

17. oktober 2023

Fremtidens familielæge: Et holdningspapir fra DSAM

Udarbejdet af en enig DSAM-bestyrelse bestående af Bolette Friderichsen, Christina Kjerulff, Troels Mengel-Jørgensen, Helene Larsson, Søren Due-Andersen, Cees Stavenuiter, Maria Krüger, Anders Elkær Jensen og Thomas Purup.

Behovet for ændringer i almen praksis

En stærk primærsektor er fundamentet i et velfungerende sundhedsvæsen, og familielægen er hovedhjørnestenen i primærsektoren. Sådan bør det forblive. Familielægen er generalisten, der leverer en helhedsorienteret tilgang og læge-patient-kontinuitet både til den enkelte og til familierne. Alle mennesker har ret til en fast læge, som kan håndtere alle de almindelige symptomer og helbredsbekymringer, der kan ramme et menneske i løbet af hele livet, fra vugge til grav. En fast praktiserende læge, som kan forebygge, helbrede, lindre, trøste og styrke patienternes egenomsorg. Som kender sundhedsvæsenets tilbud og kan viderehenvise, når det behøves, uden unødigt at sygeliggøre raske mennesker. Som kan tilbyde et sted, hvor fortroligheden mellem læge og patient er sikret, så man trygt kan fortælle om sine helbredsmæssige problemer, om de skamfulde lidelser og om de svære og konfliktfyldte dilemmaer. Enhver skal således frit kunne bestille en tid hos sin egen faste familielæge til en første vurdering.

I Danmark er almen praksis altovervejende selvstændigt erhvervsdrivende. Dette er ret unikt i nordisk sammenhæng, og det giver en række fordele for patienter og samfund. Der sikres en høj grad af stabilitet og kontinuitet, når lægen ikke er ansat, men har købt sig ind. Beslutningsgange er korte, og driften kan hurtigt tilpasses, når der er brug for ændringer. Patientlistesystemet bidrager til kontinuiteten. Selvejperformen sikrer en driftsoptimering, der gør almen praksis meget omkostningseffektiv. Lægen disponerer selv over sin arbejdsdag og sine kalendertider og kan løbende prioritere det vigtigste først i sin population. Og lægen kan selv ansætte relevant praksispersonale. Denne grundstruktur bør vi bevare, vi kan se på vores nabolande, at det har negative konsekvenser, når lægen er offentligt ansat i et mere bureaukratisk administrativt system.

Men der er brug for ændringer. Behovet for lægehjælp og omsorg er voksende. Det skyldes ændringer i demografi. Det skyldes også stigende forventninger hos patienterne, fordi medicinsk viden heldigvis udvikler sig, så flere tilstande i dag kan behandles, men også fordi vi ser en medikalisering af tilstande, der førhen blev betragtet som normale varianter, og det er ikke altid lige hensigtsmæssigt. Vi ser også, at den mentale mistrivsel øges – ikke mindst blandt de unge. Det medfører et øget tryk på sundhedsvæsenet, herunder almen praksis.

Ressourcer i almen praksis

DSAM ser et behov for at fordele lægerne anderledes end i dag. En befolkning af ældre med mange sygdomme er ofte placeret i områder, hvor det omgivende sundhedsvæsen er mangelfuldt, og der derfor ligger flere ting på den praktiserende læges bord. Det er ikke underligt, at det er de samme områder, der har sværest ved at rekruttere og fastholde praksislæger. Her vil det være velanbragt med en lavere lukkegrænse, dvs. færre patienter pr. læge, men med samme økonomi til lægen. Den ekstra økonomi pr. tilmeldt bør være betinget af, at klinikken kan levere lægelig kontinuitet, som vi ved, bidrager til lavere mortalitet og morbiditet.^{1 2}

