

Roskilde den 5. juni 2013

Til Sundhedsministeren og medlemmerne af Folketingets Sundhedsudvalg

Det er med meget stor bekymring for fremtidens sundhedsvæsen og ikke mindst primærsektoren, at jeg som borger, patient og praktiserende læge har fulgt og deltaget i debatten om den ændring af sundhedsloven, som Folketinget i øjeblikket arbejder på. Lovforslaget i sin nuværende form giver nogle rammer for arbejdet som praktiserende læge, der er uforenelige med, at landets praktiserende læger kan se sig selv arbejde under den lov. Der er en overhængende fare for, at mange vil lukke og gå på pension eller søge andre jobmuligheder i ind- eller udland, og at stort set alle andre af de nuværende praktiserende læger vil aflevere deres ydernummer, hvis loven ikke ændres sådan, at lægerne også fremadrettet kan få øje på muligheden for reelt at kunne arbejde som praktiserende læger under den. Det vil give så kæmpe stor en lægemangel, at det vil vare årtier at rette op på. Og der vindes intet hverken kvalitetsmæssigt eller økonomisk, - tvært imod.

Hvis stort set alle læger afleverer deres ydernummer, vil det uvægerligt kaste sundhedsvæsenet ud i et overskueligt kaos, der kun kan medføre færre lægehænder fremover, flere patienter i klemme, større ulighed i sundhed, overbelastning af det sekundære sundhedsvæsen og mangel på lægehjælp til kommunernes sundhedsopgaver. På den baggrund går jeg ud fra, at et af Sundhedsudvalgets fremmeste ambitioner i disse uger må være at lytte til, forstå og imødegå de bekymringer, der gør at nærmest alle landets læger siger fra, således at dette kaos kan undgås. En lægekonflikt er ikke i nogens interesse og da mindst af alt i borgernes interesse, – hvilket må være jeres politisk set vigtigste hensyn.

Heldigvis er det sådan, at alle parter – politikere og læger – har samme syn på hensigterne med lovforslaget. Alle er enige om, at der skal sikres en læge til alle borgere i landet, at lægerne skal levere god kvalitet og at sundhedsvæsenet skal hænge godt og fornuftigt sammen. Det er kun midlerne, som de aktuelt er udmøntet i lovforslagets bogstav, som der er uenighed om. Og derfor burde det være muligt at ændre tilpas meget i loven, at alle kan enes om fremadrettet at videreudvikle almen praksis og det sammenhængende sundhedsvæsen. Men forudsætningen er, at Sundhedsudvalget og Ministeren forstår, hvad det er, der bekymrer lægerne så meget. Det er mit håb, at denne henvendelse kan bidrage til den forståelse.

Lovforslaget tager udgangspunkt i, at det store flertal af Folketingets partier ønsker at bevare almen praksis i en form, hvor lægerne ejer og driver egne klinikker. På den baggrund er det særdeles bekymrende, at lovforslaget ikke giver de praktiserende læger fuld ret til at aftale forhold vedrørende samtlige de opgaver, der potentielt skal løses i almen praksis og som de praktiserende læger kan forpligtes til at varetage.

Ingen opgaver bør kunne pålægges de praktiserende læger uden at disse har en mulighed for at sige til og fra i forhold til indholdet af opgaverne, mængden af opgaverne eller honoreringen herfor. Lovforslaget er trods ændringer stadig ikke "vandtæt" i forhold til dette. Lægerne har af hensyn til deres mulighed for

lægefaglig og driftsmæssig forsvarlig drift af lægepraksis brug for en sikkerhed for, at de ikke uden forhandlinger kan pålægges nye opgaver, en større mængde opgaver eller en udvidelse af omfanget af eksisterende opgaver. Således må der hverken via sundhedsaftaler eller andet kunne ændres i lægernes forpligtelser, uden at lægerne indgår i ligeværdig forhandling herom.

