

Til Sundhedsstrukturkommissionen

Forum for Yngre Almen Medicinere (FYAM) er et udvalg under Dansk Selskab for Almen Medicin. Vi repræsenterer de yngre læger, som er i gang med at videreuddanne sig til speciallæger i almen medicin. Det er som de faglige repræsentanter for de yngre almenmedicinere og fremtidens praktiserende læger, at vi beskriver vores visioner og ideer til fremtidens sundhedsvæsen.

Vores vision

Den praktiserende læge er kernen i almen praksis, og almen praksis er kernen i et velfungerende og effektivt sundhedsvæsen.

Vores mål

Et arbejdsliv som ejere og ledere i egen praksis med faglig bredde og respekt omkring kernekompetencerne relation, visitation, diagnostik, behandling og tovholder samt som gatekeepere til det sekundære sundhedsvæsen.

Vi vil gerne

- være familielæger i by og på landet
- kende vores patienter og følge dem over mange år, fra vugge til grav
- sige nej til det, der ikke er indikation for, eller som ikke hjælper den enkelte
- behandle vores patienter forskelligt for at skabe mere lighed i sundhed
- være generalister og dygtiggøre os løbende gennem hele vores arbejdsliv
- eje vores egen praksis og være arbejdsgiver for flere faggrupper
- tilrettelægge et bæredygtigt arbejdsliv, så vi kan undgå udbrændthed og dermed kunne fungere som praktiserende læger i mange år
- tage hensyn til klimaet ved at nedbringe unødvendig klinisk aktivitet og indrette almen praksis med flere grønne tiltag
- tage ansvar for os selv, vores ansatte, patienterne og samfundet og samarbejde tværfagligt og tværsektorielt
- behandle alle lige, uanset sprog, kultur, baggrund, socialt ståsted og etnisk oprindelse.

Vi vil ikke

- medvirke til overdiagnostik og sygeliggørelse af normale tilstande
- lave henvisninger, attester og opfølgninger, der ikke er nødvendige, eller som er til brug for private aktører/forsikringsselskaber
- uddelegere selve patientrelationen til patienten. Vi ønsker ikke at fungere udelukkende som supervisor og dermed miste kvaliteten af den almenmedicinske konsultationsproces
- skulle kæmpe for at få relevante henvisninger til det sekundære sundhedsvæsen igennem
- dokumentere mere, end hvad der er nødvendigt for at sikre den gode behandling af vores patienter.

Det fælles sundhedsvæsen

De praktiserende læger vil gerne indgå mere aktivt i det fælles sundhedsvæsen. Vi accepterer, at vi alle skal løfte nye og anderledes opgaver for at kunne få det ressourcemæssige puslespil til at gå op. Vi vil tage ansvar ved at prioritere og sige nej til at yde ikke-nødvendige sundhedstjenester, og vi vil aldrig henvise uden indikation. Vi vil gerne bidrage til styrkelse af borgerens egenomsorg. På den måde lettes presset på hospitalerne.

Til gengæld skal hospitalet færdigbehandle patienterne, og vi skal undgå opgaveglidning med for mange opfølgninger i almen praksis efter hospitalsbesøg. Som udgangspunkt må ordinerende læge også være den, der følger op.

Vi ser i denne sammenhæng også, at det er nødvendigt, at vi kommunikerer direkte mellem sektorerne i form af fx flere specialistrådgivningsfunktioner. Vi skal lære mere om, hvordan andre dele af sundhedsvæsenet arbejder, for bedre at kunne samarbejde. Dette bør underbygges endnu bedre under bl.a. SOL-kurserne.

For at kunne sikre bedst mulig lighed og færrest mulige unødvendige konsultationer i primær- og sekundærsektor ser vi det for nødvendigt, at der bliver fri og lige adgang til tolkning til alle med behov, og at der i højere grad opnås bedre adgang til øvrige speciallægeklinikker i hele landet.

Der observeres i stigende grad dokumentation fra samarbejdspartnere, der mest af alt giver udtryk for defensiv medicin. Vi ønsker, at man fremadrettet stiller krav til, at samarbejdspartnere i hospitals- såvel som primærsektoren fjerner al unødvendig tekstfyldte i epikriser og korrespondancer.