Men alle steder er der brug for en dygtig familielæge, også der, hvor borgerne ikke har helt så mange kroniske, somatiske sygdomme. I det moderne præstationssamfund, hvor mange oplever øget ensomhed og mangel på meningsfulde fællesskaber, ser vi en øget mental mistrivsel, både blandt de unge og blandt mennesker på kanten af arbejdsmarkedet. Vi oplever en øget frygt for sygdom og død og en stigende efterspørgsel fra patienterne efter flere undersøgelser og fra beslutningstagere, patientforeninger og industrielle interessenter efter mere opsporing og "jo tidligere, jo bedre". Men medicinsk overaktivitet er i dag en selvstændig helbredsrisiko, når overdiagnostik og overmedicinering bliver konsekvensen.³

Det er ikke DSAM's opfattelse, at løsningen er at øge patienttallet pr. læge i de velstillede områder. Helbredsbekymringerne går ikke væk, bare fordi lægen bliver mindre tilgængelig. Mange kommer med et fysisk symptom såsom træthed eller hjertebanken, og efter undersøgelse og afklarende samtale viser det sig jævnligt, at det ikke er fysisk sygdom, men har psykosocial årsag, fordi belastningerne er større end kræfterne. Men i alle praksispopulationer er der også mennesker med alvorlig somatisk eller psykiatrisk sygdom, og de skal findes. Derfor må man tage alle henvendelser med fysiske eller mentale symptomer alvorligt, selvom der er færre nåle i høstakken. Samtalen med den bekymrede, der måske er alvorligt syg, tager tid og kræver en dialog, der fremmer sundhed hos den enkelte.

Der er flere praktiserende læger på vej, men prognosen siger 2035, før vi bliver 5.000 læger. Så hvad kan vi gøre nu for at øge kapaciteten?

Opgaver i almen praksis

Der er flere opgaver, man med fordel kan overveje at placere et andet sted, uden at det går ud over patientsikkerheden og behandlingskvaliteten. Det er fx værd at kigge på:

- bedre adgang til kommunale tilbud til unge mennesker i mistrivsel og voksne med stress og angst, uden krav om lægehenviisning
- flere kommunale rehabiliteringstilbud til borgere med kronisk sygdom eller vægt- og rygeproblemer, og større mulighed for individualiseret tilbud i forhold til komorbiditet, også gerne uden krav om lægehenviisning
- en gentænkning af hele attestområdet, fx blanketter til jobcentre, sygemeldinger til skole og arbejdsgiver, kommunale attester vedrørende hjælpemidler, politiattester og lignende. Nogle blanketter kan måske afløses af "tro og love"-erklæringer

- lægehenvisninger fra hospitaler til videre undersøgelser: Det er mere effektivt, at den sygehuslæge, der stiller indikationen, selv henviser og informerer patienten
- henvisninger til undersøgelser og behandlinger, som ikke er dækket af den offentlige sygesikring, men udelukkende bruges af private sundhedsforsikringer
- almindelig adgang til fysioterapeut uden lægehenvisning
- henvisning til vederlagsfri fysioterapi: Lægen laver den første henvisning, og de efterfølgende år revurderer fysioterapeuten selv indikationen
- dødsattester moderniseres, så vi også kan søge på ICPC-koder.

Tiltag, der vil lette tidsforbrug i arbejdet og samtidig styrke patientsikkerheden

- Indfør generisk ordination med revurderingsdato på fast medicin, så lægen i fremtiden i stedet for handelsnavnet blot skriver navnet på selve lægemiddelstoffet samt dosis, behandlingsvarighed og indikation. Det er så op til apotekerne at vælge den billigste passende pakning på tværs af pakningsstørrelser og eventuelt også styrke.
- Indfør udvidet substitution efter engelsk model ved problemer med restordre: Apoteket har mulighed for at udlevere et analogt lægemiddel med et andet aktivt indholdsstof. Det skal ske efter en tidsbegrænset protokol udarbejdet af myndighederne i det konkrete tilfælde (Serious Shortage Protocol).
- Samkør alle blodprøver i det fælles laboratorieskema for at undgå unødige blodprøvetagninger – med tydelig angivelse af rekvirent, som også er den, der godkender fundet og har behandlingsansvaret.
- Samkør oplysninger om aftaler om CAVE, organdonation og behandlingsniveau.
- Reducer unødigt kommunikation i indbakken til godkendelse, f.eks. genoptræningsplaner, screeningssvar, som ikke er udført i almen praksis, lange frasefyldte epikriser med mere støj end signal, ombookninger etc.

