



THE NEW GENERAL MEDICAL SERVICES CONTRACT

2006

Kvalitetshonorering af praksissektoren i England

The New General Medical Services Con- tract.

Kvalitetshonorering af prak-
sissektoren i England

The New General Medical Services Contract.
Kvalitetshonorering af praksissektoren i England

Enhed for Planlægning
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Rapporten er udarbejdet af en gruppe, som deltog i et studiebesøg november 2005.
Redaktion: Svend Juul Jørgensen

Emneord: Praksiskontrakt, Kvalitetshonorering, indikator, kronisk sygdom, England

Sprog: Dansk

URL: <http://www.sst.dk>

Version: 1,0
Versionsdato: 24-01-2006

Elektronisk ISBN: 87-7676-264-5

Format: pdf

Indhold

1	Formål	4
2	Baggrund	6
3	Kontrakten	8
4	De centrale sundhedsmyndigheders vurdering	11
5	Forskningsenhedens vurdering	13
6	Implementering i praksis	17
7	Vurdering af kontrakten	18
8	Indikatorproblemer	19
9	Økonomiske konsekvenser	22
10	Samlet konklusion	23
11	Bilag	25

1 Formål

Det var formålet med rejsen, at vurdere målsætning, implementering og effekt af den nye kontrakt for praktiserende læger i England. Kontrakten indebærer, at en del af de praktiserende lægers honorering er afhængig af behandlingskvaliteten målt ved i alt 146 indikatorer. Indikatorerne dækker kliniske og organisatoriske områder sammen med patienterfaringer, tilgængelighed og et begreb som holistisk håndtering af kliniske områder. Deltagerne i studierejsen var bekendt med kontraktens formuleringer og indhold.

Det var ønsket at få:

- oplysninger om de centrale sundhedsmyndigheders vurdering af om kontrakten opfylder sit formål.
- indblik i en analyse af kontraktens implementering og konsekvenser, som foretages af National Primary Care Research and Development Centre, University of Manchester.

Studierejsen var tilrettelagt for medlemmer af følgegruppe og arbejdsgruppe vedr. kroniske sygdomme og derudover var Praktiserende lægers organisation, Lægeforeningen og Dansk Sygeplejeråd inviteret til at deltage. Desuden ønskede Københavns Kommune og Center for kvalitetsudvikling i almen praksis at deltage i rejsen.

Deltagere:

Kontorchef Janet Samuel, Amtsrådsforeningen
Direktør Bente Hyldahl Fogh, Praktiserende Lægers Organisation
Læge Mette Siemsen, Lægeforeningen
Fuldmægtig Jesper Hauton, Roskilde Amt
Kontorchef Anne Kjær-Andersen, Roskilde Amt
Souschef John Sørensen, Københavns Amt
Fuldmægtig Karen Nørskov Toke, Københavns Kommune
Udviklingskonsulent Lars H. Engberg, Københavns Kommune
Ledende sygeplejerske Merete Pommergaard, Ældrecentret Vintersbølle Strand
Praktiserende læge Jette Maria Elbrønd, Rønnede
Praktiserende læge Lars Rytter, Albertslund
Fuldmægtig Tobias Neergaard, Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Læge Svend Juul Jørgensen, Sundhedsstyrelsen
Fuldmægtig Mads Ellegaard Christensen, Sundhedsstyrelsen
Specialkonsulent Mikkell Grimeshave, Sundhedsstyrelsen
Afdelingslæge Jean Hald Jensen, Sundhedsstyrelsen

Program

8. november: Department of Health, London.

Formøde for den danske gruppe.

1. Gensidig præsentation.
2. Kort gennemgang af den nye kontrakt v. Lars H. Engberg.
3. Drøftelse af fokusområder, hvor vi har behov for uddybning.

Møde med dr. David Colin-Thome, National Clinical Director for Primary Care.

9. november: National Primary Care Research and Development Centre, Manchester.

1. Martin Roland: Introduktion og gennemgang af principper og indhold i kontrakten.
2. Stephen Campbell og Bernard Dowling: NPCRDC's evaluering af den nye kontrakt.
3. Martin Marshall: Økonomiske incitamenters betydning for kultur og motivation i almen praksis.
4. Tim Doran: Hvad har praksis opnået ved kontrakten?
5. Besøg i Rusholme Health Centre. Praksismanager Scott Brunt og kvalitetskoordinator Claire Fox: Implementering af kontraktens kvalitetsparametre i praksis.
6. Afsluttende diskussion for studierejsens deltagere.

2 Baggrund

Sundhedsvæsenet i England gennemgik i 80'erne og begyndelsen af 90'erne en betydelig økonomisk stramning, som førte til, at England var et af de EU lande, der anvendte den mindste del af BNP på sundhedsudgifter.

Opmærksomheden på de problemer det medførte blev skærpet af flere sager, der indikerede kvalitetsproblemer i National Health Service. Mest markant var Bristol og Shipman sagerne. I Bristol fandt man at der på en børnehjertekirurgisk afdeling igennem længere tid havde været en betydelig overdødelighed i forbindelse med hjerteoperationer, og at dette ikke havde ført til ændringer, som kunne reducere dødeligheden eller til ophør med aktiviteten. En kommission blev nedsat til at undersøge forholdene, og denne kommission fremsatte i sin rapport en række anbefalinger om iværksættelse af kvalitetsudvikling og styrket ledelse.

I Shipman sagen blev det opdaget, at en praktiserende læge gennem en årrække havde myrdet et stort antal ældre patienter med injektion af en dødelig morfingosis. Harold Shipman blev i en retssag fundet skyldig i manddrab og idømt livsvarigt fængsel, som afsluttedes med hans selvmord.

Blandt andet disse sager førte i 1997 til en beslutning om at forbedre kvaliteten af sundheds-ydelserne. En beslutning, der blev bakket op af lægestanden. Det indebar en reorganisering af National Health Service med etablering af et Modernisation Agency, et systematisk kvalitetsudviklingsarbejde bl.a. i National Institute for Clinical Excellence (NICE) og en politisk beslutning om, at de engelske sundhedsudgifter i løbet af få år skulle hæves til det europæiske gennemsnit.

Der blev udviklet evidensbaserede nationale retningslinier for store sygdomskategorier i såkaldte National Service Frameworks. I 2000 udkom således retningslinier for hjerte-kredsløbssygdomme og i 2002 for diabetes.

Også for flere andre områder er der nu udviklet retningslinier. Disse retningslinier beskriver også relevante kvalitetsindikatorer og minimumsstandarder for behandlingskvaliteten.

Det blev i flere analyser fundet, at der var betydelig klinisk og kvalitetsmæssig variation, og dette førte til ønsket om at sikre kvaliteten af ydelserne i primærsektoren gennem inddragelse af økonomiske incitamenter i overenskomsten, og at lægge de kvalitetsindikatorer, der var udviklet i National Service Frameworks til grund herfor.

I den tidligere overenskomst for praksissektoren i England var finansieringen sammensat af en aktivitetsbestemt honorering (ca. 15%), en basishonorering for tilmeldte patienter (ca. 40%), løn for en fastlagt ugentlig arbejdstid (ca. 30%) og dækning af visse faste udgifter som lokaler, IT og andet udstyr (ca. 15%). Der var ingen sammenkobling mellem honorering og kvalitet.

