



Helse- og omsorgsdepartementet
postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.: 15/3532

Dato: 13.10.2015

Høringsuttalelse vedr. Helse- og omsorgsdepartementets forslag til nytt kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) og enkelte endringer i helsepersonelloven

Legeforeningen takker for muligheten til å bli hørt i en sak som vil gi viktige føringer for kvalitetsforbedringsarbeid i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Legeforeningen mener:

- Et kommunalt pasient- og brukerregister basert på data fra KUHR, IPLOS, KOSTRA og NPR vil bl.a. muliggjøre analyser av pasientforløp på gruppe/ makronivå, og ledsagende helseøkonomiske vurderinger men vil slik det er beskrevet være svært lite egnet for kvalitetsforbedring i ute tjenestene.
- Det er en alvorlig svakhet at registeret ikke vil være egnet for aggregering av indikatorer som kan brukes til lokalt forbedringsarbeid.
- Det er i 2015 bevilget 30 millioner kroner over Statsbudsjettet til etablering av KPR. Legeforeningen merker seg at det ikke er satt av midler til utvikling av praksisnær kvalitetsforbedring basert på innsamlede data, men fastslått at videre drift skal skje innenfor ordinære rammer.
- Høringsnotatet tydeliggjør ikke om man vil følge opp klare anbefalinger fra Kunnskapscenteret om tett involvering av Legeforeningen og Senter for kvalitet i Legekontor (SKIL).
- Høringsnotatet underkommuniserer at det er store kvalitetsutfordringer i data fra HELFO-KUHR og IPLOS
- Registerdata fra HELFO-KUHR gir med noen få unntak ingen informasjon om individrettet forebyggende arbeid.
- KPR må spille sammen med praksisnært kvalitetsarbeid forankret i kliniske behov. Dette gir også mulighet for at helseøkonomisk analyse og styringsdata kan berikes med informasjon fra kilder for faktiske kvalitetsdata, og ikke bare aktivitetsdata.
- Det er av mange grunner ønskelig med mer enhetlig IKT-arkitektur, men det kliniske primærformål for pasientjournalen i den enkelte virksomhet må være førende, foran hensynet til enkel innhenting av registerdata.
- Legeforeningen mener at KPR bør være basert på presumert samtykke med reservasjonsrett. Det er ingen erfaringer som tilsier at et helseregister med et legitimt formål fører til et stort

antall reservasjoner, og Legeforeningen kan ikke se at departementet har redegjort tilfredsstillende for særlige grunner som hjemler fravær av reservasjonsmulighet.

- Legeforeningen anser at hensynet til mest mulig komplette registerdata uten sosioøkonomiske skjevheter kan tilsi at helt private helsetilbud rapporterer til KPR. Dette reiser imidlertid særskilte utfordringer og må utredes grundig og i dialog med berørte parter.
- Legeforeningen støtter at Fylkesmannen ikke lenger skal måtte innhente uttalelse fra Datatilsynet i saker vedrørende retting eller sletting i pasientjournal.

Det er et åpenbart behov for økt kunnskap om hva som skjer i kommunale helse- og omsorgstjenester, slik bl.a. OECD har påpekt i sin rapport «OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: Raising Standards». OECD fremholder at Norge må utvikle bedre kvalitetsindikatorer for primærhelsetjenesten og mener dette arbeidet må ta utgangspunkt i legekantorene. For å oppnå kontinuerlig kvalitetsforbedring understreker rapporten behovet for elektroniske verktøy som gjør det mulig å sammenligne egen praksis med kollegers. Gjennom Senter for kvalitet i legekantor (SKIL) piloterer Legeforeningen allerede denne type verktøy i samarbeid med flere kommuner.