Loven lægger op til, at man i praksisplanudvalget kan etablere et godt samarbejde mellem praktiserende læger, regioner og kommuner, der tilsammen og med indbyrdes afhængighed har ansvaret for at løse sundhedsopgaverne i et lokalområde. God ide! Men sammensætningen, der giver de praktiserende læger 3 af 11 pladser, er ikke hensigtsmæssig, når det handler om indgåelse af aftaler, der forpligter de praktiserende læger til at løse konkrete opgaver. Paritet er afgørende i de spørgsmål. Det er er det tvingende nødvendigt, at alle aftaler, der forpligter lægerne til at løse opgaver af forskellig art, indgås ved ligeværdige forhandlinger mellem de praktiserende læger som "sælgere" og de offentlige myndigheder, regioner og kommuner, som "købere". Køber-sælger aftaler må for selvstændigt erhvervsdrivende (også læger) nødvendigvis fuldt ud kunne indgås mellem to ligeværdige parter, og som en naturlig del af aftalen skal der naturligvis heller ikke kunne ændres i indgåede aftaler uden at begge parter er enige herom.

Grundforudsætningen for, at almen praksis kan drives som private virksomheder ejet af praktiserende læger, nemlig at lægerne har adgang til at indgå ligeværdige aftaler om alle relevante forhold vedrørende forpligtelser, opgaver og honorering, kan med fordel sikres ved forhandlinger frem for ved lovgivning. Som lovforslaget ser ud nu kan blandt andet sundhedsaftalerne diktere arbejdsopgaver og forpligtelser, som lægerne ikke har indflydelse på.

Lovforslaget lægger op til at videreføre en økonomi som i den seneste overenskomst, dog med et 0-loft. Dette loft vil gøre det helt umuligt for lægerne at varetage den meget lange række af opgaver, som regioner, kommuner, patientforeninger m.fl. drømmer om, at almen praksis i tiltagende omfang skal varetage. Dertil kommer et øget antal danskere dag for dag, der alle har brug for lægehjælp. Der findes ikke flere læger, og lægerne i almen praksis arbejder allerede nu med direkte patientkontakt i 80% af arbejdstiden. Denne procentsats kan umuligt øges, der skal jo også skrives en lang række attester og andre administrative opgaver. Og den direkte patientkontakt KAN ikke effektiviseres. Det er ganske umuligt at nå at lytte til, undersøge, udrede, behandle, informere, berolige Fru Jensen på kortere tid, end vi bruger i dag, hvor alting i forvejen går meget stærkt. Muligheden for at øge opgaveporteføljen i almen praksis ligger i, at der gives økonomisk råderum til at ansætte mere personale, der på lægens ansvar kan varetage en del af opgaverne. Men det forudsætter, at 0-loftet over økonomien fjernes. Det vil også samlet set være den bedste mulighed for økonomien i sundhedsvæsenet, for de opgaver, som 0-loftet dikterer, at vi ikke kan løse i almen praksis, kan kun flyttes til dyrere aktører. F.eks. kan vi i almen praksis tage en blodprøve for under 200 kr., mens samme blodprøve på sygehuset takseres til over 1000 kr.

Så den klare anbefaling for at bruge ressourcer og økonomi bedst muligt – opgaveløsning på billigste, bedste og nærmeste sted for borgeren – er, at 0-loftet over økonomien i den videreførte overenskomst skal væk.

Lovforslaget lægger op til, at kvalitetsdata skal sendes fra lægepraksis til regioner. Det er særdeles bekymrende, at loven er formuleret, så der ikke er sikkerhed for, at kvalitetsdata kun kan og skal bruges til kvalitetsudvikling og uddannelse. Datafangst er et rigtig godt redskab til kvalitetsudvikling og uddannelse, og det bruges nu i større stil i langt hovedparten af landets praksis, mens det er ved at blive indført i de sidste resterende praksis. Der er videnskabeligt belæg for at kvalitetsdata, der potentielt eller faktisk kan bruges til kontrol og sanktioner, helt mister sin værdi som redskab til kvalitetsudvikling og uddannelse. Og hvis det sker, har det ikke længere nogen værdi. I så fald vil det fantastiske redskab Datafangst have forspildt sin værdi. Det vil være begrædeligt. Jeg håber derfor, at Sundhedsudvalget og Sundhedsministeren vil sikre, at kvalitetsudviklingsredskabet Datafangst også fremover kan fungere som et kvalitetsudviklingsredskab. Den effektive måde at sikre god kvalitet i patientbehandlingen vil være, at lægerne på klinikniveau bruger data til at fokusere behandlingsindsatsen.

