

Frederiksberg 12. august 2014

Thomas Birk Kristiansen
Praktiserende læge
Hostrups Have 1, 5 tv
1954 Frederiksberg C
Thomasbirk@dadlnet.dk
Tlf. 61601234

Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse,
Primær sundhed

Høringsvar vedrørende udkast til betænkning om kodning og datafangst i almen praksis, indberetning af data til regionen og offentliggørelse af oplysninger om lægen eller klinikken.

Vi lever i en tid hvor sygdom, smerter og død fylder medierne. Hvem har en interesse i det og er vi så skrøbelige? Faktum er at vi lever længere end nogensinde og forbliver sunde og arbejdsdygtige i stigende alder.

I bekendtgørelse gør Nick Hækkerup gældende, at praktiserende læger skal have bøder, hvis de ikke sætter diagnosekoder på otte folkesygdomme: Hjertesygdom, type 2 sukkersyge, knogleskørhed, muskel- og skeletsygdomme, allergi, psykiske lidelser, rygerlunger og kræft.

Det kan måske undre, at læger kan rende ind i problemer i forhold til at skulle diagnosticere patienter. For det er vel netop diagnoser, der er lægens opgave?

Problemet opstår, fordi mange patienter i almen praksis er raske eller har milde former for sygdom. Patienterne befinder sig i gråzonen mellem syg og rask. Mange patienter i almen praksis har et sygdomsforløb, hvor de bliver raske helt af sig selv. Det er oftest bedst på den måde uden behandling. Hvis læger tvinges til at stille diagnose på disse patienter vil mange få en forkert diagnose, og mange patienter vil få en forkert eller unødvendig behandling.

For andre sygdomme gør det sig gældende, at det kan være svært at adskille mild sygdom fra ingen sygdom. Det er indlysende, at det kan være svært at vurdere, hvorvidt der er tale om mild depression eller naturlig tristhed. For at leve op til de formelle kriterierne for depression skal du have haft en 14 dages episode med nedtrykthed, manglende energi og lyst. Ikke andet. Det render alle mennesker ind i med jævne mellemrum. Det skal nu registreres, og registrerer lægen ikke med diagnosekode kan lægen straffes med bøde. Når patienten 10 år senere får en mere svær depression og er trist, energiforladt og selvmordstruet i 6 måneder, kan vedkommende i forsikringsmæssig sammenhæng miste sin retmæssige

erstatning, fordi depression angiveligt er forekommet tidligere. Eller rettere, den normale tristhed som næsten alle oplever jævnligt, er 10 år tidligere blevet kodet som depression.

Det bliver dog ikke nødvendigvis lettere, når vi taler mildt forhøjet blodtryk eller mild diabetes. Selvom grænsen for at stille diagnosen er et simpelt tal, så er der i dag stor akademisk diskussion om, hvorvidt disse grænser er sat for lavt.

I Norge har man beregnet, at følger man regler for diagnose og behandling af forhøjet blodtryk, så vil de økonomiske udgifter knække det norske sundhedsvæsen. Følges reglerne så vil 3/4 af den samlede voksne norske befolkning på over 18 år være berettiget til medicinsk behandling eller regelmæssig lægekontrol for deres blodtryk (1). I Norge er den gennemsnitlige levealder en af verdens højeste. Det er derfor nærliggende at tro at grænsen for forhøjet blodtryk er blevet sat for lavt. Det samme gør sig gældende for en lang række de andre sygdomme, der nu ved lov skal kodes for, selv for kræft.

Det gælder for eksempel modermærkekræft hvor flere og flere får stillet diagnosen og flere og flere gennemgår operation. Alligevel er dødeligheden konstant. Det vil sige at i dag er risikoen for at dø af modermærkekræft den samme som for 30 år siden. Til gengæld bliver langt flere stigmatiseret og sygeliggjort. Det er ikke rart at skulle opereres og bagefter leve med en ubehagelig og unødvendig kræftdiagnose. Stigningen er udtryk for overdiagnosticering. Problemet gælder ikke kun for modermærkekræft, men også for en lang række andre kræftformer (2).

Tvungne diagnoser i almen praksis vil føre til overbehandling. Tvungne rigide diagnosekrav vil fjerne lægens evne til at være pragmatisk og besindig. Overbehandling opstår, når patienter med meget mild sygdom eller ingen sygdom sættes i behandling ved for lav tærskel. Patienterne i almen praksis er de mindst syge, og de har derfor mindst gavn af en behandling, men har ofte samme risiko for bivirkninger som patienter med mere alvorlig sygdom. Bivirkninger er ofte milde, men sættes mange patienter i behandling vil man også se de sjældne og alvorlige bivirkninger. Jo mere medicin man indtager, jo større er risikoen for alvorlige bivirkninger.

Antallet af danskere der indtager flere end fem slags medicin fast er over 700.000 (3), og antallet vil stige hvis almen praksis tvinges til diagnosekodning. Det er anslået, at der dør ca. 3.500 danskere om året på grund af medicinbivirkninger. Det gør medicinbivirkninger til den tredje hyppigste dødsårsag i Danmark. Antallet af patienter med mild sygdom er meget større end antallet af patienter med alvorlig sygdom. Behandler man mild sygdom vil man derfor se langt flere tilfælde af alvorlige bivirkninger - og dermed langt flere tilfælde hvor patienterne ville have været bedre stillet uden behandling.

Mener ministeren at flere diagnoser er gavnlige for patienterne?

Mener ministeren at flere diagnoser vil føre til rationel brug af offentlige midler?

1. Halfdan Petursson, Linn Getz, Johann A Sigurdsson, Irene Hetlevik. Current European guidelines for management of arterial hypertension: Are they adequate for use in primary care? Modelling study based on the Norwegian HUNT 2 population
2. H. Gilbert Welch, William C. Black. Overdiagnosis in Cancer. JNCI J Natl Cancer Inst (2010) 102 (9): 605-613.
3. Signe Thomsen. Medicin er skyld i tusindvis af dødsfald hvert år. Politiken 15. nov. 2013 KL. 23.00.
<http://politiken.dk/forbrugogliv/sundhedogmotion/ECE2133268/medicin-er-skyld-i-tusindvis-af-doedsfald-hvert-aar/>

MVH

Læge Thomas Birk Kristiansen