Et kommunalt pasient- og brukerregister kan gi nyttig informasjon om helsetjenesten men er ikke tilstrekkelig for å oppnå kvalitetsforbedring

Legeforeningen mener at det foreliggende forslaget til et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) kan gi muligheter for å analysere aggregerte pasientforløp og kostnadsbilde for disse i og mellom nivåene, basert på kobling av data fra HELFO-KUHR, IPLOS, KOSTRA og NPR. Høringsnotatet synes imidlertid ikke å ha særlige ambisjoner knyttet til KPR som verktøy for virkningsfull kvalitetsforbedring der hvor tjenestene skapes. Dette kan for så vidt fremstå som logisk, gitt den kunnskap som finnes om hvorledes kvalitetsforbedring i tjenestene best skjer. Legeforeningen vil derfor peke på de mulighetsrom som allerede finnes for et samspill mellom nasjonale registre og lokalt kvalitetsarbeid.

Virkningsfullt kvalitetsarbeid skjer lokalt

En nøkkelfaktor for raskt å implementere beste praksis i hele helsetjenesten er at den enkelte virksomhet kontinuerlig produserer kvalitetsdata som kan avdekke ikke bare avvik, men også avdekker de «pockets of excellence» som finnes spredt rundt i helsetjenesten. Når kvalitetsarbeidet springer ut av lokale forhold og behov kan de nye metodene og ideene raskere identifiseres og dokumenteres, og budskapet kan spres. I et nasjonalt kvalitetssystem vil slike «lommer» av høy standard og innovasjon i stor grad bli usynlige eller identifiseres for sent, og mulighetene for rask spredning av de gode modellene svekkes betydelig, både innad i virksomhetene og ut mot resten av helsetjenesten¹. Slik sett vil et nasjonalt system kunne være nyttig for å redusere variasjon inn mot et nivå av forsvarlig «common practice», men i mindre grad bidra til utvikling av forbedret praksis. Nyten av aggregerte registerdata på nasjonalt nivå reiser særskilte utfordringer innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor de pasientene som krever mest ressurser oftest er preget av multimorbiditet og/eller sammensatte medisinske, sosiale og pleiemessige utfordringer. Dette gjør at måling av resultat- eller utkommeindikatorer er mer krevende og sannsynligvis langt mindre nyttig enn der hvor enkeltsykdommer behandles med godt definerte intervensjoner i lineære forløp, slik det noe oftere vil være i spesialisthelsetjenesten.

I både pleie- og omsorg, fastlegekontor og legevakt vil det derfor måtte legges vesentlig mer vekt på struktur- og prosessindikatorer, som ikke vil være tilgjengelige i de datasettene som nå foreslåes lagt inn i KPR. Strukturindikatorer som beskriver forutsetningene og rammene for forebygging, diagnostikk, behandling, pleie og rehabilitering vil måtte kartlegges med andre verktøy. Eksisterende kunnskap viser at kvalitetsarbeid er mest effektivt dersom det utvikles lokalt. Datauttrekk lokalt på legekantorene, sykehjem og hjemmetjenestene kan brukes til å reflektere over egen praksis og motivere til forbedringsarbeid. Det er også vist være nyttig å sammenligne egen

¹ Massoud MR, Nielsen GA, Nolan K, Schall MW, Sevin C. *A Framework for Spread: From Local Improvements to System-Wide Change*. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2006

praksis med andre sammenlignbare enheter. Fordi ulike typer kommunale helse- og omsorgsvirksomheter har helt ulike roller og mål, må de lokale kvalitetssystemene være forskjellige, og springe ut av de faktiske behovene.

Det finnes flere gode eksempler på effekt av lokalt kvalitetsarbeid i Norge. Her kan nevnes refleksjon over egen praksis i de to intervensjonene i KTV-prosjektet («Kollega Basert Terapiveiledning»). Her var formålet å fremme rasjonell farmakoterapi i allmennpraksis ved å styrke allmennlegenes kliniske kompetanse. Det ble utviklet redskap og rutiner som skulle gjøre det praktisk mulig å ta i bruk reseptstatistikk (fra Reseptregisteret) til kvalitetssikring av farmakoterapi i allmennpraksis. KTV – prosjektet er grundig evaluert og viste god nytte²³.

Oxman (Folkehelseinstituttet, nå Kunnskapscenteret) og medarbeidere publiserte i 1995 oversiktsartikkelen «No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice som fortsatt står seg når den bl.a. konkluderer med at:

«Dissemination-only strategies, such as conferences or the mailing of unsolicited materials, demonstrated little or no changes in health professional behaviour or health outcome when used alone. More complex interventions, such as the use of outreach visits or local opinion leaders, ranged from ineffective to highly effective but were most often moderately effective (resulting in reductions of 20% to 50% in the incidence of inappropriate performance⁴».

Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten anbefaler at Legeforeningen blir partner for KPR
Kunnskapscenteret publiserte i oktober 2010 notatet «Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester⁵». Her drøftes erfaringer i Norge og internasjonalt og Kunnskapscenteret kommer med anbefalinger basert på det foreliggende kunnskapsgrunnlaget.

Kunnskapscenteret skriver bl.a.: *«Implementeringen av de ulike elementene (i et nasjonalt kvalitetssystem) bør skje ved en partnerskapsmodell mellom sentrale aktører og myndighetene basert på en konsensusmodell i et tillitsfullt samarbeid. Det er behov for støtte og veiledning for å få gjennomført lokalt kvalitetsforbedringsarbeid på en systematisk måte som en integrert del av ordinær allmennlegevirksomhet.*

Legeforeningen har vedtatt å etablere Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK – nå SKIL), og er i gang med utredning av innhold og organisering av SAK. En eventuell nasjonal enhet som skal koordinere demante og fragmenterte initiativ, samt få fart på arbeidet med kvalitetsforbedring, og ha ansvar for utvikling, implementering og videre utvikling, bør ha tett kontakt og nært samarbeid med SAK. Det kan vurderes om det er hensiktsmessig og mulig at SAK blir en integrert del av en slik nasjonal enhet for kvalitet i primærhelsetjenesten.»

Kunnskapscenteret beskriver vellykkede modeller for kvalitetsarbeid i primærhelsetjenesten med konsensusbasert partnerskap mellom myndigheter og profesjonen i England, Canada og Danmark. Videre vektlegger Kunnskapscenteret at man størst mulig grad bør bygge videre

² Gjelstad S, Høye S, Straand J, Brekke M, Dalen I, Lindbaek M: Improving antibiotic prescribing in acute respiratory tract infections: cluster randomised trial from Norwegian general practice (prescription peer academic detailing (Rx-PAD) study). BMJ 2013, 347:f4403.

³ Rognstad S, Brekke M, Fetveit A, Dalen I, Straand J: Prescription peer academic detailing to reduce inappropriate prescribing for older patients: a cluster randomised controlled trial. Br J Gen Pract 2013, 63(613):e554-562.

⁴ Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. Cmaj. 1995;153(10):1423-1431.

⁵ Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten oktober 2010: Utvikling av nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten – fastlegevirksomhet og øvrige allmennlegetjenester. ISBN: 978-82-8121-374-6

på eksisterende strukturer og tiltak, vurdere tilgjengelig dokumentasjon og innhentede erfaringer, og arbeide for å få disse implementert, i stedet for å etablere nye ordninger. Fordi vi i stor grad mangler god kunnskap om effekten av de fleste tiltakene, er det også viktig å sørge for god evaluering.

Kunnskapssenteret forsterker disse budskapene i rapporten «Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten⁶» som ble utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Blant hovedpunktene er:

- *«Målet med et nasjonalt kvalitetssystem bør være dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet, læring og kvalitetsforbedring på en koordinert måte, i de fire definerte nivåer i kommunehelsetjenesten: Bruker/utøver-nivået, enhetsnivået, det kommunale/fylkeskommunale nivået og det nasjonale nivået.»*
- *For at et nasjonalt kvalitetssystem i størst mulig grad skal kunne bidra til kvalitetsforbedring, bør en velge partnerskapsmodellen, med involvering av brukere og sentrale aktører, som grunnprinsippet for utvikling og implementering.*
- *For å gi kraft og retning i arbeidet, foreslås det å etablere en egen enhet med ansvar for utvikling og implementering av systemet. Enheten må koordinere de mange og til dels fragmenterte ordningene som finnes i dag, og etablere teknisk støtte og prosessstøtte til det lokale forbedringsarbeidet. Arbeidet bør i stor grad bygge på initiativer som allerede er igangsatt, og hovedfokuset bør være læring og kvalitetsforbedring.»*

Legeforeningen kan ikke se at departementet nå planlegger å følge opp disse sterke signalene.

