

Bilag 2 til DSAM's hørings svar

Hørings svar fra de faglige almenmedicinske miljøer - Afdelinger og Forskningsenheder for Almen Praksis ved Københavns, Århus og Syddansk Universitetersamt Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed

Vedrørende Forslag til lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og
erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet af 3.5.2013

De faglige almenmedicinske miljøer har ikke modtaget lovforslaget til høring og afgiver derfor
hørings svar i samarbejde med Dansk Selskab for Almen Medicin. De faglige almenmedicinske
miljøer vil gerne påvirke lovforslaget med faglig viden omkring kvaliteten af
patientbehandlingen.

Der er i det fremsatte lovforslag stor usikkerhed omkring anvendelsen af kliniske data
vedrørende de enkelte patienter. De faglige almenmedicinske miljøer vil gerne understrege
vigtigheden af, at kliniske data kun anvendes til kvalitetsudvikling i de kliniske miljøer samt
til forskning og ikke til brug for kvalitetskontrol eller honoreringsmodeller. Der er belæg for,
at anvendelse af kliniske data til kvalitetskontrol og/eller honoreringsmodeller kan ødelægge
kvaliteten af data og dermed føre til dårligere behandling af de mest udsatte patientgrupper
(se Bilag). Samtidigt er det væsentligt, at beskytte patienternes rettigheder og sikre, at
kliniske data vedrørende enkelte patienter kun anvendes på et anonymiseret niveau og ikke
indgår i den administrative sagsbehandling.

I §1.5 indsættes et nyt stk. 3 i §195

§ 195

Stk. 3. De personhenførbare oplysninger, som et regionsråd får tilladelse til at indhente, må
udelukkende behandles med henblik på statistiske undersøgelser, hvis aggregerede
resultater, herunder evalueringer og analyser, kan anvendes til regionsrådets tilrettelæggelse
og planlægning af indsatsen på sundhedsområdet. Personhenførbare oplysninger
må ikke indgå i regionsrådets administrative sagsbehandling, og oplysningerne må ikke
benyttes til patientbehandling eller konkret sagsbehandling i forhold til den enkelte borger.
Kun ansatte personer i regionen, der direkte skal anvende personhenførbare oplysninger til
statistiske undersøgelser, må behandle dem.

I §1.12 under §231 e, stk. 1 bør det præciseres:

§ 231 e.

Stk. 1. Det påhviler alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede
personer, jf. § 60, stk. 1, at foretage kodning af henvendelser til almen praksis og anvende
datafangst til brug for kvalitetsudvikling i de enkelte klinikker.

I §1.12 under §231 e, stk. 3 bør det tilføjes:

§ 231 e.

Stk. 3. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om kodning og
datafangst under hensyn til, at kliniske indikatorer på patientniveau benyttes til
kvalitetsudvikling i almen praksis, mens procesindikatorer for lægernes anvendelse af

kvalitetsudviklingsværktøjer kan benyttes til planlægning og administration. Data kan kun offentliggøres på anonymiseret og aggregeret niveau. Der nedsættes et fagligtråd med deltagelse af relevante repræsentanter for de danske almenmedicinske faglige miljøer og patientforeningerne, som rådgiver ministeren vedrørende regler om offentliggørelse af oplysninger om praksis, jf. stk. 2.

Med venlig hilsen

Lars Bjerrum
Afdelingsleder,
professor, ph.d.
Afdeling for Almen
Medicin, Københavns
Universitet

Anneli Sandbæk
Afdelingsleder,
professor, ph.d.
Afdeling for Almen
Medicin, Århus
Universitet

Andres Halling
Afdelingsleder,
professor, ph.d.
Forskningsenheden
for Almen praksis,
Syddansk Universitet

Leo Thomsen
Formand for
kvalitets- og
forskningsudvalget,
Dansk
AlmenMedicinsk
Database

Susanne Reventlow
Forskningsleder,
professor, Ph.d.
Forskningsenheden
for Almen Praksis,
Københavns
Universitet

Flemming Bro
Forskningsleder,
professor, Ph.d.
Forskningsenheden for
Almen praksis,
Århus Universitet

Jens Søndergaard
Forskningsleder,
professor, ph.d.
Forskningsenheden
for Almen praksis,
Syddansk Universitet

