

Ry den 20. maj 2013

Til Ministeriet for sundhed og forebyggelse.

Vedr.: Sagsnummer 1302269. Dokumentnummer 1205338.

HØRINGSSVAR

Jeg ønsker hermed at give min mening til kende om lovforslaget à 3. maj 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Mange vilkår som hidtil er aftalt i en overenskomst skal fremover fastsættes ved lov. Det betyder at skiftende ministre, regionsråd og kommunalbestyrelser kan fastsætte regler for f.eks.:

ARBEJDSOPGAVER OG ARBEJDSBYRDE:

- I lovforslaget står at de praktiserende læger er "...forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden og nationale faglige retningslinjer, pakkeforløb m.v." samt "...herunder forløbsprogrammer m.v., der indgår som en del af sundhedsaftalerne."
- det er allerede i lægeløftet præciseret "*...at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og i øvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anordninger og bestemmelser.*"

Derfor mener jeg ikke, at det er nødvendigt at fastsætte i sundhedsloven at faglige retningslinjer mv. skal følges.

Det er ikke angivet hvorfra de faglige retningslinjer skal komme eller hvem der skal bedømme dem. Det er velkendt, at der kan være flere måder at behandle forskellige sygdomme på og ofte må den bedste behandling basere sig på en individuel vurdering, hvor det ikke er ualmindeligt, at en retningslinje fraviges.

Sundhedsaftaler aftales i det kommende praksisplanudvalg, hvor de praktiserende læger ikke tiltænkes at være repræsenteret dvs. lægerne har ingen indflydelse på aftaler, de ifølge lovforslaget vil være forpligtet til at efterleve.

Det giver både problemet med indholdet i opgaverne og den samlede mængde af opgaver, som almen praksis fremover vil være forpligtede til at løse. Når de praktiserende læger ikke er repræsenteret i praksisplanudvalgene vil de ikke kunne udtale sig om, det er realistisk at udføre de påtænkte opgaver på den ønskede måde og evt. til den tidsfrist der ønskes fra kommune og region.

DETAILSTYRING AF ARBEJDET I ALMEN PRAKSIS

I lovforslaget lægges op til at ministeren kan fastsætte regler for

- Antal af tilmeldte patienter
- Åbningstider
- Vilkår for aflæggelse af hjemmebesøg
- Afstand mellem lægens klinik og borgeren hjem (den såkaldte kilometergrænse)

- Det mener jeg er et kraftigt indgreb i styringen af virksomheder som er privatejede. Som ejere af klinikkerne betaler lægerne al drift af klinikken (fx husleje, EDB, telefoni, inventar), de ansattes løn og har ansvaret for at alt i klinikken fungerer både det praktiske og det faglige inkl. oplæring og opfølgning af personalet kompetencer. Når man har dette ansvar mener jeg, at det er rimeligt, at man også har indflydelse på, hvordan erhvervet udvikler sig. Generelt oplever jeg ikke, at de praktiserende læger har et problem med at påtage sig nye typer af opgaver, men for at opgaverne skal blive løst godt i almen praksis kræver det, at de praktiserende læger tages med i planlægningen af flytningen og udførelsen af opgaverne. Derfor bør disse forhold som hidtil aftales ved overenskomstforhandlinger og ikke ved lov.

FORTROLIGHED

I bemærkningerne til lovforslaget står at sundhedsministeren kan "fastsætte regler om, at regionerne skal have adgang til registrerede oplysninger om antallet af og indholdet i patientkontakter i almen praksis, for så vidt angår henvendelsesårsag, aktiviteter, ydelse, viderehenvisning, medicinforbrug m.v."

Et andet sted i bemærkningerne står, at regionerne vil få "adgang til at rekvirere kliniske data om patientbehandlingen i almen praksis herunder behandlingsresultater, der kan belyse patienternes sundhedstilstand".

- Det gør mig bekymret for fortroligheden mellem patient og læge uanset kryptering af data.
- Jeg stiller mig undrende over, hvad disse oplysninger skal bruges til. Hvad forstår ministeriet ved "Sundhedstilstand"? Skal skiftende ministre definere den?
- Jeg er bekymret over, hvordan man i regionen vil bedømme disse data. Kan ikke-lægefagligt uddannede personer vurdere disse data i al deres kompleksitet? Der er jo altid en person, en historie og en individuel tilgang til sundhed og sygdom bag. Laboratoriemålinger alene siger uendelig lidt om en aktuel sygdomstilstand hos en person.

ØNSKE OM BEDRE SAMMENHÆNG I DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN

Sundhedsministeren har udtalt, at man ønsker at sikre bedre sammenhæng mellem sygehuse, kommuner og almen praksis.

Hvordan tænkes dette opnået, når en faggruppe ikke er med i det besluttende organ og når centrale elementer i den ene parts virke fastsættes ved lov og ikke efter dialog i en forhandling?

ØKONOMILOFT

Regionerne ønsker budgetsikkerhed for udgifterne til sektoren almen praksis. Det er forståeligt, men hvis det skal være en fast størrelse må også antallet af opgaver i sektoren have et loft.

Som jeg forstår lovforslaget vil det blive muligt for regionen at give en læge en økonomisk bod, hvis ikke han/hun lever op til faglige retningslinjer. Samme læge kan få en bod for at "producere" for meget (økonomiloft). Det kan blive svært ikke at lave "for meget" hvis man skal leve op til alle retningslinjer og samtidig har alle de opgaver, der er i dag, hvor økonomiloftet allerede er nået.

Det bliver også svært at bevare fri og lige adgang til almen praksis for alle patienter, når der skal løses flere opgaver og når økonomien ikke må øges. Bare det at antallet af danskere øges år for år øger behovet for mere økonomi til sektoren.

Med venlig hilsen

Pernille Vieth, praktiserende læge
Fyrrestien 3
8680 Ry