

HVORDAN MÅLES DET, OM SUNDHEDSREFORMEN LYKKES OG OPGAVEBESKRIVELSEN FØLGES?

Indledning

Sundhedsreformen er et stort organisatorisk tiltag og fordrer kontinuerlig monitorering.

I dette dokument ønsker DSAM kort at bidrage med faglige perspektiver på, hvordan monitorering af en kommende sundhedsreform og sundhedsplan mest hensigtsmæssigt kan gennemføres – med særligt fokus på den almenmedicinske opgavebeskrivelse.

Formålet med monitorering må være at belyse, om reformens intentioner indfries – fx mindre geografisk ulighed - bedre vidensdeling - mere nærhed - og om opgavebeskrivelsen efterleves.

Meningsfuld monitorering fordrer:

- Klart definerede mål og relevante målepunkter
- En baseline at sammenligne med
- Valide data

Vi mener at alle disse 3 faktorer er udfordret.

Udfordringer ved monitorering af opgavebeskrivelse og sundhedsplan

1. Målepunkter: En konsultation på sygehus og praksis kan ikke sammenlignes (opgaver kan ikke flyttet 1:1)

På sygehuset er konsultationen begrænset til det lille felt, som den pågældende sygehuslæge er ekspert i. I almen praksis vil konsultationen typisk omfatte 2-5 emner på grund af den praktiserende læges brede faglighed og patientens mulighed for at bringe næsten alle tænkelige emner op. Det gør det svært at måle eller sammenligne konsultationernes indhold.

2. Målepunkter: Svært at registrere hvilken del af opgaven der foregår i hvilken sektor.

Når patientforløb går på tværs af sektorer, er det vanskeligt at registrere fordelingen af opgaver. Data bygger primært på fremmøder og diagnoser, men siger intet om, hvor stor en del af opgaven, der løses af den praktiserende læge, og hvor stor en del, der løses af sygehuset.

3. Målepunkter: Hvem er egentlig ansvarlig for behandlingskvaliteten?

I fremtiden sker meget af behandlingen i et fællesskab mellem egen læge og sygehuset. Derfor bliver det særdeles svært at afgøre, hvem der er ansvarlig for behandlingen og dermed behandlingskvaliteten. Er det egen læge eller sygehus-specialisten?

4. Målepunkter: Forskellighed i praksis

Patientgrundlaget er meget forskelligt fra praksis til praksis. Bestemte typer læger tiltrækker bestemte patienter. Nogle praksis har flere ældre og multisyge. Lægesøgning varierer i populationen. Derfor kan blodprøveværdier, receptudskrivelse og ydelser ikke umiddelbart sammenlignes fra praksis til praksis.

5. Manglende viden om baseline: Geografisk variation i opgaver i alle sektorer

Forskellige regioner, sygehuse, speciallæger og almen praksis varetager vidt forskellige opgaver forskellige steder i landet. Desuden varierer praksis for, hvor meget der skal udredes før henvisning, og hvornår patienter afsluttes varierer betydeligt. I psykiatrien afslutter man i Nordjylland patienter, som Region Hovedstaden ville have beholdt i ambulans behandling i flere år.

6. Manglende viden om baseline: Opgaverne løses ikke tilstrækkelig endnu

Der er et stort efterslæb på lægernes centrale kerneopgave, særligt i områder med højt behandlingsbehov. Monitoreringen bør tage højde for, at der i områder med lægemangel eller mange patienter med komplekse behov er behov for at løfte indsatsen, så der opnås et mere ensartet niveau på landsplan – en udvikling, der først kan finde sted, når normtallet reduceres.

7. Valide data: Man kan ikke adskille data fra sygehus og praksis

Det kan være vanskeligt at adskille data fra almen praksis og sygehus, hvilket påvirker muligheden for præcis kvalitetsmonitorering. KiAP har fx ønsket at måle på triple whammy, som er en uheldig kombination af præparater. Disse præparater kunne være ordineret både af egen læge og sygehuset, men det fremgik ikke af kvalitetsrapporterne. De trak på FMK, hvor der ikke blev taget hensyn til ordinationens oprindelse.

Konkrete forslag til målepunkter

På baggrund af de ovenfor nævnte udfordringer er det meget vanskeligt at foretage en direkte sammenligning af data fra praksis til praksis og fra sygehus til almen praksis. En effektiv tilgang kunne derfor være at analysere den samlede behandlingsindsats og undersøge, hvordan sundhedsreformen og opgavebeskrivelsen påvirker behandlingsforløbene og kvaliteten af den samlede indsats i sundhedsvæsenet.

Fx: Bliver KOL behandlingen samlet set bedre ved indførelse af pakkeforløb for KOL?

Vi gennemgår her konkrete forslag til målepunkter, som vi mener er operationelle.

Overordnede resultatomål for sundhedsreformen

- Stiger antallet af praktiserende læger?
- Svarer de praktiserende lægers fordeling i landet til sygdomsbyrden?
- Falder andelen af afviste henvisninger?
- Falder uligheden i udredning og behandling?
- Fastholdes eller bedres udvalgte valide sygdomsparametre i hele sundhedsvæsenet?
- Ændring i patientforløb. Er der færre sektorovergange og implementeres aftalte opgaveflytninger/følges de aftalte forløbsbeskrivelser?
- Følger ressourcerne med opgaverne?

Delmål

Belastning af sundhedsvæsenet

- Falder antal kontakter og tid brugt på sygehusophold?
- Falder antal kontakter til lægevagten?
- Falder antal akutte indlæggelser?
- Falder antal genindlæggelser?
- Analyse af indlagte på midlertidige pladser (forbedring eller anderledes hospitalsbehandling).
- Stiger antal patienter, der modtager hjemmebehandling?

Kommunikation og koordinering

- Bedres praksislægens tilgængelighed til at konferere med sygehuslæger?
- Bedres sygehuslægers tilgængelighed til at konferere med praksislæger?
- Stiger antallet af skriftlige korrespondancer og konferencer mellem egen læge og speciallæger (overholdes tidsfrist)?
- Øges antallet af videokonferencer mellem behandlere?
- Er epikriser og henvisninger fyldestgørende?

Behandlingskvalitet og kontinuitet på tværs af sektorer

- Sikres behandlerkontinuitet i patientforløb i almen praksis?
- Sikres patientansvarlig læge på sygehus?
- Fald i antallet af Possibly Inappropriate Medication (PIM), hvilket kan indikere en mere målrettet og skånsom medicinering?
- Fald i antallet af uhensigtsmæssige medicinkombinationer (triple whammy)?
- Bliver der færre overgange i patientforløbene?
- Er hitrate i kræftpakkeforløb tilfredsstillende i forhold til de opstillede mål, så både overdiagnostik og underdiagnostik undgås?
- Stiger eller fastholdes patienttilfredsheden i AMT?

Strukturelle faktorer og organisatorisk udvikling i AMT

- Hvordan udvikler trivslen sig blandt læger og personale i almen praksis og i Regionsklinikker/koncerner under de aktuelle strukturændringer?
- Fungerer klyngerne og understøtter de samarbejde og vidensdeling?
- Har efteruddannelsesprogrammer den ønskede effekt på kompetenceudvikling?
- Sikres relevant og nyttig forskning inden for de centrale sundhedsområder?

Effektivitet og ressourceudnyttelse på tværs af sektorer

- Fald i irrelevante blodprøvetagninger og antal rekvisitioner (mindre overlap og større effektivitet)?
- Stigning i samlede antal kontakter for sårbare patienter, med adgang til flere tidstunge ydelser?
- Stagnation eller fald i antallet af kontakter for ressourcestærke patienter?