

Nasjonalt senter for distriktsmedisin,  
Helsefak, Institutt for samfunnsmedisin  
UiT Norges arktiske universitet  
9037 TROMSØ

Helsedirektoratet  
v/ Elzbieta Toporowska  
[Kvalitetsindikatorer@helsedir.no](mailto:Kvalitetsindikatorer@helsedir.no)

## **Høringssvar fra Nasjonalt senter for distriktsmedisin til «Nye nasjonale kvalitetsindikatorer på fastlege»**

Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM) er invitert til å sende inn høring på de to første nasjonale kvalitetsindikatorerne på fastlegetjenesten som etter planen skal publiseres allerede 25. juni i år. Indikatorerne som er valgt ut skal måle oppfølgingen av nasjonale faglige retningslinjer for diabetes i fastlegetjenesten. Dette skal skje ved å måle:

- Diabetes 2 - Årskontroll hos fastlege: *Andel hjemmeboende personer over 18 år med diabetes type 2 som har hatt årskontroll hos fastlege, og hvor fastlege har sendt inn Noklus diabetesskjema i forbindelse med kontrollen*
- Diabetes 2 – Fastleges kontroll av nyrefunksjon: *Andel personer med diabetes type 2 med årlig måling av urin-albumin/kreatinin-ratio (U-AKR) ved urinundersøkelse hos fastlege.*



NSDM ser verdien av kvalitetsindikatorer som del av en større innsats for bevisstgjøring og kontinuerlig kvalitetsforbedring av fastleger og kommuner i oppfølging av pasienter. Forutsetningen er imidlertid at kvalitetsindikatorerne som tas i bruk er

- hensiktsmessige, godt gjennomtenkt og kvalitetssikret til formålet
- basert på gode kilder som er egnet til å måle det de er ment å måle
- at de må ta utgangspunkt i kvalitetselementer som er spesifikk for primærhelsetjenesten, bl.a. kontinuitet og helhet

Ad Diabetes 2 – Årskontroll hos fastlege målt ved hjelp av innsending av NOKLUS-skjema og evt bruk av takst 109:

- NOKLUS-skjemaet har store svakheter som gjør at det ofte ikke blir brukt, eller ikke blir ferdig utfylt, ikke fordi kontrollen ikke gjøres, men fordi det er tungvint. Å basere kvalitetsindikatoren på dette vil kunne si lite om faktisk gjennomføring av årskontroll eller kvaliteten på diabetesomsorgen.

Ad Diabetes 2 – Fastlegers kontroll av nyrefunksjon ved å telle årlig måling av U-AKR:

- Også denne indikatoren har store svakheter ved at den skal baseres på bruk av takst 712. Denne taksten er avhengig av at målingen skjer på legekantoret, ikke på sykehuslaboratorium.
- I utkastet til nettside-tekst står det at «I 2019 hadde Finnmark høyest andel med 39,0 prosent, mens Østfold hadde lavest andel med 13,1 prosent.....Praksisen med å benytte sykehuslaboratoriene til dette formålet medfører både at indikatoren ikke viser det reelle omfanget av gjennomførte målinger, og at legekantorene ikke er direkte sammenlignbare seg imellom.» NSDM vil påpeke det åpenbare i at områder med store avstander som f.eks. Finnmark, er det vanlig at legekantorene selv har et bredere spekter av laboratorietjenester, mens det i områder med små avstander (Østfold) vil være hensiktsmessig å bruke sykehuslaboratoriet. Dette gjør at denne måten å samle inn data på ikke er egnet.

NSDM mener at disse svakhetene alene er nok til at Helsedirektoratet må ta en ny runde på om det er hensiktsmessig å lansere disse to indikatorene. Det kan stilles spørsmål både ved selve indikatorenes hensiktsmessighet og ved innsamlingsmetodene.



Vi spør også om det er riktig å sende ut en haste-høring om et tema som vil kunne ha stor innvirkning på pasienter og fastleger samtidig som mange av de som bør uttale seg trolig har mer enn nok med en pågående pandemi. Handlingsplanen for allmennlegetjenesten omtaler kvalitetsindikatorer under tiltak 12: «*Det må utarbeides relevante og valide nasjonale kvalitetsindikatorer. Dette skal Helsedirektoratet gjøre i samarbeid med kommunene, fagmiljøene og praksis. Tiltaket må også ses i sammenheng med allerede pågående arbeid med utvikling av indikatorer basert på allmennlegedata.*»

Vi kan ikke se at en høringsrunde på 9 dager er forenlig med «samarbeid med kommunene, fagmiljøene og praksis».

### **Noen generelle betraktninger rundt kvalitetsindikatorer**

De fleste pasientene med kroniske lidelser har flere slike samtidig. Retningslinjer er i all hovedsak diagnosespesifikke. De tar ikke høyde for multimorbiditet, kompleksitet og helhet. Kvalitetsindikatorer som baserer seg på diagnosespesifikke retningslinjer sier lite om en helhetlig, pasientsentrert tilnærming, og dermed lite om den reelle kvaliteten.

Wallace og medarbeidere beskrev i 2015 betydningen av å fokusere på pasientens behov – «hva er viktig for deg» - og å sette av nok tid i konsultasjonen til disse pasientene (Wallace, E., Salisbury, C., Guthrie, B., Lewis, C., Fahey, T., & Smith, S. (2015). *Managing patients with multimorbidity in primary care. BMJ : British Medical Journal, 350(7992), H176*). Det må være et mål å finne fram til kvalitetsindikatorer som kan fange opp kontinuitet og kompleksitet som er viktige elementer i oppfølgingen av kroniske lidelser. Dette ble godt beskrevet av Iona Heath og medarbeidere i artikkelen «Quality in primary health care: A multidimensional approach to complexity (Heath, I. C., Rubinstein, A. L., Stange, K., & Van Driel, M. (2009). *BMJ (Online), 338(7700), 911-913.*)

NSDM anerkjenner at det er utfordrende å utvikle målbare indikatorer som kan si noe om komplekse sammenhenger. Det er likevel avgjørende for nytteverdi og relevans at man ikke lanserer indikatorer kun i kraft av at det er noe som kan måles.

Med vennlig hilsen



Anette Fosse,  
Leder NSDM

