



BESTYRELSENS KLUMME:

Noget om faglig ledelse af almen praksis

Hvad kommer 2024 til at bringe?

Vi ved, at Sundhedsstrukturkommissionen skal levere et fagligt oplæg med 3-4 forskellige muligheder for, hvordan fremtidens sundhedsvæsen skal organiseres. Herunder som en bunden opgave:

En organisering og styring af almen praksis, der understøtter øget patientansvar og styrket opgavevaretagelse, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved forskellige organisatoriske løsninger.

Jeg er glad for "organisering", "øget patientansvar" og "styrket opgavevaretagelse". Men når det kommer til styring, så ville jeg foretrække, at man havde talt om ledelse. Dansk almen praksis er stadig altovervejende selvstændige praktiserende læger, og de er i høj grad selvstyrende. Det skal samfundet være glad for. For dermed kan vi tilpasse os de nødvendige ændringer, vi står overfor med vores patienter og det lokale omgivende sundhedsvæsen. Vi slipper med et minimum af pseudoarbejde og bruger stadig hovedparten af vores tid sammen med patienterne, og vi kan vælge at

købe os til løsninger, vi ikke selv er så gode til, samtidig med at samfundet sparer op til flere niveauer af DJØF-funktionærer til at styre os.

De tre skandinaviske fagvidenskabelige selskaber har lavet en opgørelse over, hvordan almen praksis fungerer i de tre lande, og rådet fra Norge og Sverige til Danmark er helt klart: Bevar den selvstændige læge. Det fungerer bedst mhp. kontinuitet, kvalitet og samfundsøkonomi. Vi har indsendt redegørelsen "Almen praksis - Hvad kan Danmark lære af Norge og Sverige?" til Sundhedsstrukturkommissionen og også lavet en forkortet version til en kronik i Jyllands-Posten. Her lyder det i redegørelsen på side 3:

"Erfaringerne fra Norge og Sverige er, at de steder, hvor almen praksis er ejet af lægerne selv, der bliver de drevet mere effektivt, end der, hvor det offentlige driver klinikken."

Kædeansvarlig?

Men Danske Regioner har været ude med et udspil, hvor de tilbyder sig selv som "kædeansvarlig" – et nyt ord, der

betegner, at de vil tage styring over almen praksis, kommunal sundhedspleje og sygehusvæsen. Det skal foregå uden forhandling med PLO og kommuner, når Danske Regioner ønsker opgaver flyttet ud af deres sygehuse eller nye forebyggende tiltag etableret i primærsektoren. Det begrundes med, at ellers risikerer man, at der stilles økonomiske krav, hver gang nye opgaver skal løses. Så tænker man, at det ville være nemmere bare at kunne diktere. Det fremgår tydeligt af skrivelsen "Et samlet sundhedsvæsen for patienterne", som Danske Regioner udgav i 2023. Her lyder det på side 7:

"Således efterspørger både almen praksis og kommuner, at hhv. regionerne og staten definerer deres opgaver og betaler dem 1:1 for de opgaver, som de forventes af udføre".

Vi er fastlandet

Jeg er alvorlig bekymret for, at de tager fejl, hvis de tror, at topstyring er mere effektivt. Hvis opgaver ikke er forhandlet hjem, er der intet ejerskab

For mig at se er det Danske Regioner og deres sygehuse, der er en ø, som ikke er forbundet med fastlandet. Ikke os. Fastlandet er almen praksis og kommunerne – for herfra afsluttes man aldrig, og her er det levede liv.

til dem i almen praksis. Og hvis økonomien ikke følger med, når der dikteres nyt merarbejde, så bliver opgaven hurtigt uløselig – og så bryder primærsektoren sammen. Men Danske Regioner er sygehusejere, og de har primært sygehusperspektivet. Meget af det, vi laver i almen praksis, er usynligt for dem, når det ikke vedrører indlæggelser på sygehusene: værdien af krisesamtaler, vejledning om syge småbørn, mennesker i jobcenterforløb, småskader og infektioner, beroligelse og oplysning om helbredsbekymringer og symptomer.

Det er som om, at de ikke har forstået, hvor meget samfundsmæssig værdi, vi skaber hver dag i almen praksis, når vi bruger vores almenmedicinske faglighed, hele det medicinske kompendium, hele vores person og mere til. Men de kan godt se, når vi henviser eller indlægger, og det vil de gerne begrænse. De kalder os en ø, der ikke er integreret, og de siger, at vi trænger til, at de hjælper os med at undgå flere indlæggelser. For mig at se er det Danske Regioner og deres sygehuse, der er en ø, som ikke er forbundet med fastlandet. Ikke os. Fastlandet er almen praksis og kommunerne – for herfra afsluttes man aldrig, og her er det levede liv.

Det er ikke uklart

I Danske Regioners "Fremtidens almen praksis – udvikling og nye rammer" fra 2023 lyder det på side 4:

"Der er en lang tradition for en tæt faglig udvikling og dialog omkring sygehusene. Det omfatter også en faglig ledelse forstået som funktioner, der sikrer, at opgaven defineres, at der tilstræbes faglig læring og datadrevet udvikling på tværs af sygehusene, og at der i fællesskab sker en forbedring af den samlede kvalitet i sundhedsvæsenet.

