

HØRINGSSVAR TIL FORSLAG OM ÆNDRING AF SUNDHEDSLOVEN OG LOV OM KLAGE- OG ERSTATNINGSADGANG INDEN FOR SUNDHEDSVÆSENET.

Fremsat som forslag til lov den 3.maj 2013.

Svar, på egne vegne, fra

Praktiserende læge Lene Unnerup

Sønderportsgade 19, 6760 Ribe.

Mail:

Tlf.

Resume (pixi-udgave) af mit indlæg:

Det lovforslag, som foreligger, vil ændre forholdene i almen praksis betydeligt, for såvel patienter som for de læger og personale, som er involverede.

Det er min klare overbevisning efter grundigt at have bearbejdet lovforslaget og drøftet det med mange mennesker, at det vil være en klar forværring af især tre forhold:

- Det vil komme et øget arbejdspress på almen praksis medførende mindre tid til den enkelte patient. I forvejen har effektiviseringerne i sygehusvæsenet medført både organiseret og mere tilfældigt øget arbejdspress. Mennesker bliver udskrevet hurtigt, ofte uden at de har fået med, hvad der skete, og vi har tiltagende mange kontakter herom. Vi påtager os gerne denne opgave, men det tager tid. Sygehusvæsenet og almen praksis er forbudne kar.
- Som praktiserende læge er jeg dybt engageret i mine patienter, min praksis, ledelse og drift. I samarbejdet med de øvrige sektorer i kommunen og regionen. Lovforslaget tager en stor del af min indflydelse på mit arbejdsliv væk, det reducerer mig til ansat, uden at jeg får de rettigheder, man normalt har som ansat. Det engagement, der driver os, er en stor faktor i, at det lykkes på trods af tidspres, patientpres og pres fra "den ydre verden", altså sygehuse, den kommunale sektor samt samarbejdspartnere osv. Altså at vi har opgaven at hjælpe borgerne, være gatekeepere til det øvrige sundhedsvæsen, og tovholdere for patienterne.
- Almen praksis er driftssikker og billig. Vi har i den forløbne overenskomstperiode levet med en øvre økonomisk ramme, og det kan vi vel også blive nødt til et stykke tid, men det bliver svært at se et øget arbejdspress uden at det går ud over det arbejde, der i dag ligger med centrum i mødet mellem patienten og lægen.

Almen praksis inkl. lægevagten koster 4 kr. om dagen pr borger i Danmark, 1500 kr. om året. Hvilken sundhedsforsikring kan gøre det? Den hybridmodel, vi har med almen praksis som privat foretagende i kontrakt med regionerne (og dermed en del af det offentligt finansierede sundhedsvæsen) gør efter min opfattelse dette muligt.

Hvorfor så travlt:

Der sker med lovændringerne i Sundhedsloven (fremsat i dette forslag) afgørende ændringer for almen praksis, og det er op til ministeren egenhændigt at afgøre, om disse ændringer, hvis de bliver vedtaget, skal træde i kraft til 1.9.2013 eller på et senere tidspunkt frem til 1.9.2014.

Almen praksis står ikke lige foran kollaps, der er med fortsættelse af økonomiprotokollatet styr på økonomien.

Hvorfor ikke give tid til drøftelse af hele landsoverenskomsten mellem RLTN og PLO, uden at man på forhånd beslutter ændringer?

Og nu til mit fulde høringssvar.

Indledning.

Situationen for mig og vores praksis maj 2013:

60 år gammel, uddannet læge i 1982 i Odense. Praktiserende læge fra april 1994 i lægehuset i Rødding i Sønderjylland, købte mig ind for 1,25 millioner kroner i jan.96.

Jeg har en uddannelse, som i dag er normeret til 12 1/2 år (universitetet + videreuddannelse til speciallæge i almen medicin). Dertil årlige efteruddannelseskurser til fastholdelse og videreudvikling af min kunnen og viden.

Færdig med afvikling af gæld med 10.000 kr. om måneden efter ca. 10 år.

Vi er et lægehus i kompagniskab, på landet, med 35-50 km til nærmeste sygehuse. Vi er 6 læger i delepraksis i ydernummer til 5 læger.

Hvorfor 6 i delepraksis? Vi har mange funktioner uden for huset, videreuddannelse af de yngre læger, koordination af deres videreuddannelse samt organisationsarbejde i Dansk Selskab for Almen Medicin. Samarbejdsudvalget i regionen har derfor givet os tilladelse til delepraksis i februar 2012.

