

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

København, 14. august 2014

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

Dansk almen praksis har udviklet et af verdens bedste systemer til indsamling af data, som kan anvendes til kvalitetsudvikling og forskning. Det er sket frivilligt og gennem et stort arbejde udført af ildsjæle og faglige selskaber.

Bekendtgørelsen lægger nu op til, at man anvender disse kvalitetsudviklingsdata til kontrol, og dertil lægges muligheden for bødestraf. Samtidig kræves registrering af data på diagnoser, som er meget svære at afgrænse, fx ikke-psykotiske lidelser såsom stress. Det kræves, at praktiserende læger anvender indikatorsæt for en række kroniske sygdomme. I tilfælde hvor patienter har flere samtidige sygdomme kan det være nødvendigt at fravige herfor.

Vi mener, at disse tiltag samlet set risikerer at forringe det faglige niveau i almen praksis, samt at gøre de rutinemæssigt indsamlede data ubrugelige til kvalitetsudvikling og forskning.

Derfor fremsendes dette høringssvar, hvor vi har gjort rede for nogle centrale punkter.

Med venlig hilsen,



Susanne Reventlow

Forskningsleder, adjungeret professor, dr.med.

praktiserende læge, antropolog

Angående paragraf 1: "Det påhviler alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1 i sundhedsloven, at foretage ICPC kodning vedrørende diagnoserne kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), astma, kroniske muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed (osteoporose), hjertekarsygdomme, kræft, diabetes, og ikke-psykotiske lidelser."

Kommentarer

Det er ikke hensigtsmæssigt at kode for tilstande, der ikke lader sig afgrænse forholdsvis entydigt. For eksempel vil diagnosekodning af muskel- og skeletsygdomme og ikke-psykotiske psykiske lidelser være meget problematisk. Risikoen ved tvungen diagnosekodning er både under- og overdiagnosticering med deraf følgende under- og overbehandling.

Ved en udvidet diagnosekodning vil patienter endvidere i højere grad være i risiko for at få tildelt diagnoser på et utilstrækkeligt fagligt grundlag. Det kan give problemer for patienten i forhold til fx forsikrings spørgsmål. Derfor rejser kravet om udvidet diagnosekodning også etiske spørgsmål.

Forslag til ændring

Kun diagnoser, som er tilstrækkeligt veldefinerede, kodes. Der skal iværksættes målrettede tiltag for at forbedre og udvikle kvaliteten af diagnosekodningen inden for muskel-skeletsygdomme og ikke-psykotiske lidelser i almen praksis, så der med tiden også kan kodes for disse sygdomme.

Angående paragraf 2. stk. 1: "Det påhviler alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1 i sundhedsloven, at anvende de indikatorsæt i datafangst, der er udviklet for diagnoserne diabetes, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), hjerteinsufficiens, iskæmisk hjertesygdom, stress, angst og depression."

Kommentarer

Indikatorsættene er udviklet til enkeltsygdomme såsom diabetes og KOL, men der er ikke udviklet indikatorer til patienter, som har flere samtidige kroniske sygdomme. Behandlingen af disse patienter med multimorbiditet, hvoraf halvdelen er under 65 år, er en central udfordring for sundhedsvæsenet, og der mangler helt viden om, hvordan indikatorer kan understøtte behandlingen af disse patienter.

Desuden er det ikke hensigtsmæssigt at lovgive på dette område, fordi standarder for, hvad der er godt klinisk arbejde, udvikles og ændres løbende. Fx har standarden for, hvornår patienter har diabetes, ændret sig radikalt de sidste 15 år, og grænserne for, hvornår et blodtryk skal behandles, ændres hele tiden: De sættes både op og ned.

Forslag til ændringer

Det indføres i Bekendtgørelsen, at indikatorsæt i datafangst anvendes, når det efter lægens skøn kan understøtte og gavne patienternes behandling. Der skal udvikles forskningsbaserede valide indikatorer for arbejdet med patienter med multimorbiditet.

Angående paragraf 3 stk. 1: "De data, som er tilvejebragt på baggrund af kodning, jf. § 1 og datafangst, jf. § 2, skal de alment praktiserende læger stille elektronisk til rådighed for regionerne til brug for planlægning, kvalitetssikring og kontrol af udbetalte tilskud og honorarer."

Kommentarer

De praktiserende læger kan følge deres egne behandlinger og niveauet af udvalgte biomarkører ved hjælp af Dansk Almenmedicinsk Database (DAMD), men disse data offentliggøres ikke på en måde, så den enkelte læge, praksis eller patient kan identificeres af andre. De samlede data kan danne baggrund for kvalitetsudvikling og i fremtiden forskning, som er unik på verdensplan.

Det er helt afgørende, at patienter ikke kan identificeres, idet dette kan opfattes som et brud på læge-patient-fortroligheden og derved påvirke dialogen og tilliden imellem læge og patient. Forskning viser, at tilliden i konsultationen har afgørende betydning for patienternes behandling.

De data om ydelsesafregning, som i dag ender i Sygesikringsregisteret, anvendes allerede til kontrolformål. Der er imidlertid grund til at frygte, at kvaliteten af kvalitetsudviklingsdata fra datafangst vil falde, hvis de også bruges til andre formål som kontrol.

Erfaringer fra England har imidlertid vist, at det har negative konsekvenser at anvende kvalitetsudviklingsdata til kontrol og økonomistyring.

En kombination af kvalitetsudvikling med trusler om repressalier i form af bøder vil medføre en negativ stemning omkring datafangst, som kan skade de igangværende bestræbelser på at lave en valid klinisk database, som kan anvendes til at øge kvaliteten af behandlingen i almen praksis.

Forslag til ændring

Brug af data til kontrol tages helt ud af Bekendtgørelsen.

Forslaget om bødestraf tages helt ud af Bekendtgørelsen.