

Høringssvar vedrørende Udkast til Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningspligt indenfor sundhedsvæsenet

Udkastet til lovforslaget, der nu er sendt i høring, har været genstand for mange reaktioner på grund af frygt for detailstyring af almen praksis samtidig med, at de praktiserende læger fratages medindflydelse på planlægningen af arbejdet i praksis. PLOs og de fleste praktiserende lægers tolkning af lovforslaget ligger langt fra Sundhedsministerens og regeringens intentioner med loven, som de fremgår af

Sundhedsministerens kronik i Politiken den 14. maj 2012. Det er med ministerens egne ord rigtig ærgerligt! Derfor kan det i sidste ende være en fordel, om man ved lovforslagets endelige udformning formulerer visse passager mere detaljeret, så de positive intentioner, som ministeren udtrykker, fremgår tydeligt af selve lovteksten. Rigtig meget er på spil med den endelige formulering af lovforslaget: det er på baggrund af det, at PLO skal tage stilling til en eventuel endelig opsigelse af. Derfor er det vigtigt, at det endelige lovforslag og ministeriets bemærkninger dertil står knivskarpt.

Det er glædeligt, at ikrafttræden af lovforslagets § 1 først er fastsat til 1. september 2014. Dermed er der fortsat rum til, at Danske Regioner og PLO forsøger at forhandle sig frem til en løsning på uenigheden om, hvorledes arbejdet fremover skal tilrettelægges i almen praksis. Praksissektoren er dog allerede ved disse forhandlinger start alvorligt bagud på point, idet lovforslaget må siges at udgøre et solidt sikkerhedsnet under Danske Regioners ønsker til rammen om almen praksis. Det er måske en del af forklaringen på, at lægerne reagerer så stærkt på formuleringer som "Alment praktiserende læger skal..", "...er forpligtet til..." eller "Det påhviler de praktiserende læger..." desuagtet, at der er tale om helt almindeligt lovsprog. Af hensyn til det fremtidige samarbejde mellem de to parter, er det vores store ønske, at der i det kommende år vil ske reelle forhandlinger, og ikke mindst at parterne kan nå til enighed og (nogenlunde) tilfredshed. Samarbejde sker bedst mellem to parter, der hver især ikke oplever at "have fået vredet armen om".

Med dette høringssvar håber vi på, at kunne påvirke lovforslaget i en retning, så det opleves meningsfuldt af de praktiserende læger, og så visse mindre klare passager i lovforslaget kommer til at fremstå mere entydige.

Indenfor de senere år er der gennemført besparelser på sygehusene ved hjælp af effektiviseringer herunder nedbringelse af varigheden af indlæggelser samt afkortning af ambulante forløb. Det har i samme periode afstedkommet et øget antal kontakter til egen læge for de involverede patienter. Dette for eksempel i form af præoperativ blodprøvetagning, opfølgende samtaler vedrørende indlæggelsesforløb, som ikke er varetaget af de på sygehuset implicerede sundhedsprofessionelle, samt – vel den mest kvantitativt betydende faktor – udlægning af forløb for patienter med kroniske lidelser (fx diabetes og KOL) til almen praksis. En del af denne udlægning giver fagligt god mening. At disse aktiviteter ikke er nedlagt men flyttet fra den ene sektor til den anden – og dermed fra det ene budget til det andet – er et udtryk for, at der er tale om en nødvendig aktivitet. En ikke ubetydelig meraktivitet kan forklares ved, at specialiseringen på landets sygehuse har betydet, at patienter der indlægges med en uafklaret lidelse, ikke altid bliver bredt udredt, og derfor havner hos den praktiserende læge igen til fornyet udredning, trods en nylig indlæggelse. Det er vores indtryk, at ingen patienter bevidst går til læge med bagateller. Ikke alle konsultationer omhandler betydende sygdom, men alle konsultationer drejer sig om patientoplevede problemer. Det er således vanskeligt at se, hvilke kontakter i almen praksis, der skal skæres bort, hvis det forventes, at den fremtidige planlagte udlægning af aktiviteter til almen praksis skal absorberes af denne sektor indenfor den

samme omkostningsramme. Af lovforslagets § 1 stk. 11 fremgår det, at ministeren kan fastsætte regler om, at honorarerne for de enkelte ydelser nedsættes i tilfælde af væsentligt øget aktivitet, der ikke kan forklares med et øget behov. Vi mener, at den her beskrevne meraktivitet netop er et udtryk for et øget behov, og ønsker derfor, at det af det endelige lovforslag fremgår, hvorledes man fremadrettet vil definere, hvornår et øget behov for sundhedsydelser er tilstrækkeligt nødvendigt til IKKE at resultere i en honorarreduktion.

