

## Hørings svar

### Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

[Primsund@sum.dk](mailto:Primsund@sum.dk)

Att.: Svend Erik Bukholt

#### Vedrørende :

Udkast til bekendtgørelse om kodning og datafangst i almen praksis, indberetning af data til regionen og offentliggørelse af oplysninger om lægen eller klinikken.

Samt udkast til bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge i praksissektoren.

#### Baggrund:

Jeg tillader mig hermed, som praktiserende læge, valgt repræsentant i PLO Region Sjælland, og skatteyder at indlevere et personligt høringssvar, ud over det min faglige organisation allerede har indleveret.

Det er et holdningspræget høringssvar, idet jeg erfarer at tro og holdning vægter højere end faglighed og videnskabelig evidens og erfaring. Dette indtryk underbygges eksempelvis af et interview i Politiken den 19. aug. hvor Sundhedsministeren konfronteres med at en stor Cochrane metaanalyse modbeviser effekten af forebyggende sundhedstjek, og argumenterer med at han ikke tager beslutninger ud fra viden, og faglighed men i højere grad ud fra *troen* på at et sådant tiltag da *må* have en effekt, og med henvisning til et mindre studie (Ebeltoftstudiet) der underbygger den konklusion der allerede er truffet. "Citat : Jeg er ikke videnskabsmand, men politiker og et holdningsmenneske".

Jeg håber og tror dog samtidig, at vi alle deler målet om mest mulig sundhed for pengene, og ret til fri og lige adgang til sundhedsvæsenet, derfor dette høringssvar.

Bekendtgørelserne kommer som konsekvens af ændringerne af sundhedsloven, og skal således tolkes ind i en sammenhæng.

Mine holdningsbaserede påstande og bekymringer er:

- 1) Sundhedsloven og øget fokus på **målbare variable og specifikke diagnoser** vil fjerne fokus fra den øvrige behandling. Jeg vil påstå at det umiddelbart målbare i mit daglige arbejde ligger omkring 10 %. Det andet er levering af individcenteret, individuel, målrettet, tilpasset, prioriteret behandling, information og logistisk og lægefaglig magi. Der er skrevet bøger om "Lægen som medicin. Det som patienterne efterspørger og retteligt har krav på. De bløde værdier og den efterspurgte menneskelige kontakt, vil lide under et øget krav om ensretning, indtastning af værdier i dataark, og pligten til at følge indbyrdes modstridende retningslinjer. Man beder billedligt talt toptrænede moderne jægersoldater om at undgå at tage beslutning "on location", og genindføre de gamle romeres tradition for at marchere i takt, og på kommando, i geledder.
- 2) Indførelsen og håndhævelsen af **økonomirammen** vil sammen med mindre indflydelse på opgaveglidning til almen praksis, reelt betyde rationering af adgangen til egen praktiserende læge. Incitamentet til at følge en patient til dørs, påtage sig multisyges komplicerede specialeoverskridende behandling, eller en svær psykosocial problemstilling lider under, at der er lagt et fast loft over den omsætning vi kan have i almen praksis. Man kan selvfølgelig hævde at en kynisk og beregnet flaskehals i almen praksis på kort sigt giver

budgetsikkerhed, men da det i realiteten er vanskeligt at forbyde sygdom ved lov eller økonomiloft vil denne planøkonomiske kassetænkning medfører øgede udgifter og lidelser i det øvrige sundhedsvæsen og samfund. Faldende realløn blandt praktiserende læger er et faktum, men vores udbytte pr. time er faldet meget mere, og medfører allerede nu tidlig pensionering, dårligere faglig performance og rekrutteringsproblemer. Vi kan ikke længere leve op til LEON princippet da økonomirammen betyder, at vi må henvise problemstillinger til den dyre sekundærsektor, ting vi tidligere godt kunne varetage. Stik imod hensigt og fornuft.