Et forsøg med at koble kvalitetsindikatorer og honorering blev foretaget 1998-2000. Dette forsøg blev vurderet positivt af både NHS og de praktiserende læger og førte til udvikling af en ny kontrakt, som trådte i kraft i april 2004.

Den nye kontrakt indebar udover den nye kvalitetshonorering en række ændringer. Pligten til at have vagt udenfor dagtiden blev hævet ligesom nye honorarer for

f.eks. håndtering af misbrugspatienter blev indført. Samtidig blev opretholdt en række kendte honorarer som f.eks. basishonorering for tilmeldte patienter og en honorering af en række ydelser, hvor både antal og kvalitet er bestemmende for honorarets størrelse. Basishonoreringen er justeret for demografi og sociale forhold, så socialt belastede områder, hvor målopfyldelse kunne være vanskelig, medfører et større basishonorar. Forventningen var at ca. 20% af af det samlede budget til almen praksis under NHS skulle rettes mod kvalitetshonorering. Heraf skulle 90% være ny honorering og 10% tilvejebringes ved omlægninger. For den enkelte læge forventede man en stigning i bruttoindtjeningen på £ 42.000. Indtjeningen går til klinikken og ikke til den enkelte læge, og der forventedes samtidig udgifter til ekstra personale m.v. Omregnet til DKR drejede det sig om et måltal på ca. 455-475.000 kr. pr. læge. For disse midler forventede man at kvalitetsmålene blev opfyldt svarende til 75%.

Kontrakten blev indført samtidig med en politisk beslutning om at udvide det offentlige ressource-tildeling til praksis med ca. 18-20% i løbet af 2004-2006. Målopfyldelsesgraden endte i de første år med at blive omkring 90%, hvilket har afstedkommet et noget større ressourcetilførsel end forventet.

(Kilde: Martin Roland, N.Engl.J Med 351;1448-54.2004.

3 Kontrakten

Siden dannelsen af National Health Service har der været tradition for, at kontrakten med de praktiserende læger kun har gennemgået mindre ændringer og justeringer. Tidligere kontrakter indeholdt, ligesom i Danmark, ikke en nærmere specifikation af de ydelser der skulle leveres af de praktiserende læger eller kvaliteten heraf. Det var overladt til professionen at definere det faglige niveau.

Det blev imidlertid konstateret at der var meget store variationer i det kliniske ydelsesmønster, og i lyset af den ovenfor beskrevne udvikling opstod ønsket om, at bruge kontrakten som værktøj i en kvalitetsudvikling i almen praksis, og at udnytte de resultater der var udviklet indenfor kvalitets-arbejdet i National Health Service.

I 1998–2000 gennemførtes i Kent et forsøg, der kobledes kvaliteten målt ved udvalgte indikatorer med honoreringen af de praktiserende læger. Dette forsøg faldt heldigt ud, og kom til at tjene som grundlag for udvikling af den nye kontrakt.

Kontrakten indebærer både faglige og økonomiske incitamenter, idet indikatorerne i videst muligt omfang er baseret på evidens og eksisterende faglige retningslinier. Det blev vurderet at op til 20% af indtjeningen i almen praksis ville være betinget af opfyldelse af de fastlagte kvalitetsmål.

Kvalitetsindikatorer belyser 4 områder:

1. Det kliniske område med indikatorer for 10 kroniske sygdomme. (76 indikatorer og max. 550 point).
2. Det organisatoriske område med 5 fokusområder. (56 indikatorer og max. 184 point).
3. Visse tillægsydelser med 4 fokusområder (10 indikatorer og max. 36 point).
4. Patienterfaringer med 4 indikatorer (max. 100 point).

Hertil kommer ekstra mulige 130 point for holistisk håndtering af kliniske områder og 50 point for lægens tilgængelighed.

Ved opfyldelse af alle 146 indikatorer udløses 1.050 points, som i 2004/5 honoreres med 75 GBP og i 2005/6 med 120 GBP/point. Som nævnt forventedes en mål-opfyldelse på ca. 75% af de 1.050 point i gennemsnit.

Kontrakten blev forhandlet mellem National Health Service og British Medical Association og derefter sendt til urafstemning hos de praktiserende læger, hvor den blev vedtaget med 80% af de afgivne stemmer. Til kontraktforhandlingerne var knyttet et fagligt Advisory Board, som i realiteten udarbejdede forslagene. Martin Roland har deltaget aktivt i udviklingsarbejdet.

Vægtningen af indikatorer blev fastlagt dels på grundlag af allerede eksisterende indikator sæt, dels på forhandling hvor faglige interesser havde indflydelse på valget af indikatorer.

For det kliniske område blev resultatet en skæv indikatorfordeling, hvor der for kræftsygdomme kun er 2 indikatorer, som maximalt kan udløse 12 point, for psykiske lidelser er der 5 indikatorer, som maximalt kan udløse 41 points, medens der

for indsnævret kranspulsåre er 15 indikatorer der kan udløse 121 point og for højt blodtryk er mulighed for 105 points. Skævheden skal bl.a ses i lyset af, at der ikke forelå et tilstrækkeligt antal velafprøvede indikatorer for alle de valgte sygdoms-områder.

Indikatorerne for det organisatoriske område omhandler journalføring, medicin-håndtering, kommunikation med patienter, uddannelse og ledelse. Området ”til-lægsydelser” dækker over screening for livmoderhalskræft, overvågning af helbred hos børn, svangreomsorg og svangerskabsforebyggelse.

Området ”patienterfaringer” dækker over i hvilket omfang praksis har gennemført patientevalueringer (3 indikatorer). I første omgang tæller det at gennemføre evalueringen. Hertil kan så opnås ekstra point, hvis evalueringen giver anledning til handling. Den fjerde indikatorer måler om den rutinemæssige konsultation er over 10 minutter.

Endelig kan opnås ekstra 50 point hvis lægen er tilgængelig for henvendelse samme dag.

Kontrakten understøtter en tværfaglig indsats, og honoreringen er ikke bestemt af hvilken personalekategori, der udfører de enkelte ydelser.

Det har medført nogle markante udviklingstendenser. Læger i enkeltmandspraksis finder i tiltagende grad sammen i flerlægepraksis eller i praksis hvor én læge er ejer og de øvrige læger er ansatte. Der ansættes et voksende andel af ikke lægeligt uddannede personer, herunder sygeplejersker og en praksismanager. Honoreringen for en given ydelse er ikke afhængig af, om den leveres af en læge eller en anden sundhedsperson. Der er derved mulighed for at overlade en række opgaver til sygeplejersker og terapeuter og derved frigøre læge-ressourcer til relevante ydelser.

I flerlægepraksis sker der en vis specialisering, idet de enkelte læger kan fokusere på særlige interesseområder.

Endvidere har det medført massive investeringer i IT i såvel den enkelte praksis som i et landsdækkende opsamlings og monitoreringssystem (QMAS).