SEDA-prosjektet

Det finnes flere eksempler på vellykket innhenting av struktur- og prosessindikatorer fra primærhelsetjenesten. Allerede for ti år siden gjennomførte Statistisk Sentralbyrå (SSB) prosjektet «Sentrale data fra allmennlegetjenesten 2004-2006» basert på journaluttrekk fra allmennlegers elektroniske pasientjournaler⁷. Prosjektet viste at det kan lages statistikk over fastlegens virksomhet som kan være nyttig for helsemyndighetene, legene selv, forskere og allmennheten.

SSB fremhevet i evalueringen at det i videreføringen ville «være viktig med samarbeid og støtte fra Legeforeningen. Skal det være mulig å frembringe relevante data av god kvalitet må leger, journalleverandører og datainnsamler samarbeide tett. I en eventuell videreføring bør det settes fokus på å formidle til fastlegene at en av de viktigste hovedmålsettingene med en ny datainnsamling er kvalitetsheving i allmennpraksis og planlegging av egen praksis.»

SEDA-prosjektet viste et betydelig potensial, men ble av grunner Legeforeningen ikke er fullt ut kjent med besluttet ikke videreført.

SKIL – Senter for kvalitet i Legekontor

Legeforeningen har over lang tid fremhevet behovet for et virkningsfullt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, og har derfor selv etablert Senter for kvalitet i Legekontor⁸. Offentlige myndigheter og KS har foreløpig ikke ønsket å delta i SKIL.

SKIL arbeider bl.a. med å utvikle IT-verktøy for bedre oversikt og tilbakemelding om egen praksis, e-læringskurs innen sentrale tema og etablering av kollegagrupper for å diskutere egen praksis med andre.

⁶ Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten november 2010: Vurdering av elementer som kan inngå i et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten. ISBN 978-82-8121-369-2

⁷ <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/seda-sentrale-data-fra-allmennlegetjenesten-2004-2006>

⁸ www.skilnet.no

Aktiviteter i regi av SKIL skal være tellende til legers etter- og videreutdanning. Målet er at legekantorene bygger opp sitt eget sett av kvalitetsindikatorer, for regelmessig evaluering av egen praksis. SKIL ønsker gjennom dette økt kvalitet og effektivitet i hverdagen og målrettet kliniskfaglig oppdatering – som selvsagt kommer pasientene til gode. Legekantorenes behov og rammer settes i sentrum. Det er et viktig delmål å synliggjøre kvaliteten på arbeidet som utføres i norsk allmennpraksis. Derfor er det på sikt et mål at aggregerte og anonymiserte data skal kunne leveres til et sentralt kvalitetsregister som for eks. KPR.

Utvikling av KPR til et register som kan samspille med reelle kvalitetssystemer må skje i tett samarbeid med kliniske fag- og kvalitetsmiljøer.

KPR vil aggregere og sammenstille til dels svært sensitive personopplysninger. Dette bør baseres på presumert samtykke med reservasjonsadgang.

Som Helse- og omsorgsdepartementet skriver er hovedregelen for etablering av helseregistre samtykke fra de som skal få sine data overført. All behandling av helseopplysninger uten de registrertes samtykke representerer inngrep i personvernet og trenger en særskilt begrunnelse. Før etablering av et helseregister må det derfor foretas en avveining mellom de formålene registeret skal ivareta, og de ulempene registeret representerer for personvernet til dem som vil bli registrert.

Nevnte hensyn vil i særlig grad gjøre seg gjeldende for et register som vil inneholde detaljerte data fra helse- og omsorgstjenestene i kommunene. Ved utforming av regelverket må det tas høyde for at KPR vil kunne utfordre pasientenes tillit til fortrolighet i helse- og omsorgstjenesten. Vi finner grunn til å bemerke at denne problematikken trolig gjør seg sterkere gjeldende nettopp på dette området enn for tilsvarende problemstilling ift NPR (Norsk pasientregister).

