

Det gør en forskel at læge og patient kender hinanden.

Af praktiserende læge Bolette Friderichsen (formand for Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)), praktiserende læge Christina Kjerulff (næstformand og kvalitetsordfører DSAM) og praktiserende læge Maria Krüger (medicin- og IT-ordfører DSAM).

Danske Regioner (DRe) foreslår en central styring af praksissektoren i modsætning til i dag, hvor udviklingen i branchen sker i et samspil mellem almen praksis og myndigheder, og de praktiserende læger selvstændigt har ansvaret for opgaveløsningen i deres egen praksis.

Vi anerkender, at en myndighed, der skal stå på mål overfor vælgerne og skatteyderne, må have styringsredskaber og indblik i leveringen af almen medicin, men vi vil advare imod løsninger der øger kontrol og detailstyring, på bekostning af kvalitet og samlet sundhedsøkonomi.

Vi vil også advare imod løsninger der primært øger tilgængeligheden for de raske, på bekostning af behandling af de syge. Vi skal gøre os klart, om det er service eller sundhed, vi skal levere i primær sektoren. Der er foreslået et nyt nationalt tlf. nr., et kontaktpunkt for almen medicinske henvendelser. Måske som en obligatorisk sluse for alle henvendelser, måske bare tænkt som en mulighed, der kan bruges, hvis patienten selv synes, at bekvemmelighed ved et øjeblikkeligt svar er mere værd, end at afvente til egen læge igen er tilgængelig i morgen. Men nogen skal jo passe denne linje, og det bliver mange almene medicinere. der skal trækkes ud af arbejdet med deres egne patienter, hvis den skal erstatte vores egne 3-4.000 åbne telefonlinjer. Erfaringerne med videolæger, forsikringslæger og vagtlæger er, at en læge, der ikke kender patienten, må nødvendigvis have en mere defensiv tilgang, og leverer tit et, "det lyder fredeligt men ring hellere til egen læge i morgen". Så har patienten fået en bestemt forventning om at skulle til, også selvom problemet måske er gået over i mellemtiden. Det genererer mere arbejde for egen læge, ikke mindre.

DRe er sygehusejere, og det påvirker selvfølgelig deres perspektiv og deres målsætninger for almen praksis. Det er korrekt, at en vigtig opgave for almen praksis er at forebygge indlæggelse, og spare sygehusene for den udgift og patienterne for den ubehagelighed. Men der er mange andre vigtige samfundsmæssige opgaver vi løser i almen praksis, som ikke har berøring med sygehusene, og som lader til at være usynlige for DRe. Det er ting, der starter og afsluttes i almen praksis: småskader, infektioner, samtaler, styrke egenomsorg og forældreevnen, alle slags symptomer og bekymringer. Samarbejde med kommunens jobcenter, familieafdeling, hjælpemidler, hjemmepleje, rusmiddelcenter. Vi bruger vores baggrundskendskab om familien selv til en simpel telefonrådgivning om et sygt feberbarn. Vi frygter alt det usynlige vil blive nedprioriteret, hvis DRe ensidigt skal sætte dagsorden i vores klinikker.

Faglig udvikling og forskning

Regionerne skriver i deres nye udspil, at almen praksis savner faglig ledelse.

I DSAM er vi meget optagede af at udvikle praksissektoren fagligt. Vi er engagerede i udvikling af tværfaglige retningslinjer, og DSAMs egne vejledninger bliver flittigt brugt. Vi har et tæt samarbejde med andre fagvidenskabelige selskaber, med PLO, sundhedsstyrelsen, og vores forskningsenheder. Ny viden implementeres via efteruddannelse, klyngearbejde, kvalitetsenheder. Den praktiserende læge er veluddannet og må nødvendigvis indhente sin viden fra mange kilder. Det vil en topstyret hierarkisk ledelsesform ikke kunne tage højde for.

Data

Som argument for at almen praksis bør underlægges central styring, har DRe fremført, at der nærmest ikke leveres data fra almen praksis, så der er ingen gennemsigtighed i opgaveløsningen. Det er ikke korrekt.

