



Nye lægefaglige specialebeskrivelser på vej: DSAM deltager

Sundhedsstyrelsen har igangsat et omfattende arbejde med at udarbejde specialebeskrivelser for hvert af de 39 lægelige specialer i det danske sundhedsvæsen. Formålet er at formulere specialernes kerneopgaver, grænseflader og forventede faglige udvikling i de næste 10-15 år.

Specialebeskrivelserne bliver udarbejdet i tværfaglige arbejdsgrupper, hvor fagfolk fra de enkelte specialer bidrager med kvalificering og konkretisering. Almen medicin har overlap med næsten alle andre specialer. Derfor deltager Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) i arbejdsgruppen for 30 af specialerne.

De nye specialebeskrivelser bliver et vigtigt fundament for fremtidig specialeplanlægning og revision af målbeskrivelserne for speciallægeuddannelserne. Desuden er der fokus på sundhedsreformen, hvor man forventer, at flere

opgaver skal flyttes fra hospital til det nære sundhedsvæsen – både til almen praksis og praktiserende speciallæger. Desuden ønsker man at beskrive den forventede teknologiske udvikling inden for de forskellige specialer.

DSAM's tilgang

DSAM ser arbejdet som en mulighed for at afklare, hvilke opgaver der reelt hører hjemme i almen praksis – og samtidig få stoppet den ukontrollerede opgaveglidning, vi har set i de seneste år. DSAM's repræsentanter redegør i ar-

PRINCIPPER FOR OPGAVEFLYTNING TIL ALMEN PRAKSIS

- Kan opgaven afskaffes, varetages af patienten selv eller varetages bedre af andre uden for almen praksis (f.eks. kommunerne)?
- Giver opgaven mening i forhold til DSAM's pejlemærker?
- Er opgaven almenmedicinsk? Det vil sige: almene, ikke sjældne sygdomme – ikke fartige eller ekstremt dyre behandlinger.
- Er opgaven praktisk gennemførlig i almen praksis i forhold til udstyr, lokaler og mulighed for at rekvirere diagnostiske undersøgelser? Kan den gennemføres i alle geografiske områder af landet?
- Findes den nødvendige kapacitet i almen praksis? Den demografiske udvikling giver et løbende pres, uagtet at der ikke flyttes opgaver.
- Er der brug for det almenmedicinske speciales kernekompetencer: helhedssyn, patientkendskab, kontinuitet og nærhed?
- Accepteres det, at opgaven ikke kan flyttes 1:1? Konsultationen i almen praksis er ikke den samme indholdsmæssigt og tidsmæssigt som en på sygehuset.
- Er samarbejdet og grænseflader velbeskrevet med entydigt behandlingsansvar?
- Findes den nødvendige viden? Er der behov for efteruddannelse eller ændret speciallægeuddannelse i almen medicin for at kunne varetage opgaven?



Illustration: Mireille Lacroix.

bejdsgrupperne for, hvordan special-
let håndteres i almen praksis. Vi løser
ikke opgaverne på samme måde som
på sygehuset. Generalistperspektivet,
patientrelationen, kontinuiteten og
forskellene i sygdomshyppighed og
rammevilkår betyder, at den samme
patient kræver en anden tilgang i al-
men praksis end på hospitalet. Opga-
ver kan ikke flyttes 1:1. For eksempel
kan patienten have andre dagsordner
og andre sygdomme, der fylder mere
ved besøg hos egen læge.

Der er således mange faktorer, man
skal se på før en eventuel opgaveflyt-
ning. DSAM har derfor løbende formu-
leret principper for opgaveflytning (se
boksen). Desuden har vi argumenteret
for et mere entydigt behandlingsan-
svar og et mere ligeværdigt samarbej-
de mellem speciallæger i almen medi-
cin og de øvrige specialer, hvor vi bru-
ger hinandens kompetencer via kon-
ferencer og afskaffer ordet rådgivning.

DSAM har i foråret deltaget i ar-
bejdsgrupper for ortopædi, kardiologi
og endokrinologi. I efteråret har vi ud-
peget DSAM-repræsentanter til yder-
ligere 11 arbejdsgrupper inden for 7
internmedicinske specialer samt neu-
rologi, pædiatri, psykiatri og børne-
og ungdomspsykiatri.

Hvad ser specialerne for sig?

Det mest interessante for os er, hvilke
opgaver specialerne ønsker placeret i
almen praksis:

- Ortopædi ønsker færre henvisnin-
ger og tydeligere afgrænsning af,
hvornår ortopædkirurgien ikke har
et tilbud til patienten.
- Endokrinologi åbner for, at patien-
ter med type 1-diabetes fremover
skal følges i praksis.
- Kardiologi lægger op til, at en stor
del af den ambulante opfølgning
flyttes til det primære sundheds-
væsen.

DSAM er positiv over for at overtage
opgaver, som er reelt almenmedicin-
ske og få en større tovholderrolle. Det
er dog en afgørende forudsætning, at
vi faktisk bliver 5000 praktiserende
læger. Her skal man huske, at de før-
ste godt 700 kommende læger går til
at dække lægemangel og den demo-
grafiske vækst. Først derefter er der
kapacitet til nye opgaver fra sygehu-
sene.

Hvis ikke det tages alvorligt, risi-
kerer vi at fortrænge vores kerneop-
gaver med visitation, diagnostik og
gate-keeping. Det er blandt andet dét,
vi har givet udtryk for i vores kom-
mentarer til Sundhedsstyrelsen ind-
til videre. Fordi: I et sygehusambula-
torium ser vi patienterne komme og
gå, men sygdommene består. I almen
praksis ser vi sygdommene komme og
gå, men patienterne består. ●