



At holde hovedet koldt, hjertet varmt og fødderne på jorden

Noget om almenmedicinsk ledelse

Sundhedsreformen ønsker mere behandling tættere på borgeren. Almen praksis skal have en større rolle, og årtiers vækst i sygehusøkonomien skal afløses af vækst i primærsektoren. Den politiske forligstekst fra 2024 bliver nu udmøntet i lovpakker fra Indenrigsministeriet og nationale faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.

De lokale myndigheder skal finde en struktur for beslutninger og implementering. Især regionerne og de kommende 17 sundhedsråd skal finde nye ben at gå på og spørger: Hvordan skal vi løfte myndighedsansvaret for fagligheden og for det, der skal leveres i almen praksis? Hvilke håndtag får vi egentlig?

Læger fra både DSAM og PLO har deltaget i mange drøf- ➔



telser med regionsfolk om dette. Vi møder i øjeblikket en højere grad af åben interesse og lydhørhed, end vi ellers er vant til, når vi instrumentelt bliver adfærdsreguleret af Lunas lunefulde returregninger.

PLO-E har et kursusforløb i pipeline, der forbereder praktiserende læger til at søge de lederstillinger for almen medicin, som vil blive slået op i de kommende år i sygehus- og regionsadministrationerne.

To ledelseskulturer støder sammen

Sundhedsrådene kommer til at bestå af valgte fra regioner og kommuner. Almen praksis bliver ikke repræsenteret. Vi er ganske vist også valgte – men kun af vores egne patienter.

Det kan gøre os urolige: Sidder de to andre parter og bliver enige om, hvad vi skal og ikke skal, mens vi står uden for døren?

Det er en reel risiko.

Regioner, kommuner og sygehuse ledes hierarkisk, vertikalt. Der kan godt være tværfaglig samtale forud for en beslutning, men processen er topstyret på en måde, vi ikke kender fra vores egen branche. Vi oplever det allerede i dag, når en sygehusafdelings ledelse uden dialog bare beslutter fremover at afvise henvisninger, hvis almen praksis ikke allerede har gjort x, y og z – og nærmest skrevet indlæggelsesjournalen.

Almen praksis har også intern ledelse, men den er horisontal og kollegial. Vi tilpasser os hinanden. Vi bærer kasketterne på skift, med funktionstidsbegrænsning på de tungeste poster. Omkring 35 % af os har en kasket inden for forskning, kvalitet, efteruddannelse, videreuddannelse, IT, organisationsarbejde, kvalitetsklynge, KAP-enheder, praksiskonsulentordning eller formidling – og nu også andelsforening.

Som praksisejere har vi opnået vores slutstilling. Vi skal ikke gøre mere

karriere. Vi har patientarbejde i hænderne alle sammen, og vi skal selv leve med de beslutninger, vi er med til at træffe for vores kolleger.

Hvordan får man to så forskellige ledelsestraditioner til at samarbejde?

Hovedet koldt, hjertet varmt, fødderne på jorden

For mig at se er det afgørende, at vi får sendt gode almenmedicinere ind på de faglige niveauer, der kommer til at ligge på regionsgårdene og under sundhedsrådene – i ledelsesgangene på sygehuset eller i koncerndirektionen.

De skal være klædt godt på til opgaven.

De skal kunne holde hovedet koldt. Der er meget nyt at lære, nye hensyn at tage og et andet sprog, der skal tales.

De skal kunne holde hjertet varmt og have patienternes ve og vel på sinde – ellers er de ikke værd at høre på.

Men de skal også have fødderne på jorden. De må ikke så let lade sig flytte rundt med af de stærke interesser, de vil møde fra embedsfolk og klinikere, som befinder sig langt fra vores virkelighed og mangler kendskab til vores rammer og vilkår.

Netop det kan blive svært.

En enlig almenmediciner, ansat af en sygehusledelse, overtager meget nemt et sygehusperspektiv. Selv hvis vedkommende stadig har patientarbejde en dag om ugen, er det ikke jordforbindelse nok til at stå fast over for den samlede koncerndirektion. Hensynet til sygehusenes enorme budgetter og personalemængder vil i længden tippe beslutningerne i retning af sygehusperspektivet.

Vi kender allerede eksempler fra praksiskonsulentordningen – og praksiskonsulenterne har endda deres hovedindtægt fra egen praksis.

Bottom up-ledelse

Hvis det almenmedicinske perspek-

tiv skal have reel indflydelse i koncerndirektionen, skal der være en solid bevægelse nedefra.