- 1) Medicinordinationer indberettes til Det Fælles Medicinkort, 2) Vaccinationer registres i Det danske vaccinationsregister, 3) Medicinske bivirkninger sendes til Bivirkningsdatabasen hos Lægemiddelstyrelsen, 4) Henvisninger indberettes til Den nationale henvisningsformidler, 5) Ydelsesafregninger indberettes til regionernes Ydelsesregister, 6) Elektroniske kommunikation ind og af almen praksis tælles via MedCom statistikbank, 7) Laboratorieprøver, der er rekvireret af almen praksis og analyseres på centrale laboratorier, lagres i Laboratoriedatabasen, 8) Bookede aftaler deles via Sundhedsdatastyrelsens Aftalebog, 9) Relevante kliniske oplysninger på borgere med astma, KOL, diabetes og atrieflimren og hjertesvigt sendes til RKKP.
- 2) I pipeline er også at borgerne i nær fremtid selv vil få adgang til egen journaltekst på Min Læge app.

De store datamængder kan allerede i dag bruges til at se om den enkelte klinik afviger fra gennemsnittet, Vi har set mange kontrol-sager, hvor regionen forlanger penge tilbage fra en klinik, hvis de finder at en ydelse er brugt for meget, eller lidt udenfor den indhegnede aftale. Vi har dog endnu til gode at se sager, hvor regionen beder en klinik om at bruge en ydelse noget mere. Så vi står tilbage med indtrykket af, at det ikke er kvaliteten for borgerne, men kun udgiftsniveauet for DRe (cigarkassetækning), der styrer DRes interesse for vores indsats. Det medvirker til en utryghed ved, at DRe skal have styrings- og fyringsret over os, uden paritet med PLO.

Det arbejde, som almen praksis gør for at holde borgerne raske og ude fra hospitalerne, kan ikke altid måles og vejes ved hjælp af taldata på klinisk niveau. Men det kan aflæses i store registerstudier over kontinuitetens betydning for behandlingskvalitet og dødelighed, som slår igennem i alle populationer, også når der justeres for alder, socioøkonomi og antallet af kroniske sygdomme. (1) Og det er beskrevet i kvantitativ og kvalitativ forskning ud fra patientperspektiv.

Common trunk

Regionerne har i deres udspil lånt udtrykket - "common trunk" fra DSAM's "opgaverapporten for almen praksis" fra foråret 2023

Udtrykket refererer til et forslag om en liste over basis klinikudstyr og ydelser i en typisk klinik. Men listen er formuleret under forudsætning af den eksisterende aftale-baserede organisationsform, hvor myndighed og PLO aftaler vilkår og rammer. Listen kan ikke stå løst fra den sammenhæng. Der er en række forudsætninger, der skal være opfyldt for, at listen giver mening.

Først og fremmest er det en forudsætning, at den praktiserende læge selvstændigt kan prioritere i sine forskellige opgaver. Andre aktører kan ikke disponere over den praktiserende læges tid og kalender, da ingen aktør har eller nogensinde vil få overblik over alle opgaverne for lægehuset. Hver enkelt patient henvender sig jo uvisiteret, ligesom kommuner, arbejdspladser, sygehusambulatorier mv. hver især har deres fordringer på vores indsats. Den fleksibilitet, der ligger i, at lægehuset selv prioriterer ud fra, hvad der er væsentligst for population og patient, giver en høj effektivitet i opgaveløsningen.

Dernæst er det en forudsætning, at den kvalitets-sikringsordning som regionerne tilbyder, understøtter apparaturet på listen. Det er ikke tilfældet i dag, hvor der er stor variation imellem regionerne, hvad angår kvalitetssikring af udstyr og apparatur.

Hvis opgaver ikke længere skal forhandles, men dikteres af en myndighed, så kræver det en meget grundig indhegning af opgavemængden, hvor der nøje må registreres og føres regnskab hver gang en ny opgave lægges i praksis. En vanskelig og tidskrævende øvelse for alle implicerede. Det er næppe en fordel for patienterne, at tiden går med registrering og planstyrets behandling fremfor faglig, personcentreret patientbehandling.

Regionerne stiller en række forslag, der kan gøre det vanskeligere for almen praksis at levere kvalitet til vores patienter. Formentlig også vanskeligere at rekruttere og fastholde lægerne. Regionerne efterlyser at se data på hvad almen praksis foretager sig. Almen praksis holder de allerfleste patienter raske og ude af sygehusene, men hvordan måler man på udebleven sygdom? Vores arbejde er måske ikke altid synligt, men når det ikke er gjort, bliver det meget synligt, når opgaven ikke bliver løftet. Ønsker regionerne virkelig at se konsekvenserne hvis det usynlige og umålelige arbejde ikke bliver gjort? Tør de virkelig tage ansvaret for forringelse af sundhedsvæsenet?