

22. maj 2013

Folketingets Sundhedsudvalg
Rigsdagsgården
1240 København K

Vi er en gruppe af tidligere chefer og nøglemedarbejdere, der har været med til at udvikle Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed (DAK-E) og den nationale kvalitetsdatabase, Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD).

Vores gruppe ønsker ikke at tage stilling til den konkrete konflikt mellem overenskomstens parter, Danske Regioner og Praktiserende Lægers Organisation (PLO). Denne henvendelse omhandler udelukkende udvikling af den faglige kvalitet i den primære sundhedstjeneste.

Der er dokumentation for, at det at indsamle og ”se” på data giver bedre kvalitet:

http://www.dak-e.dk/files/190/international_journal_of_family_medicine_2012.pdf

DAMD giver de praktiserende læger mulighed for at se på deres egen behandlingskvalitet.

Data i DAMD indsamles via programmet Sentinel Datafangst, som er installeret hos godt 95 % af de alment praktiserende læger i Danmark. Formålet med dataindsamlingen er kvalitetsudvikling i egen praksis via overblik over patientpopulationen præsenteret i diverse kvalitetsrapporter. Datafangst opsamler kopier af strukturerede data fra lægesystemet og overfører disse til DAMD, hvorfra kvalitetsrapporterne genereres.

DAK-E's bestyrelse er Kvalitets- og Informatikfonden (KIF), hvori overenskomstens parter, Dansk Regioner og PLO er ligeligt repræsenteret. De to parters samarbejde har været en rigtig god støtte for både udviklingen og implementeringen af Datafangst og DAMD. Dette system er pga. sin detaljeringsgrad og mængden af indsamlede data efter vor viden unik – og det er en database, man i udlandet i høj grad misunder os.

Udviklingen af Datafangst og DAMD er derfor et godt eksempel på, at samarbejde mellem overenskomstens parter har båret frugt – her i form af et værktøj, der kan løfte kvaliteten i almen praksis.

En væsentlig forudsætning for implementeringen af Datafangst både i almen praksis og i speciallægepraksis er en aftale i KIF om, at man ikke kan offentliggøre data på en sådan måde, at den enkelte patient eller den enkelte læge kan identificeres.

Som gruppe er vi stærkt bekymrede for, at regeringen og regionernes ønske om at kunne identificere den enkelte læges kvalitet via DAMD data vil være direkte ødelæggende for det fremtidige kvalitets- og forskningsarbejde. Desuden er det sandsynligt, at det vil føre til øget ulighed i adgangen til læge for sårbare patienter.

I hospitalssektoren kan man kun vurdere kvaliteten for en samlet hospitalsafdeling og ikke for den enkelte læge på afdelingen. Vælger man via DAMD data at se på ”den præsterede kvalitet” for den enkelte praktiserende læge, vil det medføre en række meget negative konsekvenser:

- 1) Taberne vil blive de mest sårbare og udsatte patienter i det danske sundhedsvæsen pga. mindre lighed i sundhed: Hvis lægen kan straffes for dårlige data, vil det blive meget lidt attraktivt at have de patienter tilknyttet praksis, der har dårlig evne til samarbejde. Det vil derfor fremover blive lidet attraktivt at nedsætte sig i socialt belastede områder. Det er overvejende sandsynligt, at den løsning, der er skitseret i Sundhedsloven med kontrol og straf for dårlige data, således vil få den uhensigtsmæssige effekt, at de socialt udsatte patienter bliver mindre ønskede i praksis.
- 2) Kvaliteten af de indsamlede data vil falde: Såvel straf for dårlige data som offentliggørelse på læge-/klinikniveau vil medføre stor risiko for, at læger fristes til at ”pynte på tallene” i journalsystemet (Reference 1). Udenlandske erfaringer bekræfter, at datakvaliteten falder, så man ikke længere kan stole på data hverken til kvalitetsudvikling eller til forskning.
- 3) Mister patienten tilliden til sin læge? Patientens tillidsforhold til lægen bygger på fortrolighed, og det vil derfor være yderst uheldigt, hvis patienten oplever, at hans/hendes fortrolige data – *ikke mindst diagnosedata* – findes hos andre myndigheder, uden at patienten har haft viden om, at data er blevet videresendt i ikke anonymiseret form.