Kvalitetsdata for den enkelte praksis er tilgængelige for offentligheden via Internet-tet betinget af en lov om indsigt i den offentlige sektor, som også omfatter praksis-sektoren.(www.yourgpguide.uk). Det synes ikke at have givet anledning til væ-sentlig furore. Datamængden er dog også voldsom og uoverskuelig.

Kontrakten rejser umiddelbart en række spørgsmål:

- Sker der en skævvridning af aktiviteten, så hovedvægten lægges på de om-råder der udløser flest points og de områder, der ikke (eller kun i begrænset omfang) er understøttet af points, nedprioriteres?
- Hvordan tilgodeses, at mange patienter lider af flere sygdomme (comorbi-ditet var registreret for ca. 30% af patienterne)?
- Vil kontrakten føre til, at det er vanskeligt at bemande praksis i socialt be-lastede områder, hvor der må forventes lavere målopfyldeelse?
- Vil den enkelte læge søge at undgå patienter som ikke lever op til krav om compliance?
- Er der mulighed for manipulering af data for at opnå høj mål opfyldelse (på engelsk: gaming!)?

- Er systemet tilstrækkelig fleksibelt til at valget af indikatorer kan tilpasses nye relevante problemområder?
- Vil de administrative krav stjæle tid fra meningsfuldt klinisk arbejde?

En række af disse spørgsmål blev drøftet og besvaret under møderne i London og Manchester.

4 De centrale sundhedsmyndigheders vurdering

Møde med dr. David Colin-Thome. National Director for Primary Care. Department of Health. London

Dr. David Colin-Thome er chef for Department of Health's afdeling for primærsektoren. Han har en baggrund som praktiserende læge og har stadig deltidsfunktion i en flerlægepraksis i London området samtidig med sin stilling som National Director.

DC-T beskrev den ovenfor skitserede baggrund og understregede, at det var erkendte kvalitetsproblemer og en politisk beslutning om prioritering af primærsektoren, der dannede baggrund for kontrakten.

Kontrakten kunne ses som et led i en udvikling, hvor kvaliteten af de ydelser der leveres skal dokumenteres. Det kvalitetsudviklingsarbejde der var sket gennem en årrække og en IT udvikling, som giver mulighed for indhentning af oplysninger om diagnose og indikatorer, danner grundlag for kontrakten.

Valget af indikatorer var bestemt af denne udvikling: Man valgte tilgængelige indikatorer med en vægtning som blev bestemt gennem forhandling mellem British Medical Association og National Health Service.

Det står klart at der skal ske en fortløbende udvikling og prioritering af indikatorer. Således er det et ønske at nogle af de skæve vægtninger der findes i kontrakten skal ændres og nye områder som kræft, psykiske lidelser og patientfokuserede indsatser skal fremmes.

Der er fastlagt kvalitetsmål, som udtrykkes ved graden af indikator målopfyldelse. Det blev aftalt, at den del af patientpopulationen, hvor målet ikke kunne opfyldes på grund af manglende samarbejdsvilje fra patientens side, terminal sygdom eller andre forhold kunne undtages. Dette har medført mulighed for såkaldt "gaming". Det indebærer, at den del af en patientpopulation med en given indikatorbelagt sygdom, som ikke opfylder indikatormålet, defineres som undtagelser og ikke indberettes til NHS. Der opnås derved en meget høj målopfyldelse for de indberettede, og dermed fuld kvalitetshonorering. Dette problem er erkendt af NHS og blev belyst nærmere i Manchester.¹

Det var DC-T's vurdering at indberetning af indikatorer kun medførte en ubetydelig belastning af praksis: Dels er der etableret et IT system, som tillader automatisk datafangst, dels indgår alle de valgte indikatorer i det, en hvilken som helst læge bør registrere som rutinedata. Dette gælder når systemet er indkørt, men der er betydelige arbejdsopgaver forbundet med at få systemet indført.

Blandt andet på grund af problemet med undtagelser og "gaming" er det svært at dokumentere om kontrakten har medført en egentlig kvalitetsforbedring endnu,

¹ Reference er Bulletin: 2005/04/HSCIC. Health and Social Care Information Center. www.ic.nhs.uk. National Quality and Outcomes Framework Statistics for England 2004/05. "The average QOF point achieved by general practices was 958.7 points, representing 91.3% of the total 1.050 point available."

men det er vurderingen at der er skabt et ønskeligt fokus på kvaliteten i almen praksis.

Gennem et forhøjet basishonorar for praksis i områder med særligt socialt belastet klientel eller skæv aldersfordeling, har man søgt at undgå rekrutteringsproblemer – tilsyneladende med held. Det menes heller ikke, at praktiserende læger forsøger eller har mulighed for at undgå patienter, som ikke understøtter målopfyldelsen.

De økonomiske konsekvenser har været mere omfattende end forudset. Den høje målopfyldelse på kvalitetsområdet har ført til, at udgiften til praksissektoren er steget mere end budgetteret. Selv en på forhånd vedtaget udvidelse af rammen til praksissektoren på 30% over få år har ikke været dækkende.

Det er vurderingen at der i disse år - og fremskyndet af kontrakten - sker en professionalisering af praksisdriften: Der ansættes i flerlægepraksis en praksis manager, som forestår de administrative forhold, personaleledelse m.m. og der opbygges tværfaglige teams med læger, sygeplejersker, diætister og terapeuter, som fordeler opgaverne på en hensigtsmæssig måde. Det bliver tiltagende almindeligt at en enkelt læge ejer praksis og ansætter personale, herunder læger som får mulighed for deltidsbeskæftigelse.

Det var DC-T's overordnede konklusion, at kontrakten på trods af de beskrevne problemer er hensigtsmæssig, men at den skal undergå løbende justeringer med hensyn til kvalitetsmål og valg af indikatorer. Nye indikatorområder kan fastlægges på grund af påviste kvalitetsproblemer indenfor givne områder, eller ønsker om at fremme særlige indsatser eller udviklinger eller ændringer i kliniske problemstillinger på grund af den medicinske eller teknologiske udvikling. Hertil kommer et fortsat behov for at udvikle gode indikatorer.

5 Forskningsenhedens vurdering

National Primary Care Research and Development Centre, Manchester

Martin Roland, som er leder af NPCRDC gennemgik kontrakten og problematiserede nogle af de områder, som også blev fremhævet af dr. Davis Colin-Thome.

Exception reporting blev også af Martin Roland beskrevet som et selvstændigt problem, der kunne have været undgået ved at lade alle patienter indgå og fastlægge en lavere tærskel for målopfyldelse.

Undtagelsesbestemmelserne er meget fleksible og omfatter:

Patient afslår at deltage, indikatorerne findes ikke klinisk relevante (Not clinically appropriate), diagnosen stillet for nylig, så behandling endnu ikke er gennemført eller har fået effekt, eller patienten er allerede på maksimal behandling uden at behandlingsmål nås. Hertil kommer at terminale patienter kan undtages.

I et efterfølgende indlæg blev misbruget af undtagelsesbestemmelserne belyst. Det er et væsentligt problem, at der slet ikke foregår nogen registrering af de "undtagelser" der er. Omfanget heraf kendes derfor heller ikke fra det første år af modellens levetid. Der er nu truffet beslutning om at undtagelser skal registreres.