I praksis tænker vi, at det formentlig vil blive de regionale sundhedskoordinationsudvalg og praksisplanudvalg, der udmønter centrale beslutninger om, hvilke opgaver, der skal udføres i almen praksis. Vi mener, det er uhensigtsmæssigt ikke at inddrage almen praksis i planlægningen af, hvad der skal foregå i primærsektoren. Vi har en stor faglig viden, som i samarbejde med embedsmænd fra kommuner og regioner fortsat vil kunne skabe en god og gennemtænkt primærsektor. Ved at udelukke de praktiserende læger fra praksisplanudvalget, mener vi, at man tilsidesætter den faglige del af det, der skal skabe den primære sektor. Embedsmænd alene og praktiserende læger alene kan ikke udarbejde en realistisk helhedsplan for primærsektoren. Det kræver et samarbejde. Dette gælder naturligvis også for de enkelte tiltag som følge af en overordnet plan, hvor det ligeledes vil være helt naturligt at både den faglige og den organisatoriske ekspertise inddrages.

For en betydelig andel af de praktiserende læger er den manglende indflydelse på, hvilke opgaver der fremover skal varetages i praksis udover de opgaver, der allerede udføres i denne sektor, den enkelt-del af lovforslaget, der har betydning for deres beslutning om at opgive deres ydernummer. Derfor vakte det håb hos mange om, at en konflikt måske alligevel kunne undgås, da man i Politiken den 17. maj kunne læse, at formanden for Danske Regioner Bent Hansen havde foreslået en ændring af lovforslaget, således at de praktiserende læger alligevel fik plads i det udvalg, der fremover skal planlægge deres arbejde. Det fremgår af artiklen, at sundhedsministerens begrundelse for udelukkende at lade udvalget bestå af repræsentanter fra regioner og kommuner var, at det kun skulle være for dem, der havde myndighedsansvaret og finansieringsforpligtelsen. Som det fremgår af lovforslaget, vil disse parter være de eneste repræsentanter i såvel sundhedskoordinationsudvalgene som i praksisplanudvalgene. Derfor vil det være både hensigtsmæssigt og fagligt relevant, at lade de praktiserende læger indgå som ligeværdig samarbejdspartner i praksisplanudvalgene.

I lovforslagets § 1 stk. 10 beskrives regionernes mulighed for at opkøbe, fordele og udbyde ydernumre. Det er godt, at der nu bliver mulighed for at en praktiserende læge kan eje flere ydernumre. Vi mener, at kun speciallæger i almen medicin og regionerne bør kunne eje et ydernummer. Ovennævnte mulighed for at eje flere ydernumre bør overflødiggøre, at man udbyder ydernumre til andre aktører. Det er dokumenteret, at manglen på speciallæger i almen medicin er et midlertidigt problem, der vil være løst om 10-12 år ved hjælp af de foregående års øgning af uddannelseskapa-citeten (Lægeprognose. Udbuddet af læger og speciallæger 2012 – 2035. Sundhedsstyrelsen, 2013). Vi mener ikke, at et midlertidigt problem bør løses med irreversible tiltag. Af lovforslaget fremgår det, at regionsejede og –drevne ydernumre skal forsøges afsat til speciallæger i almen medicin efter 4 år. En tilsvarende tidsbegrænsning af driften af ydernumre, der er udbudt til andre aktører, fremgår ikke af lovforslaget og bør indføres, såfremt man fastholder en sådan udbudsmulighed. Desuden bør det fremgå eksplicit, at regionerne ikke kan opkøbe (ekspropriere) og/ eller flytte ydernumre, der på det pågældende tidspunkt drives af en speciallæge i almen medicin, og at regionerne kun kan råde over ydernumre, der af en afgangende praktiserende læge eller regionen ikke har

kunnet afsættes til en speciallæge i almen medicin. Salg af et ydernummer mellem to speciallæger i almen medicin bør kunne ske uden regionens mellemkomst, såfremt ydernummeret ikke flyttes. En del af de her nævnte ønsker fremgår allerede af Almindelige bemærkninger pkt. 3.3.1. Som indledningsvist nævnt er det uholdbart for mange praktiserende læger, at det ikke er udtrykt eksplicit i lovteksten.

Det fremgår af lovforslagets § 1 stk. 12 vedr. sundhedslovens § 231 d, at "Praktiserende læger er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med (...) pakkeforløb m.v." Pakkeforløbene er et middel til bedre kvalitet i patientbehandlingen. Ministeren har ved flere lejligheder efter fremsættelse af lovforslaget givet udtryk for, at disse pakkeforløb ikke blev brugt i det forventede omfang. Vi mener, at der i højere grad bør fokuseres på, om fastsatte mål for god kvalitet i patientbehandlingen opnås, end på, i hvor høj grad forskellige redskaber udviklet til dette formål anvendes.