Der har tidligere i debatten været fremført, at almen praksis ikke i samme grad eller måske slet ikke burde varetage småbørnsundersøgelser og graviditetstjek. Det kan være fristende at håbe på en tidsbesparelse for almen praksis, hvis andre overtager de profylaktiske undersøgelser, men det kan lige så vel ende med at være en ekstra belastning for sundhedsvæsenet, hvis sundhedsplejerske skal screene og henvise mange flere tilbage til egen læge for en sikkerheds skyld – nu måske med en patientforventning om en særlig indsats. Undersøgelser har vist, at kendskab til forældrenes situation og deres indbyrdes forhold medfører øget fokus på børnenes psykosociale trivsel fremfor kun at rette fokus imod den fysiske undersøgelse. I dag er udfordringer hos børn og familier i højere grad relateret til den mentale trivsel, og dét kræver kendskab til familierne. Her har den praktiserende læge en nøglerolle, som ikke umiddelbart lader sig uddelegere til andre sundhedsaktører. Risikoen er, at mental mistrivsel overses, fordi manglende kendskab til familierne øger fokus på udelukkende den fysiske undersøgelse. Det danske børneundersøgelsesprogram har en høj tilslutning, og der er væsentlige fund ved hver 7. undersøgelse.⁴

Hvis børne- og svangreundersøgelserne udgår helt, vil det være en stor forandring i den måde, vi møder de unge familier på. DSAM vil gerne advare mod en sådan forandring, uden at konsekvenserne først bliver forskningsmæssigt belyst. Erfaringer fra Skotland viser, at belastningen i

børnemodtagelsen steg, da børneundersøgelser overgik til andet regi, og de praktiserende læger mistede erfaringen med at se de raske børn.

Digitale hjælpemidler

Den teknologiske udvikling går hurtigt, og hvad vi troede umuligt for få år siden, det er nu muligt. Vi har efter COVID-19 set en voldsom teknologisk udvikling med brugen af videokonsultationer samt billeder og mails fra patienten, og det har på nogle måder gjort praksis mere tilgængelig. Men øget tilgængelighed giver ikke nødvendigvis mere nytteværdi. Udviklingen betyder også, at den del af befolkningen, der ikke er digital, kan blive hægtet af. Det er vigtigt at få belyst dette, for det øger uligheden i sundhed. Når ressourcestærke patienter med digitale færdigheder har lettere adgang til lægen, sker det på bekostning af de øvrige patienter uden samme forudsætninger.

Hvis man ønsker at indføre ny teknologi, såsom kunstig intelligens f.eks. i visitation eller udredning, er det afgørende, at disse teknologier forinden bliver forskningsmæssigt undersøgt og implementeret i pilotprojekter, inden de indføres nationalt. Derved sikres bedst, at patienter, samfund og sundhedsvæsen opnår øget værdi af nye teknologier, og at dyre og/eller patientfarlige teknologiske fejlskud undgås. Tilsvarende overvejelser gælder for sundhedsapps.

Når teknologien udvikles til at detektere, men fortsat ikke selv kan diagnosticere eller behandle, skaber det merarbejde i primærsektoren med bekymringer, der skal følges op, modbevises med flere undersøgelser etc. Det vil sige, at det risikerer at skabe merarbejde med lav nytteværdi.

