

Høringssvar

Af speciallæge i Almen Medicin Jesper Trier

Den 22. maj 2013

Høringssvar til

" Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og er-statningsadgang inden for sundhedsvæsenet"

Baggrund:

Jeg har været Praktiserende læge i Holbæk gennem 15 år. Jeg synes det er et meget spændende og givende arbejde. Det giver en stor kontinuitet i patientkontakten, når jeg har kendt mine patienter igennem så mange år. Det giver også et stort ansvar at være patientens tovholder igennem sundhedssystemet, og gennem mit kendskab til patienterne, ved jeg også hvilke patienter som skal have ekstra støtte.

Vores praksis er en tommands kompagniskabspraksis med 3600 patienter tilmeldt. I løbet af de sidste 15 år er praksis blevet udvidet med 2 sygeplejersker og en uddannelseslæge. Sygeplejerskerne er blevet ansat pga. det stigende antal kroniske patienter, vi har overtaget fra sygehusene. Disse kroniske patienter behandles efter de kliniske vejledninger på området. For 13 år siden gennemgik vi tutor kursus, for at være med til at videreuddanne læger til vores speciale.

Jeg er glad for at tilhøre en af de lægegrupper, som bruger mest af arbejdstiden ansigt til ansigt med patienterne. Jeg kan dog se at der kommer mere og mere administrativt ind i min dagligdag. Et rigtig godt værktøj er datafangst, men skal det have mening skal man bruge disse data til noget. Det tager tid at gennemgå og følge op på disse.

Vi har ligeledes øget vores tilgængelighed. Vi har naturligvis en aftenkonsultation, men næsten hver uge har vi også tidlige morgentider, nogle dage fra kl. 7. Vi har e-mail konsultation, tidsbestilling og medicin bestilling over nettet.

Når jeg gennemlæser lovforslaget er der punkter som jeg kan støtte, der er punkter som jeg absolut ikke kan støtte, og så er der punkter som undrer mig, punkter som ved tidligere overenskomster er aftalt og implementeret i almen praksis.

Jeg vil kommentere nogle af lovforslaget punkter.

§ 231 c. Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede, jf. § 60, stk. 1, er forpligtede til fra mandag til og med fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg.

Kommentar:

Jeg kender ingen praktiserende læger som ikke tager på sygebesøg. I vores praksis kører vi ca. 5-8 besøg om ugen.

Der har været en del omtale, omkring de opfølgende sygebesøg til patienter efter indlæggelse. Vi var med i FUI projektet, som førte til at de nu opfølgende sygebesøg er blevet landsdækkende. Vi havde flere besøg i FUI projektet, men efter det er gjort landsdækkende, så har vi kun været på et? Det er ikke de praktiserede læger, men den udskrivende afdeling som visiterer til opfølgende hjemmebesøg.

§ 231 d. Alment praktiserende læger, der behandler gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden og nationale faglige retningslinjer, pakkeforløb m.v. vedrørende specifikke sygdomme m.v.

Kommentar:

Igennem de sidste 10 år er der kommet mange retningslinjer som vi følger i almen praksis. Bare fra Dansk Selskab for almen medicin er der kommet:

- [Kronisk systolisk hjerteinsufficiens \(2013\)](#)