Hvis lovforslaget giver mulighed for, at en region kan monitorere og sanktionere i forhold til læger, der ikke på passende vis f.eks. opnår tilfredsstillende værdier for blodsukker og blodtryk, vil det true lægens nødvendige udgangspunkt i, at valg om sundhed og behandling uholdt skal ligge hos patienten. Også patienter, der ikke ønsker behandling skal jo være velkomne hos den praktiserende læge, hvorimod de fint kan afsluttes fra sygehusene.

Lovforslaget bør ændres, således at der ikke kan herske nogen som helst tvivl om, at kvalitetsdata kun skal og må bruges til kvalitetsudvikling og uddannelse. Ellers giver de data ingen kvalitet men kommer blot til at udgøre spild af tid. Skræmmeksemplet på dataindsamling, der i mange tilfælde er mere eller mindre kvalificeret spild af tid kan ses på sygehusene, hvor lægerne kun bruger 25-30% af arbejdstiden sammen med patienterne (!), fordi der er så mange krav til registreringer og dokumentation og dertil langsomme og u hensigtsmæssige IT-moduler til diverse formål.

En af hovedbegrundelserne for, at lovforslaget skulle være nødvendigt, er, at man vil sikre lægedækning i hele landet. Det er en ambition, der deles af alle parter i sundhedsvæsenet. Men der er en mangel på praktiserende læger og speciallæger i almen medicin, der bevirker, at en lov som den her foreslåede ikke kan sikre lægedækningen bedre end man kan med de redskaber, som har været til stede allerede før lovforslagets tid. Allerede nu har det været svært at besætte stillinger i regionsdrevne klinikker. Speciallæger i almen medicin har typisk valgt det speciale på baggrund af et ønske om at være selvstændige, og ganske få ønsker fastansættelse som ansatte. At loven giver regionerne muligheder for at afprøve nye organisationsformer er ikke problematisk for lægerne, men det løser bare ikke grundproblemet.

Det er at stikke sig selv og befolkningen blår i øjnene at tro, at loven sikrer lægedækning, blot fordi det er noget, man ønsker. Løsningen på det problem er som det væsentligste at uddanne flere speciallæger i almen medicin. Mens man så venter i en årrække på disse speciallæger må man lave en national koordinering af placering af lægekapaciteter. Det vil kræve at de fem regioner arbejder sammen, for de store byer må afgive lægekapacitet til yderområderne, for ellers vil der vedvarende være ledige stillinger længst fra universitetsbyerne, hvor lægerne bor før de påbegynder speciallægeuddannelsen.

Der er således ingen grund til at vedtage lovforslaget for at sikre lægedækning i hele landet. Til den ende må jeg foreslå Sundhedsudvalget og Ministeren at arbejde med Sundhedsstyrelsens dimensioneringsplan for speciallægeuddannelserne samt at sikre, at landets 5 regioner forpligtes til indbyrdes samarbejde om at håndtere den nuværende lægemangel.

Jeg håber med ovenstående at have bidraget til yderligere belysning af, hvorfor vi er så mange læger, der på nuværende tidspunkt har deponeret vores ydernummer hos PLO. Vi kan ikke se, hvordan vi skal kunne arbejde lægefagligt og driftsmæssigt ansvarligt under den aktuelt skitserede lov. Men vi vil gerne arbejde som praktiserende læger, og vi vil helst udgøre en gratis lægekapacitet for vores patienter, hvortil der er fri og lige adgang. Men for at vi kan se os selv som praktiserende læger, kræver det ændringer i den foreslåede lov, som skitseret ovenfor, og det kræver at vi som læger bliver inviteret til at forhandle om de forhold, som vi skal være forpligtede af.

Med venlig hilsen

Gunver Lillevang

Praktiserende læge, Roskilde