

Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af Sundhedsloven

Sagsnr.1302269 , Dok. nr.1205338

Sundhedsministeren har lanceret lovforslaget med en intention om at ville styrke familielægen, fortsat have praktiserende læger til at arbejde som selvstændigt erhvervsdrivende, sikre lægedækning i hele landet og sikre kvalitet i lægearbejdet.

Med den intention må det kraftigt anbefales, at lovforslaget tages af bordet, og der i stedet sættes reelle forhandlinger mellem de praktiserende læger, regioner og kommuner om visioner for fremtiden i almen praksis i Danmark og med henblik på at nå frem til en ny og fremtidssikret overenskomst. I processen kan anbefales at medtænke borgernes repræsentation, evt. repræsenteret ved patientforeninger.

Ønske om at styrke familielægen

Hvis de praktiserende læger og almen praksis skal styrkes, duer det ikke, som loven vil medføre, at de praktiserende læger på mange områder sættes uden for medindflydelse på, hvad der skal foregå i almen praksis, hvilke og hvor mange ekstra/nye områder almen praksis skal varetage og hvilken økonomi, der skal sættes til rådighed for dette.

Lovens paragraffer mindsker på en række områder de praktiserende lægers indflydelse på egen praksis og det lægearbejde, der skal foregå der. Uden paritetisk repræsentation i Praksisplanudvalget indgår den part, der er lægefagligt og driftsmæssigt ansvarlig for at udføre de beskrevne opgaver, ikke i beslutninger og planer for arbejdet. Dette er i direkte modsætning til intentionen en meget klar svækkelse af familielægen – både som lægefagligt ansvarlig for primærsektoren og som driftsansvarlig for ordentlig og rentabel drift af egen klinik. Det paritetiske princip er lægefagligt og driftsmæssigt nødvendigt at bevare for den række af beslutningskompetencer, der handler om opgaver, der skal løses i de enkelte praksis.

Loven tilføjer en række beslutningskompetencer til sundhedsministeren på områder, som hidtil har været aftalestof i overenskomstaftalen mellem PLO og Danske Regioner. Dette medfører en klar styrkelse af ministerens position på området og samtidig en meget klar svækkelse af familielægens. Der findes ikke belæg for, at sundhedsministeren skulle være den bedste til at fastlægge forhold vedrørende aflæggelse af sygebesøg og de øvrige konkrete lægefaglige opgaver, som loven beskriver. Det anbefales, at man også fremover lader disse områder indgå i overenskomstforhandlingerne, således at de konkrete forhold kan aftales mellem de implicerede parter og ikke med loven i ryggen kan dikteres af en minister langt fra dagligdagens konkrete og nærværende problemstillinger.

Konklusion: Familielægens mulighed for at varetage de væsentlige og centrale lægefaglige opgaver, som man ligefrem fra minister, regioner og kommuner udtrykker ønsker og intentioner om øge yderligere, kan

kun styrkes ved at ministeriet dropper lovforslaget og lader parterne indgå i reelle, konstruktive forhandlinger om en ny overenskomst, hvor dialog, respekt og samarbejde sættes i stedet for diktatur via lov.

Ønske om at praktiserende læger også fremover skal arbejde som selvstændigt erhvervsdrivende

Grundstenen for at drive almen praksis som selvstændige virksomheder er, at PLO på vegne af de praktiserende læger betragtes som sælger af en ydelse, og at RLTN på vegne af regioner og kommuner betragtes som køber. For alle handler mellem købere og sælgere gælder, at man kan indgå en aftale, hvis de to parter er enige om aftalen. Varens beskaffenhed, mængde, tidsfrister, pris etc. er nødt til at være klart og gensidigt aftalt. Begge parter skal kunne sige ja eller nej til en opgave.