Departementet drøfter de tre alternativene ingen reservasjonsrett, aktivt samtykke, og reservasjonsmulighet, og anbefaler ingen reservasjonsrett.

Legeforeningen kan ikke se at departementet legger til grunn noen kunnskap eller argumentasjon som sannsynliggjør en risiko for registerkvalitet ved en reservasjonsmulighet. Vi savner en grundigere analyse, og kan uansett ikke se at lovgivers krav til en særskilt begrunnelse er tilfredsstillende. En avskjæring av reservasjonsmulighet kan etter Legeforeningens syn for KPR i praksis bare begrunnes med at reservasjonsmulighet med tilstrekkelig grad av sannsynlighet vil svekke samlet datakvalitet i registeret.

Legeforeningen mener derfor at KPR bør være basert på presumert samtykke med reservasjonsrett. Det er ingen erfaringer som tilsier at et helseregister med et legitimt formål fører til et stort antall reservasjoner, eller at slike reservasjoner vil representere et så skjevt utvalg at det vil påvirke datakvalitet. Hvorvidt registeret blir for eks. 100% eller 99% komplett vil ikke i seg selv skape noen utfordringer med datakvalitet.

Et nærliggende og praktisk eksempel er hvorledes kjernejournal fungerer med den reservasjonsadgangen som ligger i den. Pr. juni 2015 hadde 1,5 millioner nordmenn fått kjernejournal, og bare 952 personer hadde reservert seg, svarende til 0,6promille.

Datakvalitet i KUHR og IPLOS

Av høringsnotatet fremgår det at kvaliteten på data fra begge register vurderes av departementet å være gode: "Samlet sett ansees kvaliteten på data i KUHR å være god". Begrunnelsen for dette er i hovedsak knyttet til at KUHR aggregerer elektroniske faktureringsgrunnlag for helsevirksomheter og derfor er tilnærmet komplett.

Legeforeningen vil peke på at diagnosene som brukes på det enkelte regningskort ofte ikke vil avspeile hvilken faktisk tilstand som har utløst refusjonskravet. Dette vil særlig gjelde såkalte enkle kontakter som skjer pr. telefon eller i dialog med hjelpepersonell i laboratorium eller resepsjon.

Ved konsultasjon hos legen vil diagnosene i noe større grad avspeile konsultasjonens innhold, men da KUHR bare importerer de første diagnosene fra et regningskort vil man få risikere systematisk underrapportering og bias i data fra personer med multimorbiditet, som utgjør en særlig interessant gruppe i både et styrings- og et helsetjenesteforskningsperspektiv.

Det er dessuten slik at presisjonsnivået i ICPC-2 er lavt, og enkelte hyppig brukte diagnosekoder favner fra bagatellmessig akutt eller kronisk ubehag til livstruende sykdom. Et eksempel på dette er ICPC-2 koden R83 Luftveisinfeksjon IKA. Denne er definert som kronisk nasofaryngitt, kronisk faryngitt, kronisk rhinitt IKA, difteri, empyem, epiglottitt, luftveisinfeksjon forårsaket av sopp, lungeabscess, protozoinfeksjon (uten lungebetennelse).

Individrettet forebyggende aktivitet utløser ikke refusjoner fra trygden (med unntak av prevensjon og svangerskapsomsorg) og kodes heller ikke særskilt i ICPC-2. KPR vil derfor ikke registrere slik aktivitet i legekantorene, hvor det aller største volumet av slikt arbeid i helsetjenesten skjer. Legeforeningen vil også påpeke at et alternativ til nasjonale registre er å hente ut data fra et utvalg representative enheter ved hjelp av forskningsnettverk. Ved å etablere slike nettverk vil man kunne følge utviklingen i primærhelsetjenesten mer presist og med mindre ressurser enn om man etablerer store, nasjonale strukturer. Dette har bl.a. vært gjort gjennom mange år i Australia, som på denne måten har svært god oversikt over aktivitet og kvalitet i sin primærhelsetjeneste, og gjennomfører forbedringsprogram i tett samarbeid med tjenestene selv, slik OECD anbefaler⁹.

