

Fra: Alexander W. von Wallfeld
Sendt: 23. maj 2013 22:08
Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse
Cc:
Emne: Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af Sundhedsloven

Hillerød, 23-5-2013

Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af Sundhedsloven

Sagsnr.1302269 , Dok. nr.1205338

- §204 Vedr. praksisplanudvalg
 - a. Enhver aftale om indholdet i arbejdsopgaver i almen praksis skal forankres i dialog mellem de 3 parter, der er involveret i omsorgen for patienterne – kommuner, regioner og praktiserende læger, således at de mest hensigtsmæssige arbejdsgange sikres.
 - b. Da der er tale om en aftale skal alle parter være enige i opgavernes omfang og bedst mulige løsning. Det værende sig også opgavedelingen mellem kommuner og regioner.
 - c. Det er særdeles vigtigt at samarbejdet hviler på lydhørhed og gensidig respekt, således at der samlet arbejdes mod et fælles mål. Hvis dette ikke tilgodeses i styringen, vil der være fare for at der sker ressourcespild både tidsmæssigt og økonomisk, hvilken ingen af parterne kan være interesseret i.
- §227 Vedr. ydernumre
 - a. Eksisterende ydernumre i funktion skal ikke kunne opkøbes. Denne formulering giver en utryghed for investeringen i de klinikker, der er eksisterende. Dette er ikke fremmede for lysten til at nedsætte sig som praktiserende læge.
 - b. Ydernumre skal kunne overtages tidsbegrænset af andre læger. Det er ikke hensigtsmæssigt hverken for kontinuiteten eller kvaliteten at have ansatte læger, som alt andet lige oftere vil være midlertidige. Princippet med et ofte årelangt og dybere kendskab til patienterne vil dermed tabes.
- §231 Vedr. sundhedsaftaler
 - a. De praktiserende læger skal jf. svar i forhold til §204 være med i beslutningsprocessen ift. Sundhedsaftalerne, således at aftalerne indgås i enighed. Det bør derfor ikke være nødvendigt at nævne at indgåede aftaler skal overholdes.
- §231 Vedr. kodning og datafangst
 - a. Reglerne og indhold af datafangst skal udelukkende være fagligt funderet og skal være forankret i de videnskabelige selskabers arbejde og deres anbefalinger.
 - b. Det er uhensigtsmæssigt at regionerne vil bruge data fra datafangst til at monitorere kvalitet. Data er ikke beregnet til et sådant svar og det risikeres at de indsamlede data (som er indsamlet til internt kvalitetsarbejde) vil få en uhensigtsmæssig bias, hvis de skal bruges som 'kvalitets-indikatorer'.
 - c. Dataregistreringen bør i stedet bruges konstruktivt og fremadrettet, som det allerede er blevet brugt i regionernes 'Facilitator-ordning' og 'Praksis-matrix'. Endvidere bør

!kvalitetsarbejde fortsat blive styrket med at udvide tiltag som f.x.besøg fra Medicinfunktionerne til gennemgang af den enkelte praksis data for at hæve kvaliteten af de enkelte praksis.

- d. Der er allerede store mængder data tilgængelige i form af ydelsesdata. Disse kunne også inddrages til at finde fokuspunkter for de enkelte praksis i forbindelse med fx facilitator-besøg.
- Økonomi-loftet over økonomien i almen praksis bør ikke forlænges, da enhver opgave, der overtages fra sygehuse og kan udføres ligeværdigt i almen praksis vil være en klar besparelse for de samlede omkostninger. Der bør være en klar samfunds-interesse i, at få varetaget sygdomsbehandling til laveste omkostnings-niveau - altså i almen praksis.
- Sundhedsministeren har gennem lovforslaget fået yderligere beføjelser til mere detaljeret styring af almen praktiserende lægers arbejde og arbejdsvilkår.
 - a. Det ses som uhensigtsmæssigt at sundhedsministeren styrer aftaleindhold i de praktiserendes lægers arbejde
 - b. Opgaver og rammer skal aftales mellem aftaleparterne, således at alle parter er enige om indhold og udformning

Alexander von Wallfeld
Praktiserende læge, Hillerød

Fra: Ane Lyng

Sendt: 23. maj 2013 21:25

Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse;

Emne: Hørringsvar vedr. lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og er-statningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Hørringsvar vedr. lov om ændring af sundhedsloven.

Sag 1302269, dok 1205338

Som kommende speciallæge i almen medicin er jeg dybt bekymret over konsekvenserne af lovforslaget. Jeg mener at det bør tages af bordet og som andre har foreslået, bør der i stedet ligges op til forhandlinger med deltagelse af uvildig opmand.

Jeg bliver færdig til maj næste år, men alle planer om praksis køb i Danmark er helt sat på standby. Jeg har svært ved at se mig selv i et system / i en hverdag uden medbestemmelse, men med kæmpe ansvar og hvor mine arbejdsforhold ikke er sikret mange år frem. Min plan var som mange andres at købe en praksis, at få ansatte og forblive det samme sted resten af mit arbejdsliv, nu ved jeg ikke: Fremtiden er simpelthen for usikker.

Mange yngre læger har det lige som mig, og jeg frygter at lovforeslaget blot vil øge manglen på praktiserende læger yderligere. Der til kommer den negativ og mistroisk måde min kollegaer er blevet omtalt på, den gavner ikke rekrutteringen til specialet.

Jeg synes det er meget trist ikke at kunne se frem til at arbejde i et så unikt system som den danske primær sektor, et så vel fungerende og billigt system.

Hvis de praktiserende læger ikke længere må være med til at tage beslutninger (sidde med i praksisudvalget), hvor er så garantien for at vi får løsninger som er funderet i og tager afsæt i virkeligheden, og hvad der kan lade sig gøre. I stedet for det der foregår på et skrivebord. Læger i praksisudvalget, må være en forudsætning for at vi fortsat skal kunne arbejde som selvstændigt erhvervsdrivende. Læger i praksisudvalget er en forudsætning for at højne den læge faglige kvalitet.

Selvfølgelig skal vi højne kvaliteten men ikke på bekostning af tavshedspligten. Vil man som patient gå til sin læge med problemer hvis man ved at andre kan få adgang til lægens journal eller blodprøvesvar osv.?

Tillidsforholdet mellem patient og læge bygger jo i højgrad på tavshedpligten

Kvaliteten kan heller højnes med straf. Hvem vil så tage sig af de patienter der ikke vil eller magter at følge en given behandling, de ser jo ikke godt ud i statistikken.

Sidst og nok aller vigtigst. Jeg kan kun se at gennemføres dette lovforeslag vil gøre vores patienter til tabere i dette spil. For i en hverdag hvor vi forventes at se endnu flere patienter, samtidig med at vi skal dokumenterer endnu mere. Hvor skal der så blive tid til de svageste, der benytter lægen ofte, til dem som ikke har råd til at gå til psykolog, til dem som bare har brug for at komme og få bekræftet at deres lille dreng ikke har lungebetændelse, når han nu har hostet i 14 dage men ellers er velbefindende, til dem som har brug for at komme mange gang hos lægen før der er opbygget et tillidsforhold og de tør lægge deres problemstillinger frem. Og hvad med dem som på grund af lang ventetid og ukarakteristisk symptomer bliver forsinket i udredningen af en alvorlig sygdom. Igen, det tager nogle gange tid før man kommer til sagen kerne, og hvis der kun er kort tid sammen med den enkelte patient, forpasses chancen måske flere gange for at opdage tegn på alvorlig sygdom.

Med venlig hilsen

Ane Lyng

Læge i hoveduddannelses til almen medicin, Region Sjælland.

Fra: Anette Skov
Sendt: 24. maj 2013 02:13
Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse
Cc:
Emne: Høringssvar/ bemærkninger til lovudkast af 3. maj 2013

Til Ministeriet for sundhed og forebyggelse
Center for primær sundhed og forebyggelse

Høringssvar/ bemærkninger til lovudkast af 3. maj 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Kære Sundhedsminister Astrid Krag

Vi er et større lægehus på Vesterbro i København – Vesterbro Lægehus. Vi er et moderne, velfungerende, tidssvarende lægehus, der i flere år har kunnet alt det du mener vi som praktiserende læger skal kunne i fremtiden. Vi er ofte blevet betegnet som "prototypen på et moderne lægehus" også af tidligere borgmester for Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i København Ole Lønborg samt af en regionspolitiker fra venstre der for nylig har været på besøg.

Begge har glædet sig over vores dynamik, arbejdsglæde og ansvarlighed i huset, der helt naturligt fordrer til højt fagligt niveau og service. Vi er af en konsulent fra regionen blevet kaldt "klassens duks" – vi gør alt det der forventes at vi gør. Med glæde.

Som vi plejer at forklare til interesserede er huset "vores baby" – vi har skabt det, vi passer det, vi værner om det, vi bekymrer os om det, vi er stolte af det. Vi viser det gerne frem – så kom endelig også du, hvis du har lyst, men skynd dig – for vi er ved at gå i opløsning. Vi er triste, vrede, sårede, skuffede og meget, meget bekymrede - for vores patienter og for vores fag.

Vi er en sammensætning af en næsten færdig praktiserende læge, der ønsker at indgå en "senior ordning" med vores ældste kompagnon. På den måde får vi en ny skøn kollega og fastholder vores ældre fantastiske kollega nogle år mere end han oprindeligt havde regnet med. Derudover er vi 3 læger midt/ slut 40'erne som havde regnet med at fortsætte i lægehuset mange år endnu.

Men – det hele er ved at smuldre med dit udkast til lovforslag.

1. Vores kommende kollega tør (forståeligt) ikke købe sig ind mere og har indtil videre meldt pas. Dette matcher det rystende men forventede resultat af afstemning i FYAM der netop har været afholdt hvor der er sket i drastisk fald i yngre almen medicinere der ønsker at nedsætte sig som praktiserende læge.
2. Vores ældste kollega overvejer seriøst at stoppe FØR forventet tid. Efter mange slidsomme men gode år - er nok, nok. Han orker ikke mere - at blive trukket rundt i manegen.
3. Så er vi 3 faste – halvunge – eller halvgamle - om du vil, læger tilbage. Vi vil være dårligt stillede med manglende kompagnon(læs meget, meget travlt). Så vi er også allerede trætte – før tid - og vi tænker seriøst i alternativer. Her tænker vi ikke på ansat læge i regions ejet eller lignende lægehus. Vi tænker heller ikke på ansat almen mediciner på et dansk hospital. Vi overvejer brancheskift – det er måske nu vi skal springe ud i noget helt andet? Vi er omstillelige, vi kan læse, lede, administrere, organisere, multitaske, yde god service, kommunikere, registre – og arbejde hurtigt.

Men hvor er det dog trist at et så ellers velfungerende system – med meget få brodne kar (som vi i øvrigt alle gerne vil være med til at hjælpe til en mere tidssvarende model) – nu med dette udkast

til lovforslag - er ved at blive splittet i atomer. Vi er klar til at afgive vores ydernummer - og tro os. Praktiserende læger er også handlekraftige – så det er ikke som nogle antyder spil for galleriet. Vi mener det. Vi vil IKKE arbejde under de vilkår der kan blive virkelighed med dit udkast til lovforslaget.

Hvorfor skal vi "skoles" på denne måde? Hvorfor håndterer I det på denne diktatoriske måde? Hvorfor sætter I os i gabestok og skammekrog? Hvorfor viser I os så meget mistillid?

Har ministeren gjort sig klart hvor meget der rent faktisk er på spil?

Hvordan har ministeren tænkt sig at løse den mangel der vil opstå på praktiserende læger på grund af rekrutteringsproblemer - både til hoveduddannelsen og etableringen som praktiserende læge?

Hvordan har ministeren tænkt sig at erstatte de mange, mange ældre kolleger der har ytreret de stopper nu?

Hvordan har ministeren tænkt sig at løse den mangel der vil blive på højt specialiserede, fagligt dygtige, empatiske, arbejdsomme, entusiastiske praktiserende læger?

Vi har et helt specifikt spørgsmål Vedr. Lov om ændringsforlag til sundhedsloven Kapitel 15, § 60, stk. 3:

Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om gruppe-1 sikrede personers ret til vederlagsfri behandling hos alment praktiserende læge, herunder i tilfælde af akut opstået sygdom, om sygebesøg m.v.

Er det rigtigt forstået, at Ministeren får ret til at diktere, at behov for sygebesøg, akutte konsultationer m.v. kan påvirkes af andre forhold end den lægefaglige vurdering? Kan det tænkes at patienten, pårørende eller plejepersonale kan kræve at lægen tilser patienten - enten i konsultationen eller i hjemmet - på trods, at lægens faglige vurdering tilsiger anderledes? At andet end faglig vurdering kan afgøre, om der er behov for konsultation/sygebesøg er svært bekymrende.

Vi bekymrer os også om ministerens potentielle magt ved lovforslaget til at bestemme over praksis - åbningstider, øgede arbejdsopgaver til samme aflønning, fokusområder der ikke nødvendigvis tilgodeser den rationelle prioritering som kun den praktiserende læge er i stand til at foretage.

Vil ministeren be- eller afkræfte om det bliver virkeligheden med udkastet?

Vi bekymrer os udtalt om vores manglende placering i samarbejdsudvalget.

Hvordan kan ministeren forestille sig at vi kan bevare arbejdsglæden, effektivitet og udtalt ansvarlighed når vi minimeres til marionette figurer?

Vil ministeren be- eller afkræfte af vi med lovforslaget kan styres ud i mindste detalje med drift herunder blandt andet placering, omgivelser, adgang, åbningstider, fagligt indhold, henvisninger, registreringer mm uden der lyttes til de der rent faktisk ved hvordan praksis skal drives – nemlig de praktiserende læger.

Det er os der har hænderne i mulden. Det er os der vander vores have . Hver dag.

Vi vil også gerne vide;

Er det ikke sådan at lovforslaget bemyndiger ministeren til udtage eller indsætte arbejdsområder for de praktiserende læger ?

Altså, at DJØF'ere eller andet administrativt/ministerielt personale kan udarbejde og implementere planer for lægernes faglige arbejde uden at lægerne har andet end høringsret ?

F.eks kunne ministeren med lovforslaget fjerne graviditets- og børneundersøgelserne fra de praktiserende læger og lægge dem over i sundhedscentre hos sygeplejersker som et diktat/bekendtgørelse ?

Endelig til sidst har vores - hvad vi stadig håber er vores nye kompagnon skrevet nedenstående til dig:

Mit navn er John Rosenberg Madsen jeg er færdig som speciallæge i almen medicin om 2 mdr. Jeg glædede mig til at skulle købe mig ind i et lækkert lægehus - et kompagniskab med 4 læger og en masse kolleger som uddannelseslæger, sygeplejersker, sekretærer og farmakonomer. Det er en betydelig økonomisk investering og det er som du kan forstå med en vis usikkerhed jeg ser på fremtiden!

I min dagligdag oplever jeg konstant ønske om høj faglighed, god service, ansvarlighed og engagement over for patienten, samarbejdspartnere og kollegaer!

Hvordan vil du med udgangspunkt i regeringens lovforslag sikre generationsskiftet, som er imperativt og særdeles bydende, når man ønsker at fratage os, i min optik hårdt arbejde almen medicinske læger, medindflydelse på de faglige og økonomiske rammer?

Fortæl mig hvorfor jeg skal satse og investere hus og hjem i en fremtid som praktiserende læge med den lovgivningsmæssige spændetrøje lovforslaget udstråler, som fjerner/afviser medbestemmelse på en lang række områder.

Hvorfor er sundhedsministeriets fortolkning af lovforslagets betydning/konsekvenser for fremtidens almen praksis så markant anderledes end den vurdering Advokaterne hos Kromand & Reumert har vurderet og rådgivet PLO omkring?

Vi er en hel generation af yngre almen medicinere som glæder os til at bruge vores lange uddannelse Giv mig medindflydelse på mit fagområde og stabilitet så får du en engageret familielæge som er villig til aktiv deltagelse i løsning af alle de problemer som fremtiden skjuler!

Til sidst en opfordring fra Vesterbro Lægehus til dig!

Undgå med lovforslagets nuværende udformning det forsøg på magtudøvelse som Regionerne og Regeringen har planlagt. Et forslag der for os at se er fuldkommen irrationelt og meningsløst.

Vi er omstillingsparate, engagerede ansvarlige, lydhøre og klar til samarbejde. Fagligheden er vores flagskib. Økonomien spiller for nuværende en mindre rolle, men vores yngre kolleger skal kunne betale banken tilbage og vi skal også kunne afholde øgede udgifter til personale, huslejestigninger, sygemelding af medarbejder, daglig drift og hvad der ellers kan komme af mer- og uforudsete udgifter.

Lad os sammen - også fremadrettet – vedvarende udvikle et sundhedsvæsen hvor primær sektoren er løsningen og ikke problemet på de store udfordringer fremtiden byder.

Vi er klar – men grip bolden nu inden vi mister mod, lyst og energi.

Lad os samarbejde – og drop lovforslaget!

Med venlig hilsen

John Rosenberg, Tina Lund, Jacob Helsted, Jesper Lillesø og Anette Skov
Vesterbro Lægehus
www.vesterbrolaegehus.dk
Amerikavej 15 c, 1
1756 København V

HØRINGSSVAR TIL SUNDHEDSMINISTER ASTRID KRAGH:

Kernefunktionen for de praktiserende læger i Danmark er at opspore og behandle sygdomme af enhver art i den danske befolkning: Infektioner, kræft, diabetes, hjertekar sygdomme, KOL, depression, gigt, demens og osteoporose . Der kommer stadig flere kroniske sygdomme til. F.eks fyldte demens og osteoporose ikke meget for 20 år siden.

Opsporing og behandling af de kroniske sygdomme er den store udfordring for os .Befolkningens livsstil og forlænget levealder medfører, at flere får disse sygdomme.

De praktiserende læger er de eneste, der kan løfte denne kæmpeopgave til en rimelig pris og med ordentligt resultat. Vi har kontinuitet i vores arbejde, fordi den samme læge er på samme sted, i borgernes nærmiljø, i lang tid. Vi lærer familierne at kende, og de kender os. Talrige tilfredshedsundersøgelser har vist befolkningens tilfredshed med de praktiserende læger.

Specialisterne på sygehusene bliver mere og mere specialiserede og ser kun på hver deres lille del af "patienten". De praktiserende læger ser på " det hele menneske". Dette er uhyre vigtigt for befolkningen og grunden til , at de praktiserende læger er gode som TOVHOLDERE i patientforløb.

Vi støtter de svage borgere i at opnå deres rettigheder i forhold til kommuner og arbejdspladser ved at vi deltager i rundbordssamtaler med kommunerne og arbejdspladserne. Vi udfylder forsikringsattester og attester til Arbejdsskadestyrelsen og kommuner.

De praktiserende læger færdigbehandler minimum 90 procent af patienterne.

Sygehusvæsenet bryster sig af en vældig produktivetsfremgang. Det er godt for patienterne. Man skal dog ikke glemme, at de forundersøgelser og efterkontroller, sygehuslægenes behandling indebærer i dag, er lagt ud til de praktiserende læger, som derfor også har del i produktivetsforøgelsen. Der er lagt arbejde for 100 mio. kr. fra sygehusene ud til de praktiserende læger. Det har kostet regionerne 40 mio. kr. at få dette arbejde udført af de praktiserende læger. Det må da siges at være produktivitet og effektivitet!

De praktiserende læger samler op hvor sygehuse, regioner og kommuner svigter, og det sker DAGLIGT!

De praktiserende lægers IT fungerer i modsætning til sygehusenes IT, som i stor stil ikke fungerer - og er meget tidskrævende. Korrespondancemeddelelser er en måde at kommunikere med sygehuslægerne i stedet for telefonisk kontakt. For nylig blev jeg som praktiserende læge klar over, at korrespondancemeddelelser fra mig til sygehuslægerne ikke automatisk går ind i den elektroniske patientjournal. De skrives ud på papir, hvilket fremmer risikoen for, at den ikke bliver læst af den sygehuslæge, som den meget gerne skulle nå.

Sygehuslægerne er MEGET vanskelige at opnå telefonisk kontakt med i dag!

Regionerne og regeringen vil gerne have mere indblik i de praktiserende lægers arbejde. Datafangst og kvalitetssikring er indført i Almen Praksis pr 1/3-2013. Resultaterne er dog af gode grunde ikke tilgængelige pt. - men de kommer jo.

Vi har inviteret politikere og embedsmænd til at besøge vore klinikker. Mange fik forbud mod at komme, men de, der kom, var imponerede over den produktivitet og effektivitet, der er i Almen Praksis.

Hvis regionerne, sygehusene og kommunerne skal have så stor indflydelse på de praktiserende lægers arbejde, må regionerne købe vores klinikker og fastansætte læger til udførelse af arbejdet.

Nu er ministeren jo ikke så gammel som en anden én, der har været praktiserende læge i næsten 26 år (fra jeg var 31 år).

Tro mig: Det system, der her lægges op til i lovforslaget, bliver DYRERE, DÅRLIGERE og til fare for folkesundheden .

Set med mine øjne er der meget i sygehusvæsenet, som ikke fungerer optimalt. Jeg synes regionerne skal koncentrere sig om, at få sygehusvæsenet og deres andre funktioner til at fungere, inden de kaster sig over nye interesseområder (Almen Praksis), som de ingen forstand har på at styre.

Almen Praksis er den mest velfungerende og billigste del af det danske sundhedsvæsen og får TOP-KARAKTERER af brugerne. Hvorfor skal Almen Praksis ødelægges af uforstående politikere og embedsmænd? På sigt er befolkningens sundhedstilstand på spil.

Anne Brahe

21.05.2013

Praktiserende læge, 6091 Bjert

Fra: Anne Christina Kjerulff
Sendt: 23. maj 2013 00:08
Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse
Cc:
Emne: Høringssvar, ændring af Sundhedsloven af 3.Maj. 2013

Ministeriets Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
Vedr. Sagsnummer 1302269. Dokumentnummer 1205338

Att. primsund@sum.dk
kopi til seb@sum.dk

Høringssvar på Ændring af Sundhedsloven af 3. Maj 2013

Der er mundtligt manet til besindighed af Sundhedsminister Astrid Krag i forbindelse med forståelsen og læsning af lovforslaget af d. 3.Maj 2013.

Det er dog bydende nødvendigt at vi forholder os til det skrevne ord og dets muligheder. Jeg tillader mig hermed at tage lovens ord for pålydende, da det burde være det den er beregnet til. Jeg vil starte med at spørge, hvorfor det ellers skulle være formuleret som det er, hvis ikke det netop skulle kunne bruges som pålydende?

1. Fratagelsen af paritetsprincippet, hvor faglighed og ekspertise i form af beslutningsdeltagelse fra de udøvende praktiserende læger afskæres, kan ikke anbefales. Ønsket om øget samarbejde imellem primær sektor og kommuner/regioner vil blive svækket, når fagligheden ikke vægtes i beslutningsprocessen og kvaliteten af det udførte arbejde vil blive forringet .

At fratage en selvstændig virksomhed medbestemmelse og sætte den under administration og skærpet opsyn, som det fremstår i dette tilfælde, gavner sjældent samfundet på sigt.

Primær sektor har løbende samvittighedsfuldt taget rollen som gatekeeper meget alvorligt og har optimeret det produkt Regionerne har købt, og sparet dem mange penge hvert år. Det er naturligvis i Regionernes interesse at der er omsætningsloft men ikke loft for opgavebyrden som ifølge lovindgrebet frit kan besluttes af ministeren og dennes for godt befindende.

Det er også meget nemt at se, at det kan den praktiserende læge ikke forpligte sig til uden at bukke under for det sandsynlige arbejdspress. Resultat: Færre læger til at løfte opgaven, kortere konsultationer, dårligere patientbehandling, flere syge og bekymrede patienter, potentielt flere henvisninger til dyrere vurderinger i speciallægepraksis/ hospitalsregi. Sidstnævnte komplikation er dog søgt udelukket ved lovgivning, da der kan gives bøde til den henvisende læge ved for mange henvisninger. Det er tilgængeligt ikke til patienternes bedste, at der ikke er fri henvisningsret af speciallægeuddannet fagperson.