Lovforslaget lægger op til, at PLO ikke har væsentlig indflydelse på ovenstående forhold vedrørende opgaveløsning i almen praksis! Sælgeren kan ifølge loven ikke sige fra i forhold til mulighed for at varetage opgaverne – hverken praktisk ressourcemæssigt, lægefagligt eller økonomisk. Man kan allerede nu i offentligheden høre, hvordan forskellige politikere fra regioner og kommuner tillige med Sundhedsministeren forestiller sig, at de praktiserende læger fremover skal løse den ene og den anden ekstra opgave. Men ingen taler om, hvilke opgaver de praktiserende læger så ikke længere skal løse. Og i en virkelighed, hvor lovforslaget samtidig indebærer, at der videreføres en overenskomst med O-udvikling i økonomien, så er der reelt ingen mulighed for at ansætte mere personale, således at lægen kunne uddelegere nogle af de nye eller de eksisterende opgaver til praksispersonale.

På baggrund af ovenstående er lægernes paritet i Praksisplanudvalget afgørende for, at man også fremover kan drive almen praksis som private virksomheder.

Konklusion: Hvis de praktiserende læger skal kunne fungere som selvstændigt erhvervsdrivende, så er paritetisk repræsentation i Praksisplanudvalget tvingende nødvendigt, evt. fraset enkelte områder som f.eks. beslutning om placering af nye ydernumre, se nedenfor.

Ønske om at sikre lægedækning i hele landet

Den igangværende såkaldte lægekonflikt har allerede haft negativ virkning i forhold til fremtidens muligheder for at sikre lægedækning i hele landet. Danske Regioners retorik og tilgang til de ikke-reelle overenskomstforhandlinger og Sundhedsministerens retorik og manglende vilje til at mødes med lægerne og at forstå og respektere lægernes bekymringer har allerede nu sat en proces i gang, som vil øge manglen på speciallæger i almen medicin. Helt unge læger overvejer i mindre grad almen medicin som muligt specialevalg, - det virker ganske simpelt mindre sikkert og tiltrækkende. Igangværende almenmedicinske uddannelseslæger overvejer i langt mindre grad end hidtil at satse på livet som praktiserende læge, - jeg hører overvejelser om andre karriereveje i Danmark og i udlandet. Unge engagerede praktiserende læger overvejer at afhænde praksis og finde andre lægejobs, også selv om de måtte lukke praksis med milliontab. Og ikke mindst så overvejer de omkring 1000 nuværende praktiserende læger over 60 år at lade sig

pensionere langt tidligere, end de ellers havde tænkt sig. Alt i alt – antallet af almenmedicinere til at dække landets behov for praktiserende læger vil falde i frit fald, såfremt loven vedtages.

Sundhedsministeren anfører, at et af hovedargumenterne for at indføre den foreslåede lov, er at loven vil sikre lægedækning i hele landet. Men det holder slet ikke. Loven giver regionerne mulighed for at etablere regionspraksis, hvis et ydernummer ikke kan besættes. Men den mulighed har regionerne allerede haft med den hidtidige overenskomst, - og det har ikke løst problemet. Grundproblemet er, at der mangler et væsentligt antal af almen medicinere i Danmark, og så længe der er flere ledige ydernumre end der er læger, vil der være ledige ydernumre. Årsagen til manglen på speciallæger skal findes i politiske beslutninger om indtag på lægestudiet for mange år siden, - det er ikke de praktiserende lægers fortjeneste. Men de praktiserende læger vil rigtig gerne være med til at tage medansvar for fremadrettet at få løst dette store samfundsproblem. De praktiserende læger har gennem mange år foreslået, at man øger antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin. Og i april 2013 i forbindelse med de nu strandede overenskomstforhandlinger, har PLO givet en klar indrømmelse af Danske Regioners ønske om, at pariteten i forhold til beslutning om, hvor nye eller evt. ledige ydernumre skal placeres. Jeg er dog ikke vidende om, at Danske Regioner skulle have responderet positivt på dette – om end det hedder sig, at netop dette er et helt centralt argument for regionerne – ligesom det er for Sundhedsministeren.

Konklusion: Hvis der skal sikres fremtidig lægedækning af hele Danmark, kan dette kun foregå i et samarbejde mellem de involverede parter. Regionerne kan fint have vetoret i Praksisplanudvalget vedr. placering af nye lægepraksis. Planlægning af speciallægeuddannelsen, herunder hvor mange uddannelsesstillinger, der skal opslås i almen medicin, indgår som en væsentlig del af løsningen på dette problem.