Eksempler er lange beskrivelser af afdelingsnavne, adresser og bookinger. Andre eksempler er fraseprægede informationer a la "Patienten blev identificeret ved CPR-nummer, og patienten har indgivet mundtlig accept til udredning og behandling her i klinikken". Det gør vores journalsystem tiltagende tungt, og vi spiller tid på at lede efter de relevante informationer.

Apotekerne skal sørge for alternativer til medicin i restordre og evt. henvise patienten til et andet apotek, som har medicinen. Derudover foreslår vi, at FMK indrettes, så læger kan ordinere præcise mængder og så lade apotekerne om at finde de rette pakninger, evt. ved at bryde pakker eller dele blisterark, som man gør i Grønland. På den måde lader vi hver faggruppe om det, de er bedst til, og understøtter et bæredygtigt sundhedsvæsen.

Almen praksis såvel som sekundærsektoren har brug for sundhedsprofessionelle som sygeplejersker, SOSU'er, sekretærer, jordemødre m.m. Der er behov for at uddanne langt flere, så praksis' behov ikke udhuler sekundærsektoren.

Lægevagt

Vi mener, at den almenmedicinske uddannelse gør os mest kompetente til at varetage lægevagten. Vi anerkender dog også, at i en tid med mangel på speciallæger i almen medicin må opgaven løftes på alternative måder. Vi ser fortsat speciallægen i almen medicin som en central nøgleperson i fremtidens lægevagt, dog ikke nødvendigvis obligatorisk for alle. Lægevagter skal være honoreret på en måde, så lægen ikke mister indtjening, når praksis må lukkes dagen efter en nattevagt.

Strukturen for almen praksis i fremtiden skal værne om kontinuitet

Den nuværende organisering af almen praksis giver høj effektivitet og høj kvalitet for pengene. Vi ønsker, at man værner om ydernummerstrukturen og den praktiserende læge som selvstændig enhed. En undersøgelse blandt yngre almenmedicinere i 2021 viste, at 81 % af de kommende speciallæger i almen medicin ønsker at eje praksis inden for 5 år efter endt speciallægeuddannelse. Størstedelen af de resterende 19 % i undersøgelsen ønskede at arbejde som ansat speciallæge i en PLO-praksis. Ydernummerstrukturen er den bedste vej til høj kontinuitet. Et norsk studie fra 2021 viser, at patienter, som har haft samme praktiserende læge i mere end 15 år, har 25 % lavere risiko for at dø i forhold til de patienter, som har haft samme læge i et år eller mindre. Tilsvarende havde de patienter, som havde haft en kontinuerlig kontakt med egen læge, 28 % mindre sandsynlighed for at blive akut indlagt på sygehus¹. Et nyt dansk studie fra 2023 viser, at tæt kontakt til ens vanlige læge er forbundet med lavere risiko. Patienter med mindre end 25 % af deres kontakter hos deres vanlige læge havde 49 % højere risiko for potentielt uhensigtsmæssig medicinering samt 159 % højere risiko for død sammenlignet med fuld kontinuitet (statistisk korrigeret for forskelle i køn, alder, sygdomme og socioøkonomi)². Det må være i hele samfundets interesse at bevare kontinuiteten.

Vi er udfordret på lægedækningen i de kommende år, især grundet en stor pensionspukkel blandt praktiserende læger. Vi ser ind i en overgangsperiode, hvor man i højere grad end nu kan blive nødt til at organisere almen praksis på andre måder i lægedækningstruede områder. En begyndende privatisering vil true den kvalitet i behandlingen, som almen praksis i dag yder, og vi ser med bekymring på udviklingen med koncernklinikker og stråmandsklinikker, som hverken kan garantere kontinuitet eller fagligt høj kvalitet, og som ikke bidrager til den almenmedicinske uddannelse. Derfor mener vi, at man helt bør afskaffe denne mulighed og i stedet lade regionerne drive regionsklinikker og licensklinikker, indtil vi har løst lægemanglen i specialiet. Det er centralt, at disse udbud bliver tidsbegrænsede, så vi på sigt, når der er uddannet nok speciallæger i almen medicin, vender tilbage til en ensrettet struktur for almen praksis i Danmark.

