

Høringssvar vedrørende:

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

§ 2. 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.

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

Jeg ønsker at knytte en kommentar til ovenstående 2 paragraffer i den fremsatte bekendtgørelse om kodning og datafangst i almen praksis.

Læge/patientforholdet har igennem historien ændret karakter. I ældre tider har lægen haft en autoritær, til tider moralsk formynderisk rolle i sundhedsformidlingen, mod til gengæld at måtte tåle at befolkningen betragtede lægen som et nødvendigt onde, en del af samfundets herskende klasse, der tjente fede penge på at syge menneskers var afhængige af deres ydelser.

Lægerollen er ændret betydeligt siden da. Der er, specielt i det almen medicinske speciale, blevet forsket i lægerollen og dennes betydning for kommunikationen og behandlingsalliancen mellem lægen og patienten - alt sammen mhp at finde frem til hvornår og hvordan den gode konsultation opstår, hvor patientens helbredsproblemer håndteres fagligt tilfredsstillende i forhold til patientens ønsker og forventninger, set i relation til et sideløbende hensyn til samfundets interesser. Det handler om en faglig pædagogisk tilgang, der fokuserer på at patientens kompetencer og ressourcer mobiliseres, så helbredsudfordringer kan mestres bedst muligt for den enkelte. Det handler om, at fjerne formynderiske tilgange og motivere i en ramme af fælles accept og respekt. Dette fokus på lægens individcentrerede relationelle kontinuerlige tilgang til patienten i en empatisk og accepterende kommunikationsramme, bidrager med en målbar empowerment af patientens mestringsevne og egenomsorg i forhold til egen sundhed.

Resultatet af mange års forskning i lægepatientforholdet og kommunikationsprocessen i konsultationen tilsidesættes nu, fordi ministeren ønsker at detaljestyre konsultationsprocessen for ovenstående lidelser. Lægen tvinges ved lov til at udføre skabelonkonsultationer, og risikerer nu bødestraf hvis ikke denne grundformel overholdes og registreres. Dette til trods for, at lægen ligger inde med faglig dokumenteret viden for, at en sådan tilgang vil kunne have et dårligere sundhedsmæssigt outcome for patienterne. Som eksempel kan nævnes, at mange patienter føler skyld og skam, når de en gang om året skal til eksamen hos lægen og stå til regnskab for, om de nu har formået at forbedre deres sundhedsvaner, sådan som de lovede lægen og sig selv et år forinden og som samfundet forventede af dem, som gode ansvarlige borgere, der har ordentlig styr

på, og kontrol over deres liv. En sådan eksamen er ikke altid den bedste motivation for et besøg ved lægen.

Derfor må ministeren komme med en forklaring på, hvad der konkret er formålet med indikator forpligtigelsen. Har ministeren videnskabelig dokumentation for, at systematisk registrering af indikatorer forbedrer folkesundheden? Har ministeren eksempelvis dokumentation for at en årlig rygestatus motiverer flere patienter til rygestop? Har ministeren videnskabelig dokumentation for, at standardiserede forløb på eksempelvis diabetes er bedre end ad hoc konsultationer?

Hvis ikke der forligger valide forskningsdata der påviser en signifikant forbedring i patientoutcome, hvorfor ønsker ministeren så at indføre disse - oven i købet bødestraf behæftet?

Når ministeren under bødestraf forpligter de praktiserende læger til eksempelvis en gang årligt, at registrere KRAM faktorer på diabetespatienter, betyder det indirekte at ministeren mener, at alle danskere med diabetes een gang årligt skal afrapportere deres sundhedsvaner til ministeren til kontrol. Da dette som tidligere belyst kan have en uheldig og forstyrrende indflydelse på konsultationsprocessen, kunne ministeren måske overveje at udstede en lov om at alle diabetes patienter een gang årligt selvdeklarerer direkte til staten, for eksempel via Nem-id. På den måde behøver ministeren heller ikke at bekymre sig om der er udstedt en forkert regning hos den praktiserende læge. Man kunne også gøre det lovpligtigt for alle samfundsborgere at deklarerer een gang årligt. Så har ministeren de oplysninger han ønsker til anvendelse med henblik på planlægning og forebyggelse.