- 3) Det erklærede politiske mål om at løfte den tungeste del af befolkningen er rationel og smuk. Den modarbejdes i realiteten af loft over antallet af samtaler der kan afholdes med den psykosocialt belastede, af pligten til at bruge tid og ressourcer på strømlinjede forløb der passer til patienter med en enkelt lidelse, men ikke multisyge der har diagnoser indenfor flere af de 8 store folkesygdomme. Imens man ønsker at indføre beviseligt nyttesløse screeningshelbredstjek, stækker man den enkelte praktiserende læges mulighed for at udnytte kendskabet til sin patientpopulation og fortsætte med at foretage den individuelle cost benefit analyse vi altid har lavet. Man undergraver den gensidige tillid der i årtier har været mellem samfund og den praktiserende læge som upartisk buffer mellem individets krav og samfundets begrænsede ressourcer. Samtidig skaber den aktuelle forskydning af magt og beslutningskompetence fra lægepatient relationen, henover regionerne, og langt ind på Sundhedsministerens skrivebord, en samtidig placering af ansvaret for detaljerede sundhedsfaglige beslutninger hos ministeren. Da sundhedsministeren nu lovgiver om dagligdagen hos en praktiserende læge må den praktiserende jo tilsvarende ofte sige ; "at dette skal jeg gøre i henhold til loven", eller "den ydelse du efterspørger har jeg ikke tid, ressourcer eller ret til at give dig". Dette på trods af at økonomiske analyser viser et for hver krone der investeres i almen praksis gives 8 kroner igen. Antallet af "systemfejl" vil stige, vi kan ikke fortsætte med at bruge ressourcer på at kompensere for et trængt sundhedsvæsen, når pengene ikke følger opgaverne. Og i sidste instans er disse systemfejl nu "ministerfejl". Med magten følger ansvaret.

Konkret :

Til bekendtgørelsen om datafangst.....

§1: Vil det sige at gruppe 2 patienter ikke skal diagnosekodes?

§2: Hvor stor en del af en konsultation bør maksimalt bruges på administrative procedurer og dataindtastning?

§3: Har Sundhedsministeren planer om at indføre hororering for kvalitet?

Ved samkøring af data viser historien at vil det være muligt at identificere det enkelte individ, så jeg mener det er urealistisk og tro at det ikke kan eller vil ske. DAMD bør drives af PLO og DSAM alene hvorefter regioner / kommuner / stat kan rekvirere alle de rapporter man ønsker.

§7: Hvorfor indfører man bødestraf? I sidste instans kan der komme en etisk konflikt mellem at følge loven om indberetning af data, og at efterkomme patientens ønske om at tavshedspligten overholdes i sin strengeste form i henhold til lægeøftet.

Hvilken kultur tænker man fremkommer ved at indføre bødestraf i modsætning til at overbevise brugerne og producenterne af data om at det har et hensigtsmæssigt formål? Hvordan har man

konkret tænkt sig at dataindsamlingen, afvejningen af hvor kriminelt en handling lægen har udført, kontra den individuelle prioritering af tid, etiske dilemmaer og troen på valide data i almen praksis skulle foregå?

Til bekendtgørelsen om lægevalg...

§1 Teksten "Ved delt forældremyndighed følger barnet den forælder, der har forældremyndighed over barnet" er et godt eksempel på hvor uforståelig og rodet tankerne bag resten af sundhedsloven er. Man kan fristes til at sige at sundhedsvæsenet nok klarer sig bedre uden disse. Det er fortsat uklart om en læge der har lukket for tilgang kan tvangsåbnes under visse omstændigheder. Usikkerheden er efter min bedste overbevisning tilstrækkelig til at forøge tidlig afgang og lægemangel.

Når man åbner op for lægevalg over 15 km. vil der hurtigt opstå et behov for at en patient bliver tilset lokalt ved akut sygdom. Dette vil medføre manglende kontinuitet, endnu dårligere honorering af den lokale læge der qua sin hjælpepligt vil presses yderligere.

Jeg frygter at den raske pendler fra Nykøbing Falster synes det er nemt med læge ved siden af hovedbanegården i København til de ukomplicerede tilfælde. Når vedkommende bliver akut syg og virkelig har behov for lægebesøg tvinges den lokale, allerede overbebyrdede lokale læge til overarbejde. Vel at mærke til en patient han ikke får basishonorar for, og ikke har et kendskab til.

§8. Det anbefales at beskrive hvordan sygesikringsgruppe 2 håndteres. Er sygesikringsdelen af honoraret for deres ydelser inkluderet i økonomirammen eller ej ?

Anbefaling:

Invester i almen praksis, det betaler sig.

Fjern økonomirammen, det virker mod sin hensigt.

Samarbejde med de faglige organisationer om kvalitetsudveksling.

Respekter vores lægeløfte og bekymring om misbrug af data.

Brug ressourcerne på at understøtte og udvikle almen praksis istedet for at kontrollere og idømme bøder for noget ingen forstår.

Fortæl os hvad i forstår ved kvalitet i almen praksis, og lyt til vores modargumenter. Kvalitet er ikke så sort hvidt som man gør det til.

Erkend at gensidig tillid eller mangel på samme kan have afgørende betydning for liv og død, kroner og ører, midlertidigheden og muligheden for at vi fanger et kræfttilfælde i tide.

Beslutningen ligger på demokratisk vis i jeres hænder. Brug magten med omtanke.

Praktiserende læge

Bo Theilgaard

Lægehuset Lundby-Præstø