

Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af Sundhedsloven

Sagsnr. 1302269 , Dok. Nr. 1205338

Baggrund:

Udfordringerne i samfundet øger presset på sundhedsvæsenet. Der bliver flere ældre, ønsker, muligheder, forventninger stiger, sygehusene centraliseres, der nedlægges sengepladser. Samtidig er Danmark ramt af den finansielle krise og vores konkurrenceevne er under stærkt pres.

Med kommunalreformen har kommunerne fået tiltagende ansvar og kompetencer, og der er således 3 partshavere i det primære sundhedsvæsen. Både region og kommune og almen praksis har en stor interesse i at der er fælles fodslaw, og at der arbejdes mod en fælles vision.

Man forstår således godt relevansen af at få både interne og eksterne rådgivere til at vurdere det danske sundhedsvæsen og udstikke forslag til en fælles vision.

Det er formodentligt med det sigte at man har bestilt en rapport fra Rigsrevisionen, en evaluering af kommunalreformen og en OECD rapport.

Problemet med alle disse rapporter og evalueringer er at de overvejende har baseret sig på informationer fra Danske Regioner og Sundhedsministeriet selv. Der er ikke relevante almen medicinske sundhedsfaglige overvejelser på trods af at fagligheden og økonomien er tæt kobled. Man kunne have inddraget PLO og DSAM i processen således at resultaterne ville have fælles almengyldighed. Man har faktisk forspildt en historisk chance for en reform af primærsektoren ved at indhente og fabrikere så ensidige rapporter.

Fælles for alle tre rapporter er at man negligere den gavnlige samfundsmæssige effekt af almen praksis. Man tilsidesætter den beviseligt store patienttilfredshed og man indhenter ikke informationer som kunne tale til almen praksis fordel.

Det giver f.eks ikke mening, set igennem historiske briller, at sige at almen praksis ikke udvikler sig. Dansk selskab for almen medicin blev først dannet i 1970 og Almen medicin blev først anerkendt som selvstændigt speciale i 1993. Der har været en rivende udvikling og almen praksis' succes har givet genlyd i hele verden. Danskerne ser den som en selvfølge, men det er den åbenbart ikke!

Denne selektive søgning efter information og den efterfølgende smædekampagne i medierne op til overenskomstforhandlingen udgjorde ikke et godt grundlag for forhandling.

Med offentliggørelsen af den politiske hensigtserklæring dok. 1177551 dateret 18/3 fremstår det lysende klart at hele forløbet har været orkestreret, planlagt, og med helt usete magtmidler planlagt taget i brug.

Med offentliggørelsen af ændringer i sundhedsloven må det undre enhver med indsigt i lovstof at Sundhedsministeren konsekvent udtaler at der ikke bliver "ændret en tøddel", at der ikke ændres i økonomien, at der ikke detailstyres og at der ikke ønskes kvalitetsdata på

personniveau. Det kan godt være at Sundhedsministeren har disse hensigter, men det er ikke det forslag hun har fremlagt.

Med det forslag der er fremlagt ser jeg kun tre forklaringer:

- 1) Man har ønsket at fremprovokere en liberalisering af almen praksis, og ønsker at skyde ansvaret på lægerne.
- 2) Man har fået særdeles dårlig almen medicinsk rådgivning i processen.
- 3) Vi er blevet så fattige i Danmark at vi må slagte hønen der lægger guldæg.

Den aktuelle konsekvens af region og regeringens fremtromlen er at almen praksis har stået så meget sammen som aldrig før. Vi er tvunget til og parat til at udvikle et helt liberalt og privat, formentlig fosikringsfinansieret alternativ. Dette alternativ vil formentlig være mere skræddersyet betinget af fri markedsøkonomi, det vil betyde mere fleksibilitet og der vil være større sammenhæng mellem udbud og den store efterspørgsel.

Ulemperne ved at nedlægge almen praksis som det fungerer idag er dog ganske store:

- 1) Fri og lige adgang til Sundhed vil forsvinde, uligheden vil stige betydeligt
- 2) Det vil ikke længere være muligt at kommunikere nye retningslinjer og vigtige sundhedsmæssige informationer ud til hele gruppen på en gang.
- 3) Det vil samfundsmæssigt betyde en øget bureaukratisering og fordyring af ydelser i primærsektoren.
- 4) Sekundærsektoren vil blive oversvømmet af patienter. I den indledende fase vil det betyde stor risiko for fejlprioriteringer idet man jo først efter at have brugt en rum tid på en henvendelse kan vurdere om den hører til på sygehuset eller ej.
- 5) Markedsgørelsen af levering af sundhedsydelser vil have stor påvirkning på den leverede ydelse. Hvis man har betalt en undersøgelse for lungebetændelse er der, alt andet lige, større risiko for at man får presset lægen til at udskrive en recept på antibiotika- end under aktuelle vilkår.
- 6) Pt. mister en vigtig tovholderfunktion
- 7) Der vil gå årevis før man får opdyrket samme kultur for de svagere patienters problemstillinger. De blødere værdier som har så stor samfundsmæssig konsekvens vil blive presset ud af markedet.
- 8) Kontinuiteten og gatekeeperfunktionen vil blive truet.