Den almenmedicinske leder kan ikke stå alene. Vedkommende skal have en organisation bag sig – et sted at sparre, hente forstærkning og forankre beslutninger blandt kollegerne i marken.

Det kunne være en gentænkning af praksiskonsulentordningen, hvor konsulenterne sparrer internt og får tyngde, legitimitet og reel indflydelse – i stedet for at blive gidsler. Det kunne også være en anden organisering. Det afgørende er, at praksiserfaringerne formidles ind i beslutningsrummet på en måde, så de ikke blot kan verfes væk.

For at gøre det faglige perspektiv tydeligt kræves støtte fra vores organisationer, herunder klyngerne og forskningsenhederne.

Og princippet må være klart: Ingen ny opgave af betydning kan pålægges almen praksis, før den er forhandlet hjem med PLO – nationalt eller lokalt.

Hvad er almenmedicinsk ledelse?

Den gode almenmedicinske leder skal ikke blot lede sin egen sektor. Vedkommende skal kunne bringe specialtets kerneværdier, kontinuitet og generalistblik helt ind i koncerndirektionen.

Målet er, at disse værdier bliver retningssgivende for hele sundhedsvæsenet, så vi får mere sammenhængende og personcentrerede forløb.

Patienterne lever i dag længere og med flere sygdomme. Hvis hver behandlingsalgoritme følges til punkt og prikke, får vi usund polyfarmaci og overbehandling. Der er derfor brug for generalister. For prioritering. For kliniske beslutninger, som er truffet sammen med patienterne – tæt på deres liv og virkelighed, i et trygt rum med kontinuitet.

Det er almenmedicinsk DNA.

Den almenmedicinske leder i en sygehusdirektion skal kunne stille spørgsmål som: Er vi ved at optimere én afdeling på bekostning af det samlede patientforløb? Ville det give mere værdi at satse på relationel kontinuitet frem for guidelinebaserede enkelttydelser her?

Giver denne investering reel værdi for den enkelte borger – eller følger vi blot en standardprocedure oppefra?

Det uundværlige, som reformen risikerer at overse

Der er også alt det andet, vi fortsat leverer i almen praksis, som risikerer at blive fortrængt i reformens fokus på de sygdomme, der medfører henvisning til det øvrige sundhedsvæsen.

Det er patienter, vi selv håndterer

– måske sammen med kommunen – og som fylder godt i vores kalendere. De har også brug for vores åbne dør, opmærksomhed og hjælp.

Jeg tænker blandt andet på:

- Mennesker i livskriser og deres belastede pårørende
- Mennesker med lave sundhedskompetencer
- Unge, der ikke kan finde vej i livet
- Midaldrende i "attestalderen", slidt op på arbejdsmarkedet
- Mennesker med funktionstab uden entydige diagnoser.

Vi skal være læger for vores patienter gennem hele deres livsforløb – ikke kun for de ældste med mange kroniske sygdomme. Vi skal også tage os af de helbredsspørgsmål, som aldrig berører sygehusvæsenet.

Disse opgaver har en tendens til at blive usynlige set fra Danske Regioners perspektiv. Regionerne er sygehusejere med ansvar for store budgetter og personalegrupper. De har ikke driftsansvar for vores klinikker og mangler ofte indsigt i, hvad vi leverer, når det ikke vedrører sygehusaktivitet.

Den almenmedicinske leder skal også bære disse erfaringer ind i ledelsen.

Almen medicin er ikke summen af det, andre aktører ønsker, at vi skal løse for dem. Vores ekspertise må reserveres til det, vi er bedst til. Ellers fortrænges vores kerneydelser – dem, kun vi kan løfte – og de risikerer at forblive usynlige, hvis vi ikke insisterer.

For almen praksis er stadig det eneste speciale i sundhedsvæsenet, hvorfra man aldrig bliver afsluttet. ●



Tag med til konference i byernes by

WONCA Europe er den europæiske organisation for almen praksis i Europa. Hvert år afholdes en konference på skift i de forskellige europæiske lande. I år bliver den holdt i Paris.

De første 3.000 tilmeldte får adgang til et privat specialarrangement på Musée du Louvre. Der er præsen-

tationer fra primært europæisk almen praksis, men også fra mange andre steder i verden. Tag med, og mød kolleger fra vores naboer i Europa. Se mere på: woncaeurope2026.org

Søg tilskud

WONCA Europe 2026 er forhåndsgod-

kendt af Efteruddannelsesfonden, og der kan søges tilskud, når konferencen er afholdt.

Kongressen er godkendt til 3 x kursusafgift, 2,5 x efteruddannelseshonorar og transportomkostninger.

Den har aktivitetsnummer 2026-0665. ●