Vi skal som praktiserende læger kunne skabe et bæredygtigt arbejdsliv og arbejdsmiljø, så vi ikke brænder ud eller vælger tidlig pension. Vi ønsker et fleksibelt arbejdsliv med mulighed for at arbejde mere i nogle perioder af vores arbejdsliv og på deltid i andre. Det er en fordel at skrive dette ind i selve struktureringen af almen praksis, fx mulighed for delepraksis i lægedækningstruede områder og bedre mulighed for ansættelse af speciallæger i praksis.

Uddannelsesstillinger i almen medicin

Uddannelsen til speciallæge i almen medicin skal fortsat være forankret i almen praksis. Det er essentielt, at der afsættes tid og ressourcer i det daglige arbejde til at varetage den bedst mulige uddannelse. Den praktiserende læge skal bibeholde sin autonomi, så denne kan indrette uddannelsen, så den giver størst muligt udbytte for uddannelseslægen i de pågældende rammer.

Det er politisk vedtaget at øge antallet af praktiserende læger til 5000 frem mod 2030.

Man har gennem flere år forsøgt at afhjælpe lægedækningsudfordringerne i Udkantsdanmark ved at lægge

¹ [Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway](#)

² [Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study | BMC Medicine](#)

flere hoveduddannelsesstillinger her. Desværre lykkes det ikke at opnå dækning af mange af de perifert beliggende forløb, fx i Region Sjælland. hvor man de sidste år har haft svært ved at besætte mere end 60 % af de opslåede hoveduddannelsesstillinger i almen medicin. De fleste læger på vej i hoveduddannelse i almen medicin befinder sig i etableringsfasen af deres liv, hvorfor man også må have øje for at samle forløbene geografisk i de større regioner, så pendlertid minimeres. Ved at oprette flere centralt placerede uddannelsesstillinger vil man øge antallet af praktiserende læger hurtigere. Man vil formentlig først mætte lægemanglen centralt, men vi tror på, at et øget antal speciallæger i almen medicin vil øge konkurrencen centralt og derfor gøre det mere attraktivt at nedsætte sig i praksis på mere perifert beliggende ydernumre.

Der skal selvfølgelig alligevel altid oprettes forløb til dem, der ønsker en uddannelsesstilling perifert. Indsætter for at gøre hoveduddannelsen uden for de store byer mere attraktiv bør fortsætte, herunder at tiltrække lægefamilier og ikke bare læger, fx gennem jobgaranti til lægens partner og garantipladser i institutioner og skoler. På den måde gøres det attraktivt at flytte til en egn, slå sig ned og siden drive praksis.

Konkret foreslår vi, at der strukturelt laves bedre mulighed for praksiskonstruktioner for læger, der bor centralt, men som ønsker at arbejde perifert. Dette kan tage form som Praksisbussen, hvor læger bosat i byerne kan arbejde under transport til praksis i lægedækningstruede områder.

Høj faglighed – vælg klogt og bæredygtigt

Vi skal 'normalisere det normale'. Vi bliver nødt til som faggruppe og samfund at adressere den øgede sygeliggørelse af normale tilstande, sådan at patienterne lærer, at 'mere er ikke altid bedre'. Vi vil holde fokus på at nedbringe uhensigtsmæssige og unødvendige diagnostiske og behandlingsmæssige tiltag, både af etiske og økonomiske årsager. Vi støtter op om Vælg Klogt-bevægelsen: <https://vaelgklogt.dk>.

Desuden vil det mindske klimaaftrykket fra det samlede sundhedsvæsen at nedbringe unødvendig klinisk aktivitet. Klinisk aktivitet bærer 80 % af CO2-udledningen i sundhedsvæsenet, og vi mener, at det er her, den største klimamæssige gevinst findes. Vi ønsker også at indrette almen praksis med flere grønne tiltag, fx med anvendelse af videokonsultationer til konsultationer, hvor fysisk undersøgelse ikke er nødvendig.

Økonomi

Honorarstrukturen bør ændres for at give mulighed for at give mest til de patienter, der har størst behov. Dette for eksempel gennem differentieret basishonorar til praksis med en høj andel af ældre og patienter med lav socioøkonomisk status. Vi er åbne over for differentieret patienttal, så længe patientantallet i de mindst belastede områder ikke øges mærkbart.

Vi støtter op om forslaget til en ny, simplere honorarstruktur med mulighed for længere konsultationer, hvor der er behov, samt mulighed for at kunne foretage os mange ting samme dag, så patienten og vi ikke skal afsætte mange kontakter til ting, der kunne være nået på en gang.

