

DSAM
Årsmøde
2023

Almen praksis

har aldrig haft en bedre fremtid end nu

Er rygning den største enkeltstående risikofaktor for ens helbred, så er kontinuitet i patient-lægeforholdet den største enkeltstående beskytter mod blandt andet indlæggelser og død. Stribevis af studier har dokumenteret dette, især i almen prak-

sis. Klinikkerne er tæt på borgerne, som frit kan bestille en tid hos deres faste familielæge ved behov. Et værn mod ulighed, kunne man mene. Men meget truer kontinuiteten og den lige adgang, f.eks. skæv lægedækning, koncernklinikker der drives af økonomisk gevinst, sundhedsforsikringer, større klinikker med personale og superviserende læger og Hejldoktor. Hvordan skal fremtidens sundhedsvæsen se ud? Hvilken plads har almen praksis? Robusthedskommissionen er kommet med et bud. Sundhedsstrukturkommissionen er i gang, og dermed var scenen sat til åbningen på DSAM's årsmøde: Diversiteten og kontinuiteten i almen praksis udgør patienternes sikkerhedsnet. Hvordan sikrer vi, at der ikke går hul?

Tre gæve mennesker lagde ud med deres bud fra forskellige vinkler og tændte en elan, der smittede af på resten af dagen – fra kaffepausen til dansegulvet og alt imellem de to. Mogens Vestergaard er værd at lytte til, og han er én, der gerne vil lytte. Efter åbningssessionen holdt han salon, og alle input til Sundhedsstrukturkommissionen var velkomne. Kommissionens 9 medlemmer skal dække 8 områder, herunder 'Organisering og styring af almen praksis'. Nedenunder disse 8 områder, i maskinrummet, er det nærmest et krav til arbejdet at få

folk ud af siloerne, tage rejsen ud over faglige og politiske grænser for fordomsfrit at kunne reorganisere sig. Ja, det er vel et krav, når man gerne vil opnå den mest optimale model for det fremtidige sundhedsvæsen, hvis udfordringer vi alle kender: den demografiske udvikling, de alt for få hænder. Derfor blev 'den gode tone' understreget – eller med Søren Kierkegaards ord: 'Alle vil udvikling, ingen vil forandring.'

Prioritering og ulighed

Der i hvert fald 2 vigtige steder i hele sundhedsvæsenet, hvor silotænkning ikke kan klemmes ind, omend man vil det. Det første er prioritering, gerne på et fagligt fundament. Undersøgelser viser, at cirka 30 % af aktiviteten i det danske sundhedsvæsen er u hensigtsmæssig, irrelevant og i værste fald kan påføre patienter mere skade end gavn. Det andet er ulighed. Mogens viste farvede landkort med store overlap mellem lav indkomst, kort uddannelse og lægemangel. I de dele af landet, hvor der er mest sygdom, er der færrest læger. Disse uligheder vil kunne fjernes med politiske prioriteringer og investeringer. Det kræver en differentieret indsats – eller for at citere en anden Søren (Brostrøm, red.): 'Alle skal ikke have alt, og alle skal ikke have det samme'.

Men hvad gør vi så med almen prak-

TRE CENTRALE DEBATOPLÆG

Hvordan får vi kanaliseret økonomi ud til kommunerne til at hjælpe os med at varetage opgaver, som flyttes fra sekundær- til primærsektoren? ved **Christina Svanholm**, praktiserende læge, ildsjæl og drivkraften bag Praksisbussen.

Hvilken rolle skal almen praksis spille i fremtidens sundhedsvæsen, og hvad kan vi lære af Deep End-organisationen? ved **Mogens Vestergaard**, praktiserende læge, primus motor på Deep End-netværket og medlem af Sundhedsstrukturkommissionen. Hvordan får vi tid til at passe vores patienter og opretholde den høje standard med kontinuitet og subspecialisering i vores lille patientgruppe? ved **Leif Vestergaard**, formand for Etisk Råd og formand for Honorarstrukturrådet.