Alt i alt mener vi, at det giver god mening at arbejde på at dokumentere i hvor høj grad mål for god kvalitet i patientbehandlingen opnås. Vi mener, at tilrettelæggelsen af sådanne aktiviteter bør ske i et kvalitetsudviklingsperspektiv i højere grad end med kontrolformål for øje, således at man ikke begrænser muligheden for de kvalitetsudviklingsaktiviteter, der i dag sker hos langt de fleste praktiserende læger. Indikatorer for god kvalitet bør nøje overvejes i et samarbejde med eksperter med forankring i almen praksis – et arbejde der allerede længe har pågået indenfor rammerne af DAK-E. Vi opfordrer til, at indikatorer for kvalitet og - i det omfang det måtte være ønskværdigt – også indikatorer for aktivitet hver især udarbejdes med henblik på det specifikke formål, hvortil de skal anvendes, ligesom data udelukkende anvendes til det formål, de er produceret til. Mange læger anser det for en krænkelse af deres tavshedspligt at skulle indrapportere patientrelaterede dokumentations- og kvalitetsdata på cpr-nummer-niveau. En del data (fra regninger) tilgår dog i forvejen regionerne. Alligevel foreslår vi, at man udarbejder et system til samkørsel af de forskellige typer af data uden anvendelse af cpr-numre.

Det ønskes præciseret, hvorledes man forventer, at ministeren vil udmønte den mulighed for at fastsætte regler om henvisning til behandling, som ministeren får jvfr. lovforslagets § 1 stk. 11.

Lovforslaget åbner mulighed for, at borgere kan vælge læge i nærheden af arbejdsstedet i stedet for som nu i en afstand af indtil 15 km. fra bopælen. Baggrunden herfor er, at det vil være lettere for borgeren at gå til læge i arbejdstiden uden at skulle være fraværende fra arbejdet i længere tid. I tilfælde af behov for lægehjælp ved sygdom, hvor borgeren har sygemeldt sig, vil han eller hun herefter skulle transportere sig til arbejdsstedet. Vi vurderer, at ordningen med den øgede afstandsgrænse – selvom det kan synes at være en god service – vil være med til at udvande familielægebegrebet, idet et forældrepar kan have hver sin læge i andre byer, mens deres børn kan have læge nær bopælen. En væsentlig indvending mod denne ordning mener vi endvidere må være, at det vil være umuligt at vurdere patientgrundlaget for praksis især tyndt befolkede områder (hvor der ofte heller ikke er større virksomheder) samt udhule basishonoraret i disse praksis. Det kan have afgørende betydning for rekrutteringen af praktiserende læger til disse områder, hvilket andre tiltag i lovforslaget ellers er gjort for at modvirke. Dette synes ikke logisk. Vi savner endvidere i lovforslaget en præcisering af, hvorledes reglerne vil blive omkring pligten til sygebesøg i hjemmet, samt for en eventuel forpligtelse for borgeren til lægeskift ved jobskifte med deraf følgende brud på kontinuiteten i lægepatientforholdet.

Kommunalreformen i 2007 medførte, at en del sundhedsopgaver, der før havde været varetaget på sygehusene og dermed i amtsregi, blev flyttet til kommunerne. Fra et almen praksis-perspektiv er det vores

oplevelse, at der fortsat er lang vej igen, før denne proces er tilendebragt, og kommunerne er i stand til i fuldt omfang at løfte denne opgave. En del af de nye kommunale opgaver vil i stigende omfang skulle løses i samarbejde med de praktiserende læger. Med lovforslaget lægges der atter op til omplacering af opgaver fra den ene sektor til den anden godt hjulpet på vej af udsigten til nye supersygehuse med langt færre sengepladser end de sygehuse, de afløser. De kommende år vil derfor blive præget af en del uro med nye tiltag og nye vaner og en del arbejde for de nye praksisplanudvalg. Man kunne ønske, at disse aktiviteter havde været mere velbeskrevne som et resultat af et grundigt og velovervejet stykke arbejde gennemført i en kommission med solid og ligelig repræsentation fra samtlige betydende interessenter. At det ikke er sket skal ikke forhindre os i at foreslå en sådan kommission nedsat med henblik på at beskrive, afgrænse og fordele opgaverne samt beskrive kommunikationsvejene imellem de samarbejdende sektorer og instanser.

I Sundhedsministerens kronik i Politiken den 14. maj 2012 udtrykker ministeren, at vores sundhedsvæsen ikke ville være det samme uden familielægen. Almen praksis er på mange måder et flagskib i sundhedsvæsenet – også i international sammenhæng, hvor udlandet ofte har set mod Danmark for at blive klogere på, hvordan man tilrettelægger en velfungerende familielægeordning. Derfor er det også vigtigt at tydeliggøre, at regeringen ønsker at bevare og udvikle det system, vi kender. De praktiserende læger skal også i fremtiden spille en central rolle for sundheden og for de fleste danskere være den primære indgang til et sammenhængende sundhedsvæsen med almen praksis som en ligeværdig – om end anderledes organiseret - aktør. Det er derfor vigtigt at ministerens intentioner, som vi også er enige i, indarbejdes i lovtæksten, således at det giver os praktiserende læger mulighed for fortsat at arbejde under en overenskomst og ikke skal opleve os presset til at opsiges vores ydernumre.

Århus maj 2013

Hanne Heje
Praktiserende læge, phd
Århus C

Henrik Ovesen
Praktiserende læge
Århus C

Jannik Falhof
Praktiserende læge
Århus C

Morten Bondo Christensen
Praktiserende læge, seniorforsker, phd
Århus C

Bo Christensen
Praktiserende læge, professor, phd
Låsby