Med til billedet hører også, at stik modsat, hvad der er omtalt i OECD-rapporten, har patienter med kroniske sygdomme siden 2010 via DAMD og sundhed.dk haft adgang til at se egne data med status for behandlingen af den kroniske sygdom. Det er med til at understøtte, at patient og læge sammen løbende kan sætte sig mål for behandlingen af sygdommene. Denne patientinddragelse i forhold til at se på data tegner godt for behandlingsresultaterne af de fremtidige kroniske sygdomme i almen praksis.

Data fra DAMD offentliggøres allerede nu, så man kan følge kvaliteten på kommunalt, regionalt og nationalt niveau. Enhedsstørrelsen er således på det kommunale niveau ca. 10-25 læger, hvilket svarer til en typisk specialafdeling på et hospital. En lægegruppe af denne størrelse vil lettere internt kunne have den dynamik, der skal til, for at arbejde konstruktivt med kvalitetsudvikling – hvilket kunne ske i samarbejde med kommunen (Kommunale Lægelav). Data fra primærsektoren kan nu sammen med hospitalsdata vise den samlede behandling af f.eks. de kroniske patienter, hvilket ikke tidligere har været muligt.

Der er gennem flere år leveret data fra DAMD til kvalitets- og forskningsprojekter, hvor man kan samkøre data på både patient- og lægeniveau efter gældende regler fra Datatilsynet samt DAMD Kvalitets- og Forskningsudvalget, hvor overenskomstens parter er repræsenteret. Offentliggørelse af data, så man kan identificere enten den enkelte patient eller den enkelte læge, er ikke tilladt. Aktuelt er der mere end 55 gennemførte/igangværende forsknings- og kvalitetsprojekter med baggrund i DAMD data.

Vi har fuld forståelse for, at man må have et system, der kan fange de læger op, der misbruger et aftalesystem, der bygger på tillid. - Ingen, allermindst de praktiserende læger, kan være tjent med, at der findes ”brodne kar”. I den nuværende aftale er der en § 92 aftale, der har til hensigt at finde dem, der misbruger aftalesystemet. Systemet skal muligvis udbygges, men man skal endelig ikke blande et kontrolsystem med et kvalitetsudviklingssystem, for så får man ingen af delene.

At gå efter de 5 % læger, der performer dårligst, vil med stor sandsynlighed få alle læger til at beskytte sig mod repressalier, og så flytter man ikke megen kvalitet. Hvis man i stedet i bred tillid og samarbejde med regioner og kommuner hjælper lægerne med at udvikle kvaliteten, flytter man hele fordelingskurven og ikke kun de 5 % (Reference 2).

Vi vil fra gruppen gerne påpege, at det vil være ødelæggende for både kvalitetsudvikling og forskning, hvis man offentliggør den enkelte læges kvalitetsdata – og det vil især gå ud over de socialt dårligst stillede patienter. Vi har derimod intet problem med at offentliggøre aggregerede data og lave kvalitetsrapporter fra fire eller flere praksis, som det oprindeligt er aftalt af KIF's bestyrelse.

Med venlig hilsen

Henrik Schroll, tidligere chef for DAK-E
 Søren Friborg, tidligere chef for DAK-E
 Jørgen Steen Andersen, tidligere konsulent i DAK-E
 Lars Rytter, tidligere formand for Fagligt Udvalg
 Tina Eriksson, tidligere konsulent i DAK-E
 Jesper Lundh, tidligere konsulent i DAK-E
 Janus Laust Thomsen, konstitueret chef i DAK-E
 Leo Thomsen, formand for DAMD Kvalitets- og Forskningsudvalg
 Berit Lassen, konsulent i DAK-E
 Bo Gandil, konsulent i DAK-E

Korrespondance til:

Henrik Schroll
 Pilebakken 20
 5260 Odense S
h-schroll@dadlnet.dk

Referencer:

- 1) Rapport til Helsedirektoratet 2010 (Norge). Se siderne 41-43 <http://hiwiki.idi.ntnu.no/images/c/c5/EPJ-monitor-2010-v1.2.pdf>
- 2) WHO-Euro & Danish National Board of Health (1993): Continuous Quality Development – a proposed national policy