2.Øget dokumentation: Der dokumenteres allerede i udbredt grad og endnu mere kontrol er ikke til patienternes bedste. Det er uforeneligt med lægeløftet om tavshedspligt at der kan trækkes personfølsomme informationer uden indhentning af accept fra patienten i den givne sag. Dokumentationen vil ikke øge behandlingskvaliteten, da erfaring med kodningen i andre lande har vist at blive for upræcis til forskning pga. andre hensyn der tages i den givne situation, og det ender med at blive tidskrævende, meningsløst arbejde, der vil reducere patientkontakt-tiden yderligere.

3. Muligheden for Ekspropriering af ydernummer. Det er i loven formuleret således at Regionerne kan opkøbe og videresælge ydernumre og således er der lov hjemmel for noget der nærmer sig ekspropriering af virksomhed, selvom det betyder ikke at komme på tale. Det nærmer sig menneskerettigheds-løse tilstande at ens ejendom/virksomhed kan overtages ved behov.

4. Lovforslaget stiller ikke specifikke krav til kompetancen hos ansatte læger i klinikker ejet af private aktører, og dermed er det svært at se hvordan den ønskede kvalitetssikring kan sikres, når ikke alle læger skal have almenmedicinsk speciallægeuddannelse for at varetage arbejde i primærsektoren.

5. Ønsket om lægedækning i udkants Danmark løses ikke ved muligheden for at flytte ydernumre og oprette private aktører (gerne med ansatte uden almenmedicinsk uddannelse). Regionsdrevne klinikker har allerede været forsøgt uden større held i flere år. Der er antageligt afsat større summer til at ændre vores velkendte, og ellers velfungerende, sundhedsvæsenets struktur- jeg foreslår investeringen skulle ligge i synlig økonomisk gevinst og gratis lægebolig de steder der ikke er attraktive i steden.

Sidst men ikke mindst, vil jeg henlede opmærksomheden på at rapporter og faglige undersøgelser skal laves med uvildighed og faglighed og ikke som aftalt arbejde med konstrueret konklusion, lavet på forhånd. Regionerne bruger Rigsrevisionens beretning og en OECD rapport som begge ved nærlæsning bærer præg af dette, samt af en rungende mangel på indhentning af vurderinger og oplysninger hos den udøvende faglige ekspert, de praktiserende læger.

Der er således i mine øjne stor fare for at dette lovindgreb om ganske kort tid vil sønderknuse et ellers velfungerende, af patienterne værdsat, og i udlandet anerkendt, primært sundhedsvæsen, som det vil tage mange år at få genopbygget.

Der er ved lovindgrebet ønsket en styrkelse af Regionernes planlægning og styringsmuligheder, men ved ikke at tage fagligheden med som jævnbyrdig sparingspartner, ser det ud til at betyde en styrkelse af Regionerne men en svækkelse af sundhedstilbudet til borgerne. Økonomiske beslutninger i sundhedsvæsenet bør ikke tages uden ligeværdig medinddragelse af sundhedsfaglig ekspertise.

Private erhvervsdrivende bør heller ikke kunne opleve at en minister med lovindgreb kan fratage dem faglig og økonomisk medbestemmelse over deres virksomhed.

Hvorfor ødelægge Primær Sektor? Det er Sekundær Sektorens fundament hvorpå Danmarks Sundhedsvæsen hviler- Hvorfor ikke bevare den som den er, en billig og driftssikker samarbejdspartner med høj, anerkendt kvalitet? Lovindgrebet truer på mange punkter stabiliteten i fundamentet af Danmarks Sundhedsvæsen.

med venlig hilsen

Praktiserende læge, Nørrebro
Anne Christina Kjerulff

Fra: Anne Louise Born Sylvest

Sendt: 23. maj 2013 23:33

Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse

Cc:

Emne: Høringssvar om udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, Sagsnummer 1302269. Dokumentnummer 1205338

Att.: Ministeriets Center for Primær Sundhed og Forebyggelse

Høringssvar om udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, Sagsnummer 1302269. Dokumentnummer 1205338

Sundhedsministeren har den 3. maj 2013 fremlagt et udkast til forslag om Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, som i første instans ud fra Sundhedsministerens første fremlæggelse har lydt meget tiltalende, men lovforslaget afspejler efter min mening på ingen måde dette.

Det er fremlagt med ord om, at intentionen er at styrke familielægen, sikre lægedækning i hele landet samt sikre kvalitet i lægearbejdet, men efter min mening truer lovforslaget det enestående og effektive system, som almen praksis er på nuværende tidspunkt.

Jeg er uddannelseslæge i hoveduddannelse til Almen Medicin, hvilket vil sige, at jeg er på vej til at blive praktiserende læge. Lovforslaget giver mig store bekymringer om, hvordan almen medicin og primærsektoren overhovedet skal overleve i fald lovforslaget vedtages. Min bekymring bygger på min egne overvejelser men også på resultatet af en spørgeundersøgelse foretaget blandt Forum af Yngre Almen Medicinere (FYAM)s medlemmer, hvor hele 93 % før lovindgrebet ser sig selv som praksisejere, mens det tal er faldet drastisk til kun 31 % i fald lovindgrebet vedtages. Det er meget foruroligende, at alle os, der løbende skal udskifte den ældre generation af praktiserende læge, har mistet modet og visionerne. Jeg vil derfor gerne udtrykke min bekymring over, at så mange yngre læger inkl. mig selv ikke ser sig i stand til at arbejde under de forhold som lovindgrebet påskriver. Jeg kan kun se, at det vil føre til øget mangel på praktiserende læger. Dette er slet ikke i tråd med, at Sundhedsministeren gentagne gange har udtalt, at lovforslaget er lavet for at sikre lægedækning i hele landet. Hvis manglen på almen medicinere stiger yderligere, vil det helt sikkert gå endnu mere ud over udkantsdanmark, hvor lægemanglen vil blive katastrofal. Hvordan har Sundhedsministeren tænkt sig at løse det rekrutteringsproblem, der derfor uvilkårligt vil opstå til almen praksis, i fald loven vedtages?

Dette leder mig hen til, at Sundhedsministeren ligeledes med argumentation i lovforslaget har udtrykt intentioner om, at denne mangel på praktiserende læger i udkantsdanmark kan afskaffes ved at udbyde ydernumre til andre aktører. Det hænger for mig slet ikke sammen med kravet om øget kvalitet, da det da på ingen måde vil være nemmere for private aktører at rekruttere speciallæger til udkantsdanmark, end det i forvejen er for Regionerne. Det er på ingen måde attraktivt for speciallæger i almen medicinere at søge ansættelse i en klinik ejet af en anden privat aktør, hvis hensigt udelukkende er drevet af et ønske om at tjene penge og ikke nødvendigvis en reel interesse i almen praksis herunder udvikling og kvalitetssikring. I mangel på almen medicinere, der ønsker ansættelse under disse forhold, er eneste løsning derfor, at der ansættes læger, der ikke er speciallæger i almen medicin med deraf kvalitetsforringelser. Alle andre specialer opruster på specialviden, mens det ser ud til, at almen medicin med lovforslaget er i fare for at forringe kvaliteten betragteligt.

Vi har netop valgt dette speciale ud fra en interesse i det brede medicinske spektrum, den tætte patientkontakt, kontinuitet, alsidighed, faglighed og ikke mindst ud fra ønsket om at være "herre i eget hus". Vi ved, at dette indebærer en masse slid herunder lange arbejdsdage, gæld til indkøb af ydernummer og klinik samt faglig udvikling for at leve op til vores egne personlige krav, men selvfølgelig også de eksisterende kliniske retningslinjer. Der er stor risiko for, at denne motivation og arbejdsglæde vil blive taget fra os i en klinik drevet af en anden aktør -ligesom jeg ser, at det vil ske, i fald lovforslaget vedtages, hvor vi vil blive reducerede til de private erhvervsdrivende med de dertil hørende forpligtigelser herunder økonomiske (personaleaf lønning, husleje etc.), men med meget minimeret indflydelse på eget arbejde.

Hvordan vil Sundhedsministeren sikre vedvarende entusiasme og arbejdsglæde under det nye lovforslag, når den nu gældende selvbestemmelse negligeres?

Hvordan vil Sundhedsministeren opnå samme i klinikker drevet af andre aktører som fx forsikringsselskaber hvor motivationen for disse åbenlyst er at tjene penge?

Jeg har i min nu 10-årige lægekarriere udelukkende mødt dedikerede praktiserende læger, der brænder for deres speciale, faglige stolthed og virksomhed. Jeg forstår derfor ikke, hvorfor dette lovforslag overhovedet er nødvendigt. Sundhedsministeren udtaler i et interview, at det gælder om at højne kvaliteten hos de få, der ikke lever op til en god standard.

Mener Sundhedsministeren virkelig, at en så omfattende lov er nødvendig for så mange for at få et så fåtal til at højne kvaliteten?

Kan Sundhedsministeren ikke se andre løsninger på dette problem?

Jeg er sikker på, at de praktiserende læger hellere end gerne vil indgå i et samarbejde. Det er i vores egen interesse, at kvaliteten vedvarende sikres. Vi ønsker jo alle vores patienter det bedste.

Har Sundhedsministeren overvejet, at samarbejde er langt mere motiverende for at højne kvaliteten, end love der trækkes ned over hovedet på lægerne?

Jeg er derudover meget bekymret over, at lovforslaget fratager de praktiserende læger den paritetiske medindflydelse på praksisplanlægningen. Det er jo katastrofalt for et samarbejde, at den ene part er sat uden for døren og er degraderet til et rådgivende organ uden beslutningsret. Det kan på ingen måde styrke almen praksis at være sat uden indflydelse på eget arbejdsliv. Min lyst til at blive almen mediciner er faldet drastisk efter først Regionernes manglede velvilje til forhandlinger, dernæst deres devaluerende retorik og senest lovforslaget, der fratager os medindflydelse på eget arbejde. Jeg har flere gange hørt, at Sundhedsministeren angiver, at det ikke er hensigten med lovforslaget at detailstyre almen praksis.

Kan Sundhedsministeren derfor forklare mig, hvorfor loven så er formuleret således, at vi bliver sat uden medindflydelse og i øvrigt bliver mødt med en masse sanktionsmuligheder i fald vi ikke lever op til de krav, som Sundhedsministeren fremsætter -og i øvrigt kan ændre fra tid til anden efter for godt befindende uden vi har mulighed for indflydelse?

Mit høringssvar er ment som et bekymringsbrev fra en yngre læge, der egentlig er på vej i almen praksis, men er blevet alvorligt bekymret for den fremtidige kvalitet, kontinuitet og udvikling i almen praksis, i fald lovforslaget vedtages. Jeg ved, at mange gode kollegaer i deres høringssvar er gået mere ned i hvert enkelt punkt i loven. Dette vil jeg undlade og vil i stedet udtrykke, at jeg på det kraftigste ud fra min bekymring for fremtidens almen praksis med argumentationen ovenfor vil anbefale, at lovforslaget tages af bordet og reelle forhandlinger genoptages mellem de praktiserende læger, regionerne og kommunerne om fremtidens almen praksis.

Med venlig hilsen
Anne Louise Born Sylvest
Uddannelseslæge i hoveduddannelse i Almen Medicin

Torupgård
Haldvejen 17, Torup
3390 Hundested
Denmark

Til Sundhedsministeren

Høringssvar om udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven lov nr. 361 af den 9. april 2013.

§ 204 stk. 2.

Et praksisplanudvalg uden repræsentation af de praktiserende læger vil mangle den faglige indsigt til, at kunne træffe nogle balancerede beslutninger i forhold til prioriteret sundhedsopgaver under et økonomisk hensyn.

Ud fra lovforslaget kan man frygte, at endnu flere patienter hurtigere bliver udskrevet fra sygehuset, uden at deres forløb er færdigbehandlet. Vi kender godt til den politiske intention om, at placere speciallæger i fronten i landets akutmodtagelser, og dette betyder en begrænsning af tilbud til ambulante patienter. Skal disse patienter også ses hos egen læge? I Region Hovedstaden lukker lægevagten fra den 1. januar 2014 uden at PLO har fået en nærmere forklaring om, hvilke tilbud der ellers ville erstatte den nuværende ordning. Skal vi arbejde endnu længere end til kl. 16.00 hver dag for at kunne absorbere disse patienter?

Kommunerne har også mange planer om alt muligt fremtidigt samarbejde med praktiserende læger, hvor de mener at mange opgaver kan løses hos os. De forslår, at de patienter, der kontakter os i dag fremover må kontakte os pr. mail.

Alene af disse grunde mener jeg, at de personer, som er i direkte kontakt med opgaverne skal kunne have indflydelse på de beslutninger der træffes i sådan et praksisudvalg.

Under punkt 3.3 nye organisationsformer i almen praksis står der, at regionen kan gå i forhandling med lægen om økonomisk kompensation for overdragelse af ydernummeret. Dette punkt er formuleret så ukonkret, at man kan frygte et misbrug fra regionernes side, som ville yde en økonomisk kompensation til de klinikker de selv udpeger. Vi synes ikke, at regionerne skal have mulighed for, at købe eksisterende praksis og flytte dem andre steder, eller fusionere dem til større lægehuse under ledelsen af regionen. Der er ikke alle læger eller patienter der egner sig denne model. Der skal ikke være tvang der afgør hvor en læge praktiserer, fordi tvang giver ikke mere kvalitet eller effektivitet. Det kan også reducere tilfredshed hos nogle patienter. Mange læger har også investeret over 1 million kroner på deres nuværende arbejdsplads, hvorfor skal man bruge skattepenge for at "købe" vores ydernummeret? Har ministeren ikke overvejet hvad sådan en ordning vil koste? Lige nu er det gratis for ministeren at have lægehuse omkring i Danmark, vi betaler jo selv for dem, vi ansætter personalet, betaler for deres sygdom (og de få gange vi selv bliver syge...) etc etc Hvilke interesse gemmer sig i ministerens intention når man skriver det? Hvad skal regionen bruge de købte ydernummer til? Til at tvinge os til at spise en ellers uspiselig sundhedsplan? Vil de først købe vores ydernummer og senere samle os i flok i regionsklinikker for at kunne behandle os som marionetter? Har ministeren indblik i økonomien i regionsdrevet klinikker? Ingen af dem har givet overskud. Hvis min klinik ikke giver overskud, er jeg nødt til at finde mig et andet job eller ændre på min arbejdsgang. Hvorfor skal regionerne få lov til at fortsætte i denne linje hvis tidligere forsøg har ikke viste sig at være effektiv eller rentabel?

For udover den økonomiske investering lægen har gjort er der også en endnu større investering i personalet og patienterne. Det tager mange år, at bygge en god patientrelation op, og det tager også lang tid at lære sit personale at kende, og hjælpe dem igennem de mange forskellige opgaver en almen praksis byder på.

Man går ud fra, at de eksisterende praksis er tilfreds med det personale de har ansat på nuværende tidspunkt, og det vil have en meget negativ konsekvens, at skulle sælge en praksis og afskedige personalet for senere at skulle etablere sig i en regionsdrevet klinik med et helt nyt personale.

Patienterne kan godt mærke arbejdsmiljøet i en praksis, og har også dannet nogle relationer til de personer de møder i klinikken, så det er uforstående for mig, hvis disse er velfungerende, hvorfor de så skal lukkes? Det er helt afgørende i almen praksis at vælge sit personale med omhu da det er en meget lille arbejdsgruppe, hvor et godt arbejdsmiljø udmønter sig i større effektivitet og faglighed samt stor tilfredshed hos patienterne.

Har politikerne kigget på andre landes erfaringer, som fx Spanien, hvor jeg selv kommer fra? I Spanien er almen praksis en del af det integreret sundhedssystem, man har nogle større lægehuse, men lægerne har kun 5-8 minutter pr. patient og utilfredshed blandt lægerne og patienterne er enorm. Sygdom blandt personalet er rimelig høj og kvalitet af indsatsen er ikke blevet bedre.

At have et direkte ansvar overfor sine patienter forpligter meget mere end en sundhedslov når man står til direkte regnskab overfor en patient, tager man det fulde ansvar, og især i solopraksis, hvor der kun er en læge til at tage ansvaret og udføre opgaverne, er dette udsagn endnu mere reelt. Jo flere læger, der er involveret i at udføre de samme opgaver jo mindre ansvar føler den enkelte.

Vedrørende hjertepakker, hvis man ikke har sendt flere patienter til hjertepakkerne på sygehuset skyldes i mange tilfælde en fremragende og hurtig samarbejde med de speciallæger i kardiologi der findes i Danmark, som kan hurtig tilbyde en vurdering, til gavn for patienterne og samfundet. Der er lang ventetid på landets sygehuse på trods af der er kommet flere læger i denne sektor.

Til sidst et par ord om effektivitet. Sundhedsministeren mangler et indblik i arbejdsopgaver og økonomi i almen praksis. Vi er en gruppe læger, som allerede er meget effektive især i forhold til sygehuslæger idet, hver patient, som kommer i klinikken tæller i vores økonomi. Det kan aldrig være på den måde på sygehuset, hvor en overlæge tjener samme løn uanset om vedkommende tilser 5 eller 10 patienter.

Hvis vi ikke gør det godt nok er patienterne de første, der forlader os og det kan direkte mærkes i vores basisindtjening. Derfor gør man alt, hvad man kan for at holde et meget højt fagligt niveau for at kunne betjene dem i alle situationer.

Jeg ved, hvad jeg taler om da jeg er speciallæge i nefrologi udover almen praksis og kommer direkte fra sygehusmiljø, hvor nogle steder var der 5 måneders ventetid på at blive set af en læge i ambulatoriet, på en af sygehuse journalerne hobede sig op i månedsvis pga. manglende effektivisering i arbejdsgangen og på andre sygehuse var der umuligt at få en patient tilset af en læge fordi visitationen af nye henviste patienter var så ufleksibelt at de fleste læger fik at vide at der skulle foretages yderligere undersøgelser inden den visiterende overlæge ville igen tage stilling til om man vil tilbyde en tid eller ej. Er der den effektivitet ministeren taler om?

Er der tegn på effektivitet at man på et af landets sygehuse har bygget et ambulatoriet til flere millioner som senere viser sig at ikke var nødvendig at oprette? Her i min praksis har jeg den direkte ansvar for økonomien og kan forsikre ministeren at mere effektiv kan der ikke blive, til 4 kroner om dagen per patient. Jeg vil aldrig foretage sådan en investering uden at være 110% sikker på at det er nødvendigt.

Vil man presse kvaliteten længere ned vil det betyder mindre sundhed om 20-30 år, da det vil gå udover vores patienter med kroniske sygdomme, som ikke længere vil få tilbudt de antal kontroller man kan tilbyde i dag. Men om 20 år er en anden sundhedsministers hovedpine, ikke?

Mange gange havde jeg kun 15 minutter pr. patient uanset hvor syge de var. Nu kan jeg selv bestemme om jeg vil tilbyde en 30 minutters konsultation til en diabetespatient, hvor der kan laves en ordentlig vurdering. Hvis lovforslaget ikke bliver afskaffet frygter jeg, at man vil gå ned i tid og kvalitet af vores service.

Jeg håber på at sundhedsministeren har haft en god erfaring med sin egen læge og har haft et indblik i det liv man vælger som almen mediciner i Danmark, med frihed under ansvar på ca 50 timer om ugen, ellers vil jeg gerne invitere til at aflægge besøg i Taastrup.

MVH

Praktiserende læge Belén Redal-Baigorri
Taastrup hovedgade 82, 1 sal
2630 Taastrup

23-05-2013:

Høringsvar til udkast til Lovforslag om ændring af Sundhedsloven a' d. 3-5-2013.

Sags. nr.: 1302269 Dok.nr.:1205338

Nedenstående indsigelser udspringer af en stærk bekymring for, at lovforslaget vil påvirke arbejdsvilkårene i Almen Praksis så grundlæggende de kommende år, at lægerne vil have store problemer med at indfri deres lægeløfte om at handle med omhu og samvittighedsfuldhed.

1. Kan Ministeren bekræfte, at det er korrekt når Ministeren siger, at loven ikke vil ændre noget omkring vilkårene for drift af Almen Praksis virksomhed de næste 15 måneder?
Hvis svaret her er bekræftende, hvordan hænger det så sammen med, at der i bemærkninger til Lovforslaget under: 3.6.2 står:

Når lovforslaget træder i kraft d. 1. september 2013 vil fremtidens overordnede rammer for almen praksis på en række punkter blive ændret?

Længere nede i samme stykke står der, at Ministeren kan beslutte, at bestemmelserne i § 1 kan træde i kraft på et tidspunkt inden 1. september 2014.

Vil Ministeren bekræfte at § 1 indeholder et endeligt med det basale samarbejdsprincip, der igennem mange år har fungeret mellem Almen Praksis og Regionerne?

Vil Ministeren kommentere på, om dette paritetiske princip ikke med loven nedlægges, og for fremtiden reducerer lægernes rolle til, at være rådgivende, og i øvrigt med fuld vetoret for Regionerne?

2. Kan Ministeren bekræfte eller kommenterer på om det ikke er korrekt, at Ministeren med § 231 e stk. 3, har fuld frihed til at bestemme, hvordan de kvalitetsdata der i dag indsamles via Datafangst for fremtiden skal bruges?

Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter nærmere regler om kodning og datafangst. Ministeren for sundhed og forebyggelse fastsætter endvidere nærmere regler om offentliggørelse af oplysninger om praksis, jf. stk. 2.

3. Vil Ministeren bekræfte af økonomiprokollatet udløb i april 2013, selvom overenskomsten løber videre?

Vil ministeren endvidere bekræfte, at forslaget om ændringer i Sundhedsloven, pr. 1/9-2013 genindfører dette økonomiprokollat?

Vil ministeren i bekræftende fald kommentere på, hvordan det stemmer overens med Ministerens udtalelser om at vilkårene for drift af Almen Praksis ikke ændrer sig de første 15 mdr.?

4. Vil Ministeren kommentere på, om det er korrekt opfattet at § 229 giver Ministeren hjemmel til at fastsætte honorar for ydelser i almen praksis, og endvidere hvis Ministeren mener der ydes for meget arbejde af en bestemt slags, at Ministeren med loven kan vedtage, at honorar udbetalt svarende til disse ydelser, uden videre skal betales tilbage?
5. Vil Ministeren kommentere på, hvilke tanker Ministeriet har gjort omkring det faktum, at flere læger med lovforslaget kan blive tvunget til at have ansvar for patienter, som bor mere end 15 km. væk.
Lægerne har i flg. Lovforslaget ikke pligt til at yde besøg i disse tilfælde.

Hvem forestiller Ministeriet sig skal foretage evt. nødvendige besøg, og vil Ministeren kommentere på den formodning man kunne have om, at det kunne føre til flere dyre indlæggelser? (Bemærkninger til loven 3.1.2).

6. Vil Ministeren bekræfte at Lovforslaget ændrer de Praktiserende lægers retstilling i forhold til Sundhedsloven?
Hvor vi nu har forpligtet os til, at søge bedst mulige løsninger i samråd med Region og Kommune via Samarbejdsudvalg og Kommunallægelige udvalg, så vil lovforslaget i fremtiden forpligte os til, at løse de opgaver som Region og Kommune beslutter, uden vi har afgørende indflydelse på form eller indhold? (Bemærkninger 3.4.2).
7. Vil Ministeren bekræfte at Lovforslaget indfører en ny pligt for Praktiserende Læge, som ønsker at arbejde uden aftale med det offentlige, således at disse praksis for fremtiden selv skal tegne patientskadeforsikringer?
Vil Ministeren bekræfte, at der her er tale om en væsentlig ændring af forudsætningerne for at drive Almen Praksis?

