

## DSAM's hørings svar til lovforslaget

Hørings svaret til lovforslaget fremsendes sammen med to bilag.

Bilag 1 er udarbejdet af DAK-E og DSAM, som indeholder forslag til offentliggørelse af data om arbejdet i almen praksis.

Bilag 2 er sendt til DSAM fra de almenmedicinske forskningsmiljøer, og er hørings svar til lovforslaget vedrørende brug af kvalitetsdata.

Der refereres til begge bilag i hørings svaret og de kan ses på DSAM.dk sammen med hørings svaret.

DSAM er meget betænkelig ved det fremsendte lovforslag.

Efter vores vurdering kan det føre til betydelige forandringer af almen praksis. Et velfungerende sundhedsvæsen af høj kvalitet kræver integritet og ansvar på baggrund af aftaler mellem alle de involverede parter. Samarbejdet mellem almen praksis og kommunerne skal udbygges, og det kræver, at de praktiserende læger er en del af det samlede sundhedsvæsen.

Kernefunktionen i almen praksis er mødet med patienten – konsultationen. Hvad der sker i dette rum ved kun to personer, nemlig lægen og patienten, og sådan skal det fortsat være for at sikre tryk og åbenhed.

Hverken de seneste overenskomster eller lovforslaget omtaler væsentlige områder som forskning, uddannelse og kvalitet.

DSAM vil forholde sig til disse forhold i hørings svaret.

### Forskning

Dette er kun et eksempel, men det vil gælde for langt de fleste kontakter i almen praksis. 98% af al medicin udskrives i almen praksis. Forskningen, der ligger til grund for udviklingen og valget af præparat, er primært udført på raske unge mennesker eller på patienter under 55-60 år på sygehuse med en diagnosticeret sygdom – og kun den ene sygdom. I almen praksis udskrives langt de fleste præparater til ældre over 60 år for en række sygdomme, som kun sjældent ses på sygehuse, og patienterne har ofte flere andre sygdomme, der behandles medicinsk. Kun forskning i almen praksis kan vise, om præparater har en effekt på patienterne ude i praksis og vise betydningen af, at præparaterne gives til ældre sammen med 5-6 andre typer medicin. For at øge forskningen inden for almen medicin er det vigtigt at have tilstrækkelig økonomi til at styrke forskningsindsatsen og sikre et solidt fundament for de almenmedicinske forskningsmiljøer. I forhold til andre specialer har vi en kort forskningstradition i almen medicin. Vi har nu fire forskningsenheder og efter mange år med få forskere, oplever vi nu en stor interesse – i alt er der omkring 50 ph.d.-studerende, men der er konstante problemer med at finansiere disse forløb. Selv med den beskrevne stigning er forskningsindsatsen lille i relation til de øvrige specialers forskning.

DSAM opfordrer til, at almenmedicinsk forskning tilgodeses via lovgivning.

### Uddannelse

Uddannelsen i almen medicin begynder på medicinstudiet. Der er meget gode erfaringer med at lade de studerende komme ud i praksis i løbet af studiet. Det vil styrke ikke kun specialer, men hele lægeuddannelsen, hvis ophold i almen praksis sikres via lovgivning.

Vores speciallægeuddannelse er en af Europas bedste og mest anerkendte uddannelser.

DSAM er bekymrede for konsekvenserne af lovforslaget og/eller en overenskomstløs periode i forhold til speciallægeuddannelsen. På kort sigt er der overhængende risiko for, at samtlige igangværende uddannelsesforløb i almen medicin vil få problemer. På lang sigt, med uafklarede rammer for almen praksis, er forholdene omkring uddannelses- og tutorlæger usikre. Denne usikkerhed og usikkerheden om regulering og kontrol i fremtiden vil true rekrutteringen til specialet.

DSAM er bekymrede for kontinuiteten i videreuddannelsen og rekrutteringen til specialet.

Det er vigtigt at fastholde og udbygge den viden, de nyuddannede læger kommer med. Vi skal have en attraktiv og velfungerende efteruddannelse. DSAM og PLO har i 2007 beskrevet en model for systematisk efteruddannelse, som er revurderet i 2012 for at indgå i overenskomstforhandlingerne. Lægen gennemløber på fem år alle de områder og krav, der stilles til den nyuddannede læge i målbeskrivelsen til speciallægeuddannelsen.

