



I Utposten nr 5/2003 startet Kjeld Malde en debatt om den nye kvalitetsreformen man for tiden innfører i Storbritannia. Gisle Roksund og Janecke Thesen kom med sine motforestillinger i nr 7/8/2003, men debatten er ikke over, her kommer Kjeld Maldes motsvar! De som ikke har tidligere numre av Utposten for hånden men allikevel vil lese tidligere innlegg anbefales å lete etter dem på Internett ([www.uib.no/ist/utposten](http://www.uib.no/ist/utposten)).

# Kvantesprang i kvalitet i helsevesenet, eller hvordan få leger til å endre adferd



Jeg har i Utposten og i Tidsskrift for den norske Legeforening referert fra den nye kontrakten som britiske allmennleger har inngått med NHS (National Health Service) i Storbritannia. (1,2,3). Kontrakten møter motbør fra flere hold, men jeg håper det ikke er innholdet i kontrakten, det at pasienten skal få bedre og riktigere behandling, som er årsaken til motforestillingene. (4,5) Det synes som mange misliker koblingen mot økt lønn for legene når kvalitetskrav innfris. Mange frykter også for hva som vil skje med det som det ikke fokuseres på i kontrakten. Bli alt annet liggende brakk? Som jeg har påpekt har vi i Norge klart å få på plass 4-6 kvalitetskriterier på sykehusene og foreløpig ingen innen allmennmedisinen. Det gjøres endel arbeid for å få til kvalitetsindikatorer i primærhelsetjenesten i Norge, men i Storbritannia har man satt opp 136 – etthundreogsekstogtre – indikatorer. Og ikke bare det, men man har gjort det som ellers er meget vanskelig, man har blitt enige med allmennlegene om implementeringen.

## Retningslinjer

En ledende britisk allmennlege, John Oldham, har samlet på alle guidelines han har mottatt og fått det til å bli omkring 600. Vi opplever i Norge også en strøm av retningslinjer for hvordan vi som allmennleger skal håndtere ulike faglige problemstillinger. Noe av det siste var at alle leger burde vite hvordan man gjør hjertelungeredning av gravide (dødeligheten hos gravide i Norge er ifølge Aftenpos-

ten 21. desember 2003 4,1 per 100 000 graviditeter, altså igjen et viktig folkehelseproblem å gripe fatt i!).

Som leder av Kvalitetssikringfond 1 i legeforeningen, har jeg vært med på å finansiere flere prosjekter som har hatt som siktemål å få legene til å forbedre praksis og også følge praksis som er kunnskapsbasert. Et av våre vellykkede prosjekter har vært Noklus som «alle» legekontorer er med på og som har vært effektivt i å forbedre kvaliteten på våre laboratorier. Jeg har dog vært så «kjetterisk» at jeg har hevdet at grunnen til at Noklus er så vellykket er at det er våre helsesekretærer som kjører løpet.

SATS-prosjektet var også vellykket for de som var med. Men av APLFs medlemsmasse på nå 4000 allmennleger var bare noen få hundre med på prosjektet. I tiden 1996– 1998 fullførte 30 av 35 påmeldte grupper ett eller flere av de fire emnene diabetes, sår hals, migrene og bruk av laboratorieprøver. Antall leger som var med var 180. La gå at det er kremen av norsk allmennmedisin som er med på slike opplegg, men hva med alle oss andre? Er det de som hevder det som en tidligere leder av APLF engang sa: «god kvalitet på allmennmedisin er det jeg bedriver på mitt kontor». Tja, si det.

Vi har også i Kvalitetssikringsfondet finansiert prosjekter som har forsøkt å få leger til å endre praksis. I ett prosjekt som Signe Flottorp var leder for, viste det seg at den gruppen som fikk informasjon presentert direkte til seg

på legekantoret ikke forbedret seg i retning av mer kunnskapsbasert behandling, men det gjorde til en viss grad kontrollgruppen!

Håkon Lie fikk penger til et ryggprosjekt i Hallingdal hvor det til og med ble gitt en egen takst for at legene skulle fylle ut et skjema i prosjektet. Da det viste seg at få fylte ut skjemaet, ble taksten økt til det dobbelte, fra kr 300 til 600. Det hjalp på utfyllingen.

### Poenget

Da er vi kommet til poenget. Hva er det som gjør at leger endrer adferd – og gjør riktige ting til riktig tid til rett pasient? Ifølge Niels Bentzen, som for tiden leder et annet prosjekt finansiert av Kvalitetssikringsfond 1, er det tre ting som endrer legers adferd. Den ene er hans prosjektform, Audit, den andre er trussel om fengsel (straff) eller belønning (i form av penger). I tillegg vil kanskje tiltak som er kjent fra bl.a. hundredressur virke.