Alle indikatorer udstilles CPR henførbart på sundhed.dk. I henhold til persondataloven og epikrisereglen, har alle patienter krav på at blive direkte informeret, når deres oplysninger deles med 3. mand, og de har ret til at frabede sig dette.

Kan ministeren redegøre for hvorledes lægen skal forholde sig, hvis en patient ikke ønsker at deklarerer eller dele sine indikatorer med lægen, eller forbeholder sig retten til at sige nej tak til deling? Skal lægen respektere patientens ønske om tavshedspligt? Skal lægen respektere patientens ret til at nægte deling i henhold til persondataloven? Skal lægen følge denne nye bekendtgørelse og tvinge patienten til at indgå alligevel, så lægen kan undgå bøder?

Kan ministeren redegøre for, hvordan han vil skelne imellem hvornår manglende registrerede indikatorer skyldes den ene eller den anden årsag ovenfor nævnt, eller blot at lægen forsømmer sin registreringspligt? Kan ministeren konkret redegøre for præcis hvornår sanktionen bødestraf udløses? Kan ministeren gøre rede for, om læger der idømmes bødestraf får mulighed for at forsvare sig juridisk i forhold til sanktionen? Hvad vil der blive lagt vægt på?

Interessant er det også, at få belyst hvorledes ministeren vil forvalte denne paragraf i bekendtgørelsen:

§ 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.

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.

Her må ministeren opklare hvordan, hvor mange og hvorledes denne kontrol skal foregå, dels for at tilvejebringe oplysninger til regionens kontrol af udbetalte honorarer, som de ikke allerede er i besiddelse af, og hvordan denne datakontrol overhovedet kan foregå anonymt, når det er honorar kontrol man ønsker.

For det første må ministeren redegøre for nøjagtig hvor mange data han vil hente og fra hvilken snitflade. Skal data hentes fra DAMD? Hvis dette er tilfældet er det så hele DAMD datasættet man ønsker leveret i aggregeret form? Dette går jo væsentlig ud over det man ønsker at kontrollere. Er det udelukkende data tilknyttet kodeforpligtelserne? Hvis det er tilfældet skal disse så leveres krypteret? Hvis dette er tilfældet er anonymisering ikke praktisk muligt. Ej heller er det muligt at holde det op mod et udbetalt honorar. Skulle en læge idømmes en sanktion er det ligeledes svært at se hvorledes han ville kunne forsvare sig, uden at fremlægge CPR henførbar dokumentation for juridisk korrekt lægeansvarlig patientbehandling. Ministeren må således komme med en nøjagtig beskrivelse af hvilke data han vil hente, hvordan de skal hentes og hvordan han sikrer anonymiteten på alle planer.

Hvis alle landets læger ved lov skal følge en indikator standardiseret konsultations proces, så må man som minimum forvente, at der er vægtig videnskabelig dokumentation for, at dette er den for patienterne mest optimale måde at blive behandlet på. Hvis ikke denne dokumentation foreligger, er denne lov den mest formynderiske behandlingsvejledning jeg nogen sinde har oplevet. At staten under bødestraf forpligter læger til et behandlingsregime, som ikke er dokumenteret videnskabeligt underbygget. Standard pop-up konsultationer har fortsat videnskabelig interesse, og der kunne i fremtiden sættes mange interessante studier op, hvor man kunne holde den standardiserede pop-up tilgang til patienten op mod den individ centrerede relationelle kontinuerlige tilgang og måle på outcome. Dette kunne vi fortsat arbejde med som læger, hvis blot staten ville respektere at vores kvalitets databaser, og de fortrolige oplysninger de indeholder, forbeholdes anvendt til det oprindelige aftalte formål, nemlig forskning og kvalitetsforbedringer i patient behandlingen. Kvalitetsdatabaser bør ikke korrumpes af statens trang til at anvende disse til mange andre formål med andre hensigter, så som kontrol og kommerciel udnyttelse.

Sundhedsministeren bør overveje hvor langt man skal gå med den statslige kontrol, den offentlige styring og de kommercielle interesser for staten, før grænsen for hvad man kan tilsidesætte af borgerrettigheder er nået, før grænsen for hvad der er i patientens genuine interesse er krydset,

før for mange etiske værdier er ofret, i det danske sundhedsvæsen vi med god grund altid har været så stolte af og berømte for.