



BESTYRELSENS KLUMME:

Opgavebeskrivelsen skal spejle kontinuiteten

Som en del af Sundhedsreformen skal DSAM bistå SST i arbejdet med en opgavebeskrivelse for almen praksis.

Sundhedsreformen 2024 har fokus på almen praksis. Det mærker vi i DSAM. Som aldrig før bliver vi i disse måneder inviteret ind i Sundhedsministeriets departement og forskellige styrelser. Jeg er glad for, at vi har mange stærke kræfter i DSAM. Tilsammen har vi masser af klinisk, forskningsmæssig og organisatorisk erfaring, og vi er gode til at løfte i flok. Men jeg indrømmer, at der også er netter, hvor jeg ikke får sovet så meget, fordi tanker arbejder videre, når dagene ikke er lange nok, og jeg har været lidt på udebane og forholdt mig til "regressionsvariable", "interaktionsvariable", "marginaleffekt" eller det lovgivningsarbejde, der følger politiske forlig.

De forskellige afdelinger i Sundhedsstyrelsen (SST) snakker ikke altid sammen, da de har "hver sin del af elefanten". Nogle gange kan det være svært at være "elefanten", som trækkes i forskellige retninger... samtidig.

Heldigvis er udgangspunktet godt. For vi har et værdifællesskab med SST: kræfterne skal bruges klogt, vi arbejder gerne evidensbaseret, alle kan ikke få alting (der skal prioriteres), det handler om mennesker (ikke sygdomme), patienter skal have medbestemmelse, og kontinuitet, relation og helhedssyn er afgørende for kvaliteten i almen praksis.

Hensigten med reformen er, at flere ting skal løses tæt på borgerne – uden for sygehusene. Vi skal have flere udgående teams fra sygehuse, flere praktiserende speciallæger (FAPS), flere kommunale tilbud. Vi skal også have flere almenmedicinske speciallæger, bedre geografisk fordeling af lægerne, differentierede lukkegrænser for den enkelte klinik afhængig af patientpopulation og – som den helt store ting – en central opgavebeskrivelse for almen praksis, hvor vi skal løse flere opgaver, efterhånden som vi bliver flere. Indtil nu har nye opgaver skullet forhandles ind via RLTN og PLO. Men politisk har man ønsket at ændre modellen, så det ikke længere er forhandlingsrummets bæreevne og armlægning, der afgør, hvad almen praksis skal lave. Fremover skal Sundhedsstyrelsen beskrive opgaverne. Derefter for-

handles pris og vilkår med PLO eller fastsættes via lovgivning.

SST skal levere en opgavebeskrivelse for almen medicin ved udgangen af 2025. Det skal ske med inddragelse af faglige input fra relevante aktører, dvs. især DSAM. Vi peger dog på, at PLO skal med ved bordet, da de har helt afgørende viden om branchen og kapaciteten, ligesom vores forskningsenheder skal inddrages, når det er relevant.

Opgavebeskrivelsen skal være dynamisk. Det betyder, at efterhånden som vi bliver flere læger, skal flere opgaver lægges til. Men 2025-udgaven skal kun indeholde "baseline"; hvad vi varetager i dag. Beskrivelsen skal indeholde to ting: den fælles del (hvad almen praksis som helhed skal levere) og basisfunktion (hvad det enkelte lægehus skal kunne levere til sine patienter).

Den fælles del omfatter f.eks. at nogle af os også skal være læger ved plejehjem og bosteder. Fra DSAM's side mener vi, at den fælles del også bør beskrive de institutioner, vi har i faget i dag, som er afgørende for, at vi kan levere: efteruddannelse, digitalisering, forskning, kvalitet, tutorlægefunktioner, formidling osv. Vi må ikke

miste disse håndtag og den kolossale faglige værdi, der ligger her. Det er blevet sagt, at almen praksis ikke ejer lederskab, men intet kunne være mere forkert! Omkring 35 pct. af os varetager på skift disse funktioner, men vores ledelsesstrukturer er horisontale og kollegiale (ikke hierakiske). Derfor er vores interne ledelse usynlig for Danske Regioner. Vi skal gøre den synlig for alle. Vi leder hinanden, og vi leverer bedst til vores egen population med selvstændigheden bevaret.

DSAM har holdt møde med centrale embedsfolk fra Sundhedsministeriet og SST, hvor strukturerne blev præsenteret inden for så forskellige emner som bæredygtighed, trivsel, overdiagnostik, internationalt arbejde, digitalisering, forskning, vejledningsarbejde, klyngearbejde. Målet var at fremme forståelsen af, hvordan vi får "opgavebeskrivelsen" til at lykkes i praksis. Det var helt sikkert givet godt ud.