Høringssvar

Af speciallæge i Almen Medicin Jesper Trier

Den 22. maj 2013

- [Type 2-diabetes \(2012\)inkl. bilag](#)
- [Insulinbehandling \(2012\)](#)
- [Akuthåndbogen](#)
- [Den ældre patient \(2012\)](#)
- [Angsttilstande \(2010\)](#)
- [Unipolar Depression \(2010\)](#)
- [Spørg til Alkoholvaner \(2010\)](#)
- [Hjemmeblodtryksmåling \(2009\)](#)
- [Opsporing og behandling af overvægt hos voksne \(2009\)](#)
- [Dyspepsi \(2009\)](#)
- [Nedre urinvejssymptomer hos mænd og kvinder \(2009\)](#)
- [Blødningsforstyrrelser hos kvinder i almen praksis \(2007\)](#)
- [KOL i almen praksis \(2008\)](#)
- [Overvægt hos førskolebørn \(2006\)](#)
- [Forebyggelse af iskæmisk hjerte-kar-sygdom, 3. udgave \(2007\)](#)
- [Demens i almen praksis \(2006\)](#)
- [Diagnostik og behandling af lændesmerter \(2006\)](#)
- [Information om fosterdiagnostik \(2005\)](#)
- [Palliation i primærsektoren \(2004\)](#)
- [Osteoporose i almen praksis \(2002\)](#)
- [Den motiverende samtale \(1999\)](#)

Samt løbende opdateringer, vejledninger fra sygehus afdelinger, sundhedsstyrelsen, kommuner mm. Så det er ikke fordi vi ikke har retningslinier, og dem følger vi, så patienterne får den nyeste behandling og behandles ens over hele landet. Det er et rigtig godt arbejdsredskab for os. De pakkeforløb som er kommet til indenfor de senere år, er ligeledes en meget stor hjælp for os, og giver hurtige udredningsforløb for vores patienter. Der er dog nogle gange, vi hurtigere kan få patienterne igennem undersøgelserne via andre speciallæger, eller som akut indlæggelse.

§ 231 e. Det påhviler alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1-sikrede personer, jf. § 60, stk. 1, at foretage kodning af henvendelser til almen praksis og anvende datafangst.

Kommentar:

Dette er allerede aftalt i tidligere overenskomster. I vores praksis har vi diagnosekodet i 15 år, og er også tilmeldt datafangst.

Det fremgår endvidere af lovforslaget, at alment praktiserende læger skal foretage kodning af henvendelser til almen praksis og anvende datafangst, og at data, som er tilvejebragt på baggrund af kodning og datafangst, skal stilles til rådighed for regionerne, jf. § 231 e, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 12.

Kommentar:

Jeg mangler viden om, hvad regionen skal bruge disse oplysninger til. Lige nu bruger vi selv disse oplysninger. Vi gennemgår tilbagemeldinger fra datafangst, så vi kan finde patienter som ikke er kommet i mål ifølge de kliniske vejledninger. Vi kan så kontakte disse patienter. For os er disse data meget værdifulde.

Det er et fagligt redskab som er noget vi kan bruge mellem patient og læge, jeg mener ikke regionerne skal have personlige oplysninger om patienterne. Så disse kliniske data, mener jeg ikke andre end den praktiserende læge og patienten skal have adgang til, også selvom man foreslår det skal være i krypteret form, da man jo også åbner muligheden for dekryptering i lovforslaget.

Høringssvar

Af speciallæge i Almen Medicin Jesper Trier

Den 22. maj 2013

Vores data via datafangst sendes til Den Almenmedicinske Database (DAMD-databasen), og vi modtager herfra løbende feedback på egne data. De praktiserende læger arbejder med tilbagemeldingerne fra Den Almenmedicinske Database med henblik på en kontinuerlig kvalitetsudvikling af patientbehandlingen.

Jeg mener ikke at regionen skal have adgang til kodning på patientniveau. Det er igen en sag mellem læge og patient.

Hvis regionerne vil bruge tal fra Datafangst og diagnosekodningen som et mål for kvalitet, så er det en forkert måde at måle kvalitet på. Disse data siger ikke noget om kvaliteten af lægebehandlingen. Hvis patientens værdier ikke kommer i mål ifølge de kliniske vejledninger, kan det skyldes flere andre årsager. Det kan være patienten ikke er i stand til at gøre noget ved det pga. anden sygdom, eller har valgt ikke at nå målet, men kun et delmål. Det vigtigste er her, at patienten er informeret om sygdommen, informeret om målet og risikofaktorer, men det er patienten som bestemmer ikke lægen.