Ultralyd

Dansk Almen Medicinsk Ultralydselskab (DAUS), der startede som en interessegruppe under DSAM, har ved deres solide videnskabelige arbejde og undervisningsindsats skabt stigende interesse for ultralyd i almen praksis. DSAM er af den overbevisning, at ultralyd hører hjemme i almen praksis, men at implementeringen skal hvile på et videnskabeligt grundlag. Der står i dag stor international respekt omkring den danske forskningsindsats på området, som er blevet toneangivende. Det er rosværdigt, at overenskomstens parter har prioriteret tid og midler, så ultralyd i almen praksis kan få den rette plads i diagnostik og udredning.

Datadeling

Vi bakker op om cockpit- og forløbsplansløsningerne, hvor læge og patient får et bedre overblik, mens data forbliver i praksisjournalen, og uden at data overdrages til anden databehandler. Når patienthenførbare data fra praksisjournalen overdrages til anden databehandler, oftest en offentlig myndighed, mener DSAM fortsat, at dette bør ske på baggrund af et patientsamtykke. Mindre ideelt kan patienternes selvbestemmelse dog også sikres via en differentieret vælge fra-løsning, som vi kender fra vævsanvendelsesregistret. I særlig grad mener DSAM ikke, at journalens brødtekst (kontinuationerne) bør kunne deles uden patienternes selvbestemmelse.

Data fra ydernummer kan ofte samles på aggregeret niveau, så det ikke er muligt at identificere på cpr-niveau, og dermed kan data deles uden for praksisjournalen til brug for kvalitet, forskning og planlægning. Data skal altid gøres tilgængelige i en brugbar form for klinikerne, der har leveret den, til brug for kvalitetsudvikling i klinikken.

Vi gør mest for dem med størst behov

I almen praksis arbejder vi i tiltagende grad med at differentiere indsatsen. Der er sårbare patienter, der har brug for ekstra tid og opmærksomhed fra lægehuset. De fleste voksne patienter er habile og selvhjulpne, og dem kan man godt overlade et større ansvar til. Det bør ikke være lægens ansvar at sikre, at den habile patient har fået sit normale prøvesvar eller er mødt op til en aftalt undersøgelse i sundhedsvæsenet. Det bør Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) i sin tilgang til klager og tilsyn tage hensyn til. Den tid, der bliver frigivet her, kan så bruges på den del af befolkningen, som på forskellig vis har brug for mere håndholdt omsorg og støtte fra lægehuset.

Vi deltager i forskning, kvalitet og uddannelse

Praktiserende læger deltager i dag i et omfattende efteruddannelsesprogram. Klyngesamarbejdet har sat kvalitetsarbejdet på dagsordenen i alle landets praksis. Men alle fremtidens familielæger skal også skaffes bedre rammer for at deltage i praksisrelevant forskning, så faget i endnu højere grad end i dag kan hvile på et evidensbaseret grundlag, og praksislægen styrker sin kritiske tilgang til evidens. Forskningsresultater, der er fremkommet i ambulatorieregi, kan ikke nødvendigvis overføres til den almenmedicinske population. Vi har brug for mere forskning i vores eget regi. *Det er essentielt, at uddannelsen af fremtidens speciallæger i almen medicin fortsat finder sted i almen praksis. Der skal i den forbindelse afsættes tid og ressourcer til at sikre den bedst mulige uddannelse til gavn for patienterne. Af hensyn til de kommende arbejdsopgaver og et øget antal personale i primærsektoren, må man i endnu højere grad sikre, at uddannelseslægen bliver klædt på med relevante ledelseskompetencer. Dette kan både forestås i praksis, såvel som via kursustilbud.*

Andre aktører

Private aktører står parate til at udvide og overtage behandlingen af patienter i primærsektoren i sygesikringsregi, men koncernklinikker tilbyder ikke samme læge-patient-kontinuitet. Private udenlandske markedskræfter, der i disse år opkøber klinikker, har økonomisk sigte med deres tilstedeværelse i det danske sundhedsvæsen. Vi frygter, at det vil skabe ulighed i sundhed og på sigt øge de samlede sundhedsudgifter.