8. Vil Ministeren bekræfte, at lovforslaget giver Ministeren fuld råderet over, hvor mange patienter hver læge skal have ansvar for, og hermed indirekte hvor mange patienter vi skal se på en dag?
9. Vil Ministeren bekræfte, at lovforslaget giver Ministeren afgørende indflydelse på, hvor længe de praktiserende læger skal arbejde og hvornår de skal være tilgængelige?
10. Vil Ministeren bekræfte, at lovforslaget giver Ministeren vidtrækkende råderet over fysisk placeringen af praksis i Danmark, og endvidere giver Ministeren mulighed for at flytte eksisterende praksis til andre områder, ganske enkelt ved at øge antallet af patienter pr. praksis, og samtidig reducere antallet af ydernumre i et område?

Denne rokade kræver en vis form for økonomisk kompensation, som dog ikke defineres nærmere i lovforslaget, og dermed vil efterlade Ministeren med vide beføjelser for fastsættelsen af størrelserne på evt. erstatninger til de enkelte læger?

11. Vil Ministeren bekræfte at lovforslaget giver vide muligheder for Ministerens påvirkning af lægernes vilkår og pligter omkring aflæggelse af sygebesøg?

12. Vil Ministeren bekræfte at lovforslaget giver Ministeren fuld råderet over de kvalitetsdata som lægerne indsamler mhp. at kvalitetsudvikle deres arbejde?

Her påtænkes specielt muligheden for som det er formuleret: **Kortvarig dekryptering af data på CPR niveau?**

Disse data skabt af lægerne selv, var ikke tiltænkt som redskab til at straffe lægerne med, men som middel til at optimere indsatserne ved uddannelse og motivation.

Ministerens får nu mulighed for at bruge disse data også til at straffe lægerne, og risikerer herved at data bliver ubrugelige, fordi der er en risiko for at indberetningens gyldighed falder, når lægerne risikerer straf? Jf. erfaringer på dette område fra England.

Kære Sundhedsminister: Astrid Krag.

Hvis du fastholder at lovindgrebet ikke ændrer noget, så vil du måske forklare befolkningen hvorfor Regeringen har valgt at bruge embedsmandsværk og politiske ressourcer på det, i en tid hvor riget fattes penge, og hvor der er nok af opgaver at kaste sig over?

Her er det værd at bemærke, at udgifterne til de Praktiserende læger udgør 6 % af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet og iflg. PLO's beregninger sparer samfundet for adskillige milliarder.

Vi yder 24 timers verdensklasselægehjælp til alle patienter i Danmark. Kan du henvise til ét sted i verden hvor det kan tilbydes billigere og/eller bedre til en pris på 4 kr./patient/dag?

Hvis du kan det, så lad os se på det sammen.

Indtil da synes jeg vi skal bruge tiden på hinanden og patienterne, og ikke på at tro vi kan opfinde den dybe tallerken i en smartere udgave.

Jeg ser frem til at du aktivt bidrager til nye og fair forhandlinger med vores organisation, og synes passende det første værdige skridt mod dette kunne være, at du tog lovforslaget af bordet.

Med venlig hilsen

**Ben Geissler
Praktiserende Læge
Baunevænget 60
3480 Fredensborg**

Hørings svar til udkast til lovforslag om ændring af Sundhedsloven

Sagsnr. 1302269 , Dok. Nr. 1205338

Baggrund:

Udfordringerne i samfundet øger presset på sundhedsvæsenet. Der bliver flere ældre, ønsker, muligheder, forventninger stiger, sygehusene centraliseres, der nedlægges sengepladser. Samtidig er Danmark ramt af den finansielle krise og vores konkurrenceevne er under stærkt pres.

Med kommunalreformen har kommunerne fået tiltagende ansvar og kompetencer, og der er således 3 partshavere i det primære sundhedsvæsen. Både region og kommune og almen praksis har en stor interesse i at der er fælles fodslaw, og at der arbejdes mod en fælles vision.

Man forstår således godt relevansen af at få både interne og eksterne rådgivere til at vurdere det danske sundhedsvæsen og udstikke forslag til en fælles vision.

Det er formodentligt med det sigte at man har bestilt en rapport fra Rigsrevisionen, en evaluering af kommunalreformen og en OECD rapport.

Problemet med alle disse rapporter og evalueringer er at de overvejende har baseret sig på informationer fra Danske Regioner og Sundhedsministeriet selv. Der er ikke relevante almen medicinske sundhedsfaglige overvejelser på trods af at fagligheden og økonomien er tæt koblede. Man kunne have inddraget PLO og DSAM i processen således at resultaterne ville have fælles almengyldighed. Man har faktisk forspildt en historisk chance for en reform af primærsektoren ved at indhente og fabrikere så ensidige rapporter.

Fælles for alle tre rapporter er at man negligere den gavnlige samfundsmæssige effekt af almen praksis. Man tilsidesætter den beviseligt store patienttilfredshed og man indhenter ikke informationer som kunne tale til almen praksis fordel.

Det giver f.eks ikke mening, set igennem historiske briller, at sige at almen praksis ikke udvikler sig. Dansk selskab for almen medicin blev først dannet i 1970 og Almen medicin blev først anerkendt som selvstændigt speciale i 1993. Der har været en rivende udvikling og almen praksis' succes har givet genlyd i hele verden. Danskerne ser den som en selvfølge, men det er den åbenbart ikke!

Denne selektive søgning efter information og den efterfølgende smædekampagne i medierne op til overenskomstforhandlingen udgjorde ikke et godt grundlag for forhandling.

Med offentliggørelsen af den politiske hensigtserklæring dok. 1177551 dateret 18/3 fremstår det lysende klart at hele forløbet har været orkestreret, planlagt, og med helt usete magtmidler planlagt taget i brug.

Med offentliggørelsen af ændringer i sundhedsloven må det undre enhver med indsigt i lovstof at Sundhedsministeren konsekvent udtaler at der ikke bliver "ændret en tøddel", at der ikke ændres i økonomien, at der ikke detailstyres og at der ikke ønskes kvalitetsdata på

personniveau. Det kan godt være at Sundhedsministeren har disse hensigter, men det er ikke det forslag hun har fremlagt.

Med det forslag der er fremlagt ser jeg kun tre forklaringer:

- 1) Man har ønsket at fremprovokere en liberalisering af almen praksis, og ønsker at skyde ansvaret på lægerne.
- 2) Man har fået særdeles dårlig almen medicinsk rådgivning i processen.
- 3) Vi er blevet så fattige i Danmark at vi må slagte hønen der lægger guldæg.

Den aktuelle konsekvens af region og regeringens fremtromlen er at almen praksis har stået så meget sammen som aldrig før. Vi er tvunget til og parat til at udvikle et helt liberalt og privat, formentlig fosikringsfinansieret alternativ. Dette alternativ vil formentlig være mere skræddersyet betinget af fri markedsøkonomi, det vil betyde mere fleksibilitet og der vil være større sammenhæng mellem udbud og den store efterspørgsel.

Ulemperne ved at nedlægge almen praksis som det fungerer idag er dog ganske store:

- 1) Fri og lige adgang til Sundhed vil forsvinde, uligheden vil stige betydeligt
- 2) Det vil ikke længere være muligt at kommunikere nye retningslinjer og vigtige sundhedsmæssige informationer ud til hele gruppen på en gang.
- 3) Det vil samfundsmæssigt betyde en øget bureaukratisering og fordyring af ydelser i primærsektoren.
- 4) Sekundærsektoren vil blive oversvømmet af patienter. I den indledende fase vil det betyde stor risiko for fejlprioriteringer idet man jo først efter at have brugt en rum tid på en henvendelse kan vurdere om den hører til på sygehuset eller ej.
- 5) Markedsgørelsen af levering af sundhedsydelser vil have stor påvirkning på den leverede ydelse. Hvis man har betalt en undersøgelse for lungebetændelse er der, alt andet lige, større risiko for at man får presset lægen til at udskrive en recept på antibiotika- end under aktuelle vilkår.
- 6) Pt. mister en vigtig tovholderfunktion
- 7) Der vil gå årevis før man får opdyrket samme kultur for de svagere patienters problemstillinger. De blødere værdier som har så stor samfundsmæssig konsekvens vil blive presset ud af markedet.
- 8) Kontinuiteten og gatekeeperfunktionen vil blive truet.

Konkret til lovforslaget har jeg følgende kommentarer:

- 1) Det er ikke ønskeligt at ministeren bemyndiges til at detailregulere hvornår og under hvilke omstændigheder der skal køres sygebesøg.
- 2) Kilomtergrænsens ophævelse har negative konsekvenser for yderområderne og den lokale forankring.
- 3) Lægernes medindflydelse på praksisplanen bør bibeholdes. Kun således kan implementeringsdelen sikres. Ved udelukkelse af den lægefaglige ekspertise og af dem der skal udføre arbejdet i virkeligheden vil de store planer kun blive på visionsniveau. Det var vist ikke meningen! Det er muligt at relevante lægefaglige bekyrninger eller indvendinger kan sinke en ønsket proces, men man ønsker vil ikke at nægte ingeniøren der skal bygge en bro indflydelse gør man ? Relevante faglige input betaler sig på sigt

og kan kun fremskaffes ved reel indflydelse på beslutningsprocessen. Alternativt kan i jo bare ved lov beslutte at folk ikke skal være syge længere !

- 4) Ministeren bør ikke bemyndiges ret til at kræve kodning og kvalitetsdata på patientniveau. Kvaliteten af data går fløjten lige så snart der er sanktionering forbundet med dette. Har sundhedsministeren ikke draget erfaringer fra England hvor honorering af kvalitet blev en katastrofe? Kvalitetsdata skal behandles med ydmyghed, og fortolkes af personer der nyder tillid fra begge sider og med almen medicinsk erfaring og relevans.
- 5) Den økonomiske 0-ramme bør genvurderes. Det giver ikke mening at tale om opgaveglidning og fri og lige ret for befolkningen på samme tid. Det fører reelt til så hård en prioritering og så dårlig en service at befolkningen har en legitim ret til at komme med deres holdning til det. Økonomien i almen praksis er faktisk holdt i ro, vi ligger under 100 mio under budgettet. Økonomiske analyser fra PLO viser at almen praksis sparer samfundet for 17 mia. Kroner årligt. Og det kan omregnes til at en krone brugt i primærsektoren kommer otte gange igen et andet sted. Pointen er at almen praksis er en sektor der i høj grad bidrager til både sammenhængskraft, velfærd og økonomisk overskud. Derfor kan det ikke undre at private aktører står på spring for at høste denne gevinst som ind til nu er kommet i vores fælles kasse.

Samlet set er processen så uhensigtsmæssigt grebet an at det ikke giver mening at fortsætte ad dette spor og lovforslaget bør afvises som et hele.

Jeg ønsker, og foreslår, at man starter på en frisk. Evt indfører en praksiskommision der kan udarbejde et nyt fælles grundlag som alle parter føler sig forpligtet af.

Her vil jeg påpege at vi faktisk deler mange fælles visioner med region, regering og opposition og i høj grad medvirker til at samfundet for sundhed for pengene.

Almen praksis ønsker fortsat at bygge på kærneværdierne som defineret af DSAM og under løbende revurdering.

Det er nu eller aldrig. Samfundet får aldrig så lukrativ en branche tilbage på offentlige hænder.

Thorning siger; besind jer;-det samme siger jeg.

Held og lykke med behandlingen af lovforslaget.

Centrale værdier i læge-patient-forholdet

Tillid Det vigtigste element i patient-læge-forholdet er tillid. Tillidsforholdet bygger på at lægen har en specialviden og -kompetence, som patienten har en forventning om kan afhjælpe et helbredsmæssigt problem. Tilliden beskyttes af en række regler og en moralkodeks som den praktiserende læge skal overholde: lægeløfte, tavshedspligt og etiske regler. Også lægens tillid til patienten er afgørende. I den sidste ende er tillid imidlertid en personlig følelse, der bygger på en personlig, gensidig vurdering af forholdet mellem to personer. Tillid kan derfor ikke påtvinges, men skal optjenes.

Frit lægevalg Patientens adgang til at vælge læge (og lægens adgang til at frasige sig en patient) er derfor essentiel, fordi tilliden hermed kan beskyttes i praksis.

Tilgængelighed Patienten skal selv kunne definere, hvornår almen lægehjælp ønskes. Den fri og uselektede adgang til almen praksis er tryghedsskabende og et nødvendigt element i et sundhedsvæsen, hvor der er kapacitets- og ressourceproblemer. Den fri tilgængelighed skal gælde for

alle - lige adgang - og understøttes af at være vederlagsfri for patienten.

Kontinuitet Kontinuitet opstår når tilknytningen mellem læge og patient har en vis varighed. Betydningen heraf opstår især i et sygdomsforløb, hvor kontinuitet giver mulighed for at udvikle et personligt forhold mellem læge og patient, der giver lægen, der giver lægen basis for at forstå patienten som en individuel person. Familieperspektivet kan føjes til. Kontinuitet betyder ikke nødvendigvis, at læge-patient mødes i alle kontakter, men at lægen påtager sig et lægeligt ansvar for patienten, og at patienten oplever lægen som en kompetent og samlende person for ens helbredsmæssige problemer.

Centrale værdier i lægerollen

Patientens rådgiver Patienten har ret til selv at bestemme og må tage ansvar for sine beslutninger. Derfor lægen patientens rådgiver. Rådgivningen sker i respekt og forståelse for patientens egne forudsætninger, holdninger og forståelse.

Visitor I et kompliceret og specialiseret sundhedsvæsen er det den praktiserende læges opgave - på patientens vegne - at vurdere - og sammen med patienten at afgøre - hvor og hvornår patienten opnår den bedste behandling. Det er lægens opgave at hjælpe patienten til en optimal behandling gennem visitation til relevante specialister og specialafdelinger. Visitationsfunktionen er afgørende for at kunne skabe kontinuitet i patientens forløb. Gennem visitationsfunktionen varetager lægen samtidig en prioriteringsopgave for samfundet, der afspejler at sundhedsvæsenet er indrettet efter princippet om lavest mulige effektive omsorgsniveau.

Problempåpegende Der er en lang tradition for at læger gør opmærksom på utilstrækkelige behandlingsmuligheder eller forhold, der udsætter borgerne for helbredsmæssige risici. Almen praksis har en særligt bred indsigt i sundhedsvæsenets funktion, fordi vi både modtager og henviser til andre dele af væsenet. Denne indsigt skal bruges til at arbejde for et bedre fungerende sundhedsvæsen.

Det personlige ansvar for patienten Særkendet ved almen praksis er, at lægerollen i meget høj grad er knyttet til personen, og patienten knytter sig som hovedregel til en bestemt læge. I princippet kræver det ubegrænset tilgængelighed, hvilket ikke altid er foreneligt med et rimeligt arbejds- og familieliv for lægen. Det personlige ansvar for patienten i almen praksis er en væsentlig del af lægerollen og skal fastholdes gennem listeprincippet.

Centrale værdier vedr. fagligheden i almen praksis

Forskellighed En vis forskellighed i praktiserende lægers almenmenneskelige og faglige holdninger er et gode og giver det fri lægevalg mening. Forskelle bidrager til fleksibilitet og udvikling og til at individuelle patientbehov og ønsker kan imødekommes. Fælles er og skal være en vis basal viden og kunnen samt visse etiske principper, der anses for at være fundamentale. Bredden i den praktiserende læges arbejdsområde er enorm og fører let til særlige interesseområder og en stor forskellighed i opgaveløsningen. Samme vej leder den omfattende mængde ny viden, lægen skal tilegne sig. Særlige interesseområder kan praktiseres inden for teamet i f.eks. en kompagniskabspraksis, men faren er at helbredsperspektivet svækkes. Almen praksis bør fortsat stå for helbredsperspektivet, men nye organisationsformer, som f.eks. konsulentassistance til lægen og en fleksibel visitation, må inddrages for at imødegå defensiv medicin.

Høj kvalitet og forskning Den aftalemæssige status for almenpraksis som eneudbyder retfærdiggøres bedst ved at levere ydelser af høj kvalitet. Der skal stræbes imod, at levere faglig kvalitet og servicekvalitet, der er tidssvarende. Almen praksis skal selv påtage sig en aktiv rolle i at udvikle kvaliteten og evaluere kvaliteten gennem audit, patientevalueringer, efteruddannelse, forskning og videreuddannelse etc.

Øget forskning inden for almen medicin vil aktivt medvirke til videreudvikling af faget og sikring af kvalitet. Forskningen bør udøves i overensstemmelse med fagets bredde og også omfatte f.eks. sundhedstjenesteforskning.

Uddannelse Den enkelte læge har ansvaret for ikke at påtage sig behandling, som vedkommende med sig selv ved, at han ikke magter. Ansvaret for at lægen kan påtage sig opgaver, der - set ud fra det aktuelle indhold i specialet, opnået rutine og erfaring - er basale i hans lægegerning, påhviler derfor lægen. Dermed er lægen også ansvarlig for sin egen efteruddannelse, der er livslang, og bør tage udgangspunkt i afdækning af egne behov, som vil skifte over tid. Det er uacceptabelt, hvis lægen ikke selv sikrer den nødvendige uddannelse. Ved valg af efteruddannelse skal lægen desuden sikre sig, at tilliden til hans uafhængighed ikke sagligt kan drages i tvivl. Videregivelse af faget til næste generation kan kun ske meningsfuldt gennem væsentlig medvirkning fra faget selv. Undervisning og formidling af faget til yngre kolleger er derfor centralt og bør udøves både formelt via specialeuddannelsen og uformelt.

Samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen Almen praksis har en naturlig interesse i at have et velfungerende samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen og specialvæsenet. Kun samarbejde kan sikre patienten en hensigtsmæssig behandling og en oplevelse af et sammenhængende patientforløb. Opgavefordelingen mellem praksis, sygehusvæsenet, speciallæger, og andre selvstændigt behandlende sundhedspersoner kan systematiseres bedre end det er i dag. Ligeledes kan samarbejdet med den sociale sektor forbedres. Shared care, konsulentordninger, praksiskonsulentfunktioner etc. er nyttige elementer i et styrket samarbejde. Samarbejdet må ske på ligeværdige præmisser.

Centrale værdier i tilrettelæggelsen af almen praksis

Liberalt erhverv på kontrakt Grundstammen i tilrettelæggelsen er at almen praksis er et liberalt erhverv. Dette giver mulighed for ejerskab og dermed fri arbejdstilrettelæggelse, som værdsættes højt. I det liberale ligger også en driftsherrerisiko. De ulemper en hel fri konkurrence kan påføre lægen og et samfund, hvor sundhedsudgifter fortrinsvis er skattefinansierede, skal så vidt muligt imødegås gennem aftalesystemet mellem de praktiserende læger og det offentlige.

Incitament Aftalesystemet med det offentlige bør bevares og indrettes så der er en fornuftig økonomi i at være alment praktiserende læge, og at almen praksis er et attraktivt alternativ til en hospitalsansættelse. Samtidig er det af værdi, at aftalen er tilrettelagt, så den både giver en vis form for økonomisk sikkerhed for begge parter og incitament til at tilrettelægge en kvalitets- og serviceorienteret almen praksis.

God arbejdsplads Det er et gode, at den praktiserende læge selv har ansvaret for, at klinikken er en god arbejdsplads for lægen selv og lægens personale inden for de muligheder, der er til rådighed. Det særlige arbejdsgiveransvar indebærer, at lægen påtager sig at sørge for at udvikle og vedligeholde klinikpersonalets kompetence.

Kollegialt teamwork Praktiserende læger påtager sig gennem aftalesystemet også et kollektivt ansvar for patientbehandlingen i almen praksis. Det er derfor af væsentlig værdi, at der kollegialt sikres et

teamwork mellem læger i praksis og mellem praksis indbyrdes. De demokratisk valgte kolleger, der repræsenterer standen, har et konkret ansvar for at medvirke til at overvågning af at aftalen med det offentlige overholdes. Dette ansvar skal forvaltes så det tager hensyn til den enkelte læges rettigheder, men også til standens anseelse. Samarbejdet indbyrdes skal sikre, at tilgængeligheden er størst mulig, at der sker en gensidig erfaringsudveksling og at almen praksis opleves som en troværdig samarbejdspartner.

Udveksling af information Visitatorfunktionen og det særlige læge-patient-forhold i almen praksis gør det nødvendigt og hensigtsmæssigt for patienten, at den praktiserende læge modtager alle relevante informationer og afgiver information om patienten, som er relevante for de sundhedsmæssige problemstillinger. For almen praksis er det en central værdi, at udveksling af information sker på en smidig og hensigtsmæssig måde i relation til alle patientens kontakter med sundhedspersoner.

Praktiserende Læge
Lægehuset Lundby
Bo Theilgaard
Agertoften 41
4700 Næstved

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Britta Forslund

Sendt: 23. maj 2013 21:51

Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse

Cc: Sven Erik Bukholt

Emne: Høringssvar

Høringssvar vedr. aktuelle lovforslag om ændringer i sundhedsloven.

Det udestår i lovforslaget at belyse de økonomiske konsekvenser på almen praksis området vedrørende ny øget kontrol af behandlingsforløbene i de enkelte lægepraksisser. Det ønskes i den forbindelse oplyst, hvordan udgifter til kontrol fordeler sig på ekstra personale i stat, regioner og kommuner.

Derudover ønskes en beregning af, hvor stort et beløb, sundhedsministeriet forventer, det er muligt at reducere udgifterne med ved indførelse af øget kontrol og øget styring af det enkelte ydernummer.

Endeligt ønskes en samlet vurdering af økonomien i det nye lovforslag holdt op imod gældende forhold.

Mvh

Britta Forslund

Praktiserende læge, MPM
Camilla Høegh-Guldberg
Lægehuset Remisen
Jernbanevej 16
4720 Præstø
23.maj 2013

Til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

Høringssvar

til lovudkast dateret 3.maj 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Overordnede betragtninger

Indledningsvist vil jeg gerne udtrykke min bekymring over selve forløbet, der i efterforløbet af såkaldte overenskomstforhandlinger har ført til fremlæggelse af et lovudkast til styring af et tidligere aftalebaseret område. De i lovudkastets bemærkninger (p 6-7) anførte begrundelser og målsætninger syntes på ingen måde at stå mål med indgrebets omfang eller kunne hellige de midler, hvorigennem indgrebet er søgt gennemført.

Det er i et demokrati stærkt bekymrende, at tilliden til regeringen sættes på prøve gennem først regionernes gennemførelse af skinforhandlinger med ultimative regeringsstøttede krav og siden sundhedsministerens misvisende information på pressemødet den 3.maj om indholdet af det planlagte lovindgreb. På pressemødet blev gentagne gange fremført, at de grundlæggende vilkår for praksis var uændrede, og at det økonomiske grundlag frem til september 2014 var uændret – hvilket som det tydeligt fremgår af lovforslaget og dets bemærkninger ikke er korrekt.

At indholdet af lovudkastet reelt fremstår som en blanco check til den til enhver tid siddende sundhedsminister er i dette lys stærkt bekymrende, selv om det er forståeligt at loven er skrevet med margin for forandringer i forhold til ønskede opgaveløsninger og samfunds/sundhedsøkonomi – dette tages der aktuelt højde for ved gennemførelse af forhandlinger mellem regioner og almen praksis hvert andet år.

Det er endvidere undergravende for almen praksis' evt. fortsatte fremtidige centrale placering som primær behandler, gatekeeper og tovholder, at de danske regioner og regeringen i de seneste mange måneder har sat spørgsmålstegn ved de praktiserende lægers arbejdsmoral, hæderlighed og faglighed. Som stand betragtet har de praktiserende læger leveret varen gennem årtier og sikret mulighed for besparelser på sygehusområdet. Der findes ganske givet brodne kar blandt praktiserende læger som blandt andre professioner, men det synes at bryde med ethvert retsprincip at dømme en hel lægestand skyldige og efterfølgende gennem lovgivning at fratage dem ledelsesretten til deres egen virksomhed.