Janus Thomsen
Konst. Direktør,
Lektor, ph.d.
Dansk Almen-
medicinsk Kvalitets-
Enhed

BILAG:

Kvalitetsudviklingsmodellen i dansk almen praksis ud fra datafangst bygger på tilbagemelding til brugerne med data vedrørende egne patienter og praksis status i forhold til gennemsnittet af kollegerne. Målet for kvalitetsudviklingen er at bedre patientbehandling og opnå et bedre populationsoverblik på baggrund af data automatisk opsamlet for udvalgte kroniske sygdomme. Modellen er en internationalt anerkendt metode til at opnå forbedringer i patientbehandlingen [1, 2], og som diagnosekodningen anvendes i Danmark i dag, er der resultater, som tyder på en lignende positiv effekt kvalitetsudvikling ud fra arbejde med kliniske data i små enheder, der selv er ansvarlige for den direkte patient kontakt [3, 4]. Et nøgleområde for levering af gode kvalitetsdata er diagnosekodningen udført af de deltagende læger. En forudsætning for høj faglighed af diagnosekodningen er, at der ikke er økonomiske incitamenter for lægerne for at diagnosekode, eller at kodningen har social betydning for deres patienter. I Norge ses et eksempel på hvordan diagnosekodningens betydning for patienterne kan påvirke lægernes diagnosekodning, idet diagnosekodningen bruges som grundlag for at opnå bestemte sociale ydelser, som for eksempel sygedagpenge. Der er stor risiko for en tilvænnning blandt lægerne til at bruge de koder, der udløser de ydelser, som anses for nødvendige for patienterne [5-7].

En nylig OECD rapport lægger op til brug af incitamenter for at opnå forbedringer i kliniske kvalitetsindikatorer. En økonomisk incitament struktur eller offentliggørelse af kliniske indikatorer på læge eller praksisniveau kan gøre patienter med lav kompliance uønskede, idet patienter, der ikke kan følge de planlagte mål vil ødelægge lægens/praksis kvalitetsmål, hvor der er en stor del af patientkompliance forbundet med at opnå optimale kvalitetsmål. Risikoen er, helt modsat intentionen om en bedre patientbehandling, at komme til at stille sårbare patienter i en dårlig situation, hvor de direkte eller indirekte bliver en uønsket gruppe [8-10].

Referencer

1. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, Bonomi AE, Provost L, McCulloch D, Carver P, Sixta C: Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv* 2001, 27(2):63-80.
2. Joshi MS, Bernard DB: Clinical performance improvement series. Classic CQI integrated with comprehensive disease management as a model for performance improvement. *Jt Comm J Qual Improv* 1999, 25(8):383-395.
3. Schroll H, Christensen RD, Thomsen JL, Andersen M, Friberg S, Sondergaard J: The danish model for improvement of diabetes care in general practice: impact of automated collection and feedback of patient data. *Int J Family Med* 2012, 2012:208123.
4. Guldberg TL, Vedsted P, Kristensen JK, Lauritzen T: Improved quality of Type 2 diabetes care following electronic feedback of treatment status to general practitioners: a cluster randomized controlled trial. *Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association* 2011, 28(3):325-332.
5. Stավdal A: [General practice in crisis]. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2000, 120(7):774.
6. Brage S, Bentsen BG, Bjerkedal T, Nygard JF, Tellnes G: ICPC as a standard classification in Norway. *Fam Pract* 1996, 13(4):391-396.
7. Aakvik A, Holmas TH, Kamrul Islam M: Does variation in general practitioner (GP) practice matter for the length of sick leave? A multilevel analysis based on Norwegian GP-patient data. *Soc Sci Med* 2010, 70(10):1590-1598.
8. Zaslavsky AM, Hochheimer JN, Schneider EC, Cleary PD, Seidman JJ, McGlynn EA, Thompson JW, Sennett C, Epstein AM: Impact of sociodemographic case mix on the HEDIS measures of health plan quality. *Med Care* 2000, 38(10):981-992.
9. Weiss GG: What would you do? Testing and insurance. *Med Econ* 2006, 83(23):74, 77-78, 81.
10. Hood RG: Pay-for-performance--financial health disparities and the impact on healthcare disparities. *J Natl Med Assoc* 2007, 99(8):953-958.