Basisfunktionen omfatter beskrivelse af funktioner, opgaver, tilgængelighed, samarbejde og kompetencer, som alle klinikker skal leve op til som udgangspunkt. Samtidig skal beskrivelsen afklare, hvad der så skal løses andre steder.

Jeg tror, at en stærk og respekteret opgavebeskrivelse for almen praksis vil værne os mod for mange opgaver fra andre aktører, f.eks. fra andre lægevidenskabelige selskaber, som opgaveglidning ifm. de regionale forløbsbeskrivelser eller via pres fra patientforeninger, medicinalindustri, forsikringer, arbejdsgivere eller skoler, som sjældent er fagligt begrundede.

Skal vi være bekymrede for de nye centralt beskrevne opgaver, som er på vej ind? Jeg mener, at vi skal holde øje med to ting.

De tværsektorielle arbejdsgrupper, hvor DSAM indgår i arbejdsgrupper i SST, skal have opmærksomhed. Det kan være udredning af demens, kræftopfølgning, 10-års plan for psy-

kiatrien. Desuden vil der komme fokus på de nye kronikerpakker. Det er alt sammen noget, der forudsætter et grundigt fagligt forarbejde i SST. Jeg forventer ikke en eksplosion af alt muligt, for SST er selv en flaskehals med begrænset kapacitet.

De nye specialebeskrivelser skal også have opmærksomhed. Alle de 40 lægefaglige specialer skal igennem en proces, hvor kerneopgaver for hvert speciale skal beskrives, herunder udviklingsperspektiv og potentiale for omstilling af opgaver, så det tværsektorielle samarbejde styrkes, og mere kan gøres hos egen læge. Af de 40 specialer har 30 snitflade til almen praksis, og DSAM skal sende en repræsentant til hver af disse 30 arbejdsgrupper. SST er begyndt med kardiologi, endokrinologi og ortopædkirurgi. De foreløbige erfaringer fra disse 3 specialebeskrivelser er dog, at vores LVS-kolleger er lige så utrygge ved at afgive deres opgaver, som vi er ved at modtage dem. SST er på en svær mission her, og kun småting skifter plads. Det er en anden grund til, at opgavemængden ikke forventes at ekspedere mellem hænderne på os.

Vi har udstyret hver af vores udsendte med en "sparringspartner" og en vejledning i, hvad de skal have fokus på, når man overvejer at flytte en opgave ud til os. For at styre hele processen har vi ansat Mireille Lacroix som lægefaglig konsulent. Hun rådgiver de udpegede i tæt samarbejde med DSAM's formandskab. Mireille sidder også i Lægeforeningens bestyrelse.

Kontinuitet er kvalitet. Den største vækst i opgaver vil måske vise sig at ligge i basisfunktionen, som den er i dag. Vi skal måske alle til at gøre det, som er aftalt i overenskomsten at vi skal levere. I lang tid har vi ikke haft tilstrækkelig kapacitet til at gøre det hele. At vi sørger for årlig status på vores patienter med forskellige kroniske sygdomme (0120). At vi får kørt de opsøgende hjemmebesøg (0121).

At vi laver fokuseret somatisk undersøgelse hos mennesker med svær psykiatrisk sygdom (2150). At vi aftaler, hvem der er bostedslæger. At vi har og vedligeholder det nødvendige kliniske udstyr. At vi får ajourført vores diagnosekort og sørger for digital sikkerhed. At vi får overblik over vores populationer inden for forskellige områder og aktivt kontakter dem, der behøver det. At vi deltager i klyngearbejde og efteruddannelse og anvender den nye viden i klinikken. At vi sikrer tilgængelighed for akutte henvendelser og elektive (til en kendt læge) både telefonisk og fysisk.

Vi skal værne om vores kontinuitet. Det er nok den vigtigste kvalitet i almen praksis. //

ELEMENTER I OPGAVEBESKRIVELSEN

- Er opgaven almenmedicinsk?
Hører den til i almen praksis? (ikke sjældent, farlig eller dyr)
- Kræver opgaven det almenmedicinske speciales kernekompetencer? (helhedssyn, patientkendskab, kontinuitet og nærhed)
- Giver opgaven fagligt mening iht. DSAM's pejlemærker?
- Kan opgaven rent praktisk gennemføres i almen praksis? I hele landet uagtet geografi?
- Har almen praksis den nødvendige kapacitet? Hvor mange konsultationer kræver opgaven pr. år på landsplan?
- Kræver opgaven efteruddannelse? Kræver den ændring af speciallægeuddannelsen i almen medicin?
- Har almen praksis det nødvendige udstyr for at kunne varetage opgaven?
- Kan opgaven afskaffes? Kan den varetages af patienten selv? Kan den varetages af andre?