



**Lægerne Store Torv 6**  
Store Torv 6  
8000 Aarhus C

*Aarhus, den 22. maj 2013.*

Center for Primær Sundhed og Forebyggelse  
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse  
Holbergsgade 6  
1057 København K

### **Høringssvar angående Forslag til Love om ændring af sundhedsloven**

Det er med stor glæde, at vi har kunnet observere, at regeringen med sit *Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven* og sundhedsminister Astrid Kraghs udtalelser i diverse medier giver udtryk for, at de praktiserende læger som den enkelte borgers egen læge er centrale for alle danskernes sundhed. Vi har ligeledes med tilfredshed konstateret, at regeringen ønsker at sikre, at alle borgere har en praktiserende læge, uanset hvor i landet de bor, og at regeringen ønsker at sikre borgene en behandling af høj kvalitet.

Lovens hovedpunkter vedrører (1) patientrettigheder i forbindelse med almen medicinske ydelser, (2) planlægning og samarbejde vedrørende almen praksis, (3) nye organisationsformer i almen praksis, (4) kvalitet og indsigt i almen praksis, (5) hjemmel til at fastsatte regler om vilkårene for ydelser i praksissektoren i en overenskomstløs periode, (6) videreførelse af vilkår for almen medicinske ydelser i en overgangsperiode, (7) erstatningspligt efter lov om klage og erstatningsansvar inden for sundhedsvæsenet og (8) udnævnelse af medlemmer til Patientankenævnet.

Desværre har vi ved gennemlæsning af *Forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven* konstateret, at forslaget indeholder en række punkter, som vil virke mod lovens hensigt, og som derfor ikke vil styrke almen praksis, men tværtimod vil betyde, at lægerne i almen praksis ikke vil kunne yde borgerne den bedst mulige behandling. Ligeledes mener vi, at lovforslaget på en række punkter vil gøre det sværere at sikre, at alle borgere har adgang til en praktiserende læge. Nedenfor vil vi gennemgå de vigtigste punkter og redegøre for, hvorfor vi mener, at lovforslaget på disse punkter vil komme til at virke mod hensigten, hvis det skulle blive vedtaget.

#### **(1) Patientrettigheder i forbindelse med almen medicinske ydelser**

Af hensyn til fx pendlere lægger lovforslaget op til at ophæve den nuværende overenskomsts geografiske restriktioner i forhold til borgernes valg af læge, specifikt at læger kan afvise at få anvist patienter, hvis afstanden mellem patientens bopæl og praksis overstiger 15 km (lovforslagets § 231c, stk. 2 og

kommentarerne på side 9). Det skal ske mod, at patienten ikke har krav på hjemmebesøg fra den valgte læge. Vi mener af flere grunde, at dette vil have uheldige konsekvenser:

- læger med praksis i områder med mange patienter, som pendler (fx til større byer) risikerer at miste en væsentlig del af deres patienter til læger med praksis nær arbejdsstedet. Dette vil gøre praksis i bopælsområdet mindre attraktiv og vil gøre det sværere at tiltrække nye læger ved ejerskifte.
- når patienter bliver akut syge, vil de ikke have nem og let adgang til deres læge og vil derfor ikke kunne modtage en behandling af samme kvalitet, som hvis de havde valgt en læge tættere på deres bopæl.
- hvis en patient bliver alvorligt syg og måske døende i eget hjem, vil vedkommende i den sidste tid af sit liv skulle skifte læge, hvilket vil være meget belastende for patienten og de pårørende i en allerede svær tid.