Konkret til lovforslaget har jeg følgende kommentarer:

- 1) Det er ikke ønskeligt at ministeren bemyndiges til at detailregulere hvornår og under hvilke omstændigheder der skal køres sygebesøg.
- 2) Kilomtergrænsens ophævelse har negative konsekvenser for yderområderne og den lokale forankring.
- 3) Lægernes medindflydelse på praksisplanen bør bibeholdes. Kun således kan implementeringsdelen sikres. Ved udelukkelse af den lægefaglige ekspertise og af dem der skal udføre arbejdet i virkeligheden vil de store planer kun blive på visionsniveau. Det var vist ikke meningen! Det er muligt at relevante lægefaglige bekymringer eller indvendinger kan sinke en ønsket proces, men man ønsker vil ikke at nægte ingeniøren der skal bygge en bro indflydelse gør man ? Relevante faglige input betaler sig på sigt

og kan kun fremskaffes ved reel indflydelse på beslutningsprocessen. Alternativt kan i jo bare ved lov beslutte at folk ikke skal være syge længere !

- 4) Ministeren bør ikke bemyndiges ret til at kræve kodning og kvalitetsdata på patientniveau. Kvaliteten af data går fløjten lige så snart der er sanktionering forbundet med dette. Har sundhedsministeren ikke draget erfaringer fra England hvor honorering af kvalitet blev en katastrofe? Kvalitetsdata skal behandles med ydmyghed, og fortolkes af personer der nyder tillid fra begge sider og med almen medicinsk erfaring og relevans.
- 5) Den økonomiske 0-ramme bør genvurderes. Det giver ikke mening at tale om opgaveglidning og fri og lige ret for befolkningen på samme tid. Det fører reelt til så hård en prioritering og så dårlig en service at befolkningen har en legitim ret til at komme med deres holdning til det. Økonomien i almen praksis er faktisk holdt i ro, vi ligger under 100 mio under budgettet. Økonomiske analyser fra PLO viser at almen praksis sparer samfundet for 17 mia. Kroner årligt. Og det kan omregnes til at en krone brugt i primærsektoren kommer otte gange igen et andet sted. Pointen er at almen praksis er en sektor der i høj grad bidrager til både sammenhængskraft, velfærd og økonomisk overskud. Derfor kan det ikke undre at private aktører står på spring for at høste denne gevinst som ind til nu er kommet i vores fælles kasse.

Samlet set er processen så uhensigtsmæssigt grebet an at det ikke giver mening at fortsætte ad dette spor og lovforslaget bør afvises som et hele.

Jeg ønsker, og foreslår, at man starter på en frisk. Evt indfører en praksiskommision der kan udarbejde et nyt fælles grundlag som alle parter føler sig forpligtet af.

Her vil jeg påpege at vi faktisk deler mange fælles visioner med region, regering og opposition og i høj grad medvirker til at samfundet for sundhed for pengene.

Almen praksis ønsker fortsat at bygge på kærneværdierne som defineret af DSAM og under løbende revurdering.

Det er nu eller aldrig. Samfundet får aldrig så lukrativ en branche tilbage på offentlige hænder.

Thorning siger; besind jer;-det samme siger jeg.

Held og lykke med behandlingen af lovforslaget.

Centrale værdier i læge-patient-forholdet

Tillid Det vigtigste element i patient-læge-forholdet er tillid. Tillidsforholdet bygger på at lægen har en specialviden og -kompetence, som patienten har en forventning om kan afhjælpe et helbreds-mæssigt problem. Tilliden beskyttes af en række regler og en moralkodeks som den praktiserende læge skal overholde: lægeløfte, tavshedspligt og etiske regler. Også lægens tillid til patienten er afgørende. I den sidste ende er tillid imidlertid en personlig følelse, der bygger på en personlig, gensidig vurdering af forholdet mellem to personer. Tillid kan derfor ikke påtvinges, men skal optjenes.