Jeg kan godt forstå at det offentlige ønsker en form for kvalitetssikring og vurdering af de honorar de betaler for de ydelser vi laver. Man må dog finde en anden måde at måle dette på.

Stk. 2. Alment praktiserende læger, der yder behandling til gruppe 1- sikrede, jf. § 60, stk. 1, skal offentliggøre oplysninger om praksis, der er relevante i forbindelse med borgernes valg af læge, jf. § 59, stk. 1.

Kommentar:

Det er tidligere aftalt i overenskomst, og stå både under www.sundhed.dk og vores hjemmeside www.lyhnetrier.dk.

Det er en udfordring at få skabt den nødvendige sammenhæng og arbejdsdeling mellem sygehus, kommune og almen praksis.

Kommentar:

Der er i tidligere overenskomst aftalt, at man skal lave kommunale lægelaug, der er kommunale praksis konsulenter og der er praksis konsulenter helt ned til afdelingsniveau på de forskellige sygehuse. Jeg synes vi har et rigtig godt samarbejde med Holbæk kommune, og det er ikke mere end ½ år siden hvor alle de praktiserende læger og relevante samarbejdspartnere i kommunen havde et møde sammen. Ligeledes mødes vi med afdelinger på sygehuset, med byens speciallæger, fysioterapeuter og kiropraktorer.

2.1. Evaluering af kommunalreformen

Udvalget om evaluering af kommunalreformen foreslår at styrke integrationen af almen praksis i såvel det regionale sygehusvæsen som i den kommunale sundheds- og forebyggelsesindsats. Det indebærer blandt andet en styrkelse af det offentliges muligheder for at definere almen praksis' opga-ver som en integreret del af det samlede sundhedsvæsen. Samtidig peges på behov for en styrkelse af regionernes planlægningskompetence, så regionerne kan tilrettelægge lægedækningen og sikre læge-dækning i yderområder. Herudover anbefales det blandt andet at styrke regionernes økonomistyring i forhold til almen praksis og sikre, at almen praksis også bidrager med produktivitetsforbedringer.

Kommentar:

Jeg mangler i den debat som har været i medierne, svar på hvad der menes med produktivitetsforbedringer. Vi er små selvstændige virksomheder. Når man er selvstændig, så er man dybt nede i den daglige styring og planlægning. Så vi diskutere tit i vores praksis, om vi kan gøre noget mere effektivt, både overfor os selv og mht. vores personale. Når man er selvstændig virksomhed så tæller

Høringssvar

Af speciallæge i Almen Medicin Jesper Trier

Den 22. maj 2013

Økonomien også - effektivitet lønner sig. Når jeg ser hvordan udviklingen har været igennem de sidste 15 år, så er der sket meget. Vi har overtaget rigtig mange ambulante patienter fra sygehuset. Vi passer nu langt de fleste Diabetespatienter, KOL patienter, Hypertensionspatienter, Astma patienter mm. selv. Kun de mest komplicerede patienter følges i sygehus ambulatorier. Så det er klart at udgifterne til almen praksis er steget de senere år. Sygehusene afslutter patienternes ambulante forløb hurtigere, og indlagte patienter udskrives hurtigere. De skal så følges hos egen læge.

Så der må sygehusene have sparet mange penge.

Vi tager gerne endnu flere patienter fra ambulatorierne. Der er vi dog låst. Der er et økonomiprotokollat fra 2010, som i lovforslaget skal køre videre, dette gør at vi ikke kan øge udgifterne. Kan vi ikke det, så kan vi ikke overtage flere forløb. Den praktiserende læge arbejder i dag i gennemsnit 46 timer, så skal vi tage flere forløb, kræver det at der følger penge med patienterne, så vi kan øge vores personale.

Det vil dog samfundsøkonomisk være klogt. Det er meget billigere at de følges hos os - den praktiserende læge. For patienten vil det i mange tilfælde også være trygt, det er jo den samme læge og sygeplejerske de møder i almen praksis.