Målbeskrivelsen er omarbejdet til en målbeskrivelse for efteruddannelse og fungerer som elektronisk logbog med en oversigt over gennemførte mål.

De praktiserende læger får i dag ca. en uges efteruddannelse finansieret af Efteruddannelsesfonden. Mange læger betaler selv for yderligere uddannelse. Denne interessestyrede efteruddannelse skal fortsætte sideløbende med systematisk efteruddannelse. Herved sikres et ensartet, højt kompetenceniveau i almen praksis.

DSAM anbefaler at indføre systematisk efteruddannelse.

## Kvalitet

Arbejdet med kvalitet i almen praksis tog for alvor fart for ca. 15 år siden som "lad de 1000 blomster blomstre" - små lokale projekter drevet af ildsjæle. Med overenskomsten i 2003 blev området mere centraliseret med DAK-projektet, der førte til etableringen af DAK-E (Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed) og Dansk Almenmedicinsk Database, DAMD. DAK-E er vokset og har udviklet en række redskaber til at bedre håndteringen af personer med kronisk sygdom. I forbindelse med overenskomsten i 2011 blev det oplyst, at budgettet for DAK-E skulle halveres, nu skulle der være fokus på drift og implementering af alle redskaberne.

Kvalitetsarbejdet har medført et kæmpe løft i kvaliteten af kontroller for patienter med kronisk sygdom og for patientsikkerheden. Men vi skal videre. Vi har allerede tabt to års arbejde med at videreføre det banebrydende kvalitetsarbejde, så der skal tilføres ressourcer til området, der sikrer, at DAK-e har økonomi til både at løfte arbejdet med at have alle læger på datafangst og igen at have økonomi til den videre udvikling. Og der er behov for udvikling. Datafangst og brug af data får en stigende betydning i det løbende arbejde med kvalitet i klinikkerne, og data skal kun benyttes til dette formål. Hvis data benyttes til kontrol kan det skade kvaliteten af arbejdet med de store patientgrupper med kronisk sygdom.

International forskning viser nemlig, at dette ødelægger det faglige indhold af data i databasen.

DSAM anbefaler, at den fortsatte udvikling af kvalitetsområdet tilgodeses i lovgivningen.

Kvalitetsdata må ikke anvendes til kontrol.

Her følger DSAM's hørings svar i forhold til enkelte paragraffer i lovforslaget.

Generelt vil DSAM kun kommentere emner af faglig karakter, da PLO må forventes at kommentere øvrige forhold.

### 3.1. Patientrettigheder i forbindelse med medicinske ydelser. (§1.4)

Det er DSAM's opfattelse, at en ophævelse af kilometergrænsen for lægevalg vil øge udtyndingen af patientgrundlaget i yderområder og dermed øge risikoen for, at klinikker i disse områder lukker, før den demografiske udvikling betinger det. Herved øges ulighed i sundhed.

DSAM er bekymrede for lægedækningen ved ophævelse af kilometergrænsen og den heraf følgende ulighed i sundhed.

### 3.2. Planlægning og samarbejde (§1.6)

Dansk almen praksis har potentialet til at opbygge et stærkt sundhedstilbud tæt på borgeren i samarbejde med kommunerne. Praksissektoren har hidtil leveret et solidt stykke arbejde i samarbejde med regionerne og hospitalerne bl.a. i kraft af en velfungerende praksiskonsulentordning og forløbsprogrammer.

I forbindelse med udarbejdelsen af den anden udgave af sundhedsaftalerne gældende for 2011-2014 var DSAM involveret i flere møder, hvor vi talte om den manglende inddragelse af almen praksis, og hvor det fra flere sider var et ønske, at almen praksis aktivt skal indgå i arbejdet med de kommende sundhedsaftaler.

Når de praktiserende læger skal være en del af samarbejdet i sundhedstrekanten mellem hospitaler, praksis og kommuner, skal de også indgå i Praksisplanudvalget og ikke blot være høringspart. De praktiserende læger er med i det faglige rådgivningsudvalg, selvfølgelig, og her skal sidde gode lokale folk med indsigt i almen praksis. For at sikre information vertikalt skal repræsentanter for DSAM's og PLO's regionsbestyrelser have plads i Praksisplanudvalget, herved kommer udvalget til at repræsentere alle aktører. Lægerepræsentanterne sidder også centralt i DSAM og PLO, så der sikres informationsudveksling fra nationalt til regionalt niveau og omvendt. Herved styrkes begge niveauer.