Indikatorer om patienterfaringer har haft utilstrækkelig eller direkte uønsket effekt. 3 indikatorer omfatter gennemførelse af patient survey uden at dette er nærmere defineret. Mål opfyldelsen er derfor i praksis 100% uden at det udsiger noget om kvalitet eller omfang af undersøgelsen af patienttilfredshed og patientreaktioner.

En indikator måler muligheden for at booke tid til konsultation uden ventetid. Der er ingen indikator for muligheden for at booke planlagte konsultationer på et senere tidspunkt. Resultater er, at nogle praktiserende læger nu har indført den rutine, at der kun kan bookes til konsultation på bestillingsdagen og ikke til senere mere hensigtsmæssige tider.

De mulige effekter af kontrakten blev diskuteret.

- Er behandling i almen praksis forbedret?
- Har kontrakten medført behov for mere IT støtte og øgede administrationsomkostninger?
- Er udviklingen mod større teams og flere sygeplejersker i praksis understøttet?
- Har kontrakten medført en mindre holistisk og mere fragmenteret behandling med fokus på indikatorområderne?
- Er de områder, som ikke understøttes af økonomiske incitamenter blevet forsømt?
- Er der et udbredt misbrug – gaming – af kontrakten?
- Har kontrakten medført et skred i de professionelle normer?

NPCRDC's forskning analyserer disse områder og en del af svarene på de rejste spørgsmål blev givet i de efterfølgende præsentationer.

Martin Roland gennemgik faldgruberne ved økonomiske incitamenter i almen praksis:

- Fast løn kan føre til, at man *gør så lidt som muligt for så få patienter som muligt*.
- Capitation eller betaling pr. tilmeldt individ kan føre til at man *gør så lidt som muligt for så mange patienter som muligt*.
- Ydelseshonorering (fee for service) kan føre til at der *gøres så meget som muligt uanset om det gavner patienten*.
- Kvalitetshonorering kan føre til, at man *udfører en begrænset mængde højt honorerede ydelser og intet andet*.

Ingen incitamentsmodeller er derfor perfekte, og det handler om at finde den bedste balance

Stephen Campbell og Bernard Dowling samarbejder om en evaluering af kontraktens indflydelse på den kliniske aktivitet gennem indhentning af data, audit og fokusinterviews med praktiserende læger, patient surveys og arbejdsdagbøger med beskrivelse af arbejdsbelastningen for læger og sygeplejersker i praksis.

Vigtige temaer er den praktiserende læge rolle og kærneværdierne (core values) for praksis, risikoen for fragmenteret behandling, kontinuitet, de organisatoriske forhold og adfærdsændringer betinget af den nye kontrakt.

En række forandringer eller udviklinger, som allerede var i gang før den nye kontrakt, er blevet accelererede. Det drejer sig bl.a. om en tiltagende standardisering af indsatsen, som i høj grad understøttes af protokoller eller kliniske retningslinier, standardisering af diagnostiske koder, tiltagende datafangst med henblik på kvalitetsvurdering. Også udvikling af en teambaseret indsats og en ændret rolle for sygeplejerskerne og stærkere ledelse er accelereret. Deres undersøgelse demonstrerer en tydelig kvalitetsforbedring målt på kliniske parametre, og det slås fast at incitamentsstrukturen fungerer, men at den økonomiske gevinst måske i den engelske variant er blevet u hensigtsmæssig høj. Et udsagn fra en af de interviewede læger siger således: “The financial incentives were too great to be ignored”.

Det understøttes af, at selvom tilslutning til kontraktens kvalitetshonoreringsdel i princippet er frivillig er deltagelsen endog meget høj.

Det var også en vigtig pointe, at kvalitetsforbedringen finder sted løbende, fordi professionen søger at forbedre indsatsen. Selv før indførelsen af den nye model, kan man derfor måle forbedringer af kvaliteten i almen praksis.

Martin Marshall analyserede værdien af incitamenter, der efter sin latinske oprindelse defineres som stimulerende eller motiverende kræfter.

Positive incitamenter eller belønninger kan være personlige økonomiske gevinster, omdømme blandt kolleger, jobtilfredsstillelse, advancementsmuligheder, reserveret tid til udvalgte aktiviteter og større autonomi.

Negative incitamenter eller sanktioner kan være kontrol, reduktioner i betaling, pålæg om efteruddannelse, afskedigelse eller retsforfølgelse.

Det understreges at økonomiske og faglige incitamenter skal spille sammen, og at der er en stor risiko for at incitamenter kan have utilsigtede virkninger.

Det konkluderes at økonomiske incitamenter blot er en af mange muligheder for at forbedre kvaliteten, at de ikke altid er så effektive som formodet og at det er mere end simple tekniske interventioner, som skal lægges omhyggeligt tilrette, hvis fordelene ikke skal overdøves af negative konsekvenser.

Tim Doran analyserer data i den centrale database (QMAS), der samler alle statistiske indberetninger, herunder kvalitetsindikatorer for National Health Service.

I databasen samles data med henblik på at udregne betalingen til de praktiserende læger, men den giver også mulighed for at monitorere aktiviteten og præstationer i forhold til akkumulerede data. Der er herved tilvejebragt oplysninger om prævalens og behandling af kroniske sygdomme. Der er dog også problemer betinget af at databasen er ny og fuld af fejl, den bygger på præcise og ærlige data fra de praktiserende læger, patienter kan ikke identificeres og der er derfor ikke alders eller kønsdata.

Svaghederne ved systemet illustreres af, at der ses en stærk tendens til at de praksis der manipulerer data gennem undtagelse af et stort antal patienter opnår høj målopfyldelse. Blandt andet af den årsag er målopfyldelsen allerede det første år så høj, at der kun er små muligheder for forbedring.

Udnyttelse af undtagelsesbestemmelserne kan for eksempel ske ved at identificere de patienter hvor indikatorerne ikke er opfyldt, ved ikke at indberette patienter, som ikke er velkontrollerede, give livsstilsrådgivning ved at spørge patienterne om de har tænkt sig at holde op med at ryge, at overrapportere prævalensen af visse sygdomme.