I Storbritannia har man satt opp 76 kvalitetsindikatorer i klinisk praksis. De har valgt ut de 10 hyppigst forekommende sykdommene/sykdomsområdene: Hjertesykdommer (både infarkt og hjertesvikt), karsykdommer (slag og TIA, samt hypertensjon), diabetes, KOLS, epilepsi, kreftsykdommer, mental helse, hypothyroidisme og astma. Her har de bl.a. basert seg på i boken *Crossing the Quality Chasm* utgitt av IoM (Institute of Medicine) i USA som også stresser nødvendigheten av å ta fatt i «folkesykdommene». Forøvrig er de også i godt selskap med NSAMS teser, for eksempel andre tese «Gjør det viktigste» og tredje tese «Gi mest til dem som har størst behov».

De øvrige 60 indikatorene dreier seg om praksisforbedringer og «ekstraservice». Kriterier er satt opp innenfor struktur, prosess og resultat i tråd med Donobedians kvalitetsforbedringstenkning.

I siste utgave av QSHC (Quality & Safety in Health Care) er det en leder «Rewarding results: using financial incentives to improve quality» som starter med å konstatere at det kommer som en overraskelse for mange at «traditional methods do not seem to deliver an acceptable level or pace of change» (i kvalitetsforbedring). (6) At den informerte kundes valg av best kvalitet i behandling og omsorg (les: fritt sykehusvalg) skal fungere som kvalitetsforbedring er også skuffende i praksis. Så den nye britiske kontrakten beskri-

ves som «perhaps the most ambitious and innovative programme to encourage quality improvement».

Da man i Storbritannia skulle stemme over forslaget til ny kontrakt viste det seg at 70 prosent av legene var med i avstemningen og 79 prosent av disse gikk inn for den nye kontrakten. Kan så mange ta så grundig feil? Eller er det bare vi i Norge som «rygger inn i enhver ny ordning» slik vi gjorde i 1984 og i 2001? Og som derfor må få nye ordninger tredd ned over hodet på oss. Eller som Johan Mühlegg sa forleden «Hvis jeg blir tvunget til å gi fra meg OL-medaljene, gjør jeg det frivillig.»

Forøvrig argumenteres det med at legene nå vil si fra seg de gamle, de vanskelige, de som ikke følger opp råd og regler. Det var ikke det som skjedde i 2001 da fastlegereformen kom. Tvert imot tok legene på seg ansvaret for de vanskelige pasientene som de hadde tatt hånd om før fastlegeordningen begynte og som av en eller annen grunn ikke hadde kommet med på legens liste. Heller den «gamle og kjente» pasienten eller en ny og frisk en. All ære til oss! I lederen i QSHC står det at «this (mangel på oppfølging av ikke monitorerte sykdommer) is less likely to be a problem for the clinical conditions for which there is no incentives; indeed, it is possible that the 'halo effect' produced by improved practice systems will result in improvements in all clinical areas.» Man vil tenke kvalitet i alle sammenhenger og det anføres at det er stor sjanse for at man innen noen år med den nye kontrakten vil se bedringer i helsetilstanden (health outcomes) i Storbritannia fordi det vil bli gitt bedre behandling til store pasientgrupper.

Det er dette som er mest spennende å følge opp i tiden som kommer.

*Kjeld Malde*

### Referanser

1. K Malde Kvantestprang i kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia? Utposten 5; 2003: 32 17–19
2. K Malde Britisk primærhelsetjeneste i støpeskjeen Tidsskriftet for den norske Legeforening, 23;2003: 123 3436
3. GSM contract negotiations. <http://www.nhsconfed.org/gmscontract/> (13.10.2003)
4. J Thesen Et kvantestprang g for kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia? Utposten 7/8; 2003 32
5. G Roksund Et kvantestprang for kvalitet i primærhelsetjenesten i Storbritannia.? Huff og huff. Utposten 7/8; 2003 33
6. M. Marshall, P Smith Rewarding results: using financial incentives to improve quality. Quality & Safety in Health Care. 2003; 12: 397–398

Har du kommentarer, reaksjoner eller spørsmål om artikkelen? Inspirerer den deg til å skrive noe selv?  
Ansvarlig redaktør for denne artikkelen har vært Jannike Reymert. Kontakt henne på [jannike.reymert@c2i.net](mailto:jannike.reymert@c2i.net)