Jeg har meget svært ved at se, hvor vi i vores praksis kan lave produktivtforbedringer. Man skal i kontrol iveren passe på, vi ikke kommer til at bruge meget tid på registrering mm. Vi har valgt specialet for at tage os af patienterne, og ønsker at bruge det meste af vores tid ansigt til ansigt med patienterne.

3.2.2. Overvejelser og lovforslag

Med lovforslaget ændres samarbejds- og planlægningssystemet for almen praksis. Praksisplanen vedrørende almen praksis, som skal udarbejdes i henhold til § 70 a, som affattet ved lovforslagets § 1, nr. 12, bliver således et centralt samarbejds- og planlægningsværktøj imellem region og kommune, der definerer, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre (jf. nærmere herom nedenfor under pkt. 3.3).

Kommentar:

At almen Praksis ikke skal sidde i et bestemmende udvalg, som skal planlægge hvilke opgaver almen praksis skal varetage, finder jeg helt uacceptabelt. Vi er selvstændige erhvervsdrivende, en partner som leverer ydelser, som det offentlige ønsker og køber af os. Man bliver nødt til på dette område at samarbejde. Vi som praktiserende læger bliver nødt til at være med til at planlægge og vedtage, hvilke opgaver vi kan varetage på en forsvarlig måde. Vi ved hvilke sundhedsopgaver vi har specialviden om, vi ved hvilke sundhedsfremmende tiltag, sundhedsforebyggende muligheder og sygdomme vi kan varetage. Der er ikke godt nok, at vi tilbydes plads i det såkaldte sundhedskoordinationsudvalg.

I forhandlingsforløbet mellem PLO og regionerne, har jeg haft det indtryk, at regionerne ville have deres ting gennemført, uden at bruge den demokratiske proces vi normalt bruger i Danmark.

Det er underligt at regionerne ikke har villet høre hvilke forslag vi kom med, bla. vores uddannelsesønsker som kan give et kvalitetsløft.

At der så kommer et lovforslag 4 timer efter regionerne opsagde overenskomsten med os, gør ikke man undres mindre.

Når det så kommer frem, at lovforslaget stort set var færdigt i marts måned, så får man den oplagte tanke at regionerne vidste dette ville komme, og kunne holde stejlt på deres, uden at miste noget.

Så har forhandlingerne egentligt være reelle?

Lige nu så ligger tilliden til det politiske system meget lavt.

Høringssvar

Af speciallæge i Almen Medicin Jesper Trier

Den 22. maj 2013

Uden tillid kommer man ikke videre.

Det er vigtigt at tilliden mellem regionerne og de praktiserende læger genskabes, så vi sammen kan videreudvikle det gode og billige primære sundhedssystem, vi har i Danmark.

Det gør man ikke ved at lave en lov, men det skal forhandles på plads mellem de 2 parter. Om man skal have en 3. part med ind i forhandlingerne, en part som kan facilitere denne proces, vil være en rigtig god idé. Især når man tænker det sidste forhandlingsforløb igennem, og den nu manglende tillid.

En anden stor bekymring jeg har fået i dette forhandlings forløb, er rekrutteringen til almen praksis. I mit netværk blandt de yngre læger, kan jeg nu fornemme deres bekymring og deres tanker om det nu alligevel er alment praktiserende læger de ønsker at blive. Jeg har kendskab til flere praksishandler, som nu er stillet på pause.

Samtidig har jeg snakket med flere kollegaer omkring de 60 år. Flere overvejer tidlig pensionering, hvis vores nuværende medbestemmelse over egen praksis, og de opgaver vi skal varetage tages fra os.

Jeg kan kun opfordre til at dette lovforslag ikke vedtages, og at man vender tilbage til forhandlinger mellem PLO og regionerne.

Med venlig hilsen
Speciallæge i Almen Medicin
Jesper Trier
Nygade 12 B 1. sal
4300 Holbæk