Datakvalitet i IPLOS har vært omdiskutert helt siden registeret ble etablert. SSB gjorde en gjennomgang av datakvaliteten på kommunenes IPLOS-rapportering i 2013¹⁰. Man finner bl.a. at bare avvik som feil bruk av kodeverk, mangel på obligatoriske opplysninger og lignende kan finnes og kvantifiseres med sikkerhet. Manglende registreringer for hele klasser av opplysninger, brukere som ikke rapporteres og lignende vil ikke kunne avdekkes av denne typen kontrollkjøringer. SSB peker på at kjennskap til tjenestene tilsier at det er store mangler i kommunenes diagnoserapporteringer. Legeforeningen er kjent med at også KOSTRA har utfordringer med datakvalitet.

Særskilte utfordringer med medisinske data fra sykehjem

Det medisinskfaglige innholdet i kommunehelsetjenesten har vært i rask forandring siden samhandlingsreformen ble innført i 2012. Stadig flere alvorlig syke personer behandles nå i sykehjem.

Når pasienter er innlagt i sykehjem blir ikke antall legekontakter registrert og det er ingen kobling mot reseptregistret eller systematisk registrering av diagnoser. I PLO-systemene er type henvisninger, bestilling og mottak av blodprøver, røntgenvar mm. i liten grad strukturert og vanskelig tilgjengelig. Vi vil understreke viktigheten av at et KPR må bygge på automatisk uttrekk av journalopplysninger fra PLO-systemene. For at sykehjem skal kunne avgi medisinske data til KPR, må sykehjemmene ta i bruk journalsystem som har funksjonalitet for dette.

KPR må baseres på automatiserte data-uttrekk. Registerets behov for datakvalitet kan ikke være styrende for utforming av kliniske journalverktøy

Legeforeningen har i flere sammenhenger, bl.a. i forbindelse med innspill til prosjektet «En innbygger – en journal» påpekt at registre og andre interessenter som har behov for data fra kliniske journalsystemer må få sine behov for strukturerte data fylt uten at dette fører til redusert kvalitet i journalens primærformål, som er å understøtte omsorgsfull helsehjelp til den enkelte pasient.

⁹ Knight et al: Improving primary care in Australia through the Australian Primary Care Collaboratives Program: a quality improvement report. <http://qualitysafety.bmj.com/content/early/2012/07/17/bmjqs-2011-000165.full.pdf>

¹⁰ SSB notat 16/2015: Kvalitet i IPLOS-registeret Gjennomgang av datakvaliteten på kommunenes IPLOS-rapportering 2013

Rapporteringsplikt for helt private helsevirksomheter byr på både prinsipielle og praktiske utfordringer og krever grundig utredning

Departementet anser at det for å gi nasjonale helsemyndigheter kunnskap og oversikt over befolkningens faktiske forbruk og etterspørsel etter de kommunale helse- og omsorgstjenestene også er ønskelig å inkludere informasjon fra helprivat finansierte tjenester, som for eksempel private legevakter og private tannklinikker hvor pasientene/brukerne betaler hele kostnaden.

Hvorvidt disse helse- og omsorgstjenestene skal inngå i KPR, vil bli vurdert nærmere i tilknytning til revisjonen av Norsk pasientregisterforskriften, der problemstillingen er parallell. Departementet ber om høringsinstansenes synspunkt på dette spørsmålet.

Legeforeningen anser at hensynet til komplette registerdata uten sosioøkonomiske skjevheter kunne tilsi at data også ble hentet fra helprivat finansierte tjenester. Dette reiser imidlertid særskilte utfordringer knyttet til prinsipielle forhold – rammebetingelser for drift av privat næring, og praktiske utfordringer knyttet til utvikling og finansiering av uttrekksverktøy fra elektroniske pasientjournaler i en del av helsesektoren som forøvrig ikke kan pålegges særskilte standarder utover det som følger av krav til forsvarlighet i tjenestene.

Kan data fra KPR tenkes brukt i et ytelsesbasert finansieringssystem – og vil det gi bedre tjenestekvalitet?