I det arbejde er almen praksis i dag fraværende. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) gør et stort arbejde for at udvikle det faglige grundlag for almen praksis, men det er uklart, hvordan retningslinjerne omsættes i praksis – ikke mindst når det gælder samspillet med det øvrige sundhedsvæsen."

Det kan godt være, at det er uklart for Danske Regioner, hvordan retningslinjerne omsættes. Men hermed afslører de en uvidenhed, der varsler ilde, hvis de skulle overtage det faglige ansvar. For os, der står i det, er det ikke uklart. Den praktiserende læge har en opgaveportefølje, der er så omfattende og bred, at det ikke kan lade

sig gøre at koge det ned til nogle flowcharts, som vi så kan blive styret og kontrolleret efter.

Vi arbejder i et komplekst felt, hvor vores baggrundsviden om patienten spiller ind, når vi træffer beslutninger sammen med patienten og de pårørende. Mange af de ting, vi gør, er baseret på erfaringer, og vi trækker på viden fra et utal af kilder hver dag: vejledninger, lægehåndbogen, kursusmateriale, originallitteratur. Som læger har vi også forskellige spidskompetencer og interesseområder ud over det basale. Det betyder, at vi kan aflaste andre aktører på forskellig vis. At forestille sig, at man kan "styre" det flow med kagebogsopskrifter... Ja, så har man ikke forstået vores arbejde. Selvfølgelig kan man være en udmærket almenmediciner i et ansættelsesforhold, sådan som vi ser det i mange andre lande. Men også her må almenmedicineren indhente sin faglige viden fra mange kilder, og også her må dømmekraften bruges dagligt, og instrukserne jævnlige droppes, når virkeligheden ikke er beskrevet i retningslinjerne.

Hvor meget af vores faglige dygtighed og kvalitet afhænger af vores selvstændighed? Tror de virkelig, at vi ville være bedre læger, hvis vi var uselvstændige læger?

Fagligt engagement er uvurderlig kvalitet

Almen praksis har stærke institutioner inden for kvalitet og efteruddannelse, som vi alle sammen deltager i. Stadig flere deltager også i forskning i deres klinikker. Der er til enhver tid flere hundrede praksislæger, der del-

tager i udviklingsarbejdet med kliniske vejledninger, praksiskonsulentordninger, lokalt og centralt arbejde i DSAM og PLO, klyngerne, arbejdsgrupper i RKKP og SST og flere andre faglige sammenhænge.

Så hvordan kan almen praksis ledes, hvis samfundet ikke skal miste vores kvaliteter, men gerne vil have en aktør, der kan levere høj almenmedicinsk faglighed i alle dele af landet og leve op til indgåede aftaler og forpligtelser? KL og PLO peger på klynge-samarbejde omkring de 22 akutsygehuse. Danske Regioner peger på sig selv, og en masse fantasier peger på AI. Hvad kunne et DSAM-synspunkt være?

9 centrale punkter i et bedre sundhedsvæsen

Hvis jeg skulle tage det bedste fra alle de tre nordiske lande, så ville jeg pege på 9 centrale punkter:

- Fasthold de centrale overenskomstaftaler mellem PLO og en national aktør, der godt kan bestå af Danske Regioner, KL og Sundhedsministeriet som i dag, men med større indflydelse fra KL. Her aftales også, hvilke ydelser der kan leveres, og hvilke der skal, herunder pris – både basishonorar og ydelsesstyret.
- Ydernummer skal stadig kunne handles frit mellem lægerne. Men ejerlægen skal have sin hovedbeskæftigelse i sin praksis.

Den praktiserende læge har en opgaveportefølje, der er så omfattende og bred, at det ikke kan lade sig gøre at koge det ned til nogle flowcharts, som vi så kan blive styret og kontrolleret efter.

- Kommunerne skal have hjemmel til at tilbyde forhold, der kan tiltrække, at en læge ned-sætter sig, f.eks. stille transport, lokaler, børneinstitution og ægtefællejob til rådighed.
- Kommunerne skal kunne lave "jobopslag" om forskellige ekstraopgaver, hvor taksterne er aftalt centralt, men opgaveløsningen er fleksibel som i dag (attester, plejehjemslæge, kommunal jobkonsulent). Men ingen aktør kan disponere over vores kalendertider! Vi skal selv kunne prioritere dagens arbejde. Alt andet er ineffektivt, giver pseudoarbejde og lægestress (det store norske gys).
- Alle praktiserende læger bliver frikøbt 1-2 dage om måneden til vores fortsatte fælles udvikling af faget: forskning, kvalitet, gensidig undervisning, arbejdsgrupper, kasketter, klynge (konsulenttakst).
- Praksiskonsulentordningen nytænkes, så aftalerne bliver ligeværdige med de lokale sygehuse; etablering af en almenmedicinsk "direktørstilling" (på deltid), der er ligeværdig med sygehusdirektørerne – men med funktionstid, så direktøren kommer tilbage til sin praksis på fuld tid igen!
- Bevar vores gode frie refusionsberettigede efteruddannelse. I Norge skal man re-certificeres hvert femte år; det kræver 300 timers kurser, som lægen selv skal betale.
- Korte patientlister med varierende længde (afhængig af området), gennemsnitligt 1.200, med navngiven almenmediciner som ansvarlig læge, men med faglige fællesskaber i lægehuse af forskellige størrelse og bidrag fra uddannelseslægerne.
- Der skal være læger nok alle steder, så vi kan leve op til alle de aftaler, vi herefter kommer til at lave. //