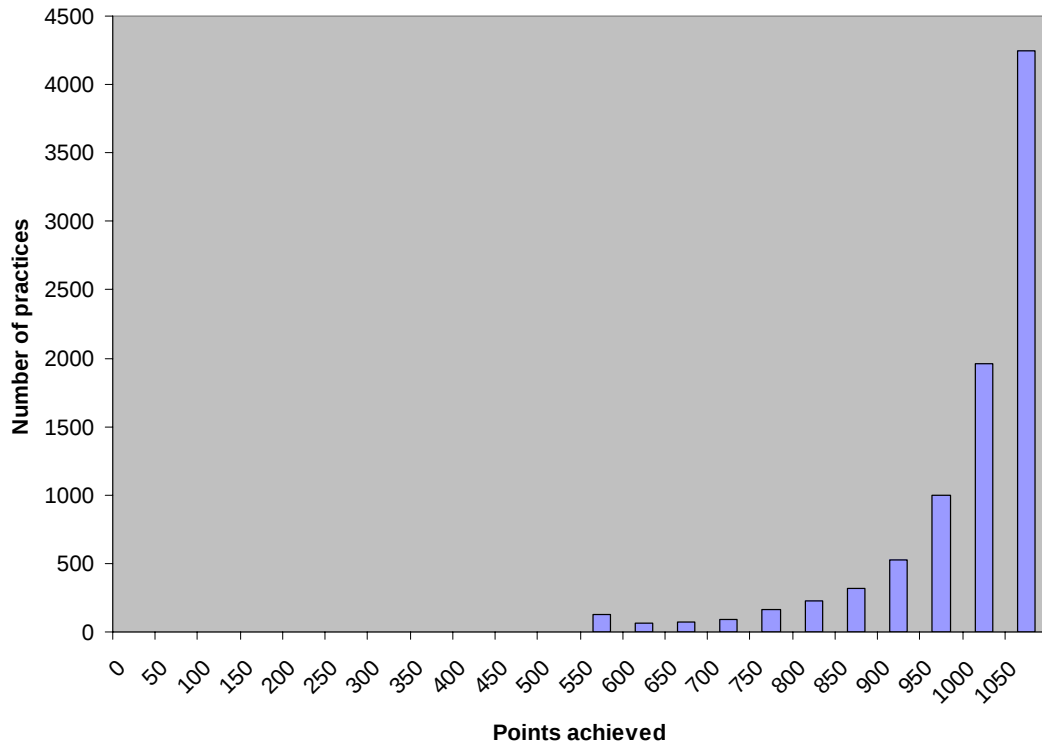
Tim Doran nævnte, at man havde udført et studie for at prøve at estimere på omfanget af undtagelserne. Variationen svingede mellem 5% og 50% med en medianværdi på ca. 10-11%.

Man regnede med at nærme sig omfanget og mulighederne for kontrol heraf i den kommende periode, fordi det nu var gjort obligatorisk at registrere undtagelserne, selvom de ikke tæller med.

Det giver en mulighed for i det årlige kontrolbesøg fra the Primary Care Trust at adressere omfanget. I disse kontrolbesøg deltager i øvrigt praktiserende læger. I starten synes besøgene mest at have karakter af inspektorlignende ordninger, der har fokus på at forbedre kvaliteten af systemet.

Grafen illustrerer, at en meget stor del af praksis opnår maksimalt pointtal og dermed maksimal finansiering. Gennemsnittet svarer til 91%. Det ses imidlertid også at et mindre antal praksis ikke opnår fuldstændig eller næsten fuldstændig målopfyldelse og at en mindre gruppe (vistnok ca. 500 ud af ca. 18.000) har valgt slet ikke indberetter kvalitetsindikatorer til systemet.

Total QOF points achievement by practices, 2004/05



6 Implementering i praksis

Besøg på Rusholme Health Center, Manchester

Rusholme Health Center er en universitets klinik med funktioner som en praksis med et større antal læger, hvor de fleste har deltidsansættelse kombineret med en akademisk funktion. Den er derfor formentlig ikke fuldt sammenlignelig med almindelige klinikker, men implementering af kvalitetsstyring, udbygning af IT grundlaget og revidering af journaliseringsrutiner må betragtes som værende i overensstemmelse med andre klinikker.

Praksismanager Scott Brunt, MBA og kvalitetsleder Claire Fox, RN beskrev, hvorledes samtlige journaliserings og registreringsrutiner var blevet gennemgået med henblik på registrering af samtlige honorargivende indikatorer og indretning af IT systemerne til automatisk datafangst.

Der var tale om et omfattende arbejde, som også havde medført behov for at indkalde en del patienter for at få fastslået nødvendige data og diagnoser.

Den kliniske aktivitet styres i vidt omfang af kliniske retningslinier og fastlagte behandlingsprogrammer, som følger NICE og National Service Frameworks anbefalinger.

Gennem ansættelse af en manager med ledelsesmæssige og administrative kompetencer og en sygeplejerske med særlig indsigt i kvalitetsudvikling og en tværfaglig stab, er der opnået en professionalisering af praksisdrift, og samtidig er lægerne frigjort fra administrative rutiner, så de kan koncentrere sig om det kliniske lægearbejde.

Det har imidlertid – selv for en veldrevet universitetsklinik – krævet en betydelig administrativ indsats at indrette sig efter den nye kontrakt og det har været nødvendigt at omlægge IT systemet og den rutinemæssigt anvendte elektroniske journal med henblik på den automatiske datafangst.

7 Vurdering af kontrakten

Fokus på den kliniske aktivitet og kvalitet.

Deltagerne i studierejsen vurderer, at det med kontrakten er lykkedes at sætte fokus på kvaliteten af den kliniske ydelse i praksis, og at den understøtter efterlevelse af kliniske retningslinier. Samtidig understøtter den en bedre dokumentation og journalføring.

Det hører med i billedet, at der er visse forskelle i organiseringen af almen praksis her i landet og i UK. I UK er der i gennemsnit 3 fuldtidslæger pr. praksis mod ca. 1,5 i Danmark. De engelske klinikker har gennemsnitligt et patientgrundlag på ca. 5.500 patienter mod ca. 1550 i Danmark. Den større organisation giver andre muligheder for at have ansat både administrativt og sundhedsfagligt personale, som har kunnet løfte denne opgave og foretage de nødvendige investeringer. Medens det angives, at der i Danmark er ansat 0,75 personer, er det tilsvarende tal for UK 2,5 ansat pr. praktiserende læge.

Kontrakten forudsætter en styrket ledelse og administration af praksis. Bestemmelsen om, at honoreringen er bestemt af, om en ydelse er præsteret og ikke af hvilken personalekategori der yder den, understøtter en ønsket udvikling i retning af en tværfaglig indsats, som frigør lægeresurser til relevant arbejde.

En udvikling i retning af større flerlægepraksis med professionel ledelse og tværfaglig teamindsats, som allerede var i gang inden kontrakten blev indført, er blevet accelereret af kontrakten.

Det må altså vurderes at kontrakten på disse områder har haft en ønsket og positiv effekt.

8 Indikatorproblemer

Anvendelse af indikatorer til monitorering af kvalitet er generelt anerkendt som en hensigtsmæssig tilgang, der kan anvendes til at dokumentere kvaliteten af den kliniske indsats, understøtte anvendelse og registrering af hensigtsmæssige eller ønskede rutiner og identificere områder med mangelfuld mål opfyldelse. Det kan således være formålstjenligt, at målrette indikatorer til områder med et væsentligt forbedringspotentiale.

I praksis er der imidlertid en række problemer ved indikatoranvendelse, som også blev illustreret under rejsen.

Skæv vægtning.

Ved udarbejdelse af kontrakten anvendte man af praktiske grunde hovedsagelig indikatorer, som allerede var udviklet i forskellige fora. Det betød, at der for visse sygdomsområder, som let lader sig beskrive, forelå mange velegnede indikatorer, mens det for andre områder som f.eks. kræft og psykiske lidelser var langt mindre velbeskrevet. Desuden blev det endelige indikatorvalg truffet gennem forhandlinger, hvor særinteresser kunne føre til en høj vægtning af områder af mindre omfang eller betydning. Det har medført en noget tilfældig sammensætning af indikatorer og vægtningen mellem sygdomme og mellem typer af indikatorer. Det anerkendtes som uhensigtsmæssigt, at så store og vigtige sygdomsgrupper som kræft og psykiske lidelser kun belyses med få indikatorer, hvor der ikke findes incitament for en forbedret indsats, medens et vigtigt men mindre område som skjoldbruskkirtel sygdomme dækkes af uforholdsmæssigt mange indikatorer og honorargivende points. Der er dog tydeligt tale om ”1. version/1. generation” og der er erkendelse af, at indikatorsiden skal udvikles løbende.

