

Til
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
sum@sum.dk/primsund@sum.dk

Vedr. høring over udkast til bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og behandling hos læge i praksissektoren, bekendtgørelse om kodning og datafangst i almen praksis, indberetning af data til regionen og offentliggørelse af oplysninger om lægen eller klinikken og bekendtgørelse om ikrafttræden af visse bestemmelser i lov om ændring af sundhedsloven

Kontrol versus Kvalitet

1: I høringsforslaget lægges op til øget kontrol med almen praksis ved brug af diagnose koder og data indhentet via de praktiserende lægers journalsystemer som "pop-ups". Lægers journaler primært er beregnet som et arbejdsredskab i det lægelige arbejde. Data, herunder diagnosekodning og udfyldelse af pop-ups, er beregnet den patientrelaterede behandling og sikre at patienter får den fornødne behandling efter givne retningslinjer. Hvis data fremover skal indberettes til kontrol af lægerne samt af patienternes adfærd vil man risikere at data ændres i en uhensigtsmæssig drejning, hvor fokus rettes mod den bureaukratiske procedure i stedet for den patientcentrerede. Lægens adfærd vil utvivlsomt fokusere mere på at opfylde og udfylde data fremfor at lytte til den enkelte patient. Dermed fjernes fokus fra patienten. Det er i lægefaglig og menneskelig henseende en uhensigtsmæssig drejning. Journaloplysninger bør primært være relateret til kvalitet i behandlingen og ikke kontrol.

2: Formålet med brug af data til kontrol af almen praksis er i høringsmaterialet ikke tilstrækkeligt beskrevet. Hvori ligger der et problem på nuværende tidspunkt? Regionerne har data på aggregeret niveau på nuværende tidspunkt, som kan anvendes til planlægning. Inden man videregiver personfølsomme oplysninger til anden myndighed bør der foreligge en klar problemstilling, herunder også til kontrol af de enkelte læger.

3: Der er flere metoder, hvor lægerne kan kontrolleres end ved brug af kvalitetsdata og ved bødestraf, hvorfor de alternative muligheder først bør overvejes. Dette gælder også såfremt der skal indføres ny form for honorering af almen praksis f.eks. ved brug af diagnosekoder (ACG-system), hvor data fra DAK-E kan anvendes uden at skulle omkring regionerne (dog er det fortsat uhensigtsmæssigt at anvende kvalitetsdata til andet end kvalitetssikring i praksis).

Aftalestof

I høringsforslaget lægges op til en række bestemmelser, der skal regulere almen praksis. En del af disse angivelser er allerede aftalt i Overenskomsten mellem RTLN og PLO. En overenskomst fungerer på lige vilkår som en bekendtgørelse, men ved ophævelse af de overenskomst-fastsatte aftaler bliver fremtidige overenskomstforhandlinger mere rigide. Når først en regulering er fastsat i

en bekendtgørelse ligger det udenfor overenskomstforhandlingerne at forhandle om. Hermed besværliggøres fremtidige forhandlinger, hvor eventuelle uhensigtsmæssige reguleringsordninger eller alternative og innovative fremtidige løsninger ikke kan aftales mellem parterne. At der så endda indføres bødestraf for de aftaler, som normalt aftales mellem parterne er ikke anbefalelsesværdigt, og administrationen og fortolkningen af hvornår bødestraf skal gives kan blive særdeles vanskelig.

Valg af læge over 15 km (5km)