Samtidig ser vi en vækst i selvbetalingsløsninger for dem, der har råd. Det kan være muligheden for at købe sig foran i køen hos privatpraktiserende speciallæge. Det kan være almenmedicinsk lægeadgang online 24/7 hos ukendt episodelæge. Det kan være private lægehuse, der tilbyder ekstra god tid hos kendt sygeplejerske med mulighed for ekstra mange undersøgelser for en sikkerheds skyld, eller det kan være frit køb af billeddiagnostiske undersøgelser uden lægelig indikation. Sådanne tilbud kan udhule det offentlige tilbud ved at dræne arbejdskraften og medføre spild og patientskade i form af overdiagnostik. Hele dette område kalder på lovgivning og regulering, for at det ikke skal udhule det offentlige solidariske sundhedsvæsen. Og den faste familielæge, hvis opgaveportefølje stadigvæk er hele spektret af helbredstemaer fra vugge til grav, er den bedste garanti for rationel klinik.

Hvilke præmisser hviler en velfungerende almen praksis på?

Patienterne skal opleve gode forløb i sundhedsvæsenet. Det vil sige, at patientens problem løses på det rigtige niveau. Almen praksis er spilfordeleren, men hvis vi skal fungere optimalt, kræver det:

- at sundhedsmyndigheder bidrager med borgerrettede kampagner om, hvad man selv kan gøre, og hvad der ikke er farligt, så raske mennesker ikke søger ind i sundhedsvæsenet
- at civilsamfund, arbejdspladser og institutioner løser flere problemer uden at involvere lægen, så vi ikke oplever en medikalisering af almene, menneskelige problemer
- at kommunen har nok ressourcer til at støtte os i pleje- og egenomsorgsopgaver
- at vi har gode rammer for faglig sparring med sygehusspecialister
- at patienten med alvorligt og uklart helbredsproblem kan få en samlet diagnostisk udredning og undgår at blive sendt retur fra sygehusspecialisten med beskeden "ikke mit bord, prøv et andet sted"
- at incitamentsstrukturen i vores honorering støtter op om fagligt kloge valg fremfor produktion
- at vi har juridisk rygstøtte fra STPS til at tage faglige skøn og turde holde os fra defensiv medicin
- at krav om dokumentation, tilgængelighed og dataindsamling er en opgave, der skal holdes på et fornuftigt niveau for ikke at dræne kapaciteten
- at relevante instanser får bedre mulighed for at opdage og gribe ind, hvis der skulle være en læge, der misbruger tilliden fra det offentlige – i modsætning til nu, hvor der bruges urimelige ressourcer på begge sider på kontrol af det altovervejende flertal af læger, der bruger aftalerne efter hensigten.

DSAM anbefaler, at almen praksis også i fremtiden er frit tilgængeligt og gratis for alle, uanset alder, køn, sygdomsbyrde, sprog og etnicitet. Et trygt, kendt, nært og åbent sundhedstilbud hos familielægen med en høj grad af læge-patient-kontinuitet. Og at familielægen har autonomi til selv at tilrettelægge sit arbejde for sin population. Det er den mest omkostningseffektive måde at drive et sundhedsvæsen på.

¹ Hjemmesiden: <https://www.vikenderhinanden.dk/>

² BMJ Journals: *Continuity of care with doctors – a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality* (28. juni 2018) af Denis J Pereira Gray, Kate Sidaway-Lee, Eleanor White, Angus Thorne og Philip H Evans: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/6/e021161>

³ John Brodersen & Alexandra Brandt Ryborg Jønsson (2022): Smart er vi alle patienter

⁴ <https://ugeskriftet.dk/dmj/danish-preventive-child-health-examination-should-expand-mental-health-and-well-being-family>