Med lovudkastet synes regeringen at have ønsket at opnå en driftsmodel, hvor de praktiserende læger fortsat er selvstændige i den forstand, at de bygger/køber lægehuse, investerer i forbedringer, ansætter og uddanner personale samt er fagligt og økonomisk ansvarlige – på trods af at de ikke har indflydelse på hverken de økonomiske rammer, de pålagte opgaver eller evt. løbende ændringer i disse. Og på trods af ønsket om større integration af de praktiserende læger med det øvrige offentlige sundhedsvæsen – det fremgår f.eks. af bemærkningerne p 5-7 at de praktiserende

læger fortsat skal have ansvar på opfølgning på det offentliges behandling – så undtages de fremover fra at være omfattet af Lov om klage- og erstatningsansvar indenfor sundhedsvæsenet

Den danske "entreprenør" model for almen praksis kan som driftsform – som professor og sundhedsøkonom Kjeld Møller Petersen beskriver det – være besværlig ud fra centralisters styrings og ordenslogik, men man bør tænke sig meget længe og uendeligt grundigt om, før man overvejer ændringer på dette felt, idet erfaringer fra Sverige og Norge med offentligt og fastansatte læger ikke er opmuntrende (citeret fra Kjeld Møller Petersens "Sundhedspolitik" 2005).

Regeringen har et klart defineret – og fuldt forståeligt - ønske om mest mulig sundhed for pengene. Med LEON princippet i mente har man gennem en årrække flyttet opgaver (kontrol af sukkersyge, blodtryksforhøjelse, hjertesygdom etc.) fra sygehuse til almen praksis til alles tilfredshed – opgaver, hvor man gennem forhandling med de praktiserende læger har sikret, at disse havde kompetence og ressourcerne til at yde et kvalificeret behandlingstilbud.

Regeringen forholder sig i det aktuelle forhandlings – og lovgivningsforløb ikke til det faktum at med regeringens og regionernes ønske – uanset baggrund herfor - om kontrol og styring af almen praksis, ville det logiske skridt være at etablere rent offentlige lægehuse. Regeringen har ikke forklaret, hvorfor dette ikke ønskes. Den middelbare forklaring er, at det aktuelt er uladsiggørligt. Såfremt der skulle bemandedes lægepraksis over hele landet med ansatte speciallæger i almen medicin ville dette kræve et meget større antal læger end det, der er til rådighed i dag (og i årene frem) – selvstændige praktiserende læger har sjældent 37 timers arbejdsuge, de er ikke berettiget til betalt ferie, efteruddannelse, sygedage, barns sygedage etc.

Regeringen forholder sig med lovudkastet ikke til det faktum, at regionerne allerede har kontrol over drift af sygehuse og speciallægepraksis inkl. placering af disse. Dette har i mine øjne ikke medført bedre dækning for speciallæge eller sygehusydelse i provinsen. Mange lokale sygehuse er lukket, hvilket ud fra økonomiske og kvalitetsmæssige hensyn sikkert ikke kan kritiseres, men man må blot konstatere, at dette har medført udfordringer for almen praksis i form af mere skadestuearbejde herunder henvisninger til røntgen og overtagelse af en del ambulante kontroller i geografiske områder, hvor dækningen af såvel speciallæger som praktiserende læger ikke er optimal.

Det er mit håb, at regeringen og det øvrige folketing vil indse, at 3500 praktiserende læger ikke sætter deres dyrt erhvervede lægehus, deres patienters tillid, deres ansattes løn og egen økonomiske sikkerhed på spil uden grund – og forkaster lovudkastet.

Almen praksis i forhold til ministerens sundhedsudspil/lovudkast

Alle har en interesse i, at der leveres kvalificeret lægearbejde i hele sundhedsvæsenet også i almen praksis. Men præmisserne og opgaverne for almen praksis er anderledes end for det øvrige sundhedsvæsen. Patienterne kommer af egen drift på baggrund af konkret eller frygtet sygdom/skade, grundet bekymring evt. tilskyndet af en sundhedskampagne som Kend dit blodtryk/dit kolesterol tal eller Få checket dit modernmærke, grundet kontroller tilrådet i forbindelse med indlæggelse eller ambulante udredning på sygehus (de typiske kronikersygdomme), grundet bekymringer eller stress relateret til enhver af livets udfordringer (sygdom/dødsfald i familie, fyringsrunder, arbejdsbelastninger. Hertil kommer forebyggende indsatser i form af børneundersøgelser, graviditetskontroller, vaccinationer, rådgivning ved udlandsrejser og kommunalt samarbejde i forhold til opsøgende hjemmebesøg, opfølgende hjemmebesøg, aftaler vedr. dosisdispensering af fast medicin, netværksmøder og diverse attestarbejde. For ikke at glemme receptudskrivning/fornyelser og henvisninger til speciallæge eller sygehus – tilsyneladende

simple rutineprægede opgaver, der dog ikke blot kan gøres "med venstre hånd", da risiko for fejl i recepter eller unødige eller fejlvisiterede henvisninger kan være resultatet.

Fælles for henvendelserne til almen praksis er, at de i stort omfang er uvisiterede til forskel for ambulatorier og speciallægers patientgrupper. Der er et stort spænd i henvendelses-årsager og stor forskel på forventninger til samme. Den selvoplevede raske patient med sundhedsforsikring og ønske om en henvisning til speciallæge på vej på arbejde vil blive voldsomt irriteret over oplevet ventetid i telefon/venteværelse eller på rent faktisk at få en tid (som patienten ofte oplever som en unødvendig forsinkelse), mens moderen til det højfebrile barn eller den velkendte patient med svær lungelidelse vil glæde sig over at kunne blive set samme dag. Det er næppe overraskende, hvis patienter med mere serviceprægede henvendelsesårsager (forebyggelseskontroller, rejsevacciner, børneundersøgelser) vil efterspørge udvidede åbningstider i lægehuse og gerne i nærheden af arbejdspladsen, mens ældre, kroniske og akut syge patienter efterspørger hurtigst mulige lægetid tæt på hjemmet, samt mulighed for sygebesøg.

I en ideel verden uden økonomiske eller lægeressourcemæssige restriktioner ville alle modsat rettede ønsker kunne honoreres. Politisk er der dog tidligere taget stilling til prioritering ved f.eks. indførelse af den 6. ferieuge og omsorgsdage til brug for f.eks. de ikke-akutte lægebesøg og gennem den bølge af LEON, LEAN og NPM inspirerede omlægninger/besparelser, der er gennemført i sundhedsvæsenet. Samtidigt er der i den gældende aftale med praktiserende læger et klart krav om, at patienthenvendelser ikke kan mødes af en lukket dør – der skal være tilgængelighed alle dage. Dette til forskel for f.eks. speciallægepraksis, der efter opbrugt behandlingsskvote kan ferielukke eller sygehuse, der kan afvise henvisninger såfremt patienten vurderes at falde uden for afdelingens målgruppe. Det vil i praksis sige, at de praktiserende læger fungerer som et filter til og opsamlingsnet for resten af sundhedsvæsenet.

Der har gennem en årrække – siden regeringens forhandlingsoplæg til Amtsrådsforeningen i 1999 – (og altså uafhængigt af finanskrise, OECD rapporter etc.) været en tendens til at se samling af praktiserende læger i større praksisenheder/lægehus som løsningen på alle udfordringer i almen praksis. Det vil angiveligt give større kvalitet, færre henvisninger til sygehuse, bedre lægedækning, længere åbningstider for færre penge. I den forbindelse skal nævnes, at de praktiserende læger aktuelt efter "almindelig åbningstid" i eget lægehus bemander lægevagten med lægedækning for akut opstået sygdom i tidsrummet 16-08 på hverdage og alle weekender/helligdage.

Mange praktiserende læger har rent faktisk sluttet sig sammen i større eller mindre lægehuse med hjælpepersonale. Dette er dog ikke udbredt i hovedstadsområdet, hvor antallet af solopraksis er stort bl.a. henset til de mulige konsultationslokaler – der desværre også af lokalplansmæssige hensyn tidligere ikke har kunnet placeres i adgangsvenlige forhold i stueetage. Egen læges placering i større lægehuse vil i flere større byer typisk medføre længere til lægen og et mindre tæt patient-lægeforhold, men til gengæld ofte medføre økonomisk mulighed for aflastende hjælpepersonale i praksis.

Som følge af det tidligere lille optag på lægestudiet og den efterfølgende forlængelse af speciallægeuddannelsen til almen medicin er aldersfordelingen af de praktiserende læger skæv, og der er relativ mangel på praktiserende læger. Mange ældre sololæger har uden tvivl veget tilbage fra millioninvesteringer i store lægehuse i deres sidste arbejdsår og unge ny-nedsatte læger vil ikke turde binde an med at bygge et stort lægehus i udkantsdanmark, hvis patientunderlaget ikke er der – og der oven i købet måske ikke er job til ægtefælle eller børnehave/skoletilbud til børnene. Det virker tvivlsomt, at et lovpålæg om etablering af praksis i form af et større lægehus i et udpeget givet område kan løse lægemanglen i yderområder – måske snare sikre at rekrutteringen til almen

praksis falder. Lovligheden i tvangsudstationering af selvstændigt erhvervsdrivende virker tilsvarende tvivlsom.

Indvendinger mod lovudkastets konkrete indhold

For overskuelighedens skyld er valgt at følge opstillingen svarende til den af ministeriet udarbejdede "Pixi udgave" af lovforslaget:

- **Sammenhæng: Mulighed for at regioner – i samarbejde med kommunerne – kan beslutte, hvilke opgaver der skal løses i almen praksis og derved sikre sammenhæng til det øvrige sundhedsvæsen**

De praktiserende læger er selvstændige erhvervsdrivende med fagligt og økonomisk ansvar for deres virksomhed. De praktiserende læger har gennem mange år honoreret de kontrakter, de har tegnet med det offentlige i forhold til implementering af nye systemer og opgaver og investeret betydelige summer i deres lægehuse/klinikker. De har fungeret som gatekeepere og tovholder under diverse omstillinger i kommuner, regioner og sygehusfunktioner.

At tilsidesætte de praktiserende læger ved at oprette praksisplanudvalg uden deltagelse af dem, der skal bestride opgaven og som besidder den faglige kompetence og patientkendskabet til netop at sikre den efterspurgte sammenhæng i sundhedsvæsenet, forekommer barokt og uigennemtænkt fagligt set.

Juridisk set fremstår det uklart, med hvilken retsgrundlag sundhedsministeren kan fratage selvstændige erhvervsdrivende retten til selv at vurdere, hvilke ydelser de kan og vil tilbyde samt på hvilke præmisser, og erstatte dette af en forpligtelse til at udføre deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftaler, der er indgået imellem regioner og kommuner (kapitel 70b §231d) under bødestrafansvar ved overtrædelse.

Såfremt regioner og kommuner enes om at praktiserende læger skal overtage f.eks. kontrol af kræftpatienter eller - i endnu større omfang end nu - varetage behandling af psykiatriske patienter, vil de praktiserende læger med lovudkastet kunne pålægges dette uden mulighed for indvendinger eller tilførsel af ressourcer. De vil endvidere kunne straffes for ikke at følge fastlagte forløbsprogrammer, der indgår som del af sundhedsaftalerne – det fremgår ganske vist at læger tillades at afvige herfra såfremt der er faglige hensyn, der forklarer dette. Til gengæld vil regionerne være den vurderende og dømmende instans i disse sager, hvilket i lyset af de erfaringer, der er gjort i almen praksis vedr. tolkning af honorarudbetalinger, vurderes stærkt problematisk. Specielt da en redegørelse for afvigelser uvægerligt vil fremstå som udlevering af patientens personlige og fortrolige journal.

- **Lægedækning: styrkelse af regionernes planlægnings kompetencer for at sikre en effektiv lægedækning og et sammenhængende sundhedsvæsen**

Det fremgår af lovudkastets bemærkninger (p 10), at kommunerne gennem praksisplaner skal sikres indflydelse på områderne tilgængelighed, medicin håndtering og besøg, herunder til patienter der opholder sig på kommunale tilbud (aflastningspladser). Ifølge lovudkastet ændres den nuværende struktur med et samarbejdsudvalg, hvor der indgås kontraktlige aftaler /overenskomst/lokale §2 aftaler mellem 2 ligeværdige parter i form af en udbyder (de praktiserende læger repræsenteret ved demokratisk valgt repræsentation PLO) og køber (regioner/kommuner). Udvalget består men uden beslutningskompetence for så vidt de elementer, der er reguleret i loven

– da stort set alt synes at være reguleret i loven vil udvalget reduceres til et "forum for drøftelser og dialog".

Det fremgår yderligere af lovudkastets bemærkninger (p12), at det er hensigten at der skal forhandles decentralt mellem enkelte praksis og kommune/region omkring tilpasning af almen praksis til lokale forhold – lovudkastet tolkes som at de praktiserende læger fratages muligheden for at organisere sig i PLO og forhandle gennem denne organisation.

Det fremgår ikke af lovudkastets bemærkninger med hvilken lovhjemmel man vil fratage PLO forhandlingsretten på sine medlemmers vegne.

Det fremgår ikke af lovudkastets bemærkninger på hvilken måde udelukkelse af de praktiserende læger fra planlægning af deres arbejde vil bidrage til at styrke og modernisere almen praksis eller til at skabe gode sammenhængende patientforløb.

En af intentionerne med lovudkastet er at sikre en effektiv lægedækning. Det fremgår af lovudkastet og dets bemærkninger, at regionerne ud over tildeling og placering af ydernumre gives mulighed for at etablere alternativer til den velkendte familielæge praksis. Allerede nu har regionerne drevet lægeklinikker i f.eks. Næstved og andre byer med periodisk lægemangel. Årsagerne til lægemangel og yngre lægers uvilje mod at nedsætte sig i udkantsregioner er diskuteret tidligere i dette høringssvar.

Det fremgår af lovudkastet, at der kan etableres praksis under flere former udbudt af regionsrådet og at evt. bud skal sammenlignes med, hvad en offentlig drevet enhed vil koste. Dette må være baseret på regionernes erfaring med regionsklinikker. Regnskaber for drift af disse klinikker har ikke været offentliggjort, men det må på grundlag af udbetalte lønninger til korttidsansatte vekslende speciallæger formodes at have været relativt dyre praksis at drive. Såfremt de ændrede organisationsformer indføres for at "få mere sundhed for pengene" og der etableres praksis i konkurrence til allerede nedsatte læger må buddene skulle sammenlignes med hvad almen praksis koster i dag (ca. 1400 kr. årligt pr. tilknyttet patient, hvor beløbet inkluderer lægevagtsdækning) fremfor hvad en offentligt drevet klinik har kostet.

Det fremgår ikke af lovudkastet eller tilknyttede bemærkninger med hvilke læger, disse klinikker skal bemannes. Det formodes, at der fortsat er tale om speciallæger i almen medicin – da det ellers virker utroværdigt at tale om sikring af kvalitet i behandlingen – men hvorfra de skal rekrutteres er uklart. Som tidligere anført vil ansatte lægers arbejdsforhold være reguleret på en anden måde end selvstændiges. På sigt vil der blive uddannet flere praktiserende læger, men til gengæld har flere undersøgelser vist, at det, der typisk får yngre læger til at vælge almen praksis, er muligheden for egen praksis og indflydelse på egen arbejdssituation.

Det fremgår ikke af lovudkastet på hvilken måde regionernes allerede styrkede planlægningskompetencer på speciallægepraksisområdet har udmøntet sig. Såfremt erfaringerne på dette område har været, at det har medvirket til at sikre en effektiv speciallægedækning landet over vil det formentlig støtte regionernes ønske om lignende styring for almen praksis. I modsat fald vil det svække regionernes krav om styrket planlægningsret.

- **Kvalitet og kontrol: styrkelse af regionernes adgang til anonymiserede data om kvalitet og ydelser og dermed bedre muligheder for kontrol og opfølgning**

Det fremgår af lovudkastet at "regionerne skal have adgang til registrerede oplysninger om antallet af og INDHOLDET i patientkontakter for så vidt angår henvendelsesårsag, aktivitet, ydelse,

viderehenvielse, medicinforbrug m.v.” og at disse forudsættes behandlet OVERVEJENDE i krypteret form. Formålet skulle være at sikre effektiv ressource-udnyttelse, at undgå overlappende funktioner, at kunne analysere patientforløb på tværs af sektorer og sammenligne resultat (i form af patientens sundhedstilstand) af forskellige behandlingstilbud. Endeligt vil data også blive brugt som kvalitetsindikator for hvorvidt forløbsprogrammer iht. de af regioner og kommuner indgåede sundhedsaftaler overholdes (og kunne udvirke sanktion i form af bødestraf jf. kapitel 70b §273a).

Det er af sundhedsministeren flere gange bedyret, at den ønskede kodning ikke medfører ekstra administrativt arbejde, da det er oplysninger der i forvejen findes i journalen. Der diagnosekodes aktuelt i alle praksis for de store kroniske patientgrupper (f.eks. cancer, diabetes, KOL) og iht. seneste overenskomst skulle alle praksis tilknyttes det såkaldte datafangstmodul inden overenskomstperiodens udløb 1.april 2013. Der kodes således ikke i alle lægepraksis for alle henvendelser som ønsket af regionerne, men kodes i det omfang det vurderes at være hensigtsmæssigt af hensyn til journaloverblik eller til brug for egne kvalitetsvurderinger via datafangst projektet.

Lovudkastet forholder sig ikke til placering af ansvar for eventuelt brud på lægens tavshedspligt som følge af afkrypterede data lækkes.

Lovudkastet forholder sig ikke til den mistillid og underminering af læringskulturen i sundhedsvæsenet, der iværksættes ved disse kontrol og sanktionsforanstaltninger. Der er over mange år søgt etableret en kultur med f.eks. indberetning af utilsigtede hændelser med det formål at skabe læring og opkvalificere behandlingsforløb. Nu etableres en kultur, hvor kvaliteten af lægers arbejde bedømmes alene på objektive målte parametre – er den overvægtige rygende patient med dårligt reguleret sukkersyge nødvendigvis udtryk for dårligere lægelig behandling?

Nogle af de vigtigste ydelser i almen praksis kan ikke kodes. Kendskabet til den enkelte patient – måske til familien i flere generationer - der etableres over tid er netop grundlaget for at mange konsultationer kan afvikles hurtigt og effektivt. Motivation og sygdoms-forståelse kan nogle gange skulle modnes over tid, før der er compliance omkring en given behandling. Opfølgning på sygehusindlæggelser i form af samtaler om ”hvad sagde lægen? ” er ikke nødvendigvis et udtryk for dårlig behandling eller kommunikation på sygehuset – snarere et udtryk for, at tanker og forståelse tager tid og ikke altid kan effektiviseres eller accelereres i et hurtigt forløb.

Lovudkastet og dets bemærkninger forholder sig ikke til hvad kvalitet i almen praksis er.

I forhold til kontrol af ydelser (honorar for disse) skal anføres at der med regionernes egne opgørelser er fundet fejl i ganske få procent ud af årligt indsendte 40 millioner regninger. Det er ikke forsøgt opgjøret hvor mange ydelser, der ikke er indsendt regning for. Den samlede udgift til almen praksis udgør 6% af de samlede udgifter til sundhedsvæsenet.

Lovudkastet og dets bemærkninger redegør ikke for, hvad en øget kontrolindsats vil koste eller hvilken besparelse/betere udnyttelse af de økonomiske ressourcer, der forventes med indførelse af skærpet kontrol af ydelser i almen praksis.

- **Patientens rettigheder: Retten til lægevalg flyttes fra den nuværende overenskomst**

Det fremgår af bemærkninger til lovudkastet (p 6), at intentionen er, at sikre ”at alle har en praktiserende læge, uanset hvor i landet de bor” og at bemyndigelsesbestemmelsen (ophævelse af overenskomstens afstandsbeholdning mellem patientens adresse og den valgte læge) bl.a. vil blive brugt til at sikre pendlere mulighed for at vælge en læge nær deres arbejdsplads (p 8).

Om der dermed menes at syge bør gå på arbejde uanset deres tilstand – hvilket er i strid med nationale retningslinier for f.eks. epidemibekæmpelse – eller at hensynet til raske borgeres planlagte lægebesøg (profylakse, kontrol af kroniske tilstande) skal opprioriteres ud over de allerede nævnte tiltag ved 6. ferieuge er uklart. Fagligt set er det nærliggende at forestille sig at kort afstand til lægen fra borgerens bolig vil være en fordel, når virkelig syg, mens den lange pendlerafstand under de samme omstændigheder vil medføre henvendelse som "passant" til et lægehus i nærheden af bopælen frem for det valgte lægehus, der ligger ved arbejdspladsen.

Det har tidligere fremgået af regionernes "forhandlingsoplæg", at det også er et ønske om at sikre, at praktiserende læger kører sygebesøg på "egne patienter" på midlertidige aflastningspladser uanset afstand til denne. Som et konkret eksempel på betydningen af dette fra egen praksis, der ligger i Præstø tæt på en kommunegrænse med patienter i begge disse kommuner (Næstved og Vordingborg) betød 2 aflastningsplads lægebesøg på samme dag, at der først skulle køres 32 km mod syd, aflægges besøg på kendt plejehjem og derefter køres 32 km retur og yderligere 32 km i nordlig retning til et besøg på et ikke tidligere besøgt plejehjem før retur til lægehuset og ventende patienter. Det er de færreste lægehuse, der har så få patienter, at der uden problemer kan indføres tid til 120 km kørsel oveni 2 lægebesøg på en almindelig arbejdsdag. Og det for fuldstændighedens skyld tilføjes at der i mit tilfælde findes plejehjem med aflastningspladser, der geografisk er placeret længere væk end de i eksemplet anførte 32 km afstand fra praksis.

Der synes i lovudkastet at være lagt vægt på de få patienters rettigheder på bekostning af de fleste patienters – samtidigt uden at der tages hensyn til de faktuelle forhold i almen praksis anno 2013. Der er allerede i dag i overenskomsten mulighed for lokalt at aftale lægevalg, der tager højde for sommerhusbeboelse, midlertidige flytninger, studier etc. men igen er forudsætningen i dag, at den praktiserende læge er den, der vurderer, om det er realistisk og fagligt forsvarligt med f.eks. en "pendlerpatient" ud fra kendskab til patienten, lægens ressourcer og lokale forhold så som f.eks. offentlige transportmuligheder. Akutte besøg på aflastningspladser varetages oftest efter konkret aftale af nærmeste lægehus, mens opfølgende og andre planlagte besøg varetages af egen læge.

- **Økonomi: Den nuværende overenskomst forlænges frem til den 1. september 2014**

Her er der ikke overensstemmelse mellem pixibogen/sundhedsministerens fremlægning (der igen og igen fremhæver, at der er uændrede økonomiske forhold frem til september 2014) og selve lovudkastets formulering. Det fremgår af lovtæksten, at seneste overenskomst aftale af 21. december 2010 med virkning fra 1. april 2011 vil være i fortsat anvendelse DOG fremgår det af §3 stk. 4 at økonomiprotokollatet af 21. december 2012 (der udløb 1. april 2013) genindføres fra 1. september 2013. Dvs. at der pr. 1. september 2013 indføres en fast økonomisk ramme med nulvækst svarende til den tidsbegrænsede aftale fra december 2012. Det fremgår også af lovtæksten, at den økonomiske ramme ikke nødvendigvis forlænges frem til 1. september 2014, men derimod løber frem til § 1 træder i kraft i sin helhed. Det er min forståelse, at det betyder enten når der hypotetisk opnås en ny aftale mellem PLO og regioner - eller når regeringen vurderer, at der ikke kan opnås en aftale og evt. som beskrevet i regeringsnotat af marts 2013 fratager PLO aftaleretten og ministeren derved opnår rettigheder til at fastlægge regler for fremtidig økonomi og pålæggelse af lægelige pligter og opgaver.

Ministeren har ikke forholdt sig til denne diskrepans. Lovudkastets bemærkninger redegør ikke for hvorfor der pålægges almen praksis et fornyet økonomi protokollat. Ministeren har tidligere givet klart udtryk for, at pålagt nulvækst i sundhedsvæsenet vil medføre dårligere kvalitet og længere ventetider – det er derfor uklart hvorfor dette indføres, såfremt intentionen i lovforslaget er at højne kvaliteten og sikre tilgængelighed.

Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af Sundhedsloven

Sagsnr.1302269 , Dok. nr.1205338

Indvending mod paragraf 204 stk 2-4

Jeg finder det uacceptabelt at lovforslaget ændrer en velfungerende ordning med årtiers tradition for et ligeværdigt samarbejde mellem det offentlige og private samarbejdspartnere fagligt organiseret i PLO til en ren politisk styring.

Som sundhedsvæsenet aktuelt finansieres over skatten og ikke via direkte egenbetaling eller personlige forsikringsordninger har RLTN allerede en de facto monopol position som aftager af PLO medlemmernes ydelser og ved at fjerne parieteten i samarbejdet åbnes der fuldstændig op for at PLO medlemmer efter lovens ikrafttræden principielt uden begrænsninger kan pålægges nye arbejdsopgaver og ansvarsområder uden at opgavemængden modsvarer af en passende honorering.

Ved at fjerne parieteten i samarbejdet og regulere det ved hjælp af lovingreb istedet for løbende realforhandlinger mellem ligeværdige samarbejdspartnere gøres arbejdet i primærsektoren potentielt til kastebold for skiftende regions- og kommunalpolitiske projekter og kortsigtet centralistisk økonomistyring snarere end styret af en ligelig kombination af faglig indsigt og langsigtet kvalitetsudvikling samt planlægning af opgaver efter lokale og nationale sundhedspolitiske og -økonomiske behov.

Indsigelse mod Kapitel 70b paragraf 231c-e samt paragraf 273a

PLO medlemmer arbejder som højt specialiserede vidensarbejdere med egne virksomheder forankret i lokalsamfund typisk med en 20-30 års tidshorisont per læge. Der er derfor naturlige incitamenter til at yde en høj behandlingsstandard efter Best Clinical Practice princippet i det omfang det er kendt og ikke alene efter Laveste Effektive Omkostnings Niveau-princippet.

Den faglige kvalitet af PLO medlemmers lægefaglige arbejde er desuden allerede sikret og reguleret til et højt niveau via sundhedslovens paragraffer om forsvarlig lægegering og journalføring.

Såfremt det faglige niveau og omfang af behandlingen af patienter i primærsektoren udelukkende reguleres politisk som det fremgår af lovforslaget, vil der i PLO-medlemmernes daglige arbejde med patienterne opstå konflikt mellem hvad der lægefagligt skønnes som Best Clinical Practice og det LEON-princip som man fra RLTN tilsyneladende vil nøjes med.

Best Clinical Practice og iøvrigt også LEON er for en meget stor del af arbejdet i PLO-medlemmernes lægelige arbejde ikke dokumenteret, idet den lægelige kerneopgave for familielæger er at vurdere, sortere og håndtere *alle* henvendelser fra borgere, der mener at have helbredsmæssige problemer samt at etablere og fastholde en tillidsfuld løbende dialog patienterne om disse.

Det medfører, at adfærdsstyring af familielæger ved hjælp af dataregistrering på baggrund af diagnosekodning vil være et særdeles upræcist og potentielt farligt styringsredskab fordi:

1. tilliden fra patient til lægen er alvorligt truet alene af en tvivl hos patienter om at detaljeret viden om årsagen til og indholdet af en konsultation registreres centralt på individniveau og kan dekrypteres efter politisk ønske og ikke udelukkende som led i PLO-medlemmernes udvikling og sikring af kvalitet i egen praksis. Det vil påvirke datas kvalitet og dermed al fremtidig kvalitetssikring og faglig udvikling
2. loven definerer ikke, hvordan man påtænker at PLO-medlemmer skal forholde sig patienter, der ikke ønsker at henvendelsesårsagen eller andet indhold af konsultationen registreret centralt.

Dette er stærkt problematisk i forhold til borgernes adgang til vederlagsfri sundhedsydelse og ret til fortrolighed i konsultationen.

PLO-medlemmerne vil på den ene side være bundet af lægeløfte og sundhedslovens bestemmelser om tavshedspligt og på den anden side overenskomsten med RLTN og det aktuelle forslag om ændring af sundhedsloven.

Dette dilemma kan ikke undgå at påvirke datas kvalitet og dermed al fremtidig kvalitetssikring og faglig udvikling

3. anvendelsen af det negative incitament bødestraf som styringsmiddel overfor PLO-medlemmer, der i udefineret omfang ikke opfylder paragraf 231e med flere er ikke hensigtsmæssig, da det vil påvirke datas kvalitet og dermed al fremtidig kvalitetssikring og faglig udvikling
4. anvendelsen af det negative incitament bødestraf som styringsmiddel overfor PLO-medlemmer, der i udefineret omfang ikke opfylder paragraf 231e med flere er ikke rimelig, hvis dette er efter patientens ønske

LEON princippet versus Best Clinical practice - perverse incitamentsstrukturer og mere ulige adgang til sundhed

Overordnet finder jeg det u hensigtsmæssigt hvis kvaliteten og indholdet af lægers arbejde tiltagende forsøges centralstyret fra politisk hold efter LEON princippet, da der allerede på nuværende tidspunkt er en tendens til at ressourcestærke borgere i stigende grad tilkøber sig ekstra sundhedsydelser via private forsikringsordninger som familielægerne er forpligtet til at vurdere og forvalte relevansen af samt dokumentere på forskellig vis.

Såfremt familielægerne arbejde jævnfør paragraf 204 stk 2-4 fremover alene styres politisk ved lov og cirkulærer efter LEON princippet og ikke som et ligeværdigt og mere flexibelt samarbejde

mellem læger og Danske Regioner efter Best Clinical Practice princippet, vil der svarende til graden af centralstyring tiltagende opstå parallelstrukturer på sundhedsmarkedet, som ressourcestærke patienter vil opsøge.

Jeg forventer derfor at de afledte konsekvenser af lovforslaget vil medføre en øget grad af ulighed i adgangen til sundhed, øget uigennemsigthed i tilbuddenes mængde og kvalitet samt en forringet sammenhæng mellem sektorerne blandt andet på grund af en tiltagende mængde og forskelligartethed af sundhedsaktører og kommunikationen mellem disse.

Såfremt familielægen både af økonomiske og kvalitetsmæssige årsager fortsat ønskes at være fundamentet i det danske sundhedsvæsen vil det være en kritisk fejldisposition at åbne op for at indholdet og kvaliteten af det lægelige arbejde alene styres fra politisk hold efter LEON princippet og ikke Best Clinical Practice princippet.

Lovforslaget, ressourcer og økonomi i almen praksis

Det har vist sig at være økonomisk særdeles fordelagtigt at satse på den danske primærsektor med familielæger, der er i stand til at overtage mange ikke komplicerede ambulante kontroller og til dels behandlingsforløb for patienter fra andre lægefaglige specialer, der aktuelt foregår i hospitalsregi.

Lovforslagets tekst indeholder, at familielægerne skal acceptere at påtage sig et principielt ubegrænset øget antal opgaver af udefineret opgavetyngde uden garanti for en veldefineret og proportionalt øget ressourcetilføring.

Aktuelt indeholder lovforslaget og forudgående rapporter fra RLTN også klare udmeldinger om at opgaveglidningen fra hospitalsvæsenet til almen praksis skal foregå med en 0-udvikling i økonomien, hvilket ikke skønnes realistisk gennemførligt overordnet og da slet ikke indenfor den af Sundhedsministeriet fastlagte tidsramme før 14. september 2014.

Opgavestyringen og -tildelingen vil således foregå via lovændringer, cirkulærer og sundhedsplaner alene defineret fra politisk hold (folketinget, RLTN og KL) uden at familielægerne indgår som en ligeværdig samarbejdspartner forstået som at begge parter har samme grad af beslutningskompetence i forhold til at indgå eller ikke indgå en aftale om en konkret og veldefineret opgave.

Ovennævnte forhold er uforenlige med forsvarlig virksomhedsdrift inden for alle erhverv.

Ydermere er det fundamentalt brud på den frie forhandlingsret mellem arbejdsmarkedets parter hvis man fra politisk hold ikke anerkender PLO som den naturlige forhandlingspartner på danske familielægers vegne.

Lovforslaget og rekruttering til specialet

I perioden 2001-11 er antallet af hospitalslæger steget med 37%, mens antallet af PLO-medlemmer er steget med 1%.

Overordnet forventes antallet af læger i Danmark dog at stige.

Set fra et samfundsmæssigt synspunkt vil det på baggrund af den demografiske udvikling i Danmark derfor være særdeles ønskværdigt om antallet af PLO-medlemmer de kommende 10 år steg svarende til hospitalslægernes stigningstakt.

Hvis man fra samfundet side ønsker at familielægen af kvalitetsmæssige og økonomiske årsager fortsat skal være fundamentet i det danske sundhedsvæsen, vil det være en kritisk fejlposition at forringe familielægernes arbejdsvilkår således at specialet bliver uattraktivt.

Konsekvensen vil blive at samfundet derfor ikke i tilstrækkeligt omfang kan rekruttere danskuddannede speciallæger i almen medicin nok til at løfte arbejdsopgaven.

Kombinationen af 4-års reglen og de fremtidige arbejdsvilkår for familielæger vil kunne få uddannelsessøgende læger til at flytte til andre lande enten for at uddanne sig til eller arbejde som praktiserende læger dér på fuld- eller deltid eller flytte til andre lande for at omskole sig til et andet grenspeciale, der iøvrigt også kunne være mangel på i Danmark.

Konklusion

I erkendelse af at der på intet tidspunkt har været reelle forhandlinger mellem PLO og RLTN og at parterne nu er så langt fra hinanden at der er en nærliggende fare for at det faglige og økonomiske fundament for Danmarks sundhedsvæsen skrider til fordel for en totalliberaliseret primær sektor vil jeg anbefale, at man trækker lovforslaget tilbage med det erklærede formål at genetablere det ligeværdige, respektfulde samarbejde, der har været mellem PLO og RLTN indtil cirka september 2012.

Venlig hilsen

Cecilie Thorning Jacobsen

Nynedsat praktiserende læge Amagerbro, København

Bemærkninger til udkastet til *Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.*

Nedenstående er et usædvanligt hørings svar.

Undertegnede er praktiserende læge og støtter udkastet i sin nuværende form.

Det vil jeg gerne forklare.

Jeg har været praktiserende læge i 9 år og var godt forberedt (kunne blindskrift og skille en computer ad og kendte til bogholderi og Multidata) og er desuden 7. generation af læger og min far var praktiserende læge.

Så jeg var klar i 2004 og forventningerne holdt. Arbejdet er varieret og spændende men også travlt. Selvom jeg var klar og har været omstillingsparat overraskede det med de mange nye administrative tiltag som hele tiden blev indført. ICPC-kodning, Fælles Medicin Kort og Datafangst er blot noget af alt det nye.

Det er lykkedes men man føler sig lidt forpustet og det mærkes at tidsforbruget til patienterne reduceres og der skal løbes endnu stærkere. Der ydes rigtigt meget men det er også sårbart – ændres der blot lidt i omfanget så kollapsede korthuset. 25 % af de unge praktiserende læger har i en nylig undersøgelse vist tegn til udbrændthedssyndrom, noget vi ellers kun ser efter en lang karriere. Vores dagligdag er udmærket beskrevet i Politiken 21/5 2013, hvor Thomas Gørlén har 32 patienter den dag Politiken følger ham.

Loven giver Kommuner og Regioner muligheden for at pålægge os nye opgaver som de har lyst. Pengene skal komme fra rationaliseringer hos os selv, så man spørger sig selv hvilke patienter Thomas den dag ikke skal se for at Kommuner og Regioner kan få løst andre opgaver af os.

Hvert andet år har vi fået ny overenskomst. Under amterne sad vore 6 forhandlere overfor 6 forhandlere fra amtsrådsforeningen og de blev altid enige sent om natten, som det er kutyme med overenskomster. Med Regionernes dannelse sad der nu 20 repræsentanter fra regioner, KL og sundhedsministeriet og vi oplevede tiltagende mistænkeliggørelse og modstand mod vores indsats i primærsektoren. Vi er flere gange blevet kaldt griske og det er blevet sværere med årene at få en overenskomst.

Vi ønsker ikke at fortsætte med øget administration og krav som ikke tjener patienterne. I siger godt nok det er for patienternes skyld og for at få mest muligt for pengene men en smule mere administration og korthuset vælter.

Vi er selvstændige erhvervsdrivende og I siger at I også fortsat ønsker det, men hvis I ønsker at styre så meget mere så skal det være i et offentligt system som den Svenske vårdcentral. Det er ikke det mest effektive og man får mindre sundhed for pengene. Lægen har blot 2 patienter i timen og mange ugers ventetid, men der er god tid til lange møder med hvem der måtte ønske det, grundig kvalitetssikring og indberetning til de offentlige myndigheder der ønsker det.

Regionerne har alene ansvaret for lægedækningen af speciallæger. Det er ikke lykkedes Jens Stenbæk og kollegaer at sørge for god speciallægedækning i Danmark. Alligevel mener regionerne

at kunne sikre lægedækning i yderområderne alene, for hvorfor give lægerne indflydelse og medejerskab ved at hjælpe til med løsningen af lægemanglen?

Vi har som praktiserende læger kun ét våben i denne konflikt og det er at vi står sammen. Vi kan ikke på kort sigt erstattes. Hvis I fjerner for meget af lovforslaget eller fjerner det helt så mister PLO opbakning blandt medlemmerne og vi kan ikke opretholde den høje tilslutning til at aflevere ydernumre.

Husk at høringsvar kun er vejledende og at I ikke behøver at følge dem. Indfør loven som den er og vi vil følgelig være mere dedikeret til at vore veje skal skilles.

Jeg tror de fleste patienter vil være tilfredse med fortsat at have en lydhør og tilfreds praktiserende læge, men jeg kan være bekymret for den øget ulighed og hvis systemet med betaling består, vil forsikringsbranchen stå parat og et amerikansk system være lige om hjørnet. Men ingen systemer er perfekte.

I sidder med beslutningskompetencen for almen praksis i Danmark
- og ansvaret er Jeres.

Claus Bache
PLO

... støtter udkastet til *Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet*

Til Ministeriet for sundhed og forebyggelse.

Vedrørende sagsnummer 1302269. Dokument nr. 1205338

HØRINGSSVAR

Jeg ønsker hermed at give min mening til kende om lovforslaget a' 3. Maj 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

SYNSPUNKT : Jeg mener at loven i sin helhed bør trækkes tilbage og vige for et konstruktivt samarbejde med praktiserende lægers organisation (PLO) .
Praktiserende lægers virksomhed kan næppe eksistere ret længe, hvis loven gennemføres.

Hvis vi indlod os på det alligevel, ville det på sigt føre til Familielægens/
Praktiserende lægers endeligt i sin nuværende form, med overgang til Regionsklinikker eller liberalt erhverv, da et fåtal eller ingen vil købe praksis på lovens betingelser.

BAGGRUND: Jeg er speciallæge i almen medicin og ejer af et ydernummer i Region Sjælland i et moderne lægehus. Det har udviklet sig således: opstart af 1 læge i 1980, til nu et kompagniskab med 3 læger og en uddannelseslæge samt 4 sygeplejersker og 1 sekretær på deltid. Med E-mail-konsultation samt tids- og receptbestilling via hjemmesiden siden 2004. Vi har kunnet udvide klinikken i det held, at der løbende er kommet ledige lokaler vi kunne leje. For 3 år siden fik jeg 2 nye unge kollegaer. I aug. 2010 besluttede vi at bygge et nyt lægehus, idet jeg forestillede mig at arbejde ca. 10 år mere. Vores knopskudte lejemål var uhensigtsmæssigt indrettet og for småt, og vi vidste at samfundet ville bede os udføre endnu flere opgaver via mere personale. Vi er en smidig og effektiv enhed med 3 læger, vi kan hurtigt tage beslutninger og kendskabet til patienterne bliver ikke for udtyndet.

Vi fandt en velegnet grund centralt i byen. Der skulle dog laves en ny lokalplan, men Holbæk kommune var meget interesseret i planen. Vi fik lavet en købsaftale på grunden, betinget af lokalplanen. Vi betalte arkitekthonorar på 50.000 kr. for lokalplansarbejde, idet kommunen ikke ville betale det. Lokalplan blev godkendt

oktober 2012, tegningerne er færdige og det yderlige arkitektarbejde er betalt. Grundpris og købsaftale er også på plads. Men så kom der trusler om fyring/opsigelse af overenskomsten og byggesagen blev sat i bero.

ARGUMENTER

1. Angående § 1. 6 stk. 2 praksisplanudvalgets sammensætning.

Jeg kan ikke fagligt tage ansvar for en opgave, som region og kommune i praksisplanudvalget (eller evt. sundhedsminister) pålægger mig, hvis ikke mit faglige bagland (DSAM og PLO) finder opgaven passende og realisabel for almen praksis. Hvis beslutninger om opgaver, der skal varetages i almen praksis, skal tages af personer som er lægevidenskabeligt ufaglærte og uden praktisk erfaringer med udførelsen af arbejdet, kan det gå meget galt. 1) Opgaven kan være uden reel værdi for patienten og af ren politisk interesse. Dvs. spild af lægens tid, andre sygdomme forsømmes og spild af statens penge. 2) opgaven kan være for stor eller uegnet. Dvs. opgaven løses ikke tilfredsstillende, og dem der havde forhold og evner til at løse det, bliver først inddraget på et sent tidspunkt = spild af tid og penge og risiko for forværret sygdom. 3) Opgaverne kan være så udgiftsfyldte for mit lægehus, at jeg sætter økonomisk til på det, og ikke kan svare mine udgifter til personaleløn, husleje, EDB mm. Det giver ustabilitet, risiko for personaleflugt eller fyringer og risiko for konkurs.

ØKONOMISK BETRAGTNING: Jeg -ligesom som alle andre- kan ikke drive virksomhed hvis størstedelen af min indkomst er afhængig af regionernes aktuelle holdning til både opgaveform og honorering. PLO kan være med i forhandling, men den endelige beslutning, har vi ikke garanti for. Hvilket tal skal jeg sige til banken, når de skal vurdere min kreditværdighed? Skal jeg sige "Spørg regionen"?

Jeg kan ikke låne penge til at investere i flere lokaler eller mere personale, når banken får at vide, at jeg om 2 år kan blive opsagt af regionerne med 3 måneders varsel! - at jeg ikke ved, om jeg indtjene et overskud på mit arbejde, til at betale lånet af med, da jeg kan blive pålagt opgaver, uden at kunne kræve rimelig betaling for det.

Jeg kan ikke garantere nyt personale en længerevarende ansættelse, da jeg ikke ved hvor længe jeg får råd til det, eller om opgaverne ændrer karakter.

Hvis jeg ikke kan regne med, at personalet er der i længere tid, er det en stor investering at uddanne dem, og finde det gensidige tillidsniveau for ansvarets uddelegering. Det har jeg hverken tid eller råd til, hvis mit arbejde er underbetalt

akkordarbejde. MÅSKE bliver mit arbejde betalt rimeligt, MÅSKE bliver mine opgaver fagligt forsvarlige, MÅSKE får jeg råd til at betale banken. Men banken siger HELT SIKKERT: " Hvis du ikke kan forudse, hvordan du vil skabe et større overskud til at afbetale dine ekstra lokaler, kan du ikke låne pengene af os. Banken kan jo se at din indkomst er faldet eller er uændret de sidste 4 år. Det er ikke en risiko banker eller kreditforeningerne løber nu om dage."

Vi har allerede fået afslag fra 2 banker med den begrundelse. Vi valgte at spørge bankerne i håbet om en forhandlingsløsning og et godt samarbejde, så vi kunne arbejde videre med nyt lægehus og fortsætte det arbejde som vi brænder for. Men tilliden til regioner og regeringen kan ligge på et meget lille sted nu, og jeg kan knap forestille mig, hvordan regioner og regering vil genoprette den.

2. Angående stk. 231 d stk. 1 og 2.

Forpligtelse til at udføre virksomhed efter aftaler indgået mellem kommuner og regioner...

Jeg kan ikke som alment praktiserende læge forpligte mig til at udføre opgaver, som er politisk bestemt, og som kan besluttet uden godkendelse fra mit faglige bagland. Det vil være uansvarligt at påtage mig

-opgaver som jeg måske ikke evner at varetage.

- opgaver som risikerer at være politisk bestemt og uden hensyn til visse patientgrupper. Jeg skal behandle lav som høj, rig såvel som fattig.

- opgaver som risikerer at forvalte skattekroner forkert ved f.eks at behandle papir og tilfredsstille politiske statistikønsker i stedet for at behandle mennesker.

- opgaver som er besluttet af ufaglærte indenfor lægevidenskab og måske uden relevans og værdi.

- opgaver besluttet ud fra for smalle synsvinkler pga. manglende rådføring eller enighed med almen praksis.

BEVISFØRELSE: Manglende inddragelse af almen praksis/PLO har allerede medført fejltagelser: nemlig mangelfulde rapporter fra OECD og fra Rigsrevisionen. Rapporter som Regionens forhandlingsforslag samt dette lovforslag er baseret på. Et lovforslag som sætter den udførende part –den praktiserende læge - udenfor døren. Et lovforslag som giver hele befolkningen stor utryghed om deres fremtidige sundhedstilbud og om det danske demokrati. Statistiken omkring ”Hjertepakkerne” blev fejltolket af sundhedsminister Astrid Krag, der ikke havde forhørt sig hos PLO eller på anden måde undersøgt

anvendeligheden af de fremkomne data. Derved blev praktiserende læger bragt i urimelig miskredit og et urimeligt lovforslag dannet.

Forhåbentlig vil de tilvejebragte supplerende og korrigerende oplysninger fra PLO medføre fornuftige beslutninger. Jeg tænker bl.a. på oplysninger i Hvidbogen til Rigsrevisionens rapport samt oplysninger til OECD rapporten fra bl.a. Tina Eriksson om kvalitetssikring og internetbaseret kommunikation (DAK-E og ICT) som er udviklet i og anvendes i almen praksis.

Anskaffelsen af disse mangelfulde rapporter, illustrerer tydeligt risikoen for fejltagelser, ved at udelade den faglige erfarne kompetence, som PLO udgør, fra praksisplanudvalget.

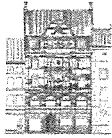
En lægestand der selv ville investere i lægepraksis og samtidig underlægge sig denne lov, vil Danmark ikke være tjent med. Den ville være ufornuftig eller bestå af vovehalse.

Vi praktiserende læger står nu solidt og engageret sammen om at bevare faglighed, kvalitet og relevans for patienterne, samtidig med at vi tilbyder fortsat udvikling i kvalitetssikring og samarbejde med andre sektorer. Det viser noget om den soliditet og parathed der er i den platform, som OECD foreslår at vi fortsat skal være, og hvorfra vi skal koordinere patientens vej gennem sundhedssystemerne.

Med hilsen og god arbejdslyst

Ellen Ege Olsen
Tveje-Merløse 5A
4300 Holbæk

Praktiserende læge
Regstrup Lægehus
Hovedgaden 55C
4420 Regstrup



Lægerne Store Torv 6
Store Torv 6
8000 Aarhus C

Aarhus, den 22. maj 2013.

Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Høringsvar angående Forslag til Love om ændring af sundhedsloven

Det er med stor glæde, at vi har kunnet observere, at regeringen med sit *Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven* og sundhedsminister Astrid Kraghs udtalelser i diverse medier giver udtryk for, at de praktiserende læger som den enkelte borgers egen læge er centrale for alle danskeres sundhed. Vi har ligeledes med tilfredshed konstateret, at regeringen ønsker at sikre, at alle borgere har en praktiserende læge, uanset hvor i landet de bor, og at regeringen ønsker at sikre borgene en behandling af høj kvalitet.

Lovens hovedpunkter vedrører (1) patientrettigheder i forbindelse med almen medicinske ydelser, (2) planlægning og samarbejde vedrørende almen praksis, (3) nye organisationsformer i almen praksis, (4) kvalitet og indsigt i almen praksis, (5) hjemmel til at fastsætte regler om vilkårene for ydelser i praksissektoren i en overenskomstløs periode, (6) videreførelse af vilkår for almen medicinske ydelser i en overgangsperiode, (7) erstatningspligt efter lov om klage og erstatningsansvar inden for sundhedsvæsenet og (8) udnævnelse af medlemmer til Patientankenævnet.