Undtagelsesbestemmelser.

I en række tilfælde er det ikke muligt at opfylde kvalitetsmålet. Det kan dreje sig om nydiagnosticerede patienter, hvor behandlingen ikke har effekt, om patienter, som ikke vil eller kan følge behandlingsplanen, om patienter i den terminale fase og om patienter med en særlig kompliceret problematik på grund af flere samtidige sygdomme.

Dette problem kan principielt håndteres på to forskellige måder:

Ved fastlæggelse af det ønskede kvalitets mål kan man tage hensyn til at der er en del tilfælde hvor mål opfyldelse er umulig og derfor fastlægge den ønskede mål opfyldelse til for eksempel 70%. Herved indgår alle patienter med en given tilstand i kvalitetsmålingen, og der er principielt ikke mulighed for at manipulere data i forhold hertil. Ulempen er at der ikke tages hensyn til en skæv sammensætning af patientpopulationen, og det kan igen lede til uhensigtsmæssig adfærd.

Den anden mulighed er, at undtage de patientgrupper, hvor man af de ovennævnte eller andre årsager ikke kan opnå mål opfyldelse og kun indberette den del af patienterne der vil kunne opnå det ønskede behandlingsresultat. I denne situation vil kvalitetsmålet kunne fastlægges til at være 90% eller i nogle situationer 100%.

Samtidig åbner man imidlertid for muligheden for manipulation af data, idet det er fristende at udelukke alle de patienter der ikke opfylder målet og ved indberetning af en delmængde med høj målopfyldelse opnå maksimal honorering.

De analyser, som er foretaget i forskningsenheden i Manchester, bekræfter, at der er tale om et reelt problem, og at der i en række tilfælde sker en systematisk udnyttelse af denne mulighed. Under alle omstændigheder vil det være hensigtsmæssigt, at forpligtede lægerne til at registrere antallet af patienter, der undtages, samt eventuelt begrundelsen for dette. Problemstillingen ville også kunne adresseres via eksternt kontroltiltag eller f.eks. en audit. Disse tiltag er på vej i den engelske model.

Det må altså konstateres, at muligheder for forvridding af data gennem undtagelse af nogle patienter bliver udnyttet. Indikatorer bør derfor omfatte den samlede patientpopulation, og kvalitets målet bør fastsættes med hensyntagen hertil. Evt. må der arbejdes på at differentiere efter patientpopulationens sammensætning.

Kvalitetsmålet for lavt.

Ved fastlæggelse af kvalitetsmålet var det ønsket at skabe grundlag for en kontinuerlig kvalitetsforbedring med en tiltagende grad af mål opfyldelse. Det har imidlertid vist sig, at en stor del af praksissektoren allerede ved første indikator-måling opnår fuldt mål opfyldelse og dermed maksimal honorering. Der er derfor ikke incitament til en fortsat forbedring af kvaliteten, men kun til en fastholdelse af det allerede opnåede.

Det må konstateres, at et for lavt initialt kvalitetsmål er uhensigtsmæssigt – både i relation til de langsigtede kvalitetsmæssige og de kortsigtede økonomiske konsekvenser heraf.

Nogle indikatorer er ikke reelt udtryk for kvalitet.

I indikator sættet indgår en række procesindikatorer. Nogle af disse kan opfyldes uden at det giver et validt udtryk for kvalitet. Eksempelvis kan målet for patientinvolvering og for adfærds-vejledning i form af råd om rygeophør opfyldes, uden at det giver indtryk af den bagved liggende aktivitet, f.eks. hvis det blot krydses af i journalen at der er spurgt til rygevaner.

Det må derfor konstateres, at der under udpegning af indikatorer, skal ske en nøje vurdering af indikatorernes mulighed for at give et reelt udtryk for kvaliteten og der skal fastlægges præcise kriterier for deres opfyldelse.

Perverse incitamenter.

Nogle indikatorer kan give incitament til uhensigtsmæssig adfærd – såkaldt perverse incitamenter.

Der findes eksempler herpå i det engelske indicatorsæt. Således indgår en indikator om tilgængelighed, idet en indikator måler, om det er muligt at opnå en konsultation samme dag. Det har ført til den groteske udvikling, at en del læger nu kun tager mod patienter på henvendelsesdagen, og ikke aftaler konsultationer på et senere og for patienten måske mere hensigtsmæssigt tidspunkt.

En præcis analyse af en indikators mulige ønskede og uønskede effekter er altså nødvendig, og det vil også være hensigtsmæssigt at have mulighed for løbende revision indenfor overenskomst-perioden, når det viser sig at en indikator medfører uønskede resultater.

Videre udvikling af indikatorer.

Det er et klart indtryk, at det engelske indikatorsæt repræsenterer et "første generations sæt", og at der er behov for en betydelig revision og videreudvikling.

Der ligger tilsyneladende to afgørende forudsætninger bag indikatorvalget. Den første er, at man anvender indikatorer, som allerede var udviklet i andre sammenhænge. De valgte indikatorer er i vidt omfang relevante til at belyse kvaliteten af de valgte områder, men de dækker ikke alle de ønskelige områder og der er en betydelig skævhed i vægtningen. Det andet forhold er, at indikator-valget fandt sted efter forhandling, hvor ønsket om at indføre systemet har oversteget den strengt faglige afvejning. Det er bl.a. illustreres af, at der for skjoldbruskkirtel sygdomme er flere indikatorer og dermed honorargivende point end for hele kræftområdet.

Også forhold som patientinvolvering og patientuddannelse er underrepræsenteret i indikator sættet.

Modellen indeholder heller ingen løsning på kvalitetsmåling i forhold til patienter med komorbiditet. Vi fik oplyst, at man havde opgjort at ca. 30% af patienterne led af mere end en af de omhandlede sygdomme.

En løbende udvikling af indikatorerne og en målretning til områder, hvor der er dokumenterede kvalitetsproblemer eller hvor indsatsen ønskes styrket er nødvendig.

9 Økonomiske konsekvenser

De økonomiske konsekvenser af den nye kontrakt har været væsentlig større end forudsat. Til grund for kontrakten lå en politisk beslutning om, at udvide ressourcerammen for primærsektoren med 18-20% over tre år. Resultatet angives i det første år at være tættere på 30% ressourcetilførsel, fordi målopfyldelsesgraden har været betydeligt højere end forventet. Forventet var 75% af de opnåelige 1.050 point, men resultatet er endt med et gennemsnit på 91%.

