelighet, struktur og prosess: Telefontilgjengelighet, ventetider, kapasitet for ø.hj, er kontoret medlem av Noklus, er det struktur med møter mellom leger og medarbeidere, arbeides det med rutiner internt på kontoret, har kontoret et kvalitets sikringsssystem, etterlever vi fylkeslegens, elektrisitetstilsynets og datatilsynets krav? Har vi opplæringsplaner for medarbeiderne? Opprettholder vi vår spesialitet? Deltar vi i smågrupper, praksisbesøk? Hva slags utstyr har vi på laboratorium og undersøkelsesrom, spirometri? 24hBT måling? osv, osv. Her er masse å ta av.



Gisle Roksvund
Leder NSAM

Vi må ikke miste av syne det faktum at hver enkelt konsultasjon er et enestående møte mellom lege og pasient. Det er her det viktigste foregår, og her er det masse som aldri kan måles. Vi må ikke blindes av kvalitetsmål som lurer oss inn i en ordning hvor resultatet av enkeltkonsultasjonene reduseres til å vurdere gjennomsnittlig reduksjon av HgbA1c og blodtrykk.

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv? Ansvarlig redaktør for dette innlegget har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på jannike.reymert@c2i.net