Lovforslaget lægger op til, at praktiserende læger skal på flere hjemmebesøg. I vores praksis har vi afsat omkring 10 % af vores tid til sygebesøg. Vi finder en stor tilfredsstillelse ved at kunne besøge vores svage ældre patienter i deres hjem eller på plejehjem, og at det er en kerneydelse i almen praksis, idet mange af disse patienter ikke selv ville kunne komme ind i praksis til en konsultation. Vi er imidlertid betænkelige, hvis vi skal bruge en større del af vores tid på sygebesøg, idet det ikke er en produktiv anvendelse af den knappe tid, vi har til rådighed, da vi ville kunne behandle fem gange så mange patienter i vores praksis, som vi kan nå på sygebesøg, grundet den store transporttid, der er forbundet hermed. Samtidig er efterspørgsel af konsultationer i almen praksis steget betragteligt i takt med, at stadig flere ambulante besøg fra sygehusene er lagt over til almen praksis.

Vi har stor forståelse for ønsket om at skabe en bedre sammenhæng mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet (jf. lovforslagets s. 6) og er klar over, at der sker mange fejl i overgangene mellem sygehusvæsen, speciallæger og almen praksis. Vi finder dagligt fejl, som vi retter op. Løsningen er imidlertid ikke kun, at almen praksis skal løse andres fejl, men at andre dele af sundhedsvæsenet bliver væsentligt bedre til at informere almen praksis bedre om gennemførte og planlagte behandlinger og til at færdiggøre deres egne behandlingsforløb (fx selv udskriver recepter på den medicin, de har ordineret, så patienterne har medicin, indtil vi i almen praksis har modtaget en epikrise fra eksempelvis den sygehusafdeling eller speciallæge, som patienten er blevet behandlet af).

At opstille krav om at alment praksis' sygebesøg, man kunne f.eks. forestille sig krav om opfølgende sygebesøg dagen efter, at en patient er udskrevet, vil gøre det meget svært at planlægge arbejdet i almen praksis, hvilket kan have aflyste konsultationer til følge, eller at man er nødt til at reservere en vis tid til noget, som måske ikke bliver aktuelt, hvilket vil mindske tilgængeligheden til almindelige konsultationer. Et andet praktisk problem er, at hvis man planlægger sygebesøg sidst på dagen, er der ofte ikke personale på arbejde på fx plejehjem, som har kendskab til patienten og dennes sygeforløb.

Lovforslaget lægger i § 60 stk. 3 op til, at sundhedsministeren får ret til at regulere praktiserende lægers ret til at frasige patienter af hensyn til patienternes retssikkerhed. Det er en ret, som vi hidtil kun i meget sjældne tilfælde har benyttet os af, men er en ret, som er vigtig at bevare, ikke mindst for at kunne frasige sig patienter, som fremkommer med trusler eller udøver fysisk og psykisk vold, og som det trods ihærdige forsøg ikke er muligt at etablere et tillidsbaseret forhold til.

## **(2) planlægning og samarbejde vedrørende almen praksis**

Lovforslaget lægger i § 1, pkt. 6 op til dannelsen af et praksisplanudvalg (PPU) i hver region, hvor den overordnede plan for almen praksis skal udarbejdes. Dette udvalg skal ifølge lovforslaget bestå af fem kommunale medlemmer og tre regionsmedlemmer. Repræsentanter for almen praksis får ikke plads i dette udvalg, men i et såkaldt fagligt rådgivningsudvalg vedrørende almen praksis bestående af repræsentanter for de privatpraktiserende læger, region og kommuner (jf. § 1 pkt. 6, som foreslår, at der indsættes et nyt pkt. 3 i sundhedslovens § 204). Dette udvalg rådgiver ifølge lovforslaget PPU, men får ingen egentlig beslutningskompetence. Pariteten i det hidtidige samarbejdsudvalg afskaffes således. Vi finder, at det er meget uheldigt, at de praktiserende læger ikke sidder med i praksisplanudvalget, da det er de praktiserende læger, som har indsigt i driften af almen praksis og de udfordringer, man møder her. Vi frygter, at dette kan medføre opgaveglidning fra regionernes sygehuse og kommunernes sundhedstilbud til almen praksis for at sikre produktivitet og økonomi i regioner og kommuner, uden at almen praksis har indflydelse herpå og kan sige fra, fordi vi ikke kan stå inde for det fagligt, fx fordi der ikke er kapacitet eller økonomi til at løse de opgaver, som skubbes til almen praksis fra kommuner og regioner.