11 ansatte.

Vi har en stab af ansatte på 1 daglig leder/praksismanager, 2 sygeplejersker, 2 bioanalytikere, 4 sekretærer, 1 piccoline i skånejob samt 1 rengøringsassistent. I alt 11 ansatte, fra 20 til 37 timer ugentligt. Dertil sekretærelever, yngre læger i videreuddannelse, fra den første turnus (KBU læge) til videreuddannelsen til almen praksis.

Kvalitetsudvikling.

Vi følger trop, når man beder os igangsætte systematisk kronikerforløb, det har vi arbejdet med i ca. 10 år.

Vi er tilmeldt datafangst.

Vi har sat diagnosekoder på vores patientkontakter i nu 13 år, har haft journal i elektronisk form i vores praksis siden 1991.

I vores praksis har vi gennemført en fuld akkreditering efter engelsk model i 2004 og 2009, og har været med i arbejdet med udvikling af akkrediteringsmodel for almen praksis. Vi har prioriteret at have en praksismanager, så vi sikrer systematisk kvalitetsudvikling fortsat.

Vi har over de seneste 12 år udover den almindelige drift og renovering investeret ca. 10 millioner kroner for at renovere og opdatere samt udvide vores lægehus, så det følger med tiden, og der er plads til de funktioner, vi har.

Vi har et tæt samarbejde med hjemmeplejen, sundhedsplejerskerne, fysioterapeuterne i kommunen, der er flere årlige møder mellem kommunens sundhedsforvaltning og lægerne i kommunen. Der er tæt samarbejde med de sociale områder derudover, for børn og voksne.

Hvad er vores opgave:

At møde patienten/familien, hvor de står, at se det hele. Vi har kontakt over tid, og det muliggør opbygningen af tillid og respekt. Det er et af kernepunkterne i arbejdet i almen praksis. Samtidig er det hele tiden at se individet og tilrettelægge vores samlede arbejde såvel som den enkelte konsultation, så kontakten med patienten skræddersyes lige til den bestemte patient.

Hvorfor vokser opgaven i almen praksis?

1. Vi prøver at leve op til at være der for hele patienten, fra kriserådgivning, over børneundersøgelser til at hjælpe den mest syge, døende patient.
2. Vi er sundhedsvæsenets åbne arme, vi kan ikke sige nej til nogen. Vi kan højst foreslå, at patienten kan komme inden for fem dage, det er overenskomstaftalen.
3. Dertil har effektiviseringen af sygehusvæsenet medført et øget antal opgaver:
 - Udlægning af opgaver, f.eks. områder som behandling af patienter med kroniske sygdomme
 - Vi tager mange blodprøver for sygehusambulatorierne
 - Sygehusene sender patienterne til opfølgning og efterbehandling hos os, til tider uden at der foreligger udskrivningskort
 - Med de mange korte indlæggelser eller ambulante forløb er tovholderopgaven kommet til at fylde meget hos. Det står også i alle papirer om sundhedsvæsenet, at vi skal påtage os denne opgave i

øget omfang. Der er meget travlt på sygehusene, og det er ofte vores opgave at rydde op/koordinere/forklare/søge kontakt med afdelingerne igen... Vi er i høj grad dem, der samler op på mennesker, der falder igennem maskerne i f.eks. sygehusvæsenet.

4. Der er overalt i samfundet meget fokus på helbred og sundhed. Det har afsmittende effekt på vores arbejdsforhold. Når der er debatter i medierne om f.eks. medicin for depression, kommer patienterne bekymrede og usikre, hvad skal gøre?? Det værste er, hvis de bare holder op uden at kontakte os.
5. Krisetid avler usikkerhed og personlige kriser, dermed hos en del mennesker symptomer, som vi må hjælpe med at tolke, evt. give egentlig kriserådgivning og behandling. Syge mennesker i arbejde presses også i en krisetid. Det giver ekstra kontakter i almen praksis.

Hvad koster almen praksis?

1500 kr. om året pr borger i Danmark.

Det er 125 kr. om måneden. Eller 4 kr. om dagen, 365 dage om året.

For det holder vi i Rødning lægehus åbent alle hverdage kl. 8-16, torsdage dog til kl. ca. 17.30. Derudover deltager vi i den regionale lægevagt, som også er inkluderet i dette beløb.

Hvorfor er det så billigt?