I høringsforslaget foreslås at ”ophæve” kilometergrænsen for valg af egen læge ud over 15km (5km i Hovedstadsområdet). Hvis det fortsat skal være almen praksis, der er omdrejningspunktet for gruppe-1-sikrede til sundhedsvæsenet er ophævelse af kilometergrænsen uhensigtsmæssig. Naturligvis vil der være enkelte borgere, der arbejder/studerer/el.lign. i en anden by længere væk end 15km fra lokal læge, og som vil ønske at have en læge, der hvor de befinder sig normalt i dagtiden. Det er allerede på nuværende tidspunkt aftalt, at praktiserende læger er forpligtede til at have åbent 2 timer udover normal arbejdstid, så netop disse borgere tilgodeses. Imidlertid er det ikke sunde og raske borgere, der oftest anvender og går til den praktiserende læge, men de ældre og mest syge. Valget omkring valg af læge må således stå mellem, om den praktiserende læges hovedopgave er at varetage de ældre og de mest syge borgere eller de sunde og raske borgere? Man kan godt have en tandlæge langt fra sin bopæl, man kan også gå til kiropraktor eller til fysioterapi længere væk end 15km. Imidlertid hænder det ofte, at nogen bliver så syge, at de ikke kan gå til lægen, og her er lægen er nødsaget til at tage på hjemmebesøg. Hjemmebesøg er en vigtig opgave i sundhedsvæsenet og en kerneydelse for praktiserende læger. Naturligvis kan man hvis man bliver syg skifte til en læge tættere ved ens bopæl (evt mod betaling afhængig af omstændighederne), men tit kommer sygdom uventet og behovet kommer pludseligt, hvorfor der ikke nødvendigvis er tid til at skifte læge – og slet ikke med den angivne tidsfrist på 14 dage som angivet i bekendtgørelsen. Såfremt en gruppe-1-patient ønsker at fastholde den læge, som er mere end 15 km væk, er der ikke nogen mulighed for hjemmebesøg. I høringsforslaget fraskriver patienter sig at modtage sygebesøg, hvis de vælger en læge længere væk end 15km væk. Da det jo netop er en kerneydelse for den praktiserende læge, og at det i forvejen er præciseret at:

§ 57, stk. 2 Regionsrådet har ansvaret for at sikre, at borgere kan modtage vederlagsfri sygebesøg i hjemmet.«

skal det sikres, såfremt ændringen vedtages, at der tages højde for netop at sikre at man som gruppe-1-patient sikres sygebesøg i hjemmet ved anden løsning, ellers giver forslaget ingen mening. Imidlertid vil vores anbefaling være at skrinlægge dette forslag. Patienter, der ønsker læge, der er mere end 15km væk, har på nuværende tidspunkt allerede mulighed for at være i sygesikringens gruppe-2, hvor valget af læge er frit. Gruppe-2-patienter har krav på samme service som gruppe-1, herunder også ved behov for hjemmebesøg, hvis lægen vurderer dette nødvendigt.

Oplysning om klinikken/lægerne

1: I høringsmateriale fremgår en række punkter som forventes oplyst af klinikken og tilgængelige for patienterne. De fleste af disse oplysninger er uproblematisk. Dog angives, at læger skal angive, hvilke efteruddannelses tilbud de har gennemført. Da der i Danmark ikke er noget krav om efteruddannelse som praktiserende læge, og heller ikke findes et officielt efteruddannelsesprogram er denne bestemmelse uden værdi. Lægerne kan angive hvad de har lyst til, og hvad de selv mener de har gennemført. På nuværende tidspunkt er der ganske få obligatoriske kurser (i forbindelse med nedsættelse som praktiserende læge), herudover, er der i Overenskomsten mellem PLO og RTLN

aftalt nogle bestemte kurser (dog ikke konkrete endnu) , og så findes der en række af Lægeforeningen ”godkendte” kurser, hvortil der kan søges om midler fra efteruddannelsesfonden. Der er imidlertid også en lang række andre kurser og efteruddannelsestilbud, der er relevante for praktiserende læger. I sidste ende vil angivelse af hvilke efteruddannelsestilbud ikke give patienterne bedre viden om deres læge, da det ikke er entydigt, om en læges kvalifikation er bedre, hvis vedkommende har gennemført et uddannelsestilbud i f.eks. diabetes, eller om lægen rent faktisk er dårligere, fordi vedkommende er nødsaget til at deltage i det pågældende kursus. Vores anbefaling er at drøfte efteruddannelse med PLO og DSAM, hvordan en fleksibel og individuel efteruddannelse for den enkelte læge kan tilrettelægges til behov for den enkelte læge og dennes patienter - i lighed med øvrige lande, som vi normalt samarbejder med, hvor der findes flere forskellige udgaver af CME (Continuing Medical Education).

2: Oplysninger om lægers efteruddannelse etc. angives at skulle foreligge på Sundhed.dk og lægens eller klinikens hjemmeside. Da ikke alle læger/klinikker har en hjemmeside bør det fra Sundhedsministeriet afsættes midler til lægerne, så de udgifter der er med oprettelse af en hjemmeside dækkes. Alternativt skal forslaget ændres til, at de angivne oplysninger skal fremgå at Sundhed.dk samt eventuelt af lægens hjemmeside.

Med venlig hilsen

Inger & Peder Ahnfeldt-Møllerup
Praktiserende læger
Gunhilds Plads 4A
7100 Vejle