



BESTYRELSENS KLUMME:

Deliberationer over vejledninger – og visioner for fremtiden

For snart 2 år siden fik to vagtlæger skærpet kritik og blev sat i gabestokken, fordi de ikke havde ringet 112 i en sag med atypisk ubehag i halsen, som viste sig at være blodprop i hjertet. Efter sagen bad vi SST revidere den 14 år gamle myndighedsvejledning om atypiske bryst smerter. Selvom den er så uspecifik og bredt formuleret, at den nærmest er uanvendelig som visitationsredskab, vurderes afvigelser strengt, fordi den ligger på Retsinformation som en ”myndighedsvejledning”. Hvis den skulle følges bogstaveligt, ville præhospitalet hurtigt blive tømt for ambulancer og akutmodtagelsen fyldt med defensiva indlæggelser. Men følges den ikke bogstaveligt, sanktioneres man senere, når klagemyndighederne i bakspejlet kender diagnosen.

Helst ikke et spøgelse

Efter næsten 2 års benarbejde og mange møder med SST, Lægeforeningen, akutmedicinerne, STPS og STPK og en del presseomtale besluttede SST sig for at lade vejledningen om det atypiske bortfalde. Nu står den som HISTORISK på Retsinformation. Hos DSAM frygter vi, at den lever videre som et spøgelse, fordi en generation

af læger er trænet i at ringe 112 ved mindste mistanke. Eller omvendt: at nogle læger glemmer de atypiske præsentationer af AKS og ikke sender de syge afsted. SST har ikke længere kapacitet til at lave en ny vejledning. Derfor har DSAM – sammen med kardiologerne og akutmedicinerne – besluttet at lave en erstatning, der kan besvare spørgsmålet: Hvornår skal lægen ringe 112 ved mistanke om AKS? Mens vi venter på, at den bliver færdig, vil DSAM lave en kort skrivelse, der beskriver de vigtigste symptomer, hvor lægen skal mistænke AKS.

Psykofarmaka med måde

Her i foråret sendte SST en vejledning om psykofarmaka i høring. Den lagde op til, at almen praksis kan iværksætte antidepressiv behandling af unge

over 18 (hvilket faktisk var et ønske fra DSAM), at mennesker med bipolar eller psykotisk sygdom kan afsluttes til fortsat behandling i almen praksis, og at enhver læge kan opstarte og tilpasse behandling med ADHD-medicin (eventuelt efter aftale med en psykiater). Men vi har ikke ressourcerne i almen praksis, hverken til samtalebehandling til alle med behov eller til opstart af medicin. Vi afgav et kritisk høringssvar. Det gjorde Dansk Psykiatrisk Selskab også. Desuden bad vi om et dialogmøde med SST. Og det fik vi. Flere af de mest radikale forslag blev rullet tilbage.

Sundhedsstrukturkommissionen

I skrivende stund afventer vi den endelige udgave af psykofarmakavejledningen. Men vi anbefaler, at den ikke

Overordnet er det en rapport, der er god for almen praksis. De anbefaler, at vi bevarer vores selvstændighed, at vi skal styrkes og blive flere, at normtallet skal differentieres efter klinikkens patientpopulation, og at sygehusvæsenet skal understøtte vores funktion (og ikke omvendt).

De almenmedicinske ledere, som skal repræsentere os i samarbejdet med myndighederne og sygehusejerne, skal have erfaring med patientarbejde. Ellers kan vi ikke sikre kvalitet, der holder i praksis.

træder i kraft, før reformen af sundhedsvæsenet er politisk aftalt, og psykiatriplanen er så langt, at de non-farmakologiske tilbud i kommunerne forhåbentlig er tilgængelige.

Efter godt et års arbejde er Sundhedsstrukturkommissionen kommet med deres rapport, og høringsfasen løber frem til 6. august. DSAM har opfordret til input fra medlemmerne, inden vi afgiver samlet høringssvar. Alle input værdsættes, for vi er klogere i fællesskab!