Under forudsætning af at dette udvalg i den endelige lov får en bred kompetence, som beskrevet i lovforslaget, mener DSAM, at vi bør være repræsenteret i Praksisplanudvalget sammen med PLO.

DSAM opfordrer til, at DSAM og PLO får plads i Praksisplanudvalget.

DSAM bemærker, at der fortsat skal være et kommunalt lægeligt udvalg i hver kommune og støtter dette.

DSAM har sat patientinddragelse på dagsordenen og bemærker derfor med tilfredshed, at der skal nedsættes et patientinddragelsesudvalg.

Det foreslås, at der nedsættes et fagligt rådgivningsudvalg. I lovforslaget nævnes det, at udvalget bl.a. skal bestå af repræsentanter for praktiserende læger. DSAM foreslår, at DSAM nævnes eksplicit. Formuleringen kunne således være, at udvalget består af repræsentanter fra regioner, kommuner og praktiserende læger, herunder repræsentanter fra DSAM. DSAM foreslår, at DSAM nævnes eksplicit som repræsentant i Fagligt Rådgivningsudvalg

### 3.3. Nye organisationsformer (§1.10)

Med den øgede centralisering i sekundærsektoren øges kravene til det nære sundhedsvæsen, hvor almen praksis og kommunerne skal have rammer og muligheder, der styrker

samarbejdet. Der skal derfor være et lægebetjent sundhedstilbud tæt på borgeren. I Danmark har vi løbende udbygget kapaciteten, og ikke mindst kvaliteten, af speciallægeuddannelsen i almen medicin. DSAM har netop fået Sundhedsstyrelsens godkendelse af vores nye målbeskrivelse for uddannelsen og har dermed sikret vores plads i førerfeltet. Vi gennemfører i år det andet EU-projekt om 'teaching the teachers', som yderligere bidrager til at sikre den høje kvalitet af uddannelsen ved at have veluddannede tutorlæger.

Vi har i disse år lægemangel og mangler især praktiserende læger. I lovforslaget beskrives forskellige forslag til at løse problemerne med lægemangel. DSAM skal gøre opmærksom på, at antallet af speciallæger (med uændrede forudsætninger) om fem år begynder at stige. Vi vil derfor kraftigt opfordre til, at alle aftaler, også aftaler om flere ydernumre til én speciallæge, gøres tidsbegrænsede, og at alle stillinger skal besættes af speciallæger i almen medicin. Nødløsninger af svingende kvalitet skal ikke blokere for nyuddannede speciallæger, der herved tvinges til at tage arbejde i udlandet.

DSAM anbefaler, at alle nødløsninger ved lægemangel gøres tidsbegrænsede.

### 3.4 Kvalitet og indsigt i almen praksis (§1.12)

Udenlandske erfaringer viser, at mange ansættelses- og organisationsformer gør det vanskeligt at samle de praktiserende læger i én faglig organisation. En høj tilslutning til et fælles fagligt selskab styrker fagligheden på området.

Det anføres, at praktiserende læger skal følge faglige retningslinjer og pakkeforløb. Det er en selvfølge i henhold til Sundhedslovens §17, hvor det anføres, at autoriseret sundhedspersonale skal udvise omhu og samvittighedsfuldhed. Sundhedsstyrelsen tolker i forhold til tilsyn dette, som at læger skal følge relevante faglige retningslinjer. De praktiserende læger følger i vid udstrækning DSAM's vejledninger, bl.a. fordi de er skrevet af praktiserende læger, og fordi de følges op af en række implementeringsaktiviteter. Vejledninger fra andre kilder, hyppigt Sundhedsstyrelsen, følges ikke op med implementeringsaktiviteter. I DSAM undersøger vi derfor mulighederne for at bedre implementeringen af vejledninger fra andre kilder.

Sundhedsministeren har i flere medier brugt hjertepakkerne som et eksempel på retningslinjer, der ikke følges i almen praksis. Det er et dårligt eksempel. Pakkeforløb løser primært problemer i sekundærsektoren ved at ensrette behandlingstilbuddene og sikre et hurtigt patientflow gennem et tværfagligt forløb. Set fra almen praksis' side komplicerede den første hjertepakke et akut forløb, hvortil der allerede var bedre fungerende henvisningsmuligheder. Alle hjertepatienter med akut behov er således blevet henvist, bare ikke i et pakkeforløb. Der er blevet taget hensyn til disse forhold i 2. generation af hjertepakken.