Uddelegering

Nogle opgaver kan varetages af sygeplejersker eller jordemødre, vejledt af lægen, fx kontrol af kroniske sygdomme, visse attester og lettere akut sygdom. Dette dog under hensyntagen til opretholdelse af kontinuitet og høj faglig kvalitet. Der mangler for nuværende evidens for, hvilke konkrete opgaver der med sikkerhed kan uddelegeres, samt hvordan kontinuitet bedst sikres i behandlerteams i almen praksis. Det ønsker vi, at man afsætter midler til at afklare.

Vi mener som udgangspunkt, at børneundersøgelserne skal bibeholdes som lægeopgave i almen praksis – men måske færre eller nogle i en kortere form. Det er vigtigt, at vi lærer alle vores patienter at kende, helt fra livets start, og at alle har en relation til deres egen læge.

Prioritering af arbejdet i almen praksis

Prioritering af opgaverne er vigtig. Vi vil gerne bruge mindre tid på systematiserede helbredsundersøgelser med lav dokumenteret effekt.

Konkrete tiltag:

- Differentieret tilbud for årskontroller, graviditetskontroller og børneundersøgelser i forhold til patientens ressourcer og komorbiditeter.
- Vi mener, at man godt fagligt kan forsvare at fjerne krav om henvisninger til fysioterapi og fodterapeut.
- Vi mener ikke, at behandlinger, der har et udelukkende kosmetisk formål, hører til under den offentlige sygesikring i almen praksis, herunder Wegovy-behandling, som indtil videre ikke har evidens for vedvarende sundhedsfremmende effekt.
- Vi ønsker ikke at lave privat arbejde som fx at skulle henvise til ydelser dækket af sundhedsforsikringer eller at følge op på private forsikringssager og undersøgelser lavet i privat regi. Vi mener, at ovennævnte i uacceptabel grad bidrager til ulighed i sundhed, og at vi som praktiserende læger bruger vores energi og ressourcer på det forkerte ved at varetage sådanne opgaver.
- Nogle kommunale attester og varighed for sygdommeldinger kan med fordel fjernes fra almen praksis, da de ikke bibringer nogen særlig værdi i vores behandling af patienterne, og tiden er væsentligt bedre brugt til reelt sundhedsfremmende arbejde.

Derudover ønsker vi at medvirke til folkeoplysning om, hvad der er normalt, og hvad der er sygdom. I dag bruger vi for meget tid på at diskutere indikation for "helbredstjek" uden symptomer. Medier og interesseorganisationer har også et ansvar for en balanceret dækning uden skræmmebilleder, der puster til helbredsangst og større lægesøgning.

Vi ønsker at bruge mindre energi på klagesager. Man kan overveje at sætte en minimumsgrænse for, hvad man kan klage over, sådan at STPS efter fastsætte kriterier i nogle sager kan afvise en klage, uden at lægen skal inddrages. Ligeledes må tiden fra klage til afklaring afkortes betydeligt, så klagesager ikke skal fylde i lægernes liv i mange måneder til år.

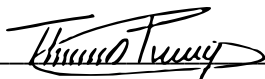
Afrunding

Vi håber som fremtidens praktiserende læger, at I vil bruge vores indspark i jeres kommende arbejde. Vi står naturligvis til rådighed for kommissionen og dens medlemmer, skulle I ønske uddybning eller yderligere dialog.

På vegne af et samlet

Forum for Yngre Almen Medicinere (FYAM)

Thomas B. Purup



Formand for FYAM-udvalget

Kontakt:

Thomas Purup, formand for FYAM-udvalget og hoveduddannelseslæge i almen medicin

fyam-formand@dsam.dk, +45 20 83 52 81

Malene Lindholmer Nepper, medlem af DSAM's Videreuddannelsesudvalg, det nationale FYAM-udvalg og hoveduddannelseslæge i almen medicin

malene.lindholmer@hotmail.com, +45 22 38 03 98

Sara Kaae Frandsen, medlem af Yngre Lægers Almen Praksisudvalg, det nationale FYAM-udvalg og hoveduddannelseslæge i almen medicin

frandsen.sk@gmail.com, +45 42 18 46 83