



Lovpakke 2b

– det er da vist en ommer!

Hverdagen i almen praksis er begyndt efter sommerferien. Det er dejligt at møde patienterne igen og komme i omdrejninger med verdens bedste job. Vi har masser af erfaring og en virkelig god uddannelse. Vi kender vores patienter, er effektive, fleksible og bruger hele registret, når vi finder løsninger sammen med patienterne. Der er ikke mange minutter i dagens løb, som ikke er dybt meningsfulde. Dagen flyver afsted.

Men når dagen er slut, rammes jeg af en pludselig tristhed. Jeg gør mig sådan umage med mit arbejde, men mødes af en lovtekst, der signalerer, at jeg skal mistænkeliggøres og tugtes, og min indflydelse på eget arbejdsliv skal reduceres til nogle ligegyldigheder. Myndighederne kan snart bruge løs af en skov af sanktionsmuligheder, for ellers kan samfundet ikke regne med, at jeg leverer. Det er "management by fear". Hvorfor? Forstår man ikke, hvad man er ved at ødelægge? Lovpakke 2b i sin nuværende form vil få alvorlige konsekvenser for faget og for patienterne.

Mange praksislæger og FYAM-læger, jeg kender, ligger vågne om natten med de samme tanker. Nogle bliver rasende og bitre. Jeg håber, at ikke for mange af os går i stykker. Kan vi holde til dette? Eller flygter vi væk fra faget?

Vores særlige kompetencer

Det er fantastisk, at planen er, at vi skal blive 5.000 praksislæger. Vi er også enige i, at sundhedsvæsenet bør være mere nært. Jeg tror, at mange af de ting, som i dag ligger i sygehusambulatorierne, vil kunne løses bedre i almen praksis, men på en anden måde. Vores fag er ikke summen af det, de andre ikke gider. Almen medicin benytter sig af tilgange og kompetencer, der er særligt udviklet i vores speciale, som gør at vi kan være specialister i det generelle: uvisiteret tilgængelighed, kontinuitet, læge-patientrelationen, gate-keeping, overblik over hele patienten og konsultationsprocessen, der effektivt finder en individuel udredning og behandlingsplan.

Sundhedsøkonomerne har faktisk opdaget, at vi er billige og effektive. Sundhedsreformen vil øge antallet af praksislæger, fordi det batter på bundlinjen. Man tror så, at man kan rette den billighed og effektivitet i enhver retning, man politisk/administrativt måtte ønske og kalde det et "almenmedicinsk tilbud". De glemmer, hvad der virker "inde i maskinen". Jeg er ikke i tvivl om, at fjerner man lægens ansvarsfølelse ved at overtage styringen eller underlægge os en fjern chef, så vil en stor del af vores særlige kompetencer gå tabt.

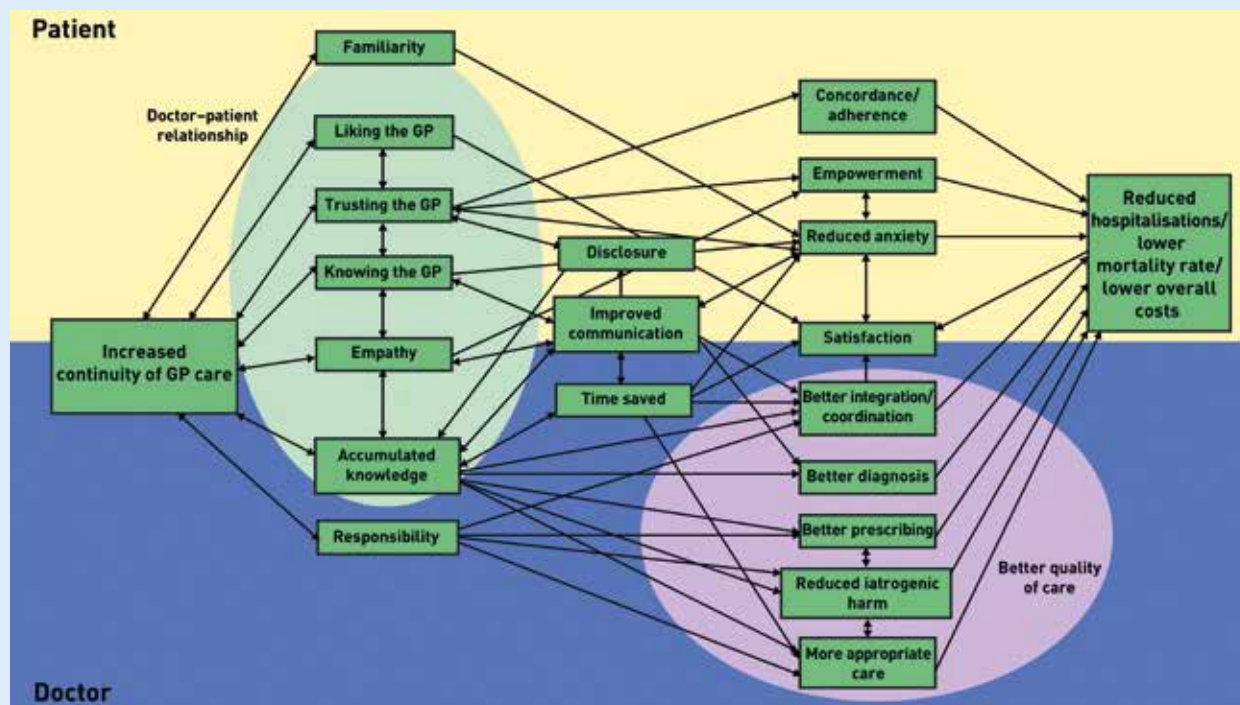
Vælger man at oprette en regions- eller udbudsklinik, er der endda intet krav om, at der skal være en almenmediciner til stede! Det er en hån mod vores speciale og urimeligt over for befolkningen.

