

Hørings svar vedrørende bekendtgørelse om kodning og datafangst i almen praksis.

At stille en diagnose er ikke en verificerbar reproducerbar videnskab. Det afhænger i allerhøjeste grad af et øjebliksbillede af faglig konsensus og af behandlerens faglige viden, kundskaber og erfaring. Diagnosekriterier er ikke guddommelige skabeloner, som læger kan anvende til at kategorisere og inddele klodens befolkning efter. Diagnoser og indikatorer er ikke statiske størrelser. De er under konstant udvikling og til videnskabelig diskussion. Mange interesser udover den rent læge/patient faglige udøver indflydelse på diagnose kriterier og indikatorer. Medicinal industrien påvirker via forskningsdonationer, at speciale selskaber anbefaler vejledninger, hvor der reelt kan være kun meget små behandlingsfordele, for en forsvindende lille del af store patient populationer. Der offentliggøres hovedsagligt forskning med positive resultater for lægemidler. Der er mange eksempler på at negative resultater af lægemidler holdes skjult. Der reklameres massivt og manipulerende for små effekter af medicin til tilstande, som i mange tilfælde slet ikke er generende for patienten, endsige livsforkortende. Tilsammen har disse forhold en velkendt indflydelse på overdiagnostisering og overbehandling.

Dette gælder i særdeleshed for de 8 diagnose områder, der nævnes i paragraf 1 i bekendtgørelsen.

Der er fx. i øjeblikket ivrig diskussion om, at HbA1c cutoff grænsen i diabetes vejledningen er sat for lavt, hvilket betyder at der overdiagnostiseres og overbehandles flere 100.000 mennesker, der reelt set vil få mere ulempe end gavn af diagnosen og behandlingen. Lignende forhold gør sig bl.a. gældende for mild ukompliceret hypertension og osteoporose og i særdeleshed for depression i den milde ende af spektret.

En diagnose og en vejledning er forhold, der beror på et individuelt lægeligt skøn i samarbejde med patienten.

Når ministeren nu ønsker at udstede en konkret lov om diagnosticering og levering af fastsatte indikatorer på området, og samtidig i Paragraf 7 slår fast, at der vil blive sanktioneret med bødestraf, hvis ikke lægen overholder paragraf 1, 2 og 3, så må ministeren komme med en konkret præcisering af, hvornår denne straf skal falde, således at vi alment praktiserende læger har nogle konkrete retningslinjer for, hvornår vi med vores lægelige skøn optræder ulovligt.

Hvordan vil ministeren konkret forvalte loven?

Hvordan vil ministeren vurdere, at de diagnoser, som den alment praktiserende læge leverer, er korrekte i forhold til vejledningerne og er tilstrækkelige til at lægen kan gøre sig fortjent til sit honorar?

Kan ministeren præcisere hvornår han mener at lægen har fulgt en vejledning juridisk tilfredsstillende?

Kan ministeren redegøre for hvordan han konkret vil kunne skelne mellem variation i leverede diagnoser, som skyldes forskellig viden, erfaring, samarbejde eller vrangvillighed fra lægen eller patienten?

Hvis ministeren mener at loven vil afhænge af et skøn, hvorfor ansætter ministeren så ikke en jurist til at stille diagnoser, hvis denne alligevel skal skønne om lægens skøn er juridisk korrekt?

Hvordan vil ministeren med denne skabelonlov undgå at tusindvis af patienter vil blive overbehandlet og overdiagnostiseret?

Kan ministeren give andre eksempler på lægespecialer, hvor det er ministeren der bestemmer hvordan speciallægen skal udøve sin gerning?

Kan ministeren konkretisere rammerne for bødestrafen. Er der tale om dagbøder? Hvad er bødestørrelsen?

Hvordan, dvs på hvilken snitflade vil ministeren modtage data? Skal dette ske via regionens data høstet gennem DAMD? Kan ministeren redegøre for om de genererede data på sigt skal stilles til rådighed for Statens Serum Institut, jvf. loven om kvalitets databaser?

Alle de nævnte diagnoser og indikatorer udstilles på sundhed.dk CPR henførbart.