Desværre har vi ved gennemlæsning af *Forslag til Lov om ændring af Sundhedsloven* konstateret, at forslaget indeholder en række punkter, som vil virke mod lovens hensigt, og som derfor ikke vil styrke almen praksis, men tværtimod vil betyde, at lægerne i almen praksis ikke vil kunne yde borgerne den bedst mulige behandling. Ligeledes mener vi, at lovforslaget på en række punkter vil gøre det sværere at sikre, at alle borgere har adgang til en praktiserende læge. Nedenfor vil vi gennemgå de vigtigste punkter og redegøre for, hvorfor vi mener, at lovforslaget på disse punkter vil komme til at virke mod hensigten, hvis det skulle blive vedtaget.

(1) Patientrettigheder i forbindelse med almen medicinske ydelser

Af hensyn til fx pendlere lægger lovforslaget op til at ophæve den nuværende overenskomsts geografiske restriktioner i forhold til borgernes valg af læge, specifikt at læger kan afvise at få anvist patienter, hvis afstanden mellem patientens bopæl og praksis overstiger 15 km (lovforslagets § 231c, stk. 2 og

kommentarerne på side 9). Det skal ske mod, at patienten ikke har krav på hjemmebesøg fra den valgte læge. Vi mener af flere grunde, at dette vil have uheldige konsekvenser:

- læger med praksis i områder med mange patienter, som pendler (fx til større byer) risikerer at miste en væsentlig del af deres patienter til læger med praksis nær arbejdsstedet. Dette vil gøre praksis i bopælsområdet mindre attraktiv og vil gøre det sværere at tiltrække nye læger ved ejerskifte.
- når patienter bliver akut syge, vil de ikke have nem og let adgang til deres læge og vil derfor ikke kunne modtage en behandling af samme kvalitet, som hvis de havde valgt en læge tættere på deres bopæl.
- hvis en patient bliver alvorligt syg og måske døende i eget hjem, vil vedkommende i den sidste tid af sit liv skulle skifte læge, hvilket vil være meget belastende for patienten og de pårørende i en allerede svær tid.

Lovforslaget lægger op til, at praktiserende læger skal på flere hjemmebesøg. I vores praksis har vi afsat omkring 10 % af vores tid til sygebesøg. Vi finder en stor tilfredsstillelse ved at kunne besøge vores svage ældre patienter i deres hjem eller på plejehjem, og at det er en kerneydelse i almen praksis, idet mange af disse patienter ikke selv ville kunne komme ind i praksis til en konsultation. Vi er imidlertid betænkelige, hvis vi skal bruge en større del af vores tid på sygebesøg, idet det ikke er en produktiv anvendelse af den knappe tid, vi har til rådighed, da vi ville kunne behandle fem gange så mange patienter i vores praksis, som vi kan nå på sygebesøg, grundet den store transporttid, der er forbundet hermed. Samtidig er efterspørgsel af konsultationer i almen praksis steget betragteligt i takt med, at stadig flere ambulante besøg fra sygehusene er lagt over til almen praksis.

Vi har stor forståelse for ønsket om at skabe en bedre sammenhæng mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet (jf. lovforslagets s. 6) og er klar over, at der sker mange fejl i overgangene mellem sygehusvæsen, speciallæger og almen praksis. Vi finder dagligt fejl, som vi retter op. Løsningen er imidlertid ikke kun, at almen praksis skal løse andres fejl, men at andre dele af sundhedsvæsenet bliver væsentligt bedre til at informere almen praksis bedre om gennemførte og planlagte behandlinger og til at færdiggøre deres egne behandlingsforløb (fx selv udskriver recepter på den medicin, de har ordineret, så patienterne har medicin, indtil vi i almen praksis har modtaget en epikrise fra eksempelvis den sygehusafdeling eller speciallæge, som patienten er blevet behandlet af).

At opstille krav om at alment praksis' sygebesøg, man kunne f.eks. forestille sig krav om opfølgende sygebesøg dagen efter, at en patient er udskrevet, vil gøre det meget svært at planlægge arbejdet i almen praksis, hvilket kan have aflyste konsultationer til følge, eller at man er nødt til at reservere en vis tid til noget, som måske ikke bliver aktuelt, hvilket vil mindske tilgængeligheden til almindelige konsultationer. Et andet praktisk problem er, at hvis man planlægger sygebesøg sidst på dagen, er der ofte ikke personale på arbejde på fx plejehjem, som har kendskab til patienten og dennes sygeforløb.

Lovforslaget lægger i § 60 stk. 3 op til, at sundhedsministeren får ret til at regulere praktiserende lægers ret til at frasige patienter af hensyn til patienternes retssikkerhed. Det er en ret, som vi hidtil kun i meget sjældne tilfælde har benyttet os af, men er en ret, som er vigtig at bevare, ikke mindst for at kunne frasige sig patienter, som fremkommer med trusler eller udøver fysisk og psykisk vold, og som det trods ihærdige forsøg ikke er muligt at etablere et tillidsbaseret forhold til.

(2) planlægning og samarbejde vedrørende almen praksis

Lovforslaget lægger i § 1, pkt. 6 op til dannelsen af et praksisplanudvalg (PPU) i hver region, hvor den overordnede plan for almen praksis skal udarbejdes. Dette udvalg skal ifølge lovforslaget bestå af fem kommunale medlemmer og tre regionsmedlemmer. Repræsentanter for almen praksis får ikke plads i dette udvalg, men i et såkaldt fagligt rådgivningsudvalg vedrørende almen praksis bestående af repræsentanter for de privatpraktiserende læger, region og kommuner (jf. § 1 pkt. 6, som foreslår, at der indsættes et nyt pkt. 3 i sundhedslovens § 204). Dette udvalg rådgiver ifølge lovforslaget PPU, men får ingen egentlig beslutningskompetence. Pariteten i det hidtidige samarbejdsudvalg afskaffes således. Vi finder, at det er meget uheldigt, at de praktiserende læger ikke sidder med i praksisplanudvalget, da det er de praktiserende læger, som har indsigt i driften af almen praksis og de udfordringer, man møder her. Vi frygter, at dette kan medføre opgaveglidning fra regionernes sygehuse og kommunernes sundhedstilbud til almen praksis for at sikre produktivitet og økonomi i regioner og kommuner, uden at almen praksis har indflydelse herpå og kan sige fra, fordi vi ikke kan stå inde for det fagligt, fx fordi der ikke er kapacitet eller økonomi til at løse de opgaver, som skubbes til almen praksis fra kommuner og regioner.

Vi har meget svært ved at genkende det billede, at vi i samarbejdsudvalgene har siddet og udnyttet vores veto og dermed forhindret udvikling i almen praksis og hindret et godt sammenhængende sundhedssystem. Vi vedlægger som bilag to af de seneste aftaler, der er indgået i Region Midt om et enstrenget system på akutområdet og opfølgende hjemmebesøg. Begge aftaler svarer til, hvad man ønsker overordnet sundhedspolitisk, men er indgået frivilligt.

Vi finder, at pariteten sikrer, at de sundhedsaftaler, der indgås, bliver implementeret med bindende forpligtelser på begge sider. Man har at gøre med to ligeværdige parter, som begge har noget vigtigt at bidrage med ved forhandlingsbordet. Hvis man vedtager loven i sin nuværende form, således at lægerne kun sidder i et rådgivende udvalg, forsvinder denne ligeværdighed, og vi frygter, at andre interesser end det rent lægefaglige vil vægte tungere, når beslutninger kun skal tages af region og kommune.

(3) Nye organisationsformer i almen praksis

Vi deler bekymringen for, at der er og kan opstå yderligere lægemangel i nogle områder af Danmark. Allerede den sidste overenskomst indgået mellem PLO og regionerne åbner derfor muligheden for, at regionerne kan lave regionsklinikker, hvis ikke det var muligt at få praktiserende læger til et område.

Det er imidlertid bekymrende, at der i lovforslaget § 1 pkt. 10 foreslås, at der tilføjes en række nye punkter til Sundhedslovens § 227. Som nyt stk. 3 foreslås

følgende indsat: "Regionsrådet kan endvidere som led i praksisplanlægningen opkøbe eksisterende praksis og udbyde driften af disse." Som konsekvens af praksisplanlægningen kan der således tages skridt til, at eksisterende praksis skal lukke, hvis der i praksisplanlægningen er lagt en overordnet plan mht. planlægningen af praksis. Den er i lovtæksten ingen modifikation af denne formulering. Uden sikkerhed for den fremtidige placering af ens lægepraksis vil man som praktiserende læge være mere tilbageholdende med at investere i nye lokaler og faciliteter eller i at gå sammen i større sundhedshuse, som indebærer en meget stor investering, idet det med den foreslåede formulering rejses tvivl om, at denne kan forrentes.

Lovforslaget lægger også op til, at private leverandører skal have adgang til at byde på at drive almen praksis af ydernumre, som regioner sender i udbud (§ 227, stk. 4 og kommentarerne på s. 16 i lovforslaget). Ud over man selvfølgelig kan frygte uheldig sammenblanding af kommercielle interesser (skal de private leverandører være privathospitaler, som kan henvise til sig selv eller medicinalindustrien, hvor der kan rejses tvivl om, hvorvidt medicin udskrives ud fra patientens tarv?), ser vi ikke nogen klausul om, at disse private aktører og deres ansatte læger skal være speciallæger i almen medicin. Dette frygter vi kan have negative konsekvensen for kvaliteten af behandlingen af borgerne. I alle andre specialer har mantraet været, at speciallægen skulle i front i de nye fælles akutmodtagelser. Dette håber vi også fremover vil gælde i almen praksis. Ikke mindst set i lyset af den centrale rolle, som almen praksis spiller i det samlede sundhedsvæsen, er det vigtigt, at borgeren mødes af en speciallæge i almen medicin, som har erfaring og overblik.

Lovforslaget giver endvidere muligheder for, at en praktiserende læge kan eje op til seks ydernumre (§ 227, stk. 2). Dette mener vi også er problematisk i forhold til kvaliteten af behandlingen og indebærer en betydelig risiko for fejlbehandling, hvis vedkommende ansætter læger, som ikke er speciallæger i almen medicin, eller hvis satellitklinikkerne ligger geografisk spredt, hvilket vil gøre det meget svært at udøve supervision.

(4) Kvalitet og indsigt i almen praksis

Lovforslaget lægger i § 1 pkt. 12 op til, at der efter sundhedslovens § 231 indføres to nye kapitler, hvoraf det ene, Kapitel 70 b, indeholder en række obligatoriske opgaver m.v. for alment praktiserende læger. § 231c stk. 1 fastlægger en forpligtelse til, at alment praktiserende læger er forpligtede til at aflægge sygebesøg, hvis det efter lægens vurdering skønnes nødvendigt. Dette er vi enige i, og det stemmer overens med vores nuværende praksis. Vi er imidlertid bekymrede over, at der i § 231c stk. 2 lægges op til, at sundhedsministeren kan fastlægge nærmere regler for pligten til at gennemføre sygebesøg, da dette kan indebære, at der er andet end vores lægefaglige vurderinger, som bestemmer, om vi som læger skal på sygebesøg.

Det foreslåede § 231d stk. 1 lægger op til, at lægerne er forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden, faglige retningslinjer og pakkeforløb. Dette gør vi allerede og er derfor uproblematisk. Det samme gør sig dog ikke gældende for det foreslåede § 231d stk. 2, som formulerer et krav, at vi som praktiserende læger skal udøve vores virksomhed i

overensstemmelse med de sundhedsaftaler, der er indgået mellem regioner og kommuner. Som anført ovenfor finder vi det meget problematisk, at disse aftaler indgås af regioner og kommuner uden om lægerne og derfor uden sikkerhed for, at der tages hensyn til driften af almen praksis.

Ifølge det foreslåede § 231e stk. 1 påhviler det alment praktiserende læger at foretage kodning af henvendelser til almen praksis. Dette er for sig selv uproblematisk, men i § 231e stk. 3 åbnes der mulighed for, at ministeren kan fastlægge nærmere regler for datafangst, og på side 18 i lovforslaget lægges det op til, at data kan dekrypteres og beriges med data fra andre kilder. Som læger lægger vi meget stor vægt på, at vores patienter kan have tillid til, at de kan henvende sig til os i fortrolighed. Vi kan derfor ikke acceptere, at regionerne skal have adgang til data på CPR-niveau uanset, hvad formålet er.

Lovforslaget åbner i § 273a op for, at ministeren for sundhed og forebyggelse i forskrifter kan fastsætte bestemmelser om straf af bøde for overtrædelser om bestemmelser om datafangst. Af flere årsager frygter vi, at dette kan have utilsigtede konsekvenser. Hvis data, der indberettes i kvalitetssikringsøjemed, anvendes til at udmåle bøder til læger, hvis patienter efter henvendelse til almen praksis ikke lever op til nationale retningslinjer, viser erfaringer fra England, at der for det første er en betydelig risiko for, at validiteten af data forringes, så de ikke længere er anvendelige forskningsmæssigt og derfor fremadrettet mister værdi i forhold til kvalitetssikring af almen praksis.

Hvis man bliver straffet for, at ens patienter ikke behandles ifølge guidelines, er der for det andet en risiko for, at læger i praksis med mange ressourcetsvage patienter straffes økonomisk, da ressourcetsvage patienter i større grad ikke retter sig efter lægens råd. Samtidig kan man som praktiserende læge kun rådgive patienterne om, hvilken medicin de bør tage, eller hvilke andre tiltag de ud fra en lægelig vurdering bør iværksætte for at forebygge eller afhjælpe sygdomstilstande, fx livsstilsomlægninger eller ændring af kostvaner. Det vil til enhver tid være patienten, der tager den endelige beslutning, om behandlingen ønskes modtaget.

Med venlig hilsen

Elna Hansen, Anna Meldgaard Esbjerg og Lisbeth Christiansen

Eva Togsverd
Praktiserende læge
Hostrups Have 40, 2.m.f.
1954 Frederiksberg C.

20. maj 2013.

Hørings svar til udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven m.v.

Generelle bemærkninger

Lovudkastet er udtryk for et helt unødvendigt – og med lovudkastets foreliggende bemærkninger ikke særligt velbegrunderet – overgreb over for den danske praksissektor.

Med lovudkastet vil regeringen **ødelægge et velfungerende system**, angiveligt fordi man ønsker mere kontrol og styring af kvalitet m.m.; men det er overhovedet ikke i lovforslagets bemærkninger godtgjort, at der overhovedet **er** et problem. Tværtimod fremhæver lovudkastet: ”Den praktiserende læge er nemlig det centrale omdrejningspunkt, når det handler om at skabe sammenhæng for patienter..” (p.5) og senere (ligeledes p. 5), ”.. at den praktiserende læges rolle i sundhedsvæsenet (*bør?*) styrkes.” (mit kursiv).

Lovudkastet gør det stik modsatte, nemlig ødelægger et velfungerende system, som har betydet, at udgifterne til speciallæge- og sygehusbehandling har været holdt nede. Og det offentlige har sparet milliarder af kr. med det nuværende taksametersystem, der får læger til at knokle mange patienter igennem systemet til en meget lav omkostning, jfr. nedenfor.

Lovudkastet **statsliggør** en række forhold, som har været aftalestof mellem regionerne og PLO, således at PLO afskæres fra at forhandle dette stof med regionerne.

For at sikre lægerne samme indflydelse som hidtil, bør der i lovudkastet – såfremt det opretholdes – indføres bestemmelser, der forpligter ministeren til – forud for anvendelsen af de nye beføjelser – at forhandle indholdet af disse med PLO.

Lovudkastet **mangler proportionalitet** mellem de virkemidler, ministeren får i hænde, og de kvalitets- og styringsudfordringer, som angiveligt er baggrunden for lovforslaget. Som ovenfor nævnt har der ikke været sager om manglende kvalitet eller utilfredshed med alment praktiserende læger. Tværtimod viser tilfredshedsundersøgelser, at befolkningen generelt er godt tilfreds med almen praksis.

Hvoraf kommer så behovet for lovindgreb? Er det fordi man ønsker et langt mere detaljeret indblik i lægens fortrolige samtale med patienten? – og er det rimeligt, at læger skal bruge så mange ressourcer på registreringer og administrativt arbejde, at tiden går fra patienten? – og i øvrigt uden at lægen honoreres??

Med lovforslagets bestemmelser om en nulramme **fjerner** man med et snuptag de **incitament**, der skulle få lægen til at yde mere og dermed bidrage til at holde borgerne væk fra de dyrere speciallægepraksis og de endnu dyrere sygehuse. Hvilke industriar-

bejdere ville acceptere at leve med et akkordsystem, hvor belønningen for en ekstra indsats bliver, at akkorden sættes ned?

Nogle regionsrådsmedlemmer har ymtet synspunkter om, at det offentlige kunne opbygge sit eget praksissystem. Jeg kan kun sige, at det bliver dyrt. For så vil medarbejdere i praksis have samme pauser og samme arbejdstempo som i det offentlige, hvilket skete i Sverige da man nationaliserede almen praksis. Udgifterne steg. Så man får altså ikke mere sundhed for pengene; men måske er styring vigtigere end omkostninger?

Endvidere bemærkes, at de **produktivitetsstigninger**, som man i sygehusregi har brystet sig af, modsvares af en markant øget arbejdsbelastning i almen praksis. Imidlertid har praksis ikke samme mulighed for at "sende regningen videre", ligesom vi ikke har organisation og processer, der kan rationaliseres på samme måde som på et hospital. Derfor bør der tillades en omsætningsstigning i praksis, der mindst svarer til de udlagte opgaver.

I øvrigt er lovudkastets bemærkninger tendentiøse, når man (p. 6, 7. afsnit) taler om "de mange offentlige midler, der bruges på honorarer til almen praksis" og (p. 7, 2. linje) "de betydelige offentlige midler..". Det kan godt være, at almen praksis koster 8 mia. kr. om året, men uden vores indsats ville udgifterne til speciallæger og sygehuse være langt højere end de godt 100 mia. kr., de i dag udgør.

Det er også påfaldende, at der (p. 6, 3. afsnit, 3. linje) tales om, at de privatpraktiserende lægers rolle "giver fordele, men også udfordringer", hvorefter der kun tales om udfordringerne. Hvor blev fordelene af?

I beskrivelsen af lovudkastets økonomiske konsekvenser anføres alene konsekvenserne af de ændrede patientklageregler, medens konsekvenserne for de alment praktiserende læger er uomtalte. Dette må bero på en fejltagelse. For praksiserhvervet vil lovudkastet betyde færre indtægter samt stærkt forøgede udgifter til registreringer og indberetningsaktiviteter, som vi i givet fald skal betale vore systemudbydere for at gennemføre. Hertil kommer et – frygter jeg – stort administrativt bøv. l.

Afsluttende: Der har været talt meget om, at man ønsker flere læger i udkantsdanmark, hvilket man efter min mening kunne fremme med øget betaling, f.eks. som i Nordnorge. Man overser åbenbart, at manglen på læger i udkantsdanmark hænger sammen med en generel mangel på praktiserende læger, som også af sundhedsprofessorer (som bl.a. Kjeld Møller Pedersen, SDU) har været fremhævet som sektorens største udfordring. I dag er 15 % af alment praktiserende læger over 65 år og ganske mange over 60 år. Hvis vi nu – i lyset af den dårlige behandling, samfundet giver os – vælger at holde op – vil det problem, man angiver at ville løse, blive dobbelt så umuligt at løse som i dag (idet jeg går ud fra, at man stadig vil prioritere, at borgerne behandles af speciallæger i almen medicin!).

Jeg appellerer derfor til, at lovudkastet tages af bordet, og at man tillader, at Danske Regioner kan indlede reelle forhandlinger sammen med PLO – og med en økonomisk ramme, der reflekterer den nytte, vi yder for det samlede sundhedsvæsen.

Bemærkninger til lovudkastets enkelte bestemmelser

§1, pkt. 4 og pkt. 12 (§ 231 c): Disse bestemmelser giver sundhedsministeren en helt usædvanligt vidtgående bemyndigelse til at detail-regulere ved at kunne pålægge lægerne hvad som helst, og uden at der bliver honoreret for det.

§1, pkt. 5 og pkt. 12 (§ 231 e): Disse bestemmelser giver ministeren en ubegrænset adgang til at kunne stille krav om registreringer og indberetninger fra praksis, som vil have helt uoverskuelige konsekvenser, økonomisk og administrativt, ligesom læge-patientforholdet bringes i fare.

§1, pkt. 6 og 10: Praksisplanlægning bør som hidtil ske i et ligeværdigt samarbejde mellem regioner, kommuner og PLO.

Hørings svar til "lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet"

Overordnet skal lovforslaget trækkes tilbage, idet lovforslaget fremover vil fratage en erhvervsgruppe, de praktiserende læger, deres demokratiske ret til at kunne forhandle deres egne arbejdsvilkår på en række væsentlige områder. Retten til at forhandle egne arbejdsvilkår kendetegner et ægte demokratisk samfund. I et aftalesystem, som det nuværende, har de praktiserende læger medindflydelse på og medejerskab af de eksisterende aftaler om de arbejdsvilkår, der gør sig gældende for deres egne klinikker, hvilket styrker overholdelse af de indgåede aftaler. En fratagelse af de praktiserende lægers medindflydelse på egne vilkår, som lovforslaget medfører, vil medføre en demotivation blandt de praktiserende læger, og gøre specialet almen medicin mindre attraktiv for nyuddannede læger, og dermed mindske rekrutteringen til specialet. De praktiserende læger har samme interesse, som det øvrige samfund, i at fremme befolkningens sundhedstilstand og sikre lægedækningen i hele Danmark, og lovforslagets berettigelse bortfalder dermed.

Lovforslaget tildeler minister for forebyggelse og sundhed en række nye beføjelser (§ 59 stk 3, § 60 stk 3 etc), hvilket fjerner beslutningsprocessen på de berørte områder fra de aktører, der har kendskab dertil og som det vedrører. Dette er imod nærhedsprincippet og medfører en centralisering og bureaukratisering, hvilket mindsker og udhuler demokratiet på området.

I § 204 indfører lovforslaget et praksisplanudvalg, hvor de praktiserende læger ikke har sæde. Praksisplanudvalgene vedtager praksisplaner, der, sammen med de i loven nævnte sundhedsaftaler, ned til mindste detalje kan regulere, hvad de praktiserende læger skal lave i deres egne klinikker. De praktiserende læger fratages med praksisplanudvalgene retten til at bestemme over og have indflydelse på deres eget arbejde, arbejdstilrettelæggelse og delvist udøvelse af deres lægefaglige vurdering. De opgaver, de praktiserende læger tiltænkes at varetage, kan aftales i det nuværende system, så de praktiserende læger har et medejerskab og dermed

føler et ansvar. Med indførelse af praksisplanudvalgene mindskes demokratiet og de praktiserende lægers medindflydelse på eget arbejde.

I **§ 231 e** i lovforslaget pålægges de praktiserende læger at kode henvendelser, og disse diagnosekoder på CPR-niveau skal videregives til Regionen. Uanset intentionerne med at de praktiserende læger skal videresende oplysningerne og Regionens anvendelse af disse, så vil dette bryde lægens tavshedspligt. Samtidig er der ved manglende kodning mulighed for at straffe og pålægge den praktiserende læge en bøde. Kodning er for den praktiserende læge et vigtigt redskab til at kunne kvalitets sikre sit arbejde og overvåge sin patientpopulation, men en tvungen videregivelse af diagnosekoder, vil ændre kvaliteten af kodningen, idet den praktiserende læge vil beskytte sine patienter ved at undlade diagnosetyper, og / eller undlade at kode detaljeret. Kvalitetssikring ved hjælp af koder skal forankres i faglighed og ikke hæftes op på controlling for at have en værdi.