Frit lægevalg Patientens adgang til at vælge læge (og lægens adgang til at frasige sig en patient) er derfor essentiel, fordi tilliden hermed kan beskyttes i praksis.

Tilgængelighed Patienten skal selv kunne definere, hvornår almen lægehjælp ønskes. Den fri og uselekterede adgang til almen praksis er tryghedsskabende og et nødvendigt element i et sundhedsvæsen, hvor der er kapacitets- og ressourceproblemer. Den fri tilgængelighed skal gælde for

alle - lige adgang - og understøttes af at være vederlagsfri for patienten.

Kontinuitet Kontinuitet opstår når tilknytningen mellem læge og patient har en vis varighed. Betydningen heraf opstår især i et sygdomsforløb, hvor kontinuitet giver mulighed for at udvikle et personligt forhold mellem læge og patient, der giver lægen, der giver lægen basis for at forstå patienten som en individuel person. Familieperspektivet kan føjes til. Kontinuitet betyder ikke nødvendigvis, at læge-patient mødes i alle kontakter, men at lægen påtager sig et lægeligt ansvar for patienten, og at patienten oplever lægen som en kompetent og samlende person for ens helbredsmæssige problemer.

Centrale værdier i lægerollen

Patientens rådgiver Patienten har ret til selv at bestemme og må tage ansvar for sine beslutninger. Derfor lægen patientens rådgiver. Rådgivningen sker i respekt og forståelse for patientens egne forudsætninger, holdninger og forståelse.

Visitor I et kompliceret og specialiseret sundhedsvæsen er det den praktiserende læges opgave - på patientens vegne - at vurdere - og sammen med patienten at afgøre - hvor og hvornår patienten opnår den bedste behandling. Det er lægens opgave at hjælpe patienten til en optimal behandling gennem visitation til relevante specialister og specialafdelinger. Visitationsfunktionen er afgørende for at kunne skabe kontinuitet i patientens forløb. Gennem visitationsfunktionen varetager lægen samtidig en prioriteringsopgave for samfundet, der afspejler at sundhedsvæsenet er indrettet efter princippet om lavest mulige effektive omsorgsniveau.

Problempåpegende Der er en lang tradition for at læger gør opmærksom på utilstrækkelige behandlingsmuligheder eller forhold, der udsætter borgerne for helbredsmæssige risici. Almen praksis har en særligt bred indsigt i sundhedsvæsenets funktion, fordi vi både modtager og henviser til andre dele af væsenet. Denne indsigt skal bruges til at arbejde for et bedre fungerende sundhedsvæsen.

Det personlige ansvar for patienten Særkendet ved almen praksis er, at lægerollen i meget høj grad er knyttet til personen, og patienten knytter sig som hovedregel til en bestemt læge. I princippet kræver det ubegrænset tilgængelighed, hvilket ikke altid er foreneligt med et rimeligt arbejds- og familieliv for lægen. Det personlige ansvar for patienten i almen praksis er en væsentlig del af lægerollen og skal fastholdes gennem listeprincippet.

Centrale værdier vedr. fagligheden i almen praksis

Forskellighed En vis forskellighed i praktiserende lægers almenmenneskelige og faglige holdninger er et gode og giver det fri lægevalg mening. Forskelle bidrager til fleksibilitet og udvikling og til at individuelle patientbehov og ønsker kan imødekommes. Fælles er og skal være en vis basal viden og kunnen samt visse etiske principper, der anses for at være fundamentale. Bredden i den praktiserende læges arbejdsområde er enorm og fører let til særlige interesseområder og en stor forskellighed i opgaveløsningen. Samme vej leder den omfattende mængde ny viden, lægen skal tilegne sig. Særlige interesseområder kan praktiseres inden for teamet i f.eks. en kompagniskabspraksis, men faren er at helbredsperspektivet svækkes. Almen praksis bør fortsat stå for helbredsperspektivet, men nye organisationsformer, som f.eks. konsulentassistance til lægen og en fleksibel visitation, må inddrages for at imødegå defensiv medicin.

Høj kvalitet og forskning Den aftalemæssige status for almenpraksis som eneudbyder retfærdiggøres bedst ved at levere ydelser af høj kvalitet. Der skal stræbes imod, at levere faglig kvalitet og servicekvalitet, der er tidssvarende. Almen praksis skal selv påtage sig en aktiv rolle i at udvikle kvaliteten og evaluere kvaliteten gennem audit, patientevalueringer, efteruddannelse, forskning og videreuddannelse etc.