Rammen er overskredet allerede indenfor den første del af kontraktperioden. Det var vurderingen på forskningsenheden i Manchester, at implementering af kontrakten var blevet understøttet af den meget attraktive økonomiske ramme. For det første var det afgørende for at lægerne gik til forhandlingsbordet, og dernæst havde det stor betydning for at majoriteten af praksissektoren havde tilsluttet sig kontrakten. Bagsiden var den betydelige ”gaming”, dvs. undtagelse af rapportering af visse data for at opnå maksimalt økonomisk udbytte.

Det blev drøftet om en udvidelse af den økonomiske ramme var en forudsætning for indførelse af kvalitetsbelønnende finansieringsformer eller om en omlægning kan gennemføres i et økonomisk stabilt miljø indenfor den bestående ramme.

Det var vurderingen at en implementering af kvalitetshonorering også vil være mulig indenfor en stabil eller kun moderat voksende økonomisk ramme. Der må dog tages hånd om de eventuelle følgedgifter.

10 Samlet konklusion

Omlægning af finansieringen af praksissektoren i England har medført en række positive konsekvenser. Der er kommet fokus på kvaliteten af ydelserne i praksis og bedre dokumentation af indsatsen. Samtidig er en ønsket udvikling af praksisstrukturen i retning af flerlægepraksis, tværfaglig teamindsats og professionalisering af praksisdriften blevet accelereret.

En væsentlig del af de kliniske indikatorer omhandler betydningsfulde kroniske sygdomme, og det kan dokumenteres at en allerede igangsat kvalitetsforbedring er blevet styrket gennem efterlevelse af kliniske retningslinier og indberetning af relevante data. Der er grundlæggende, at indikatormålingen som hovedregel opleves klinisk meningsfuld at der er en faglig accept af de udviklede indikatorer.

Der er dog på nuværende tidspunkt ikke grundlag for angivelse af den præcise effekt, som den samlede kontrakt-styring har haft på udviklingen af den kliniske kvalitet i almen praksis.

Det er imidlertid problematisk, at kontrakten og dens undtagelsesbestemmelser har åbnet mulighed for en tilsyneladende omfattende manipulation i form af udnyttelse af undtagelsesbestemmelserne og at valget af indikatorer kun dækker en del af det ønskede spektrum, medens væsentlige områder som patientinvolvering, kræft og psykiske lidelser, børne/unge området og akut området stort set ikke indgår.

Det må ligeledes konstateres at denne kontraktform indebærer risiko for overskridelse af den fastlagte økonomiske ramme, som er betinget af både fastlæggelse af uhensigtsmæssigt lave kvalitetskriterier og mulighederne for manipulation af data.

Det må imidlertid vurderes som værende hensigtsmæssigt, at inddrage kvaliteten af den kliniske ydelse i overenskomstgrundlaget og overveje introduktionen af nye finansieringsformer, som i højere grad, end den bestående overvejende aktivitetsbestemte finansiering, understøtter hensigtsmæssig klinisk adfærd og belønner høj kvalitet.

De erfaringer man har gjort sig med indførelse af en sådan kontrakt i England kan give betydelig inspiration hertil, og en analyse af de erfaringer man har gjort under implementering af kontrakten, kan føre til at man her i landet vil kunne undgå nogle af de faldgruber der er beskrevet i denne rapport.

Referencer

Investing in general practice. The new general medical services contract. February 2003. www.bma.org.uk/ap.nsf/content/investingp

Roland M: Linking physicians' pay to the quality of care – a major experiment in the United Kingdom. N Engl J Med 351:1448-1454;2004.

Campbell SM, Roland MO, Middleton E, Reeves D: Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. BMJ, doi:10.1136/bmj.38632.611123.AE.(published 28 October 2005) downloaded from bmj.com on 13 November 2005.

11 Bilag

Lars Engberg: Træk af den nye engelske GP contract. Powerpoint præsentation udarbejdet oktober 2005

Træk af den nye engelske GP contract

Lars Engberg

le@feus.dk

Ekstern lektor, mag. scient. soc., cand. polit., Ph.D.

Udviklingskonsulent

Center for Kvalitetsudvikling i Almen Praksis

Københavns Kommune

Situationen før den nye kontrakt

Lægerne samlede indkomst var sammensat således:

1. Aktivitetsbestemt honorering (=fee for service) ca. 15%
2. Capitation (bestemt af antal listeppt) ca. 40%,
3. Løn (salary) som forudsætter en vist antal ugentlige arbejdstimer, 30%
4. Dækning af visse faste udgifter (lokaler, udstyr og IT) ca. 15%

Således var den samlede indkomst ikke særligt afhængigt af hverken:

- a) pt. sammensætningen eller
 - b) arb.mængde i forhold til den enkelte pt eller
 - c) det lokale omkostnings- og lønniveau.
- Der var ej heller nogen nævneværdig kobling mellem præstationer på kvalitetsområdet og honoreringen (bortset fra fx vaccinationer og screening).
 - Der var et forsøg i det sydlige Kent i 1998-2000, som kobkede præstationer på kvalitetsindikatorer og honorering af de praktiserende læger.
 - Forsøget faldt gunstigt ud set med både lægers og myndighedernes øjne.

Den nye kontrakt I

Kontrakten udviklet og forhandlet under medvirken af almen praksis: Kontraktens indikatorer var i vidt omfang udviklet af folk med tæt forbindelse til almen praksis. Indikatorerne var i vidt omfang baseret på evidens og eksisterende kliniske retningslinier. Endvidere var den endelig kontrakt forhandlet af de praktiserende lægers organisation og repræsentanter for det engelske sundhedsvæsen.

Honoreringsprincipper:

1. En minimums basishonorering af GP, som afspejler bl.a. pt. sammensætningen samt
2. En honorering af praksis præstationer med hensyn til mængde og kvalitet.

Den nye kontrakt II

Tilførsel af ekstra midler til almen praksis:

1. Over tre år (2004-2006) udvides det offentlige ressourcefordeling til almen praksis med omkring 33%!!
2. Op til 18% af den fremtidige indtjening i almen praksis vil kunne komme fra præstationerne på de nye kvalitetsindikatorer.
3. Tilslutning blandt praktiserende læger: Kontrakten trådte i kraft april 2004 efter 70% af alle stemmeberettigede GPs havde stemt i juni 2003. 80% af de stemmeafgivende GPs stemte for den nye kontrakt.

Fire indikatorbelagte områder, hvor praksis kan opnå supplerende indtægter afh. af præstationers omfang/kvalitet (= The Quality and Outcomes Framework).

1. Det kliniske område (10 kroniske sygd.gr)
2. Det organisatoriske område (5 fokusomr.)
3. Tillægs-ydelses-området (4 fokusomr.)
4. Patienterfaringer (4 indikatorer)

Områder hvor præstationer honoreres

146 Indikatorer. I alt 1.050 point

50 Ekstra: Lægen er let tilgængelig

130 Ekstra: Holistisk håndt. af kl. omr

100 4 4. Patienterfaring. (4 indikatorer)

36 10 3. Tillægs-ydelses-området (4 fokusomr.)

