

# Lægerne i Vestergade ApS

Ynse de Boer  
Hanne Faltum  
Anne Larsen

Sundhedsminister Astrid Krag

Vestergade 17a  
3200 Helsingør  
Telefon 48794114  
Telefax 48795004

Helsingør, den 23. maj 2013

Lovforslaget er regerings forsøg på at adressere relevante problemstillinger, der potentiel truer befolkningens helbredstilstand:

- Manglende tilstedeværelse af almen praksis i yderområder
- Variation i kvalitet, bedømt i forhold til eks. forskel i henvisninger generelt, og mere specifik i forhold til visse pakke/forløbsprogrammer.

Endvidere ønskes adresseret andre problemer, som jeg opfatter, er politiske men som ikke vil påvirke folkesundheden positiv eller negativ. Her tænker jeg på Rigsrevisionens bemærkninger om manglende indsigt i aktiviteten i almen praksis, og manglede styringsredskaber. Der mange tegn på at de grundlæggende antagelser i New Public Management ikke kan løse de problemer vi slås med i dag, og nyere tanker om ledelse lægger stor vægt på inddragelse af medarbejdere og brugere. Loven går i den modsatte retning, og understøtter central styring.

Jeg bemærker mig ministerens gentagne udsagn, at mange praktiserende læger gør et godt stykke arbejde, men at der er en lille restgruppe, der gør det mindre godt, og at det er denne man vil have fat i.

Helt overordnet mener jeg at lovforslaget risikerer at gøre ondt værre. Der er ingen tvivl om, at det er hensigtsmæssige at finde og hjælpe og korrigere dårligt fungerende læger. Men hvis prisen bliver, at i dag velfungerende læger mister arbejdsglæden og arbejdslysten (og det er meget sandsynlig vil ske), er der sandsynligvis mere tabt end vundet.

Jeg er sikker på, at der kan findes løsninger for de fleste af de omtalte problemer, som både til gode ser regionernes og Folketingets behov for indsigt og planlægning, samtidig med vores behov for at være med til at sikre at vi kan yde en god patientbehandling. Disse kan med fordel udvikles i et samarbejde mellem regeringen, regionerne og almen praksis.

**Jeg synes det bedste vil være at ministeren følger det forslag som flere har fremsat:**

- **sæt lovarbejdet på standbye**
- **forlæng den nuværende overenskomst i 1 eller 2 år**
- **indled reelle forhandlinger mellem RLTN og PLO, under ledelse af en uafhængig og anerkendt person med indsigt i sundhedsvæsenet, med opgave at modernisere almen praksis.**

Hvis ministeren fastholder at fremsætte et lovforslag, har jeg følgende bemærkninger:

Som reaktioner fra mine kolleger i alt tydelighed viser, er det især det store flertal af alment praktiserende læger der føler sig ramt, og som har store bekymringer for at arbejde vil påvirkes negativt ved indførelse af dette lovforslag. Det kan være, lovtekster skal læses på en anden måde, end almindelig dansk. For, hvis man læser lovforslagets ord, og sammenligner det med ministerens (og forligspartiets) bemærkninger og forklaringer, så er der ret markante forskelle. Hvis intentionerne er, som det er nævnt flere gange i offentlige medier, grundlæggende at bevare almen praksis som det er i dag, og sikre lægerne indflydelse på vores arbejde, så bør dette klarer fremgå af lovforslaget.

Lovforslaget lægger op til, at vi skal følge retningslinjer og forløbsprogrammer, men specificerer ikke hvilke, og afgrænser ikke hvilke krav der stilles til disse. Vi har set eksempler på vejledninger og andre retningslinjer, der ikke giver mening, eller er svær at følge i en almen praksis hverdag.

**Jeg mener derfor man som bør skrive ind i loven at almen praksis skal inddrages i udarbejdelse af disse retningslinjer.** Det opfattes måske som en selvfølge, men det er det ikke.

Udarbejdelse af vejledninger mv. i sig sikrer ikke disse bliver anvendt. Implementering skal fremmes ved at man sikrer sig der er de fornødne ressourcer (viden, personer, tid, udstyr) er forhånden, og at der er planlagt en spredningsstrategi.