Fordi det er en underlig hybridmodel. De praktiserende læger har en aftale, som berettiger dem til at arbejde og få honorar fra Regionen, dog med et loft i forhold dels til antal patienter, dels i forhold til økonomi samlet over året, i hvert fald i den seneste overenskomst (økonomiprotokollatet).

Vi adfærdsreguleres med akkordlønnen (ydelseshonorarerne) til at løbe hurtigere. Vi sætter her i huset grænser for hurtigheden ved definering af mere tid til bestemte opgaver.

Regionens interesse (sammen med Statens, som jo har skatteindtægterne) er dels at gøre det godt som muligt, af hensyn til borgernes helbred, dels at gøre det så billigt som muligt af hensyn til økonomien.

Denne trekant er for mig at se en af hovedårsagerne til, at almen praksis sektoren er så billig, som den er.

Hvorfor reagerer de praktiserende de læger så kraftigt ved udsigten til at blive sat uden for indflydelse?

Det er vores hjerteblood.

Jeg kan svare for mig selv:

Jeg har lagt rigtig meget tid, meget viden og rigtig mange kræfter i at udvikle vores praksis, behandle vores patienter bedst muligt, dels fagligt, dels menneskeligt. Jeg søger at give et kontinuerligt tilbud til familien, den enkelte patient. Jeg bruger mange kræfter i mødet med patienten, på at sætte mig ind i

hendes livssituation og helbredsproblemer. Der er dagligt og tæt kontakt med alle de kræfter, vi samarbejder med kommunalt, regionalt, med arbejdsgivere osv. Hver eneste dag strækker man sig, nogle gange over grænsen, for at nå det hele: Den plagede patient, der fik 10 min. sat af, men hvor vi måtte bruge 30 minutter på akut krisehjælp. Den marginaliserede unge mand, der kom ind på et afbud, men hvor hele verden var ramlet. Et akut besøg hos en terminalt syg patient kl. 17 på vej hjem osv.

Det er et meget givende arbejde, men det kræver fuld opmærksomhed hele tiden, der er få procent rutineopgaver.

Udsigt til forringelse af vores arbejdsforhold, især vores medindflydelse:

Den store selvstændighed, vi har som lægehus på landet, til at udvikle vores arbejdsplads bedst muligt ud fra de givne rammer, den er en stor del af det, der er med til at drive os.

Det er en konflikt i sig selv at skulle køre en selvstændig virksomhed videre med det ansvar, det giver vedr. personale, ledelse og bygninger, samtidigt med at man nu skal sættes uden for indflydelse i forhold til de nærmere aftaler for almen praksis.

Det er en konflikt i sig selv, at der er store beslutningsområder, som med lovforslaget tages ud af landsoverenskomsten og lægges ind under ministeriel bemyndigelse.

Det er muligt, man ikke her og nu ønsker centralt at detailstyre almen praksis, men der er med lovforslaget givet mange muligheder netop for en sådan detailstyring. Både hvad angår indsigt i vores journalmateriale/kvalitetsrapporter samt hvad angår dagligdagen i praksis, regler for sygebesøg, afstand.

Lovforslaget modarbejder sine egne intentioner:

Alene forslaget om ophævelse af afstandsgrænsen (hidtil 15 km som max. fra bopæl til lægen) vil være med til at affolke landområderne for patienter. Hvordan det?

Mange patienter, som bor på landet, arbejder i byerne, og vil måske vælge læge i byen. Dermed færre patienter til lægerne på landet. Hvad så med sygebesøg? I hvert fald bliver de så kørt af en læge, der ikke kender patienten, da det ikke er egen læge.

Altså – mens man taler om at få læger ud de steder, hvor der mangler – så foreslår man lovændringer, der virker modsat.

Indsigt i kvalitetsrapporterne fra Datafangst:

I flere år har man arbejdet med datafangst i almen praksis, altså det, at data fra vores journaler sendes til en fælles database, som så returnerer rapporter, f.eks. om diabetesregulering, til vores praksis om vore egne patienter.

Det er gjort ud fra forudsætningen om, at der var vandtætte skodder mellem individuelle data og alle andre end den praksis, der har patienten tilmeldt.

Nu står der i bemærkningerne til lovforslaget, § 231, bemærkningerne på side 18: "For at facilitere..., kan oplysningerne dog ganske kortvarigt dekrypteres i det tidsrum, hvor oplysninger skal beriges med oplysninger fra andre kilder.." Her opgiver man altså sikkerheden for patienten. Det er uacceptabelt.