Mogens Vestergaard, Christina Svanholm og Leif Vestergaard til DSAM's årsmøde 2023.
Foto: Palle Skov.

sis? I sit arbejde for Sundhedsstrukturkommissionen møder Mogens politikere og embedsfolk med en overraskende stor bekymring for, om almen praksis kan og vil opløse opgaven. Det velkendte diagram viser, at vi som gatekeeper behandler 90 % selv og henviser de sidste 10 %. Hvis det forskydes til 85 % og 15 %, er der dobbelt så meget at lave i den øvrige sundhedssektor. Dermed er svaret vel: Vi skal. Men at vi kan og vil, hersker der heller ikke tvivl om hos vores repræsentant i Sundhedsstrukturkommissionen. For eksempel er der evidens for, at optimal behandling af multisygdom ofte kræver suboptimal behandling af de enkelte sygdomme (og dermed en grad af afvigelse fra de sygdomsspecifikke guidelines). Det kræver en tovholder, og det er en praktiserende læge. Samarbejde i et netværk, f.eks. Deep-End men også kommunale netværk, kan reducere belastningen og øge kapaciteten. I det lys konkluderer Vestergaard: Almen praksis har aldrig haft en bedre fremtid end nu.

Den dybe tallerken

Men er opgaven så løst? Nok ikke. Det kræver ildsjæle som Christina Svanholm, der kan give tanker vinger og få idéer udført i praksis. Hendes pendlerbus har siden 2017 afhjulpet lægemangel i landets sydligste købstad, Nysted på Lolland. Med et bredt smil og et – måske også lidt tveetydigt – glimt i øjet refererede Christina til Ministeriet for Flade Tallerkener: Når en regering står med et stort uafviseligt problem, som den ikke aner, hvad den skal gøre ved, eller vil undgå at tale om, nedsætter den en kommission for at opfinde den dybe tallerken.

Et konkret sted at begynde er grænsefladen mellem det almene sundhedsvæsen og civilsamfundet. Hvis det almene sundhedsvæsen ikke skal overbelastes (og dermed sluse mere videre til det specialiserede sygehusvæsen), skal der tænkes nyt: Hvad skal den praktiserende læge ikke udføre? Hvilken forebyggelse (primær, selektiv og strukturel) skal der foregå i civilsamfundet, mens vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske?

Kunne læger med mange ældre og multisyge have færre patienter? 'Bare' flere læger er ikke en sikker løsning. Et større antal uddannelsesforløb i almen medicin giver ikke automatisk bedre dækning. En anden af Christinas kæphest er TNT (time needed to treat). Vi er vant til at tænke i NNT (number needed to treat) og NNH (number needed to harm), men skulle vi også kigge på tid og udbytte? Ifølge en BMJ-artikel fra i år skulle en praktiserende læge bruge 27 timer i døgnet, hvis alle vejledninger for forebyggelse og behandling af kroniske sygdomme og akut behandling skulle følges.

Hjørnesten eller perlesten?

Leif Vestergaard kom med et velment, konstruktivt og dejligt provokerende oplæg om, hvordan vi kan forbedre vores omdømme og gøre tingene mere enkle og mere faglige.

Allerførst leder den nuværende honorarstruktur til afgrunden. Den giver problemer og frustrationer. Enkeltydelsesprincippet indebærer endeløse forhandlinger, slører vores faglige opgaver, og de sundhedspolitiske mål bliver alligevel ikke understøttet. Sådan!

Før vi fik pusten igen, stormede Leif videre og udfordrede vores selvfele forståelse om almen praksis som hjørnesten i sundhedsvæsenet, hvor vi er let tilgængelige, behandler 90 % selv, sender resten effektivt videre og tilbyder kontinuitet og høj kvalitet. Hjørnesten eller 3500 egenrådige perlesten?

Når Leif Vestergaard taler med fag- og lægfolk rundt i landet, hører han blandt andet, at patienterne kun må komme med ét sundhedsproblem ad gangen, at almen praksis ikke er tilgængelig, at ingen aner, hvad der laves, eller hvad kvaliteten er, og at almen praksis vender ryggen til samarbejdspartnere. Det er hensynet til økonomien, der styrer. Man kan ikke lave aftaler, der holdes. Ingen vil gøre noget ved drønnertlægerne, og når lægerne rækker hånden frem, er det ikke for at sige goddag – men for at få et honorar!

Vi skal i offensiven

Jeg kiggede mig lige omkring. Ingen var på vej ud af salen – ud over en ældre prostataplaget herre. Og det er godt, fordi alle skulle helst være med lidt endnu. Vi kan ikke bare blive fornærmede. Nej, vi skal i offensiven! At forblive faglig herre i eget hus kræver en kæmpe indsats med at svare igen på disse påstande. Vi skal beskrive, hvad almen praksis er (og her er DSAM's rapport om opgaverne for almen praksis helt central), være aktive i kvalitetsarbejde og dele data med resten af sundhedsvæsenet og ikke mindst leve op til de ovennævnte bærende principper. At svare igen med fakta og data er den eneste måde at holde tingene i egen hånd og at afholde politikerne fra at prioritere i almen praksis. //