Hvordan skal lægen forholde sig hvis en patient ikke er enig i at han opfylder diagnosekriterierne, og udtrykker ønske om ikke at blive registreret? Hvordan skal lægen forholde sig hvis patienten ønsker at diagnosen skal forblive fortrolig mellem læge og patient og udtrykker ønske om at lægen skal overholde sin tavshedspligt, fordi patienten gerne vil undgå at denne udstilles på sundhed.dk CPR henførbart? Kan ministeren gøre rede for hvilken lov lægen skal følge, hvis en patient præsenterer sig med et ønske om fortrolighed; persondatalovens paragraffer der sikrer at patienten har ret til informeret samtykke og ret til at sige nej til deling af data, denne nye bekendtgørelse der IKKE giver patienten ret til informeret samtykke, eller lægeløftets tavshedspligt?

I hospitalsvæsenet leveres der også data til kontrol, men dette på afdelingsniveau. Der er således ingen læger, der personligt hæfter for eller kan straffes individuelt for - ifølge ministeren - utilstrækkeligt leverede data. I denne lov sidestilles sololægerne ikke juridisk med kompagniskabslæger eller regionsansatte læger, der vil blive kontrolleret på klinikniveau. Kan ministeren redegøre for den juridiske lovlighed i at forskelsbehandle, de af loven ramte læger hvad dette angår?

Kan ministeren gøre rede for, og komme med en fuldstændig liste over, hvad der konkret menes med betegnelsen kroniske muskuloskeletale lidelser?

Kan ministeren komme med videnskabelig dokumentation for at pop up diagnose redskabet for depression i den milde ende er en sikker og reproducerbar måde at stille diagnosen mild depression? Kan ministeren gøre rede for at der ikke vil forekomme overdiagnostisering når dette diagnose redskab anvendes som den er tiltænkt i loven?

Ministeren lovgiver nu om forhold der før har været aftalestof mellem PLO og regionerne. Det er mig bekendt ikke tidligere sket at regionerne har haft behov for at indkalde en læge i samarbejdsudvalget pga utilstrækkelig indsendelse af data. I samarbejdsudvalget er både region og almen praksis ligeligt repræsenteret, således at eventuelle uregelmæssigheder har kunnet behandles, med en lægefaglig tolkning.

Kan ministeren gøre rede for hvorfor han nu ønsker at lovgive om noget der allerede er aftalt? Kan ministeren gøre rede for det hensigtsmæssige i at fjerne den lægefaglige tolkning af leverede data og udelukkende læne sig op ad en juridisk tolkning? Hvorledes tror ministeren at det vil forbedre lægefagligheden i patientbehandlingen, at man nu skal skabelon diagnosticere og behandle, frem for at lave individuelle lægefaglige skøn?

I henhold til paragraf 57c stk 3 kan kodeforpligtelsen udvides efter indstilling fra det almen medicinske faglige selskab DSAM. Med tanke på at videnskabelige selskaber, der modtager private forskningsbidrag, enten direkte, eller ved at adoptere vejledninger fra andre faglige selskaber, ikke kan siges at arbejde fuldstændigt uafhængigt og habilt, hvordan vil ministeren så sikre at de af selskabets fremsatte anbefalinger, ikke er under påvirkning af finansielle interesser? Hvordan vil ministeren sikre at den private forskningsindustri ikke vil have indirekte adgang til, at sætte juridiske rammer for hvornår en læge koder og diagnosticerer tilfredstillende og at medicinal industrien dermed får indflydelse på stærke virkemidler som straf af læger, der ikke følger deres måske kommercielt motiverende anbefalinger?

Vedrørende paragraf 2 og forpligtelsen til at praktiserende læger skal anvende definerede indikatorsæt vedrørende KOL, diabetes, hjerteinsufficiens, iskæmisk hjertesygdom og angst depression og stress.

Det gælder en stor del af den ældre befolkning at de vil opfylde adskillige af de formelle betingelser for de 8 diagnoser nævnt i paragraf 1 hvis disse skal tolkes helt uflexibelt og konkret. Dette betegnes multimorbiditet. På trods af den meget hyppige forekomst, foreligger der meget sparsom videnskabelig dokumentation for, hvilke konsekvenser det vil have, hvis lægen skal tage alle vejledninger bogstaveligt, og iværksætte og følge alle vejledninger til punkt og prikke.