Øget ulighed i sundhed

Jeg ser lovforslaget som begyndelse på enden af det samlende sundhedsvæsen, i hvert fald set fra praksis siden. Større ulighed i sundhedssektoren.

Vi er nok dem, sammen med skadestuerne, som bedst hjælper dem, der f.eks. ikke kan finde ud af at tilrettelægge tilværelsen. Vi putter en patient ind imellem de andre, når de lige glemte at komme sidste uge, og ringer nu.

Vi følger op, når sygehusambulatoriet efter 2 udeblivelser afslutter en dårligt reguleret diabetes patient.

Vi har plads til dem, der ikke rigtigt har passende diagnose for én afdeling, eller som defineres som "ikke tilhørende vores målgruppe", som vi kan få som resultatet på en henvisning til et ambulant forløb i sygehusvæsenet.

Mulighed for indsigt i patienternes data?

De kvalitetsdata, vores lægehus får, er på enkelte patienter med CPR og diagnoser, blodtryk, kolesteroltal, blodsukker mm. Det er klart personhenførbare oplysninger. Det har været et kernepunkt i udviklingen af aftalerne om dette område, at det kun var den enkelte praksis, der kunne få indsigt i disse data. Nu lægges der op til, at ministeren udarbejder nærmere regler for kodning og datafangst.

Almen praksis' engagement i dette kvalitetsarbejde er gjort ud fra forudsætningen om, at der var vandtætte skodder mellem individuelle data og alle andre end den praksis, der har patienten tilmeldt.

Nu står der i bemærkningerne til lovforslaget, § 231, bemærkningerne på side 18: "For at facilitere..., kan oplysningerne dog ganske kortvarigt dekrypteres i det tidsrum, hvor oplysninger skal beriges med oplysninger fra andre kilder.." Her opgiver man altså sikkerheden for patienten. Det er uacceptabelt.

Jeg føler mig ikke tryk ved, at håndteringen af data og kvalitetsrapporter lægges uden for aftaleparternes regi.

En helt anden ting:

Hvordan kan mødet mellem patienten og lægen måles? Det er ikke alt, der kan sættes i koder og data.

Jeg kan nævne krisesamtaler, omsorg for specielle og sårbare grupper, arbejdet for at mindske uligheden i sundhed. Kort sagt omsorgen for hele patienten, biologisk, psykisk og socialt (familie, arbejde.)

Hvad med de læger, der ikke følger med eller som snyder? Bliv det lettere at gøre op med dem med det nye lovforslag?

Jeg kan være meget irriteret på kolleger, der ikke diagnosekoder deres kontakter. Men jeg tror ikke, at centralt fastlagte regler gør mere for udviklingen af området, end det udviklingsarbejde, som f.eks. i min region allerede er i fuld gang igennem kvalitets- og efteruddannelsesudvalget. Nogle kolleger er med fremme på det ene område, andre på andre områder. Grundlæggende udfører vi et kontinuerligt arbejde med højt faglige indhold.

Ønsker jeg konflikt eller forhandling?

Forhandling, til hver en tid.

Konflikt er ikke en løsning, men når man ikke bliver hørt, der ikke er plads til dialog, ja hvad gør man så, når man som jeg ser enden på det samlende sundhedsvæsen med arbejde for den størst mulige lighed:

Ja så må man råbe højt.

Er lovforslaget et oplæg til forhandlingsløsning?

Nej, for der er væsentlige områder, der direkte med de foreslåede ændringer af Sundhedsloven tages ud af aftaleparternes regi og ind i ministeriet til ministeriel bemyndigelse.

F.eks. adgang til lægehjælp, lægeskifte, sygebesøg, nærmere regler om datafangst.

Ministeren KAN vælge at udsætte lovens ikrafttræden til sept. 2014. Hvorfor det? Hvorfor ikke give tid til netop fortsatte drøftelser af det hele, så der kan blive en hel løsning.

Hvad er det, der skal gå så stærkt? Udover at Danske Regioner har opsagt vores samarbejdsaftale (landsoverenskomsten). Så mit forslag er:

Lav en lov, der hedder at overenskomsten kører videre 1 år, evt. også med forlængelse af økonomiprotokollatet, for at parterne kan få forhandlingerne igangsat og gennemført.

Venlig hilsen

Lene Unnerup