Overordnet er det en rapport, der er god for almen praksis. De anbefaler, at vi bevarer vores selvstændighed, at vi skal styrkes og blive flere, at normtallet skal differentieres efter klinikkens patientpopulation, og at sygehusvæsenet skal understøtte vores funktion (og ikke omvendt).

Vores kernekompetencer hyldes. Vi er den første kontakt til sundhedsvæsenet for langt de fleste. Vi er generalister, tovholdere og gatekeepere. Vi arbejder personcentreret og prioriterer relationel kontinuitet. Alt det skal bevares og styrkes.

Rapporten anbefaler, at opgavebeskrivelsen for almen praksis kommer ud af overenskomstens forhandlingsrum og ind i en faglig planlægning med Sundhedsstyrelsen for borden og relevante faglige selskaber ved bordet. DSAM har allerede i dag en vigtig rolle i sundhedsplanlægningen, men vi kan blive mere centrale i opgaver og grænseflader til almen praksis. Opgaverne vil dog ikke blive forpligtende for de praktiserende læger,

før vilkår og økonomi er forhandlet på plads med PLO. DSAM er en mindre organisation end PLO. Vi har et mindre og meget agilt sekretariat med stærke medarbejdere og en kolossal kontaktflade til alle fagets samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet. I disse år har vi et suverænt godt samarbejde med PLO, der fortsat skal forhandle vores økonomi og arbejdsvilkår. Jeg tror, at det samarbejde kan udbygges, særligt hvis rollefordelingen ændrer sig lidt i fremtiden.

God lederuddannelse nødvendig

Rapporten har 3 forslag til forvaltningsmodeller, som alle lægger op til, at den samme myndighed skal have ansvar for at forvalte sygehuse, praksissektor og dele af den kommunale omsorg og pleje. Derudover har rapporten 6 tværgående anbefalinger, som alle kan få indflydelse på vores fremtidige arbejde, men den første er særligt interessant for os, fordi den lægger op til kapacitetsudvidelse i almen praksis og ny organisering af det almenmedicinske tilbud.

Personligt er jeg meget optaget af fremtidens ledelsesstruktur. Sundhedsvæsenet har brug for almenmedicinsk ledelse for at lykkes. Vi er tættest på de mennesker, der bliver patienter. Vi skal insistere på gode patientforløb, hvor patienterne ikke skal skubbes frem og tilbage flere gange pga. sygehusenes arbejdsgange. Vi skal prioritere sammen med den enkelte patient. Det skal være symptomer, funktionstab og lidelse, der afgør

indsatsen – ikke diagnosekategorier, silotænkning og tjeklister. Vi skal sætte dagsordenen, så vi undgår overdiagnostik, unødvendige undersøgelser og overbehandling. Systemet må tilpasse sig patienten – ikke omvendt.

Det stiller særlige krav til vores evner som ledere i sundhedsvæsenet, når den myndighed, der ejer sygehuse, også er myndighed for alle os i primærsektoren. Ellers risikerer vi, at sygehusperspektivet igen står tilbage som vinder. Til skade for patienterne.

De almenmedicinske ledere, som skal repræsentere os i samarbejdet med myndighederne og sygehusejerne, skal have erfaring med patientarbejde. Ellers kan vi ikke sikre kvalitet, der holder i praksis. Professionelle fuldtidsledere bliver meget hurtigt til kolde hænder. Vores virkefelt er så bredt, at det er svært at få overblik over alle knasterne i samarbejdsfladerne med sygehuse og andre aktører. Vi får brug for mange ledere med en lokal koordinator i spidsen, der kan indgå som "direktør" på niveau med sygehusdirektørerne i ledelsen og være vores talerør i sygehuset. Det er en udvidet udgave af praksiskonsulentordningen. Vi skal sikre, at det er de bedste principper, der anvendes, når henvisninger, epikriser og ressourcefordeling skal vurderes. Og vi skal sætte retningen sammen. Vi får brug for at udvikle en god lederuddannelse til formålet! //