Konsekvensen vil være at en stor del af den aldrende befolkning, ville skulle tage en betragtelig mængde mere medicin, som med stor sandsynlighed, vil påføre dem flere ulemper end gavn. I den virkelige verden bliver dette forvaltet i et samarbejde mellem læge og patient, i forhold til hvad de tåler, og vælger at indgå i, på et oplyst grundlag. Mange patienter fravælger, at blive fulgt og screenet på forskellige indikatorer, bl.a. fordi det er spild af ressourcer at måle på noget, man behandlingsmæssigt har fravalgt eller ikke kan se lægefaglige fordele i at følge.

En del patienter ønsker ikke at lade sig følge på ex. KRAM indikatorer. En del patienter ønsker at indikatorerne skal forblive fortrolige i patient behandlings forløbet.

Kan ministeren gøre rede for hvordan han vil skelne mellem at variation i leverede data, skyldes at lægen ikke lever op til lovens krav, eller lægefaglige relevante skøn eller patientens bevidste fravalg? Hvor går grænsen for sanktion og hvornår fortjener lægen sit honorar? Hvordan skal lægen leve op til sin tavshedspligt når indikatorer udstilles på sundhed.dk uden at patienten er tilbudt et informeret samtykke om dette hvis patienten udtrykker ønske herom? Hvordan vil ministeren undgå at de praktiserende læger vil kode tiltagende uspecifikt og undvigende for at imødekomme patientens ønsker fremfor ministerens krav om kontrol? Hvordan vil ministeren sikre at kvaliteten af data således risikerer at blive forringet? Og hvis ministerens svar, er at ministeren har tillid til at de praktiserende læger vil kode lægefaglige korrekt, hvorfor har ministeren så behov for at lovgive på området?

Paragraf 4. 12) Kan ministeren nærmere præcisere, hvad det er der skal deklareres i forhold til efteruddannelse? En sådan deklaration kan blive opfattet særdeles uhensigtsmæssigt, idet lægers kursusaktivitet, ofte afspejler det som lægen ønsker at forbedre fagligt, mens lægen undlader at deltage i kurser, der omhandler emner som lægen behersker. Hvordan vil ministeren forhindre at lægens stærke sider, på deklarationen kan komme til at ligne huller? Skal læsning af faglitteratur også udspecificeres? Hvor tit skal en sådan liste konkret opdateres?

Paragraf 5. Hvorfor sidestilles sololægerne og regions og kompagniskabslæger ikke juridisk ens i forhold til offentliggørelse af patient tilfredshedsundersøgelser? Hvordan forventer ministeren at patienterne kan gennemskue, hvilken læge der bidrager til tilfredsheds scoringen, hvis ikke resultatet kan føres tilbage til en identificerbar læge? Er dette rimeligt endsige lovligt? Er formålet ikke netop at patienterne skal have mulighed for på gennemskuelig vis at vælge den læge der scorer bedst?

Kan ministeren forklare hvorfor denne bekendtgørelse er udsendt midt i en sommerferieperiode med høringsfrist på lidt over en 1 måned, og en svar periode på 14 dage, inden loven skal træde i kraft. Er dette en normal demokratisk procedure? Kan ministeren gøre rede for, at der ud af den alenlange høringsliste ikke er taget højde for, at dette er en lov der kommer til at berøre ca 2200 enkeltstående virksomheder, hvoraf ikke alle er medlem af eksempelvis DSAM, som nu har indflydelse på lovens udformning og at det derfor ville være rimeligt at virksomhederne enkeltvis var blevet sat på høringslisten?

Har ministeren overvejet at gøre pop-up indikatorer til et spørgsmål mellem patienten og staten? Det ville være særdeles ressourcebesparende at fjerne det fordyrende lægelige mellemlid. Patienterne kan uden lægens indblanding selv udfylde sine data via Nem-id og øvrige data kan høstes via laboratorie portalen. Resultatet kan direkte oversættes til et facit og patienten kan derefter hente de dertil hørende recepter direkte på apoteket. Diagnosen kunne i forhold til det konkrete lovforslag, udemærket stilles ved en spørgsmåls eller en laboratorie standard.

Mvh

Læge Trine Jeppesen der yder behandling til gruppe 1-sikrede jf paragraf 60, stk 1, i sundhedsloven.