Opgavebeskrivelse og sundhedsplan

Ifølge lovpakken skal Sundhedsstyrelsen (SST) udfærdige en almenmedicinsk opgavebeskrivelse. Den består af en basisfunktion, dvs. hvad alle de enkelte almenmedicinske klinikker som minimum skal levere, og en myndighedsrettet del, som regionen skal levere, f.eks. lægevagtsordninger, bostedslæger og plejehjemslæger.

Basisfunktionen er faktisk en god idé, hvis den bliver forvaltet klogt. DSAM sidder med i dette arbejde. Vi har indtryk af, at SST lytter til os og får en del aha-oplevelser: "Nå ja, det er jo det, I laver". Vi havde håbet, at basisfunktionen kunne blive et værn mod ureguleret opgaveglidning, men det viser sig at være umuligt at beskrive vores fag i detaljer på den måde. Så den bliver i ret generelle vendinger.

I et andet rum i SST deltager vi i beskrivelsen af "den nationale sundhedsplan". Hvilke opgaver skal løses hvor? Og hvordan flytter man opgaver? Her må vi forklare forudsætningerne for, at vi kan overtage noget som helst nyt: Opgaven skal være relevant og velbeskrevet, kapaciteten skal være til stede, og rammer og vilkår skal være forhandlet på plads. Også her oplever vi lydhørhed. Men SST lyt-



Flowdiagrammet viser de potentielle positive mekanismer og gavnlige mellemliggende resultater, der forbinder øget kontinuitet i plejen med overordnede positive resultater såsom reduceret dødelighed. Pile viser potentialet for, at én faktor kan føre til en anden. Den nederste halvdel (blå) af diagrammet inkorporerer lægerelaterede faktorer, og den øverste halvdel (gul) patientfaktorer. Kilde: What mechanisms could link GP relational continuity to patient outcomes? Kate Sidaway-Lee m.fl. Br J Gen Pract. 2021; 71 (707): 278-281. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8163455/>

ter også nøje til Danske Regioner og er selvfølgelig underlagt Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Basisfunktionen skal løbende udvikles, efterhånden som sundhedsplanen skrider frem, men det er ikke skrevet ind i loven, at almen praksis også fremover skal deltage. Sundhedsministeren kan tilføje opgaver til opgavebeskrivelsen, og hvis opgaven ikke vurderes "væsentlig", bliver der ikke nogen forhandling. Intetsteds får vi svar på, hvem der skal regne på, om opgaven er væsentlig.

Ifølge lovteksten skal basisfunktionen fastlægges "med det formål, at det almenmedicinske tilbud i højere grad skal afspejle sundhedsvæsenets aktuelle behov." DSAM finder det ødelæggende, at fokus er på systemets behov, og ikke på patienternes. For Danske Regioner er primært sygehus-ejere og ved ikke ret meget om, hvad vi laver. Det kan medføre, at hensynet til sygehusøkonomi og sygehusets arbejdsgange vil fortrænge rent almenmedicinske opgaver. Det vil ramme kerneopgaven og dermed patienterne.

Hvordan lander vi?

Vi behøver et nationalt almenmedicinsk specialeråd, som løbende skal kvalificere opgavebeskrivelsen. SST bør sidde for bordenden, og DSAM, PLO, forskningsenhederne, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og måske andre relevante aktører skal deltage. Her skal det vurderes, hvilke opgaver der giver faglig mening. Specialerådet

bør understøttes af et almenmedicinsk videnscenter, der kan regne på opgavemængde og tidsforbrug ved omlægninger. De kan vurdere, hvad der er kapacitet til, komme med idéer til klogere sektorsamarbejde og kvalificere andres gode idéer. Det kunne forankres på et universitet, for eksempel i Aarhus.

Når opgaven er prioriteret, velbeskrevet, og der er kapacitet til den, skal den selvfølgelig forhandles mellem aftalepartnere.

På det lokale niveau kan en almenmedicinsk leder være ansat i regi af sundhedsrådene og være sideordnet sygehusdirektørerne. Pågældende formidler det almenmedicinske perspektiv ind i sygehusene og tilser, at basisfunktionen overholdes af lægehusene.

Han har ikke nogen chance for at yde støtte og vejledning til alle lægehuse, og han vil ikke have legitimitet hos lægerne, hvis han er sygehusets mand uden ansvar for egne patienter. Han bør have arbejdsdage i almen praksis og et almenmedicinsk netværk omkring sig, som han kan være koordinator for. Han skal kunne støtte sig op af vores faglige institutioner: KiAP og klyngerne, forskningsenhederne, efteruddannelsen og desuden meget gerne en robust PKO-ordning, der dur, og som bygges klogt op fra starten alle steder. Så kunne vores fag få den vægt og den stemme, som sundhedsvæsenet har brug for. ●