

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Holbergsgade 6,  
1057 København K  
[sum@sum.dk](mailto:sum@sum.dk) / [primsund@sum.dk](mailto:primsund@sum.dk).

København d. 29.7.2014

**Høringssvar vedrørende *Bekendtgørelse om kodning og datafangst i almen praksis indberetning af data til regionen og offentliggørelse af oplysninger om lægen eller klinikken.***

Vi er som alment praktiserende læger og redaktører på de praktiserende lægers faglige efteruddannelsestidsskrift, Månedsskrift for Almen Praksis, dybt bekymrede for fremtiden for almen praksis i Danmark.

Med den nye sundhedslov er der lagt op til en stram regulering af arbejdet i almen praksis og det netop udsendte udkast til Bekendtgørelse er en alvorlig skærpelse af kravene til diagnosekodning, brug af indikatorsæt samt fremsendelse af fortrolige data. Sådanne krav risikerer at forringe fagligheden af det lægelige arbejde og kompromittere tillidsforholdet mellem læge og patient.

Derfor fremsender vi dette høringssvar – detaljerne ses på de følgende sider – med håbet om at ministeren vil overveje de problemer vi påviser, revurdere udkastet og tage godt imod ændringsforslagene.

M.v.h.

Dorte Jarbøl  
Lene Agersnap  
Benny Ehrenreich

Redaktører

 **MÅNEDSSKRIFT**  
for almen praksis

## Hørings svar - Bekendtgørelse om kodning og datafangst i almen praksis.

### Angående:

§ 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), hjerte-karsygdomme, kræft, diabetes og ikke-psykotiske psykiske lidelser.**

Stk. 2. ICPC-registreringen skal foretages i lægens elektroniske journalsystem.

**Problem 1:** det er ikke hensigtsmæssigt at kode for tilstande, der ikke lader sig afgrænse entydigt eller er veldefinerede (det gælder alle andre af de nævnte tilstande end Diabetes, KOL og Astma). Risikoen ved tvungen diagnosekodning er bl.a. overdiagnostisering samt både under- og overbehandling, når lægens fokus ændres fra personens bekymring, til hvilken diagnosekode det handler om.

**Forslag:** udelade følgende diagnoser fra bekendtgørelsen: kroniske muskel- og skeletlidelser, knogleskørhed (osteoporose), hjerte-karsygdomme, kræft, ikke-psykotiske psykiske lidelser.

**Problem 2:** det vil ikke kunne afgøres om afvigelser i diagnosekodning mellem forskellige praksis/læger skyldes forskelle i det lægelige skøn, forskel i patientgrundlag, modstand hos patienter, forskelle i udredningsmønstre, uhensigtsmæssig kodning eller andre forhold. Dermed er diagnosekodning et dårligt redskab til at indhente valide data til brug videnskabeligt eller statistisk.

**Forslag:** diagnosekodning skal forbeholdes almen praksis som arbejdsredskab.

**Problem 3:** der er ikke mulighed for undtagelse for kodning – f.eks. hvis patienten vil have sig frabedt at blive registreret. Denne mulighed er meget vigtig, hvis befolkningen fortsat skal have fri adgang til egen læge, hvor tillid er en afgørende faktor.

**Forslag:** tilføje en paragraf der giver mulighed for at patienter kan fravælge diagnosekodning og dataindsamling.

### Angående:

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

**Problem 4:** Brug af indikator sæt er ikke hensigtsmæssige og må ikke være et absolut krav i det daglige lægearbejde: Der er mange faglige indvendinger mod at benytte indikator sæt i det kliniske lægearbejde – flere analyser viser at lægens diagnostiske arbejde forstyrres, når der skal tænkes i pop-up-menuer og standarder. Desuden ændrer standarden for god klinisk praksis sig løbende (f.eks. har HgbA1C's (sukkersyge-markør) og Blodtrykket's cutt-off-grænser – d.v.s. hvornår det er fornuftigt at starte behandling – ændret sig markant over de senere år). Det er derfor meget uheldigt at lovgive på dette område, idet lovgivningen risikerer at forringe den lægelige behandling.

**Forslag:** formuleringen bør blødes op – til f.eks: *"når det skønnes hensigtsmæssigt benyttes indikator sæt for..."*

*Stk. 2. **Indikatordata sendes til Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD-databasen) og lægen modtager herfra løbende feedback på egne data.***

**Problem 5: datasikkerhed og tillidsforholdet mellem læge og patient trues når data skal sendes og samles centralt. Der har det seneste år været flere tilfælde, hvor personfølsomme data er havnet i de forkerte hænder, hvilket forståeligt gør mange mennesker bekymrede.**

**Forslag: indføre en mulighed for at patienten kan fravælge diagnosekodning og videresendelse af data.**

**Angående:**

*§ 3. 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.***

**Problem 6: når data benyttes til kontrol vil deres værdi som læringsværktøj svækkes betydelig, idet dataregistreringen vil farves af risikoen for sanktion, frem for når det udelukkende sker på fagligt grundlag.**

**Forslag: § 3 om brug af data til kontrol tages helt ud af bekendtgørelsen.**

*Stk. 2. De oplysninger, som stilles til rådighed for regionerne, jf. stk. 1., må ikke identificere eller gøre det muligt at identificere den enkelte patient.*

**Problem 7: overtrædelse af dette punkt har alvorlige konsekvenser for tillidsforholdet mellem patient og læge – se problem 9.**

**Angående:**

*§ 7. Den der overtræder bestemmelserne i § 1, § 2, stk. 1 og § 3, stk. 1, straffes med bøde.*

**Problem 8: med anvendelse af bødestraf er det u hensigtsmæssigt, at det ikke præciseres, hvornår der er tale om en overtrædelse. Det er ikke altid klart hvornår en diagnose er gældende – f.eks. ved nedtryghed eller depression hvor den diagnostiske grænse er flydende, eller når patienten følges i et andet regi end hos egen læge. Brug af indikatorsæt kan, som tidligere beskrevet, være u hensigtsmæssig og derfor er det urimeligt, hvis lægen kan være hjemfalden til straf for at udføre godt lægearbejde – f.eks. når brug af indikatorsæt udelades, fordi tiden er bedre brugt på relevant lægeligt arbejde.**

**Forslag: strafbestemmelsen tages helt ud af bekendtgørelsen.**

**Problem 9: overtrædelse af det vigtigste forhold i al dataindsamling, nemlig sikring af anonymiteten for lægens patienter (§ 3, stk 2), gøres ikke strafbart. Det er u hensigtsmæssigt og et helt forkert signal, at overtrædelse af dette punkt ikke tages mindst lige så alvorligt som bekendtgørelsens øvrige punkter.**

**Forslag: strafbestemmelsen tages helt ud af loven.**