Ønske om at sikre kvalitet i lægearbejdet

Lovforslaget og argumenterne for dette beskæftiger sig en del med patientdata og datafangst som udtryk for kvalitet i lægearbejdet. Til det er der primært at bemærke, at lægegerningen indeholder så mange og komplekse lægefaglige, sociale og psykiske problemstillinger i hver eneste patientkonsultation, at tørre tal aldrig vil kunne afdække, hvilke læger, der er gode, og hvilke der er mindre gode. Til gengæld er faren overhængende for, at det nuværende datafangstsystem ved DAK-E vil miste væsentlig værdi og validitet, såfremt data bruges til andet en udvikling af kvalitet af behandlingen i den enkelte praksis. Hvis sanktioner og økonomi kædes sammen med data, kan det ikke undgås, at data fordrejes og mister sin værdi. Det findes der masser af videnskabeligt belæg for, hvilket jeg er sikker på, at ministeriet er vidende om.

Det nuværende system understøtter og udvikler kvaliteten i lægebehandlingen i utallige velfungerende praksis landet over i dag. Der er muligvis enkelte praksis, der ikke lever op til almindelige kvalitetskrav, og det skal man selvfølgelig gøre noget ved (og det ved jeg at også PLO er indstillet på at arbejde for). Men det er altså den gale vej at gå at konvertere et reelt kvalitetsskabende redskab til noget, som ikke længere har samme kvalitetsskabende funktion og værdi, samtidig med at det ikke kan bruges til at identificere de læger, der måtte have behov for faglig sparring og hjælp. Lovforslaget rummer kun mulighed for at fjerne noget af værdi – ikke at vinde noget som helst hvad kvalitet angår.

Dertil kommer, at det fra regioner og Sundhedsminister undervejs i processen flere gange har været fremført, at data også på personniveau skal tilflyde regionerne. Det ville udgøre en brist på tavshedspligten, som er en meget væsentlig grundsten i lægearbejdet og altafgørende i forhold til tilliden og fortroligheden mellem patient og læge. Undertegnede læge har så sent som i forrige uge modtaget et brev fra Region Sjælland, hvor en ansat for at afgøre et spørgsmål om honorar beder mig sende hende journalkopier af samtalebehandling på en navngivet patient, selvfølgelig helt uden patientens vidende (!) Eksemplet er naturligvis lovbehandlingen uvedkommende, men det illustrerer, hvad det er for en bekymring lægerne har i forhold til, at regionerne ønsker indsigt i patientdata af hensyn til sanktioner og økonomi.

Endelig vil jeg fremhæve, at det er meget svært at se, hvordan den lægefaglige med lovforslaget kan øges, når den lægefaglige rådgivning i forhold til hidtidig praksis degraderes til at få en perifer rolle i et rådgivende organ, som Praksisplanudvalget så kan vælge at høre på eller at overhøre. Lægefaglig kvalitet kan kun øges, hvis der sidder læger med, der hvor udvikling og planer for et givet lokalområdes primærsektor afgøres.

Konklusion: Lægernes placering i Praksisplanudvalget er helt central, hvis det, der udstikkes af rammer og udvikling for almen praksis skal medvirke til at højne den lægefaglige kvalitet. Endvidere er det afgørende at kvalitetsdata, der indsamles og analyseres med henblik på at øge kvaliteten af lægebehandlingen i en praksis, fortsat indsamles alene med lægefaglige kvalitetsmål som fokus. Dertil kommer naturligvis, at der ikke tilsendes patientdata til regionskontoret, og at lægernes tavshedspligt overfor patienterne kan bibeholdes.

Summa summarum – på baggrund af ovenstående hovedpunkter – kan jeg kun på det kraftigste anbefale, at man tager lovforslaget helt af dagsordenen og i stedet sætter reelle, konstruktive forhandlinger med udgangspunkt i dialog, respekt og samarbejde, eventuelt med en af alle parter accepteret og respekteret neutral opmand for bordenden.

Med venlig hilsen

Gunver Lillevang

Praktiserende læge, Roskilde

Postgraduat klinisk lektor i almen medicin, Københavns Universitet/Videreuddannelsesregion Øst

Praksisuddannelseskoordinator, Region Sjælland