I **§ 273 a** gives minister for forebyggelse og sundhed ret til at fastsætte en straf og bøde for overtrædelse af bestemmelser i forskrifterne. Dette strider mod de i Danmark gældende retsprincipper, idet det ikke i lovforslaget er givet, at de(n) berørte part(er) vil blive hørt inden fastsættelse af straf eller bøde. Det nuværende system medfører, at der ved mulig overtrædelse vil være en høring, som giver den involverede part mulighed for at forklare sig.

Endeligt er der i "almindelige bemærkninger" til lovforslaget nævnt, at lovforslaget ikke har økonomiske eller administrative konsekvenser for erhvervslivet (undtaget udgifter til en forsikring), hvilket ikke er korrekt. Lovforslaget vil medføre, at de praktiserende læger får mere arbejde, hvilket betyder, at de skal ansætte mere personale, hvis de skal efterleve loven, og samtidig er den såkaldt økonomiske ramme genindført. Dette medfører en øget udgift til personalelønninger, og dermed en mindsket indtjening til de praktiserende læger. Lovforslaget betyder ligeledes, at almen praksis skal kode og datafangste mere, idet dette gøres forpligtende. Dette medfører en øget administrativ byrde på almen praksis.

Flemming Skovsgaard, Trondhjemsgade 7, 1. th, 2100 København Ø. D 23-05-2013

Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af Sundhedsloven

Sagsnr.1302269 , Dok. nr.1205338

Sundhedsministeren har lanceret lovforslaget med en intention om at ville styrke familielægen, fortsat have praktiserende læger til at arbejde som selvstændigt erhvervsdrivende, sikre lægedækning i hele landet og sikre kvalitet i lægearbejdet.

Med den intention må det kraftigt anbefales, at lovforslaget tages af bordet, og der i stedet sættes reelle forhandlinger mellem de praktiserende læger, regioner og kommuner om visioner for fremtiden i almen praksis i Danmark og med henblik på at nå frem til en ny og fremtidssikret overenskomst. I processen kan anbefales at medtænke borgernes repræsentation, evt. repræsenteret ved patientforeninger.

Ønske om at styrke familielægen

Hvis de praktiserende læger og almen praksis skal styrkes, duer det ikke, som loven vil medføre, at de praktiserende læger på mange områder sættes uden for medindflydelse på, hvad der skal foregå i almen praksis, hvilke og hvor mange ekstra/nye områder almen praksis skal varetage og hvilken økonomi, der skal sættes til rådighed for dette.

Lovens paragraffer mindsker på en række områder de praktiserende lægers indflydelse på egen praksis og det lægearbejde, der skal foregå der. Uden paritetisk repræsentation i Praksisplanudvalget indgår den part, der er lægefagligt og driftsmæssigt ansvarlig for at udføre de beskrevne opgaver, ikke i beslutninger og planer for arbejdet. Dette er i direkte modsætning til intentionen en meget klar svækkelse af familielægen – både som lægefagligt ansvarlig for primærsektoren og som driftsansvarlig for ordentlig og rentabel drift af egen klinik. Det paritetiske princip er lægefagligt og driftsmæssigt nødvendigt at bevare for den række af beslutningskompetencer, der handler om opgaver, der skal løses i de enkelte praksis.

Loven tilfører en række beslutningskompetencer til sundhedsministeren på områder, som hidtil har været aftalestof i overenskomstaftalen mellem PLO og Danske Regioner. Dette medfører en klar styrkelse af ministerens position på området og samtidig en meget klar svækkelse af familielægens. Der findes ikke belæg for, at sundhedsministeren skulle være den bedste til at fastlægge forhold vedrørende aflæggelse af sygebesøg og de øvrige konkrete lægefaglige opgaver, som loven beskriver. Det anbefales, at man også fremover lader disse områder indgå i overenskomstforhandlingerne, således at de konkrete forhold kan aftales mellem de implicerede parter og ikke med loven i ryggen kan dikteres af en minister langt fra dagligdagens konkrete og nærværende problemstillinger.

Konklusion: Familielægens mulighed for at varetage de væsentlige og centrale lægefaglige opgaver, som man ligefrem fra minister, regioner og kommuner udtrykker ønsker og intentioner om øge yderligere, kan

kun styrkes ved at ministeriet dropper lovforslaget og lader parterne indgå i reelle, konstruktive forhandlinger om en ny overenskomst, hvor dialog, respekt og samarbejde sættes i stedet for diktatur via lov.

Ønske om at praktiserende læger også fremover skal arbejde som selvstændigt erhvervsdrivende

Grundstenen for at drive almen praksis som selvstændige virksomheder er, at PLO på vegne af de praktiserende læger betragtes som sælger af en ydelse, og at RLTN på vegne af regioner og kommuner betragtes som køber. For alle handler mellem købere og sælgere gælder, at man kan indgå en aftale, hvis de to parter er enige om aftalen. Varens beskaffenhed, mængde, tidsfrister, pris etc. er nødt til at være klart og gensidigt aftalt. Begge parter skal kunne sige ja eller nej til en opgave.

Lovforslaget lægger op til, at PLO ikke har væsentlig indflydelse på ovenstående forhold vedrørende opgaveløsning i almen praksis! Sælgeren kan ifølge loven ikke sige fra i forhold til mulighed for at varetage opgaverne – hverken praktisk ressourcemæssigt, lægefagligt eller økonomisk. Man kan allerede nu i offentligheden høre, hvordan forskellige politikere fra regioner og kommuner tillige med Sundhedsministeren forestiller sig, at de praktiserede læger fremover skal løse den ene og den anden ekstra opgave. Men ingen taler om, hvilke opgaver de praktiserende læger så ikke længere skal løse. Og i en virkelighed, hvor lovforslaget samtidig indebærer, at der videreføres en overenskomst med 0-udvikling i økonomien, så er der reelt ingen mulighed for at ansætte mere personale, således at lægen kunne uddelegere nogle af de nye eller de eksisterende opgaver til praksispersonale.

På baggrund af ovenstående er lægernes paritet i Praksisplanudvalget afgørende for, at man også fremover kan drive almen praksis som private virksomheder.

Konklusion: Hvis de praktiserende læger skal kunne fungere som selvstændigt erhvervsdrivende, så er paritetisk repræsentation i Praksisplanudvalget tvingende nødvendigt, evt. fraset enkelte områder som f.eks. beslutning om placering af nye ydernumre, se nedenfor.

Ønske om at sikre lægedækning i hele landet

Den igangværende såkaldte lægekonflikt har allerede haft negativ virkning i forhold til fremtidens muligheder for at sikre lægedækning i hele landet. Danske Regioners retorik og tilgang til de ikke-reelle overenskomstforhandlinger og Sundhedsministerens retorik og manglende vilje til at mødes med lægerne og at forstå og respektere lægernes bekymringer har allerede nu sat en proces i gang, som vil øge manglen på speciallæger i almen medicin. Helt unge læger overvejer i mindre grad almen medicin som muligt specialevalg, - det virker ganske simpelt mindre sikkert og tiltrækkende. Igangværende almenmedicinske uddannelseslæger overvejer i langt mindre grad end hidtil at satse på livet som praktiserende læge, - jeg hører overvejelser om andre karriereveje i Danmark og i udlandet. Unge engagerede praktiserende læger overvejer at afhænde praksis og finde andre lægejobs, også selv om de måtte lukke praksis med milliontab. Og ikke mindst så overvejer de omkring 1000 nuværende praktiserende læger over 60 år at lade sig

pensionere langt tidligere, end de ellers havde tænkt sig. Alt i alt – antallet af almenmedicinere til at dække landets behov for praktiserende læger vil falde i frit fald, såfremt loven vedtages.

Sundhedsministeren anfører, at et af hovedargumenterne for at indføre den foreslåede lov, er at loven vil sikre lægedækning i hele landet. Men det holder slet ikke. Loven giver regionerne mulighed for at etablere regionspraksis, hvis et ydernummer ikke kan besættes. Men den mulighed har regionerne allerede haft med den hidtidige overenskomst, - og det har ikke løst problemet. Grundproblemet er, at der mangler et væsentligt antal af almen medicinere i Danmark, og så længe der er flere ledige ydernumre end der er læger, vil der være ledige ydernumre. Årsagen til manglen på speciallæger skal findes i politiske beslutninger om indtag på lægestudiet for mange år siden, - det er ikke de praktiserende lægers fortjeneste. Men de praktiserende læger vil rigtig gerne være med til at tage medansvar for fremadrettet at få løst dette store samfundsproblem. De praktiserende læger har gennem mange år foreslået, at man øger antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin. Og i april 2013 i forbindelse med de nu strandede overenskomstforhandlinger, har PLO givet en klar indrømmelse af Danske Regioners ønske om, at pariteten i forhold til beslutning om, hvor nye eller evt. ledige ydernumre skal placeres. Jeg er dog ikke vidende om, at Danske Regioner skulle have responderet positivt på dette – om end det hedder sig, at netop dette er et helt centralt argument for regionerne – ligesom det er for Sundhedsministeren.

Konklusion: Hvis der skal sikres fremtidig lægedækning af hele Danmark, kan dette kun foregå i et samarbejde mellem de involverede parter. Regionerne kan fint have vetoret i Praksisplanudvalget vedr. placering af nye lægepraksis. Planlægning af speciallægeuddannelsen, herunder hvor mange uddannelsesstillinger, der skal opslås i almen medicin, indgår som en væsentlig del af løsningen på dette problem.

Ønske om at sikre kvalitet i lægearbejdet

Lovforslaget og argumenterne for dette beskæftiger sig en del med patientdata og datafangst som udtryk for kvalitet i lægearbejdet. Til det er der primært at bemærke, at lægegerningen indeholder så mange og komplekse lægefaglige, sociale og psykiske problemstillinger i hver eneste patientkonsultation, at tørre tal aldrig vil kunne afdække, hvilke læger, der er gode, og hvilke der er mindre gode. Til gengæld er faren overhængende for, at det nuværende datafangstsystem ved DAK-E vil miste væsentlig værdi og validitet, såfremt data bruges til andet en udvikling af kvalitet af behandlingen i den enkelte praksis. Hvis sanktioner og økonomi kædes sammen med data, kan det ikke undgås, at data fordrejes og mister sin værdi. Det findes der masser af videnskabeligt belæg for, hvilket jeg er sikker på, at ministeriet er vidende om.

Det nuværende system understøtter og udvikler kvaliteten i lægebehandlingen i utallige velfungerende praksis landet over i dag. Der er muligvis enkelte praksis, der ikke lever op til at almindelige kvalitetskrav, og det skal man selvfølgelig gøre noget ved (og det ved jeg at også PLO er indstillet på at arbejde for). Men det er altså den gale vej at gå at konvertere et reelt kvalitetsskabende redskab til noget, som ikke længere har samme kvalitetsskabende funktion og værdi, samtidig med at det ikke kan bruges til at identificere de læger, der måtte have behov for faglig sparring og hjælp. Lovforslaget rummer kun mulighed for at fjerne noget af værdi – ikke at vinde noget som helst hvad kvalitet angår.

Dertil kommer, at det fra regioner og Sundhedsminister undervejs i processen flere gange har været fremført, at data også på personniveau skal tilflyde regionerne. Det ville udgøre en brist på tavshedspligten, som er en meget væsentlig grundsten i lægearbejdet og altafgørende i forhold til tilliden og fortroligheden mellem patient og læge. Undertegnede læge har så sent som i forrige uge modtaget et brev fra Region Sjælland, hvor en ansat for at afgøre et spørgsmål om honorar beder mig sende hende journalkopier af samtalebehandling på en navngivet patient, selvfølgelig helt uden patientens vidende (!) Eksemplet er naturligvis lovbehandlingen uvedkommende, men det illustrerer, hvad det er for en bekymring lægerne har i forhold til, at regionerne ønsker indsigt i patientdata af hensyn til sanktioner og økonomi.

Endelig vil jeg fremhæve, at det er meget svært at se, hvordan den lægefaglige med lovforslaget kan øges, når den lægefaglige rådgivning i forhold til hidtidig praksis degraderes til at få en perifer rolle i et rådgivende organ, som Praksisplanudvalget så kan vælge at høre på eller at overhøre. Lægefaglig kvalitet kan kun øges, hvis der sidder læger med, der hvor udvikling og planer for et givet lokalområdes primærsektor afgøres.

Konklusion: Lægernes placering i Praksisplanudvalget er helt central, hvis det, der udstikkes af rammer og udvikling for almen praksis skal medvirke til at højne den lægefaglige kvalitet. Endvidere er det afgørende at kvalitetsdata, der indsamles og analyseres med henblik på at øge kvaliteten af lægebehandlingen i en praksis, fortsat indsamles alene med lægefaglige kvalitetsmål som fokus. Dertil kommer naturligvis, at der ikke tilsendes patientdata til regionskontoret, og at lægernes tavshedspligt overfor patienterne kan bibeholdes.

Summa summarum – på baggrund af ovenstående hovedpunkter – kan jeg kun på det kraftigste anbefale, at man tager lovforslaget helt af dagsordenen og i stedet sætter reelle, konstruktive forhandlinger med udgangspunkt i dialog, respekt og samarbejde, eventuelt med en af alle parter accepteret og respekteret neutral opmand for bordenden.

Med venlig hilsen

Gunver Lillevang

Praktiserende læge, Roskilde

Postgraduat klinisk lektor i almen medicin, Københavns Universitet/Videreguddannelsesregion Øst

Praksisuddannelseskoordinator, Region Sjælland

Høringsvar 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 forhandlingers 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 høringsvar 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 uddannelseskapaciteten (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
Aarhus C

Henrik Ovesen
Praktiserende læge
Aarhus C

Jannik Falhof
Praktiserende læge
Aarhus C

Morten Bondo Christensen
Praktiserende læge, seniorforsker, phd
Aarhus C

Bo Christensen
Praktiserende læge, professor, phd
Låsby

Sendt: 23. maj 2013 22:02
Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse
Cc: Sven Erik Bukholt
Emne: Høringssvar til lovforslag sagsnr 1302269, dok nr 1205338

Det skal hermed anbefales at lovforslaget om ændring af sundhedsloven trækkes tilbage.

Som kommende praktiserende læge er jeg bekymret for fremtidens almen praksis. Min drøm, da jeg startede i specialet var at købe mig ind i en praksis, når jeg blev færdig almen mediciner. Denne drøm vakler. Fremtiden ser dystert ud hvis lovforslaget bliver til virkelighed.

1. Det er skræmmende at man ikke ønsker praktiserende læger med i fremtidens praksisplanudvalg. Det er de praktiserende læger, der ved, hvad der rører sig i praksis. Planlægning uden dem, er planlægning i blinde.

2. Forslaget om at honorere praktiserende læger afhængigt af opnåelse af kvalitetsdata, samt i det hele taget at overvåge kvalitetsdata ved hjælp af datafangst, giver ikke logisk mening. Vi som kommende almen medicinere er vokset op med kvalitetssikring og pakkeforløb, og for os er det meget væsentligt at arbejde efter gældende retningslinier, så vi bruger i forvejen dette. Derudover er det til gavn for det daglige arbejde at have datafangst, for at vi selv kan bruge data. Problemet ved at overvåge er, at de mest socialt udsatte områder ikke bliver attraktive steder at være praktiserende læge, da vi aldrig vil kunne tvinge patienterne til at leve sundt og tage deres medicin som forskrevet. De bestemmer over deres eget liv, og uanset om vi forsøger at overbevise dem om det modsatte, ændrer det ikke nødvendigvis noget. Det betyder at kvaliteten i pågældende praksis vil komme til at se dårlig ud, selvom det ikke er dårlige læger, der er der. Hvis man oven i dette også bliver straffet økonomisk for det, bliver læge-rekrutteringen til "udkants Danmark"/socialt belastede områder endnu dårligere.

3. Man vil sætte et loft over hvor meget man må tjene. Dette er et problem i forhold til de mange kroniske patienter, som vi følger i praksis, og som der bliver flere af i fremtiden. De patienter, der før blev fulgt på sygehusenes ambulatorier, flyttes nu ud i praksis, som er en meget billigere løsning for samfundet, men som også betyder at der bliver flere konsultationer i praksis. Hvis der er et loft for hvor meget vi må tjene, så er der ikke økonomi til at ansætte personale til at varetage disse ekstra opgaver, og alternativt bliver der så mindre tid til den enkelte patient. Det sidste ville være en sikker kilde til stressede læger og utilfredse patienter.

4. Problemet med at der ikke er læger i udkantsområderne, tænker jeg skal løses ved økonomisk gevinst ved at nedsætte sig der. Hvis man fik større honorar ved at nedsætte sig i disse områder, ville det motivere flere læger. Løsningen er ikke at udbyde ydernumre til til hvemsomhelst, for derefter at få lægevikarer ansat. Dette er hverken attraktivt for patienter eller læger. Den store fordel, man som praktiserende læge har, ved at kende sine patienter igennem mange år, og dermed handle individorienteret og i gensidig tillid, forsvinder hvis læger bliver ansat i korterevarige stillinger. Derudover mister man som praktiserende læge motivationen for arbejdet, hvis man ikke længere er herre over eget arbejde. Dette er grundstenen i livet som praktiserende læge, en af de forhold, der gør at specialet er det vi brænder for.

Jeg er bekymret for at drømmen om at komme til at arbejde i almen praksis smuldrer, og det ikke er sliddet værd. Mine tanker går på at hvis dette lovforslag bliver realitet, da er det ikke sikkert at min fremtid bliver som praktiserende læge.

Jeg vil derfor opfordre til at lovforslaget trækkes tilbage.

Mvh.

Hanne Sørensen

Tåstrup Vænge 10
4300 Holbæk

Læge i hoveduddannelse til almen medicin i Region Sjælland

•

Hørings svar

Af speciallæge i Almen Medicin Jesper Trier

Den 22. maj 2013

Hørings svar 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 tomands 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.

Hørings svar

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 produktivetsforbedringer.

Kommentar:

Jeg mangler i den debat som har været i medierne, svar på hvad der menes med produktivetsforbedringer. 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

Hørings svar

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 økonomiprokollat 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 praktiserede 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 produktivetsforbedringer. 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 planlægningsystemet 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.

Hørings svar

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

Høringssvar- Sundheds-hykleri, Sundheds-idioti og en usund vrangforestilling?

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anmoder om høringssvar af lovforslag til ændring af Sundhedsloven senest 24. maj 2013, og der skal anføres følgende:

Indledning

Minister for Sundhed og Forebyggelse Astrid Krag vil løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet og styrke indsatsen for danskernes sundhed [[i]]. Ministeren mener, at hun tager ansvar for nødvendige ændringer af almen praksis, med et tilbud, som praktiserende læger stort set ikke kan sige nej til [[ii]]. Lovforslaget fjerner ifølge Ministeren strukturelle knaster mellem praksis og regionerne, og skaber den nødvendige ro, så borgerne ikke bliver berørt [[iii]]. Ministeren ønsker at løfte fagligheden for den restgruppe af læger, der undlader at følge den nyeste viden i behandling af patienterne. Derfor ønsker Ministeren en ny samarbejdsaftale, for det skylder vi patienterne [[iv]]. Samtidig er der udarbejdet et notat, der vil fratage aftaleretten for praktiserende lægers organisation [[v]].

Staten og Regionerne har opsagt overenskomsten med de praktiserende læger og står derfor overfor en skilsmisse. Enhver skilsmisse gør ondt, er smertefuld og vil altid ramme uskyldige - i dette tilfælde patienterne. Samtidig kan de involverede parter også blive ramt.

Sundheds-hykleri

Hykleri er at foregive noget, der ikke er sandt. På den ene side ønsker Ministeren en samarbejdsaftale med de praktiserende læger, og samtidig har Ministeren med et lovforslag lagt op til at diktere rammerne for de praktiserende læger. Endeligt har Ministeren lagt en plan for at fratage aftaleretten. Da man ikke både kan aftale samarbejde og lave et diktat efter fratagelse af aftaleretten, er det muligt at, at der er tale om hykleri.

Sundheds-idioti

Kvalitet og forebyggelse i Sundhedsvæsenet måles internationalt i middellevetid. For at forebygge en gentagelse af fejl kan antallet af klasse 1 fejl opgøres. En klasse 1 fejl findes ved obduktionen, hvis patologen fastslår, at patienten havde overlevet med den rette behandling, og der findes klasse 1 fejl ved omkring 9 % af obduktionerne [[vi]]. Sundhedsministeren accepterer, at mindre end 5 % af patienterne i Danmark bliver obduceret, og således kan 95 % af fejlene i sundhedsvæsenet blive begravet [[vii]].

Ifølge OECD var middellevetiden i 2010 i Danmark 2,2 år ringere end i Sverige. Fra 2005-2010 var der vedvarende ringere levetid i Danmark og med en t-test kan sandsynligheden for at dette beror på en tilfældighed beregnes. Sandsynligheden er mindre end 1:1.000.000, og det er således helt usandsynligt, at den ringere levetid skyldtes tilfældighed.

Når Ministeren vil løfte kvaliteten i sundhedsvæsenet og styrke indsatsen for danskernes sundhed kunne ministeren derfor lære af de svenske resultater. Idiomi kommer af græsk: *idiótis* og henviser til mangel på professionelle evner.

Usund vrangforestilling

Ministeren mener, at hun har et tilbud, som de praktiserende læger stort set ikke kan sige nej til, og som skaber den nødvendige ro, så borgerne ikke bliver berørte. Ministeren har ikke belæg for

denne forestilling, da mere end 90 % af de praktiserende læger i alle regioner vil aflevere deres ydernummer [[viii]]. Hvis ikke Ministeren kan korrigeres i sin opfattelse, er der tale om en vrangforestilling, der vil være usund for patienterne.

Konklusion

Skilsmissen mellem det offentlige og de praktiserende læger er undervejs, og det vil ramme patienterne, da praktiserende læger skal skifte fokus fra patienternes behandling og til patienternes betaling. For at løfte fagligheden for restgruppen af politikere, der år efter år giver usandsynligt ringe sundhedsresultater anbefales:

-studietur til Sverige

-uændret overenskomst under tænkepausen.

Det er et tilbud, der ikke kan afslås.

Med venlig hilsen

Speciallæge i almen medicin

Johannes Bjerre

Fru Mettes vej 25

Læborg

6600 Vejen

Høringssvar til Høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Til rette vedkommende.

Et høringssvar fra en praktiserende læge.

Mit navn er Laura Lundby, jeg har praksis i Valby, København.

Det er mit livs projekt, mit fjerde barn – det, der holder mig i dette land.

Jeg har gennemgået ialt 16 års uddannelse (universitet og specialisering, samt HD 1.del) for at nå til i 2009, at købe en nedslidt solopraksis i Valby. Sådant en praksis, som jeg tænker, er Regionernes og sundhedsministerens mareridt: der var kun lige indført computer, de fysiske rammer var som at træde ind i et museum og sekretæren tog blot røret af telefonen, hvis hun trængte til en pause. Efter en 6 mdr ombygning af lokaler og 1,2 mio kunne jeg etablere et kompagniskab med min makker. Vi har nu 3200 patienter. Vi har datafangst og kan efter ca. 2 års registrering nu gøre brug af vores data i praksis. Vi kan se, at de små forbedringer vi har gjort, vor organisation af patienter og vort personale gør, at vi ligger i toppen mht behandlingskvalitet af f.eks. sukker syge.

Vi elsker vort arbejde, vor arbejdsplads, vort dygtige personale. Vi har en flad organisationsstruktur, hvor vore erfarne sygeplejersker nemt kommer til orde. Absolut moderne ledelsesstil med uddelegering af ansvar efter evne. Helt modsat af hvad jeg selv oplevede som ansat i sygehusvæsenet.

Det, der driver os unge er entreprenørånden, udviklingen, tætheden til patienterne. At vi allerede efter få år kender vores patienter og nemt kan se hvornår de virkelig er syge. Og det er hele essensen af at være speciallæge i almen medicin.

Vi er opdraget af regionerne i kraft af vores uddannelse til speciallæge i almen medicin; og med det følger selvfølgelig også en stor respekt for regionens pengekasse. Vi siger nej til mange ønsker fra patienterne på en daglig basis. Nej til unødvendige undersøgelser, nej til ekstra kontroller – vi er absolut gate keepere og gør hele tiden de økonomiske overslag over patienternes ønsker og behov. Det må Regionerne og sundhedsministeren respektere os for. Og vi sender for hver enkelt konsultation en detaljeret regning.