DSAM advarer mod mange forskellige organisations- og ansættelsesformer, da ens ansættelses- og organisationsforhold styrker fagligheden.

Det anføres, at regionerne skal have adgang til "at rekvirere kliniske data om patientbehandlingen i almen praksis herunder behandlingsresultater, der kan belyse patienternes sundhedstilstand." Dette suppleres med, at oplysningerne ganske kortvarigt kande krytteres, for at berige oplysningerne med oplysninger fra andre kilder.

DSAM ser med bekymring på dette forslag. Det griber dybt ned i læge-patientforholdet og kan hæmme patientens tillid i konsultationen. Intet må komme ud af dette rum. Der findes flere metoder til at få overblik over arbejdet i almen praksis uden at være på patientniveau.

Det er desuden DSAM's vurdering, at disse handlinger ligger på grænsen af, hvad der er tilladt. Data indhentes i DAMD, der er godkendt i henhold til bekendtgørelsen om kvalitetsdatabaser. I denne bekendtgørelse står:

“§ 2. Oplysninger i kliniske kvalitetsdatabaser må kun anvendes i overensstemmelse med kvalitetsdatabasens formål.

Stk. 2. Anvendelse af oplysninger må kun ske som led i løbende overvågning, evaluering og udvikling af den kliniske kvalitet samt som led i synliggørelsen af den kliniske kvalitet overfor borgerne.”

Formålet med databasen er beskrevet i den seneste godkendelse fra Sundhedsstyrelsen i 2012. Her står:

“Dansk Almen Medicinsk Database (fællesdatabasen), DAMD, der har til formålet udvikle og sikre kvaliteten i almen lægepraksis som en del af det samlede sundhedsvæsen! At fremmeforskning i kvalitetsudvikling med betydning for kvaliteten i almen lægepraksis og det samlede sundhedsvæsen.”

I henhold til bekendtgørelsen kræver afgivelse af data til en kvalitetsdatabase ikke patientens samtykke. Det kræver derfor en nøjere juridisk vurdering, for at afklare om disse krav tillader offentliggørelse på patientniveau.

Data indsamlet i en kvalitetsdatabase skal benyttes til kvalitetsudvikling, ikke til kontrol. DSAM har derfor udarbejdet et notat med flere forslag til, hvordan data fra DAMD kan benyttes til information og kontrol i forhold til borgere og myndigheder, uden at det skader kvaliteten af data. Notatet vedlægges.

Der vedlægges endvidere et høringssvar om brug af data og forslag til ændringer i Sundhedsloven underskrevet af alle de almenmedicinske forskningsmiljøer. Hovedbudskabet er som tidligere nævnt, at kvalitetsdata ikke må benyttes til kontrol.

DSAM ser meget alvorligt på offentliggørelse af data på patientniveau og har derfor udarbejdet flere forslag til nyttig information uden sammenkobling med CPR-nummer.

Resume af DSAM's anbefalinger:

DSAM opfordrer til, at almenmedicinsk forskning tilgodeses via lovgivning.

DSAM er bekymrede for kontinuiteten i videreuddannelsen og rekrutteringen til specialet.

DSAM anbefaler at indføre systematisk efteruddannelse.

DSAM anbefaler, at den fortsatte udvikling af kvalitetsområdet tilgodeses i lovgivningen.

Kvalitetsdata må ikke anvendes til kontrol.

DSAM er bekymrede for lægedækningen ved ophævelse af kilometergrænsen, da dette øger ulighed i sundhed.

DSAM opfordrer til, at DSAM og PLO får plads i Praksisplanudvalget.

DSAM foreslår, at DSAM nævnes eksplicit som repræsentant i Fagligt Rådgivningsudvalg.

DSAM anbefaler, at alle nødløsninger ved lægemangel gøres tidsbegrænsede.

DSAM advarer mod mange forskellige organisations- og ansættelsesformer, da ens ansættelses- og organisationsforhold styrker fagligheden.

DSAM ser meget alvorligt på offentliggørelse af data på patientniveau og har derfor udarbejdet flere forslag til nyttig information uden sammenkobling med CPR-nummer.

DSAM 23.5.2013

Yderligere oplysninger hos undertegnede

Peter Torsten Sørensen

Direktør

Tlf: 35626592 Mobil: 26823864

Email: pts@dsam.dk