**Det bør fremgå af loven at nye vejledninger og retningslinjer skal følges op med en implementeringsstrategi.**

En af de forhold der adskiller almen praksis fra det øvrige sundhedsvæsen er det langvarige, stabile forhold over tiden. Der bliver mere og mere tydeligt at netop dette forhold sikrer den bedste behandling af patienter med flere samtidig kroniske sygdomme. Forslaget giver mulighed for at læger eller private aktører kan eje flere ydernumre. Det at man som læge ejer sin klinik, binder en til sin praksis, og det er med til at sikre kontinuiteten. Lovforslaget risikerer derfor at forringe kvaliteten, hvilket jo er imod hensigten.

**Det kan derfor anbefales at loven fremhæver det vigtige af kontinuiteten i lægepatientforholdet, og at loven sikrer en struktur der skaber kontinuitet.**

Det er også uklart i hvilken omfang andre læger, end speciallæger i almen medicin kan ansættes i disse klinikker. Hvis der kan ansættes andre læger, vil dette også være med til at forringe kvaliteten.

**Det kan derfor anbefales at det specificeres at det skal være speciallæger i almen medicin der arbejder i almen praksis.**

Faglige retningslinjer laves typisk for enkeltstående sygdomme, og det er svært, hvis ikke umuligt, at lave retningslinjer for multimorbide patienter. Det er besnærende, at forestille sig, at faglige retningslinjer vil ensarte, og muligvis også bedre, kvaliteten af patientbehandling. Det er sandsynligvis vist, at dette er tilfældet på sygehusene.

Udfordringen i almen praksis er at der håndteres en meget bredere palet af problematikker, og at hovedparten af patienter er det uklar hvad de fejler. Dette gør det svært at lave og følge en vejledning/retningslinje.

Vejledninger skal ideelt set baseres på viden, og det mangler ofte i almen praksis. Viden er generaliseringer, på baggrund af undersøgelser der er lavet på udvalgte patientgrupper, der sjældent er typisk for almen praksis patientgrundlag.

**Det bør derfor sikres at forskning i det almen medicinske område styrkes.**

Jeg vil endvidere tilslutte mig de betænkeligheder mange har ytret omkring anvendelse af kvalitetsdata (DAMD) til andre formål en kvalitetsudvikling i den enkelte praksis, og på et aggregeret niveau til planlægning. DSAM og DAK-E har fremsat forslag til, hvordan man kan sikre indsigt i arbejdet i almen praksis på anden vis.

**Loven bør derfor specificere af kvalitetsdata i DAMD kun må anvendes til de ovennævnte formål.**

Min sidste kommentar omhandler ønsket om gennemsigtighed, og forbedre patientens mulighed for at vælge læge. Det er, som meget andet i loven, grundlæggende en rigtig ide. Men vi mangler indtil videre gode indikatorer, som det giver mening at offentliggøre. Den almen medicinske kvalitet er multifacetteret, og bør indikatorer bør afspejle alle kvalitetsdimensioner (organisatoriske, patientvurderede og lægefaglige) samtidig, ellers giver det ikke mening. Der mangler gode indikatorer for lægefaglig og organisatorisk kvalitet. Læger uddanner sig på mange måder. Forslaget til at offentliggøre efteruddannelse vil favorisere visse forme for efteruddannelse (deltagelse i kurser, gennemførelse af e-learning) mens andre anerkendte forme for efteruddannelse (læsning af faglitteratur, opslag undervejs, deltagelse i smågrupper) ikke vil kunne vises. Der er, under ledelse af IKAS, foregået et arbejde med at udvikle akkrediteringsstandarder for almen praksis. Disse dækker samtlige kvalitetsdimensioner.

**Jeg vil derfor foreslå, man bruger akkreditering som redskab til at skabe gennemsigtighed.**

Jeg vil afslutte med at gentage min opfordring til, at der søges en dialog baseret løsning, for at løse de relevante problemstillinger.

Med venlig hilsen

Ynse de Boer  
Speciallæge i almen medicin  
Næstformand i DSAM  
Medlem af PLO's repræsentantskab  
Patientsikkerhedskonsulent i region Hovedstaden.