Vi har meget svært ved at genkende det billede, at vi i samarbejdsudvalgene har siddet og udnyttet vores vetoret og dermed forhindret udvikling i almen praksis og hindret et godt sammenhængende sundhedssystem. Vi vedlægger som bilag to af de seneste aftaler, der er indgået i Region Midt om et enstrengt system på akutområdet og opfølgende hjemmebesøg. Begge aftaler svarer til, hvad man ønsker overordnet sundhedspolitisk, men er indgået frivilligt.

Vi finder, at pariteten sikrer, at de sundhedsaftaler, der indgås, bliver implementeret med bindende forpligtigelser på begge sider. Man har at gøre med to ligeværdige parter, som begge har noget vigtigt at bidrage med ved forhandlingsbordet. Hvis man vedtager loven i sin nuværende form, således at lægerne kun sidder i et rådgivende udvalg, forsvinder denne ligeværdighed, og vi frygter, at andre interesser end det rent lægefaglige vil vægte tungere, når beslutninger kun skal tages af region og kommune.

## **(3) Nye organisationsformer i almen praksis**

Vi deler bekymringen for, at der er og kan opstå yderligere lægemangel i nogle områder af Danmark. Allerede den sidste overenskomst indgået mellem PLO og regionerne åbner derfor muligheden for, at regionerne kan lave regionsklinikker, hvis ikke det var muligt at få praktiserende læger til et område.

Det er imidlertid bekymrende, at der i lovforslaget § 1 pkt. 10 foreslås, at der tilføjes en række nye punkter til Sundhedslovens § 227. Som nyt stk. 3 foreslås

følgende indsat: "Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende praksis og udbyde driften af disse." Som konsekvens af praksisplanlægningen kan der således tages skridt til, at eksisterende praksis skal lukke, hvis der i praksisplanlægningen er lagt en overordnet plan mht. placeringen af praksis. Der er i lovteksten ingen modifikation af denne formulering. Uden sikkerhed for den fremtidige placering af ens lægepraksis vil man som praktiserende læge være mere tilbageholdende med at investere i nye lokaler og faciliteter eller i at gå sammen i større sundhedshuse, som indebærer en meget stor investering, idet det med den foreslåede formulering rejses tvivl om, at denne kan forrentes.

Lovforslaget lægger også op til, at private leverandører skal have adgang til at byde på at drive almen praksis af ydernumre, som regioner sender i udbud (§ 227, stk. 4 og kommentarerne på s. 16 i lovforslaget). Ud over man selvfølgelig kan frygte uheldig sammenblanding af kommercielle interesser (skal de private leverandører være privathospitaler, som kan henvise til sig selv eller medicinalindustrien, hvor der kan rejses tvivl om, hvorvidt medicin udskrives ud fra patientens tarv?), ser vi ikke nogen klausul om, at disse private aktører og deres ansatte læger skal være speciallæger i almen medicin. Dette frygter vi kan have negative konsekvenser for kvaliteten af behandlingen af borgerne. I alle andre specialer har mantraet været, at speciallægen skulle i front i de nye fælles akutmodtagelser. Dette håber vi også fremover vil gælde i almen praksis. Ikke mindst set i lyset af den centrale rolle, som almen praksis spiller i det samlede sundhedsvæsen, er det vigtigt, at borgeren mødes af en speciallæge i almen medicin, som har erfaring og overblik.

Lovforslaget giver endvidere muligheder for, at en praktiserende læge kan eje op til seks ydernumre (§ 227, stk. 2). Dette mener vi også er problematisk i forhold til kvaliteten af behandlingen og indebærer en betydelig risiko for fejlbehandling, hvis vedkommende ansætter læger, som ikke er speciallæger i almen medicin, eller hvis satellitklinikkerne ligger geografisk spredt, hvilket vil gøre det meget svært at udøve supervision.