184 56 2. Det organisatoriske område (5 fokusområder)

550 76 1. Det kliniske område (10 sygd.gr.)

max. point # indikatorer

Fra point til £

2004/5 honoreres 1 point med 75 £

- Svarende til yderligere max. 79.000 £

2005/6 honoreres 1 point med 120 £

- Svarende til yderligere max. 125.000 £

Bemærk i øvrigt: Praksis (lægen) honoreres på grundlag af summen af point. Dvs (praksis) lægen kan prioritere sit fokus indenfor de områder der er indikatorbelagte.

Første 5 af 10 sygdomsgrupper

45 8 KOL

99 18 Diabetes mellitus (både 1 og 2)

105 5 For højt blodtryk

31 10 Blodprop (Stroke or transient ischaemic attacks)

121 15 Indsnævret kranspulsårer (CHD)

max point # indikatorer

Sygdom/lidelse

Sidste 5 af 10 sygdomsgrupper

72 7 Astma

41 5 Psykiske lidelser

12 2 Cancer

8 2 Hypothyroidisme (for lidt fordøjelseshormon)

16 4 Epilepsi

max point # indikatorer

Sygdom/lidelse

Bemærk vægtningerne:

Indsnævret kranspulsåre: 121 point

For højt blodtryk: 105 point

Diabetes mellitus: 99 point

Epilepsi 16 point

Cancer 12 point

For lidt fordøjelseshormon 8 point

Det organisatoriske område

184 56 I alt

42 10 Medicinhåndtering

20 10 Ledelse, overblik, arbsbeskr. mv

29 9 Efter- og videreuddannelse

8 8 Kommunikation m. pt.

85 19 Journaler og information om ptt.

point # indikatorer

Fokusområder

Tillægs-ydelses-området

36 10 I alt

2 2 Politik f. svangerskabsforebyg

6 1 Svangreomsorg

6 1 Overvågn. af helbred hos børn

22 6 Screening for livmoderhalskr.

point # indikatorer

Fokusområder

Patienterfaringer

100 4 I alt

15 1 Diskuteret resultater m. enten en pt.gr. eller et læg PCTbestyrelsesmedlem

15 1 Tænkt og evt. foreslået ændr. som følge af pt.s.s.us

40 1 Gen.ført godk. pt.spm.skm.us

30 1 Rutineaftalt kons. > 10 min.

point # indikatorer

Fokusområder

En enkelt (og positiv) GP i jan. 2005:

- Under den gamle kontrakt blev vi (i det store og hele) honoreret efter hvor mange ptt. vi havde på vores liste. Vores honorering var således ikke påvirket af ptt. behov og vores arbejdsmængde i f.t. den enkelte pt. "Vores diabetesptt. sejlede for meget i det system".
- Under den nye kontrakt har vi klart et økonomisk incitament til at gøre den indsats for vores ptt, som vi ud fra et lægefagligt synspunkt hele tiden har vidst, at vi burde yde.

Diabetesindikatorer

Sammenligning af:

- 18 engelske diabetesindikatorer
- danske diabetesindikatorer fra DAKprojektet
- 6 danske diabetesindikatorer fra NIPprojektet

Tendenser anført af BMA: I

- Læger går sammen (vistnok er der i dag i gns. 3 GPs per praksis).
- 1 læge bliver ejer og leder (øvrige bliver ansatte, især de kvindelige læger).
- Voksende andel af ikke lægeligt uddannede i den enkelte praksis, herunder sygeplejersker og en praksis manager.

Tendenser anført af BMA: II

- I praksis specialiserer de enkelte læger sig ift. visse sygdomsgrupper.
- Der vil ske en offentliggørelse af kvalitetsdata – formentlig i sidste ende på lægeniveau. Årsag: En gældende generel lov om vidtgående indsigt i den offentlige sektor, som den enkelte GP/praksis ikke vil kunne undslå sig.

"BMA's "konklusion"":

Forudsætning for at få point og dermed honorering:

- Pt. data leveres elektronisk til PCT i et forud givet format.
- PCT bør aflægge praksis 1-2 årlige besøg.

Repræsentant for BMA:

- Vi opgav kontrollen og fik til gengæld pengene.
- Har BMA problemer med de sygdomsrelaterede indikatorer?
- Nej, de er klinisk meningsfulde, da de i vidt omfang er evidensbaserede.

Mulige problemer med præstationsafhængig honorering I

- De ptt, der er lette at kontrollere og regulere, kommer med. Vil lægen søge at skille sig af med non-compliant ptt.? Vil lægen søge at undgå at optage nye, men "tunge" ptt.?
- Vil læger undgå at etablere sig i områder, hvor mange underprivilegerede bor?
- Procesindikatorer – her skal praksis i betydeligt omfang selv rapporterer om hvordan de håndterer forskellige ting. Fristelse til at fordreje data?

Mulige problemer med præstationsafhængig honorering II

- Resultatindikatorer giver måske mere pålidelige data, da de i større omfang vil bygge på uafhængige kilder – fx data fra eksternt laboratorium
- Pt spm.skm – datakvaliteten af lægens indberetning skal formentlig tjekkes? Samme problem, hvor lægen skal indberette mht varighed af en ikke akut konsultation
- PCT kan/skal besøge praksis – monitorering/dialog?
- Hvad med de sygdomsgrupper, som ikke er med i de 10 sygdomsgrupper – bliver de nedprioriteret?
- Fylder mental health tilstrækkeligt som én ud af 10 sygdomsgrupper?

Mulige problemer med præstationsafhængig honorering III

- Er der for meget fokus på indikatorer (tal) og for lidt på ptt?
- Hvad med de områder som ikke kan indikatorbelægges, herunder de mere tværgående som hører til varemærkerne for almen praksis (empati, koordinering og advokat for patienten)?
- Undgå at systemet støtter medicinering frem for livsstilsændringer.
- Vil en indikatorbaseret honorering efterhånden føre til at PL er mindre tilbøjelige til at handle i patientens interesse når/hvis PL ikke honoreres herfor?

Den brede samfundsmæssige tendens med hensyn til den offentlige sektor

Problem (ifølge mange):

- Stigende skattetryk.
- Offentlig sektor er ufleksibel, bureaukratisk og lavproduktiv.

Den generelle tendens til ”løsning” i hele den vestlige verden:

New Public Management (NPM)

- I den offentlige sektor forsøges i stigende grad anvendt ledelses-, styrings-, dokumentations- og honoreringssystemer i den offentlige sektor, som ellers hidtil har været anvendt i den private sektor.
- Anvendelse af indikatorer i sundhedsvæsenet passer som hånd i handske ind i NPM-konceptet.
- Indikatorer (og andet) kommer i sygehusvæsenet (bl.a. den danske kvalitetsmodel, herunder NIP). Det kommer også i almen praksis.
- Spørgsmålet er blot hvordan, hvorfra og hvornår?

Kilder:

- U.K. Department of Health (2003): Investing in General Practise. The New GMS Contract. (London, DoH; 2003).
- Marshall, Martin og Peter Smith (2003): Rewarding results: using financial incentives to improve quality. Qual. Saf. Health Care, vol 12, s. 397-398.
- Smith, Peter C. og Nick York (2004): Quality Incentives: The case of U.K. General Practitioners. Health Affairs, May/June, p. 112-118.
- Oplæg af GP og professor Richard Baker på konference i Amtsrådsforeningen 13. april 2005.