Øget forskning inden for almen medicin vil aktivt medvirke til videreudvikling af faget og sikring af kvalitet. Forskningen bør udøves i overensstemmelse med fagets bredde og også omfatte f.eks. sundhedstjenesteforskning.

Uddannelse Den enkelte læge har ansvaret for ikke at påtage sig behandling, som vedkommende med sig selv ved, at han ikke magter. Ansvaret for at lægen kan påtage sig opgaver, der - set ud fra det aktuelle indhold i specialet, opnået rutine og erfaring - er basale i hans lægegerning, påhviler derfor lægen. Dermed er lægen også ansvarlig for sin egen efteruddannelse, der er livslang, og bør tage udgangspunkt i afdækning af egne behov, som vil skifte over tid. Det er uacceptabelt, hvis lægen ikke selv sikrer den nødvendige uddannelse. Ved valg af efteruddannelse skal lægen desuden sikre sig, at tilliden til hans uafhængighed ikke sagligt kan drages i tvivl. Videregivelse af faget til næste generation kan kun ske meningsfuldt gennem væsentlig medvirkning fra faget selv. Undervisning og formidling af faget til yngre kolleger er derfor centralt og bør udøves både formelt via specialeuddannelsen og uformelt.

Samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen Almen praksis har en naturlig interesse i at have et velfungerende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen og specialvæsenet. Kun samarbejde kan sikre patienten en hensigtsmæssig behandling og en oplevelse af et sammenhængende patientforløb. Opgavefordelingen mellem praksis, sygehusvæsenet, speciallæger, og andre selvstændigt behandlende sundhedspersoner kan systematiseres bedre end det er i dag. Ligeledes kan samarbejdet med den sociale sektor forbedres. Shared care, konsulentordninger, praksiskonsulentfunktioner etc. er nyttige elementer i et styrket samarbejde. Samarbejdet må ske på ligeværdige præmisser.

Centrale værdier i tilrettelæggelsen af almen praksis

Libertært erhverv på kontrakt Grundstammen i tilrettelæggelsen er at almen praksis er et liberalt erhverv. Dette giver mulighed for ejerskab og dermed fri arbejdstilrettelæggelse, som værdsættes højt. I det liberale ligger også en driftsherrisiko. De ulemper en hel fri konkurrence kan påføre lægen og et samfund, hvor sundhedsudgifter fortrinsvis er skattefinansierede, skal så vidt muligt imødegås gennem aftalesystemet mellem de praktiserende læger og det offentlige.

Incitament Aftalesystemet med det offentlige bør bevares og indrettes så der er en fornuftig økonomi i at være alment praktiserende læge, og at almen praksis er et attraktivt alternativ til en hospitalsansættelse. Samtidig er det af værdi, at aftalen er tilrettelagt, så den både giver en vis form for økonomisk sikkerhed for begge parter og incitament til at tilrettelægge en kvalitets- og serviceorienteret almen praksis.

God arbejdsplads Det er et gode, at den praktiserende læge selv har ansvaret for, at klinikken er en god arbejdsplads for lægen selv og lægens personale inden for de muligheder, der er til rådighed. Det særlige arbejdsgiveransvar indebærer, at lægen påtager sig at sørge for at udvikle og vedligeholde klinikpersonalets kompetence.

Kollegialt teamwork Praktiserende læger påtager sig gennem aftalesystemet også et kollektivt ansvar for patientbehandlingen i almen praksis. Det er derfor af væsentlig værdi, at der kollegialt sikres et

teamwork mellem læger i praksis og mellem praksis indbyrdes. De demokratisk valgte kolleger, der repræsenterer standen, har et konkret ansvar for at medvirke til at overvågning af at aftalen med det offentlige overholdes. Dette ansvar skal forvaltes så det tager hensyn til den enkelte læges rettigheder, men også til standens anseelse. Samarbejdet indbyrdes skal sikre, at tilgængeligheden er størst mulig, at der sker en gensidig erfaringsudveksling og at almen praksis opleves som en troværdig samarbejdspartner.

Udveksling af information Visitatorfunktionen og det særlige læge-patient-forhold i almen praksis gør det nødvendigt og hensigtsmæssigt for patienten, at den praktiserende læge modtager alle relevante informationer og afgiver information om patienten, som er relevante for de sundhedsmæssige problemstillinger. For almen praksis er det en central værdi, at udveksling af information sker på en smidig og hensigtsmæssig måde i relation til alle patientens kontakter med sundhedspersoner.

Praktiserende Læge
Lægehuset Lundby
Bo Theilgaard
Agertoften 41
4700 Næstved