#### **(4) Kvalitet og indsigt i almen praksis**

Lovforslaget lægger i § 1 pkt. 12 op til, at der efter sundhedslovens § 231 indføres to nye kapitler, hvoraf det ene, Kapitel 70 b, indeholder en række obligatoriske opgaver m.v. for alment praktiserende læger. § 231c stk. 1 fastlægger en forpligtelse til, at alment praktiserende læger er forpligtede til at aflægge sygebesøg, hvis det efter lægens vurdering skønnes nødvendigt. Dette er vi enige i, og det stemmer overens med vores nuværende praksis. Vi er imidlertid bekymrede over, at der i § 231c stk. 2 lægges op til, at sundhedsministeren kan fastlægge nærmere regler for pligten til at gennemføre sygebesøg, da dette kan indebære, at der er andet end vores lægefaglige vurderinger, som bestemmer, om vi som læger skal på sygebesøg.

Det foreslåede § 231d stk. 1 lægger op, til at lægerne er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden, faglige retningslinjer og pakkeforløb. Dette gør vi allerede og er derfor uproblematisk. Det samme gør sig dog ikke gældende for det foreslåede § 231d stk. 2, som formulerer et krav, at vi som praktiserende læger skal udøve vores virksomhed i

overensstemmelse med de sundhedsaftaler, der er indgået mellem regioner og kommuner. Som anført ovenfor finder vi det meget problematisk, at disse aftaler indgås af regioner og kommuner uden om lægerne og derfor uden sikkerhed for, at der tages hensyn til driften af almen praksis.

Ifølge det foreslåede § 231e stk. 1 påhviler det alment praktiserende læger at foretage kodning af henvendelser til almen praksis. Dette er for sig selv uproblematisk, men i § 231e stk. 3 åbnes der mulighed for, at ministeren kan fastlægge nærmere regler for datafangst, og på side 18 i lovforslaget lægges det op til, at data kan dekrypteres og beriges med data fra andre kilder. Som læger lægger vi meget stor vægt på, at vores patienter kan have tillid til, at de kan henvende sig til os i fortrolighed. Vi kan derfor ikke acceptere, at regionerne skal have adgang til data på CPR-niveau uanset, hvad formålet er.

Lovforslaget åbner i § 273a op for, at ministeren for sundhed og forebyggelse i forskrifter kan fastsætte bestemmelser om straf af bøde for overtrædelser om bestemmelser om datafangst. Af flere årsager frygter vi, at dette kan have utilsigtede konsekvenser. Hvis data, der indberettes i kvalitetssikringsøjemed, anvendes til at udmåle bøder til læger, hvis patienter efter henvendelse til almen praksis ikke lever op til nationale retningslinjer, viser erfaringer fra England, at der for det første er en betydelig risiko for, at validiteten af data forringes, så de ikke længere er anvendelige forskningsmæssigt og derfor fremadrettet mister værdi i forhold til kvalitetssikring af almen praksis.

Hvis man bliver straffet for, at ens patienter ikke behandles ifølge guidelines, er der for det andet en risiko for, at læger i praksis med mange ressourcetsvage patienter straffes økonomisk, da ressourcetsvage patienter i større grad ikke retter sig efter lægens råd. Samtidig kan man som praktiserende læge kun rådgive patienterne om, hvilken medicin de bør tage, eller hvilke andre tiltag de ud fra en lægelig vurdering bør iværksætte for at forebygge eller afhjælpe sygdomstilstande, fx livsstilsomlægninger eller ændring af kostvaner. Det vil til enhver tid være patienten, der tager den endelige beslutning, om behandlingen ønskes modtaget.

Med venlig hilsen

Elna Hansen, Anna Meldgaard Esbjerg og Lisbeth Christiansen