Legeforeningen har over lang tid sett en utvikling av modeller for ytelsesbasert finansiering basert på nasjonale registerdata i andre land. En nylig publisert rapport fra Norges Forskningsråd¹¹ viser at det god grunner til en viss skepsis:

«Oppsummerende studier konkluderer med at effekten av ytelsesbaserte insentiver er blandet. Effekten er størst til å begynne med, for så å avta gradvis og eventuelt forsvinne helt. Insentivbelagte aktiviteter tiltrekker seg oppmerksomhet. Noen ganger forekommer det en positiv, andre ganger en negativ overføringsseffekt i forhold til ikke-insentivbelagte aktiviteter.

En analyse av bruk av kvalitetsindikatorer i svensk allmennpraksis peker på fire grunnleggende utfordringer ved måling av primærlegenes ytelser: justering for risiko (f.eks. mange sosiale forhold og grad av multisykdom blant pasientene), bidragende faktorer i helsetjenesten (f.eks. kvaliteten på hjemmesykepleien og tilgang til rehabilitering for skrøpelige eldre), tilfeldigheter i statistikken knyttet til et ofte lavt antall pasienter på listen (med høy risiko for falsk positive og falsk negative) og "box-tickering" (en vridning fra vurdering av enkeltpasienters behov til måloppnåelse på gruppenivå som respons på myndighetskrav»).

Legeforeningen er klar over at det ovenstående er godt kjent i fagmiljøene, og registrerer også at bruk av data fra KPR for ytelsesbasert finansiering ikke er drøftet i høringsnotatet. Vi ønsker allikevel å påpeke dette da ytelsesbasert finansiering er løftet frem som et viktig utviklingsområde i M. St. 26 (2014-2015) om fremtidens primærhelsetjeneste.

Økonomiske og administrative konsekvenser

Departementet redegjør for at det i 2015 er bevilget 30 mill. kroner til å dekke etableringen av KPR. I foreløpig plan legges det opp til at KPR skal ferdigstilles i løpet av 2017. Frem til ferdigstillelsen vil det være behov for 30 mill. kroner. Utgiftene til driften av KPR skal dekkes innenfor dagens budsjettammer.

Det ligger ingen føringer om finansiering av videre utvikling og drift av KPR, verken sentralt, eller lokalt der hvor tjenestene leveres. Legeforeningen vil påpeke at å forme et nasjonalt system med datafangst med et så bredt formål som skissert er svært komplisert og vil måtte skje trinnvis og basert

¹¹ Grimsø A, Magnussen J: Norsk samhandlingsreform i et internasjonalt perspektiv. Institutt for samfunnsmedisin, NTNU 2015, på oppdrag fra EVASAM, Norges Forskningsråd.

på løpende erfaringer over mange år. Det vil dreie seg om både utvikling av nye IKT-verktøy og ressurser til å etablere lokale kvalitetsarenaer som i dag nesten ikke finnes i de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Legeforeningen forventer at departementet kommer tilbake til tjenesteyterne med positive virkemidler som gjør det mulig å raskt etablere et kvalitetssystem som bidrar til tjenester som er tryggere, mer tilgjengelige og likeverdige. Hvis forventningen er at den enkelte kommune og andre aktuelle virksomheter skal finansiere dette viktige innsatsområdet i sin helhet innenfor egne rammer gir det betydelig risiko for manglende måloppnåelse.

Legeforeningen støtter at Fylkesmannen ikke lenger skal måtte innhente uttalelse fra Datatilsynet i saker vedrørende retting eller sletting i pasientjournal.

Departementet foreslår å endre helsepersonelloven §§ 42 og 43 slik at det ikke lenger skal være et lovpålagt krav at Fylkesmannen skal innhente uttalelse fra Datatilsynet før saker om retting eller sletting av pasientjournalopplysninger kan ferdigbehandles. Legeforeningen støtter denne endringen. Dagens lovverk pålegger Datatilsynet en oppgave de ikke har særskilt kompetanse for, og bidrar til å forsinke saksbehandling.

Med hilsen
Den norske legeforenings sentralstyre,
Etter fullmakt

for

Geir Riise
Generalsekretær

Forunn Fryjordet

FOR

Bjarne Riis Strøm
Direktør
Medisinsk fagavd.

Bjarne Riis Strøm