Jeg har indtil efteråret 2012 betragtet Regionerne som vores samarbejdspartner – vi ville det samme... Mest mulig sundhed for pengene og lighed i sundhed. Indførelse af kræftpakkeforløbene har været fantastisk. Og de centrale visitationer er en stor hjælp.

Med dette lovforslag ser det ud til, at ligheden skabes ved at forringe alles tilbud. Og hvis vi læger bliver liberale, endnu mere ulighed. De største tabere bliver som altid de psykiatriske patienter.

Jeg tror ikke, at det er for sent for parterne at vende tilbage til et forhandlingsbord. Det kræver at lovforslaget trækkes tilbage og forhandlingerne kan foregå i et frugtbart forhandlingsklima med en neutral forhandlingsleder...

Styrk et godt og billigt system ved dialog og forhandling.

Med venlig hilsen

Laura Lundby

Speciallæge i almen medicin

Medejer af Lundby og Tybjerg, Valby Langgade 75b,1,sal, 2500 Valby.

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 hørings svar.

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 lægevag, 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 rigtigt meget tid, meget viden og rigtigt 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 samlede 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 ambulans forløb i sygehusvæsenet.

Mulighed for indsigt i patienternes data?

De kvalitetsdata, vores lægehus får, er på enkelte patienter med CPR og diagnoser, blodtryk, kolesterol, 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 samlede 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

Ministeriet for sundhed og forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Højbjerg d 24. maj 2013

Høringssvar over "Udkast til lovforsalg om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet"

Jeg har valgt at skrive et høringssvar til ovennævnte lovforslag. Jeg er nyuddannet speciallæge i almen medicin pr 1. maj 2013 og således fortsat Yngre Læge.

Efter nøje at have læst lovforslaget må jeg konkludere, at det indeholder elementer, som jeg finder dybt problematiske for almen praksis, lægerne og ikke mindst patienterne. Et af de væsentligste elementer er, at man har valgt at oprette et såkaldt praksisplanudvalg kun bestående af kommuner og regioner. Lægerne er blevet henvist til i et rådgivningsudvalg uden for direkte indflydelse.

I henhold til §231d stk 2

"udføre deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftaler, der er indgået mellem regioner og kommuner "

Forslag til ændring :

Det fremstår fuldkommen forkert, at de folk som er eksperterne på området, almen medicin, har man valgt at sætte uden for udvalget. Det ville være mere hensigtsmæssigt, at lægerne bliver inddraget i, hvordan ovenstående aftaler udarbejdes og efterfølgende løses i almen praksis. Derfor er det yderst vigtigt, at lægerne sidder med og er medbestemmende med parietet, når opgaverne som skal løses i almen praksis planlægges. I et samarbejde burde man kunne nå frem til fornuftige løsninger om, hvordan vi løfter opgaven om lige sundhed for alle, og hvordan vi udvikler almen praksis.

Det skal anføres, at der i lovforslaget og i sundhedsministerens udlægning er der lagt op til et ønske om at bevare almen praksis, hvor det gennemgående skal være selvstændig erhvervsdrivende, som skal varetage den. Det lyder umiddelbart godt, men hvis man ikke har mulighed for at få indflydelse på hvilke opgaver og hvordan og hvornår de skal løses mister man en stor del af incitamentet til at investere mange millioner i klinik med driftsansvar, ledelse, og økonomisk ansvar. I og med, at lægerne afskrives muligheden for at få indflydelse på opgaverne ved at placere lægerne udenfor praksisplanudvalget, reducerer man således interessen for at blive selvstændig.

Er det derfor regeringens mere overordnede plan at der skal laves regionsklinikker og kommunale sundhedshuse, hvor vi bliver offentlig ansat?

Kvalitetssikring:

For ikke helt at glemme hvad det hele drejer sig om, er det vigtigt, at vi har fokus på, hvad kerneydelsen i almen praksis er. Almen praksis er meget mere end kliniske retningslinier , pakkeforløb og sundhedsaftaler og i det hele taget opgaver, som man kan "måle og veje".

Det er vigtigt, at vi i almen praksis holder fast i, at man som patient har en uhindret adgang til en læge, som netop er uddannet til at varetage den brede vifte af problemstillinger, som patienten ofte medbringer. Det er vigtigt, at i denne tid, hvor læger og afdelinger bliver mere specialiseret i det sekundære sundhedsvæsen, at der fortsat er fokus på det basale og brede. Meget af det lægearbejde vi foretager sker i mødet med den enkelte patient. Her er det en individcenteret tilgang vi har, hvor vi sammen med patienten vægter, hvad der er vigtigst uden direkte indblanding af, hvad der er muligt at kvalitet måle på. For hvordan måler man på, om man havde en god samtale med en deprimeret patient eller hvordan man har varetaget bekymringen om kræft hos en patient? Man må ikke med planlagte kontrol systemer degradere vores fag til primært at indeholde konsultationer, hvor der blot kan svares ja og nej til en række spørgsmål, som er kategoriser- og målbare.

§231 e stk 2 og 3 : I henhold til ovenstående kan disse paragraffer komme til at fremsætte et forkert billede af om, man er en god læge og almen mediciner. De fokuserer på en meget spinkel del af alle de problemstillinger, som faget almen medicin også rummer og som er svære at kategorisere hvilket derfor kan give et forkert og unuanceret billede af, hvordan man er som læge.

Endvidere kan man frygte, at de kvalitetsdata, som vi allerede sender til Datafangst nu bliver "biased" eftersom, at det måske kunne påvirke nogle læger til at ændre holdning til hvornår og hvordan man behandler og således f.eks. behandle tidligere end nødvendigt for at opnå flotte resultater.

I henhold til lovforslaget §231 e stk 3 og §273 a lægges det nemlig op til at sundhedsministeren kan fastsætte bestemmelser om straf eller bøde, hvis man ikke lever op til forskrifterne og endvidere hænges ud offentligt, såfremt man ikke lever op til regionernes kvalitets krav. Vores kvalitetsdata bliver således ikke længere valide og det er et stort problem for vores fremtidige forskning som skal være med til at sikre viderudviklingen af almen praksis.

Løsning: Udbyg datafangst med henblik på forbedring af den interne kvalitet, men uden indblanding af økonomiske incitamenter og "gabestok" metode.

Angående lægedækning.

Der er forståelse for, at det er problematisk at sikre lægedækning i ydreområder og socialt belastede områder.

§227 stk 2

"Regionsrådet kan endvidere oprette nye ydernumre og udbyde driften af disse. Endvidere kan eksisterende ydernumre opkøbes som led i praksisplanlægningen bl.a med henblik på at flytte praksis og sikre smammenhæng til den kommunale indsats i et sundhedshus mv."

Spørgsmål: Vil det sige, at regionen kan vælge at opkøbe et ydernummer i f.eks. Århus for efterfølgende at flytte det til et udkantsområde for at presse de yngre læger til at rejse til disse steder. Kan regionen således "overbyde" de yngre læger som forsøger at købe i Århus for at presse dem til udkants danmark. Hvem bestemmer hvem der skal sælges til? Sælgeren selv eller praksisplanudvalget?

Er det at forstå, at fra nu af har regionen mulighed for at få/tage alle 0-ydernumre og således bliver kun driften udbudt men man har således ikke som speciallæge mulighed for at få tildelt selve ydernummeret men kun driften.

Udbuddet skal foregå på åbne, objektive og ikke diskriminerende vilkår

Spørgsmål: Hvem sikrer, at det foregår på disse vilkår? Domstole?

Slutteligt vil jeg opfordre til, at som regeringen i stedet for et lovforslag sætter en opmand ind i et forhandlingsforløb mellem PLO og RLTN. Det er via FORHANDLING fremfor diktat, at løsningen skal findes for, at vi i fremtiden også har en stærk primær sektor.

Med venlig hilsen

Speciallæge i almen medicin

Line Staehelin

Jagtvej 19

-----Oprindelig meddelelse-----

Sendt: 23. maj 2013 22:32

Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse

Cc: Sven Erik Bukholt

Emne: Høringssvar til lovforslag om ændring af sundhedsloven

Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og om klage- og erstatningsadgang

Idet jeg grundlæggende finder, at præmissen for lovforslaget er forkert, idet det ikke bør være muligt at ophøje den ene parts forhandlingskrav til lov, og jeg derfor mener, at lovforslaget helt bør tages af bordet, vil jeg alligevel viderebringe mine indsigelser til lovforslaget:

§204, stk 2: Det er ikke muligt at være leverandør af sundhedsydelser, hvis man ikke er med i planlægningen af disse. Det er helt utilstrækkeligt at de, som skal levere varen og ved hvad der er fagligt fornuftigt og praktisk muligt, kun må sidde i et rådgivende udvalg, som beslutningstagerne i værste fald kan vælge at overhøre.

Derfor må PLO naturligvis have plads i de tiltænkte praksisplanudvalg, og det paritetiske princip bevares, også selv om det medfører "vetoret" til såvel PLO som regions- og kommunalrepræsentanter.

§229 Det er ikke muligt at drive en virksomhed, når ministeren til enhver tid kan komme "indkøberne" til hjælp ved at fastsætte regler om ydelsernes indhold og anvendelse, honorarstørrelse, samlet økonomisk ramme og fastsætte regler om henvisning til behandling.

§231c stk 2. Sundhedsministeren har ikke den fornødne faglige indsigt til at det giver mening, at han/hun skal fastlægge regler angående pligten til sygebesøg, hvorfor stykke 2 bør udelades. Pligten til at køre sygebesøg, hvor det findes lægeligt indiceret er allerede indeholdt i §231c.

§231d, stk 3. Det findes ikke rimeligt at alment medicinske læger kan pålægges at udføre deres virksomhed i overensstemmelse med sundhedsaftaler, som de ikke selv har været med til at indgå.

§231e, stk 3. Datafangst er udviklet af praktiserende læger til praktiserende læger til at være et kvalitetsudviklingsredskab og ved indtrædelse i dette er speciallægen i almen medicin blevet garanteret, at det aldrig skulle anvendes i kontroløjemed, hvorfor det ikke kan accepteres at sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte regler for udlevering af disse data, som er ejet af de praktiserende læger.

§273a. Det er selvfølgelig helt uantageligt, at sundhedsministeren bemyndiges til at fastsætte bestemmelser om bødestraf uden rettergang og domsfældelse og uden ankeinstans.

§3 stk 2 understreger at sundhedsministeren taler usandt, når hun hævder at det gældende lovforslag "ikke ændrer en tøddel" før 1/9-14. Hvis dette usagn skulle være sandt, måtte det være et krav at lovforslaget TIDLIGST kan træde i kraft 1/9-14.

Marianne Bendtsen, speciallæge i almen medicin

Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af Sundhedsloven

Sagsnr.1302269 , Dok. nr.1205338

Jeg vil hermed anbefale at lovforslaget trækkes tilbage. Det vil være katastrofalt for vores sundhedsvæsen, hvis almen praksis fremover ikke skulle være ligeværdig part ved indgåelse af aftaler om vores område. Jeg beskriver herunder hvorfor.

Jeg er indehaver af deleydernummer i Hundsted. Vi er 3 der deler 2 ydernumre.

Der har været en rivende udvikling i specialet Almen Medicin siden jeg købte praksisandel i 2004. Datafangst, flere kliniske vejledninger, forløbsprogrammer, vedvarende udvikling af vores elektroniske journalsystemer osv. Denne udvikling er foregået ved et samarbejde mellem myndigheder og de praktiserende læger.

Ingen kan være uenige i, at der skal sikres en læge til alle og at fagligheden skal være høj, hvilket siges at være målet med lovforslaget. Det helt store problem er, at loven ikke vil have de tilsigtede konsekvenser. Målet kan nås ved samarbejde – ikke ved diktater uden fodfæste i virkeligheden. Lovforslaget og processen hen imod det har i den grad rystet min tiltro til vores demokrati.

I praksis arbejder vi meget effektivt. Hvert minut udnyttes. Jeg husker, at en kollegas optælling af antal beslutninger pr dag endte på ca. 120. Hver beslutning tager vi på baggrund af vores faglighed (vi er veluddannede og under vedvarende efteruddannelse), kliniske vejledninger, de praktiske lokale muligheder og patientens ønsker og ressourcer. Det er ofte meget komplekse situationer, hvor der ikke kun er én rigtig beslutning. Vores kontinuerlige kontakt med patienterne er en stor force når vi skal vurdere tilstande og symptomer.

I debatten omkring overenskomstforhandlingerne er det gået op for mig, at der er helt grundlæggende uvidenhed om det store spektrum af ydelser vi leverer i almen praksis og hvad der er vores faglighed – både hos nogle i den brede befolkning (der jo bedst kan forholde sig til egne erfaringer, hvor de jo hver især kun har oplevet en mindre del af en større pakke), og specielt blandt de politikere og embedsmænd, som ønsker at regulere området. Det er ærgerligt, at man ikke har taget imod invitationerne til at besøge almen praksis og sætte sig ind i det område man ønsker at påvirke.

Som praktiserende læge/familielæge føler jeg mig ansvarlig for de patienter jeg har tilknyttet. I mange tilfælde, tror jeg ikke mine patienter ved, at jeg har det sådan, og det er heller ikke nødvendigt. Vi kommunikerer "bare", jeg foretager de undersøgelser, som jeg på basis af min lægefaglighed finder nødvendige, og vi lægger en plan sammen. Det foregår ved et meningsfuldt samarbejde, hvor patientens dagsorden er den vigtigste. Netop denne ansvarsfølelse for mine patienter og min klinik er en nødvendig forudsætning for optimal udnyttelse af mine evner som læge for mine patienter og for optimal udnyttelse af den del af samfundets økonomi, som jeg altså forvalter. Efterspørgsel på lægeydelser overgår kapaciteten. Det begrænser i sig selv udgiften til almen praksis. . Jeg prioriterer hver dag for mest rationel udnyttelse af vores tid og samfundets ressourcer, det er en af vores spidskompetencer. Vi indretter dagligdagen i min praksis for maximal udnyttelse af vores ressourcer. Hvis noget virker uhensigtsmæssigt

kan vi hurtigt - i samarbejde med vores personale – ændre rutiner. Det er sådan vi har arbejdet altid. Tid er en væsentlig faktor hos os. Der skal være tid til at lytte, undersøge, behandle og kommunikere når vi møder patienten.

Vi har fået flere og flere opgaver de seneste år. Selvom politikerne roser effektiviseringer i sygehusvæsnet, så ser vi en anden side af den sag. Patienter udskrives hurtigt og er ofte utrygge og søger så os. Buen er spændt maksimalt. Flere opgaver kræver flere hænder. Opgaverne skal give mening hele vejen – både for patient, praksis og samfund; kun da bliver samfundets ressourcer udnyttet optimalt. Langt, langt størstedelen af vi praktiserende læger brænder for vores fag, og vil gerne deltage i den fortsatte udvikling af det. Vi vil deltage med vores faglighed og vores indgående kendskab til den virkelighed det hele handler om . Vores deltagelse i udviklingsarbejdet sikrer bedst muligt, at de planlagte ændringer vil have ønsket konsekvens. Jeg vil ikke i samme grad som nu kunne tage ansvar og ejerskab for opgaver, som jeg ikke kan se relevansen af, eller som jeg direkte finder uhensigtsmæssig – det er faktisk en mulighed, til trods for at hensigten har været god.

Alle praksishandler er stort set gået i stå. Vi har brug for stabilitet og forudsigelighed med henblik på at sikre de nødvendige udskiftninger i almen praksis og for at kunne foretage de nødvendige investeringer i de nuværende praksis.

Derfor vil jeg kraftigt opfordre til, at lovforslaget trækkes tilbage og til, at der etableres egentlige forhandlinger i respektfuld dialog.

Med venlig hilsen

Marianne Puge
Praktiserende læge
Strandvejen 83
3390 Hundested

Sendt: 19. maj 2013 13:17
Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse; Sven Erik Bukholt
Emne: Høringsvar vedr. lovforslag om ændring af sundhedsloven
Vedhæftede filer: signaturbevis.txt

Til Center for Primær Sundhed og Forebyggelse

Som almindeligt politisk interesseret skatteborger ønsker jeg at gøre indsigelse mod lovforslaget om ændring af sundhedsloven, som beskrevet i høringsbrev fra 3. maj 2013 (sagsnummer 1302269, dokumentnummer 1205338).

Der er mange problemer med lovforslagets ændringer af forholdene for almen praksis, hvorfor jeg vil opfordre til at lovforslaget bør bortfalde. Problemerne drejer sig primært om en rationel udnyttelse af det offentliges midler.

Med hensyn til udnyttelsen af skattekrone finder jeg det bekymrende, at man i 2013 stadig tror, at man kan regulere et marked ved hjælp af lovgivning. Dette sociale eksperiment blev bl.a. gennemført med utvetydige resultater i Rusland 1922-1991, samt mange andre lande i den tidligere østblok. Eksperimenterne viste alle, at et marked kollapser hvis man fra central hånd forsøger at regulere både pris, mængde og kvalitet. Derimod opstår som modreaktion altid sekundære markeder (ofte kaldet sortbørsmarkeder), hvor ressourcestærke individer kan opnå betydelige gevinster på bekostning af svagere stillede individer.

Det nuværende lovforslag forsøger netop fra central hånd at regulere både pris, mængde og kvalitet.

Prisen har længe været centralt reguleret af gældende overenskomst. Selv om dette ikke er optimalt, kan et marked dog stadig fungere under et sådan forhold, da aktører har muligheder for at justere på de andre parametre. Det nuværende lovforslag fastholder den centralt regulerede prisdannelse.

Lovforslaget lægger derudover op til at regulere mængden fra centralt hold, idet paritetsprincippet afskaffes og Praktiserende Lægers Organisation ikke længere får indflydelse på definitionen af alment praktiserende lægers arbejdsopgaver. Da stat og regioner begge er offentlige instanser må man formode et væsentligt interessesammenfald, så i praksis vil lovforslaget betyde at det offentlige suverænt kan definere, hvilke og hvor mange ydelser, alment praktiserende læger skal tilbyde.

Lovforslaget lægger yderligere op til at forsøge at måle og diktere (det kaldes vist 'sikre') kvaliteten i det udførte arbejde.

Lovforslaget indebærer derfor en indførelse af planøkonomi inden for almen praksis. Lægerne vil ikke kunne drive deres private virksomheder inden for planøkonomiske rammer, hvilket på både kort og lang sigt vil være til skade for svagere patientgrupper. Der vil nemlig ske det, der altid sker når man forsøger at indføre planøkonomi: Enten holder lægerne op med at arbejde fordi det ikke længere kan betale sig; de søger til udlandet fordi det bedre kan betale sig; eller et sekundært marked opstår.

Dette sekundære marked kan enten være legalt i form af private sundhedsforsikringer osv., eller illegalt i form af penge under bordet hvis man ønsker særlig behandling af sin læge. Med blik på Rockwool-fondens mange rapporter om sort arbejde, samt situationen inden for narkotikabekæmpelse, kan man konstatere at man ikke kan lovgive mod et sort marked. En lov kan således ikke 'sikre' at der ikke opstår et sort marked, eller andre uhensigtsmæssige markedsforvridninger.

Lovforslaget indeholder derudover forøgede krav til at lægerne skal dokumentere deres arbejde. Der er dog intet, der tyder på at dokumentation øger kvaliteten af udført vidensarbejde. Tværtimod tager det tid fra patienterne, så det er samfundsmæssigt skadeligt.

Derudover skaber øgede dokumentationskrav også såkaldte 'perverse incitamentsstrukturer'. Populært sagt kan man udtrykke det ved fyndordet "man får hvad man måler"; effekten er dog ganske reel. Hvis det offentlige kræver øget dokumentation fra de praktiserende læger, kommer det til at være nøjagtigt dét, man får: øget dokumentation. Da en alment praktiserende læge har begrænsede ressourcer (særligt da lovforslaget også indeholder et udgiftsloft), kan det kun betyde en formindsket fokus på patientbehandlingen – altså det modsatte af hvad man ville forsøge at opnå.

Man ved fra videnskabelige studier at hvis man vil have mest ud af vidensarbejdere skal man give dem autonomi. De fleste vidensarbejdere (deriblandt læger) ønsker at levere et godt arbejde, men gør det kun, hvis man lader dem. (For en underholdende og kort (10 minutter) introduktion til dette emne kan denne video anbefales: <http://www.youtube.com/watch?v=u6XAPnuFjJc>) Lovforslaget indeholder desværre den modsatte tilgang, hvilket kun vil give dårligere patientbehandling.

Dette vil primært gå ud over de svageste patientgrupper, der ikke vil have råd til at tilkøbe sig en ordentlig behandling.

Derudover finder jeg også den forøgede detaljeringsgrad af den ønskede dokumentation betænkelig, ud fra et datasikkerhedsmæssigt hensyn. Selv hvis man anonymiserer patientdata (ved f.eks. af erstatte CPR-nummer med løbnummer, osv.), skal der ikke mange datapunkter til, før man kan korrelere anonymiseret data på individniveau (typisk 3-4 oplysninger, såsom alder, køn, postnummer). Når man tænker på den detaljeringsgrad, der lægges op til i lovforslaget, vil det være let for de offentlige myndigheder at få indblik i konkrete patientforhold. Dette vil således udgøre et reelt brud på lægernes tavshedspligt. Igen resulterer dette i dårligere behandling, idet fortroligheden mellem patient og læge undermineres.

Af alle ovennævnte grunde vil jeg dermed opfordre til at lovforslaget borfalder, og ikke vedtages.

Med venlig hilsen

cand.polit. Mark Seemann
Vesterbrogade 163, 4. tv
1800 Frederiksberg C

Hørings svar til udkast til lovforslag om ændring af Sundhedsloven

Sagsnr. 1302269 , Dok. nr.1205338

Som patient vil jeg gerne give min mening til kende i denne høring.

§ 231. Kvalitetskontrol og udvikling? Regionerne vil have en masse data om patienterne. Lægerne registrerer en masse oplysninger allerede nu via Datafangst, men hvis regionerne vil have flere data, skal lægen bruge mere tid på registrering. 1 minut pr. patient lyder måske ikke af meget - men hvis lægen ser 30 patienter om dagen, vil det samlet blive 30 minutter, der yderligere skal bruges på registrering... det svarer til 2 eller 3 konsultationer- Skal lægen så se 2-3 patienter mindre hver dag eller bruge mindre tid på den enkelte patient? Jeg ser dette som en forringelse for mig som patient.

Men hvordan måles kvaliteten hos lægen? Skal kvaliteten af lægens arbejde måles på patienternes sundhed? Er det manglende kvalitet, hvis en patient ikke vil tage den medicin, som lægen foreskriver? Er det manglende kvalitet, hvis en diabetiker ikke kan styre sit blodsukker? Er det manglende kvalitet, hvis en patient ikke møder op til kontrol? Er det manglende kvalitet, hvis lægen vurderer at den optimale behandling for en given patient ikke er den, der foreskrives i retningslinjerne?

For mig er kvalitet, at jeg føler mig god behandlet, at lægen har tid til at lytte til mig og finder den behandling, der er bedst for lige netop mig. Dette kan ikke måles på de data, som regionerne vil have til formålet.

Som patient forventer jeg naturligvis at alle læger, uanset om det er min egen læge eller en læge ansat på sygehus, overholder deres tavshedspligt. Derfor kommer det bag på mig, at regionerne allerede har adgang til oplysninger om mig fra sygehusene. At dette så ikke er tilfældet betyder ikke, at jeg bifalder, at regionerne skal have samme oplysninger om mig fra min egen læge. Dertil vil jeg så sige, at der er betydelig mere info om mig og mit sygeforløb i journalen hos egen læge. Her behandles "stort og småt" lige fra personlige problemer til alvorlige sygdomme. Her kan jeg snakke fortroligt med en person, jeg føler mig tryk ved. Jeg ønsker på ingen måde, at oplysninger fra min journal skal gives videre til regionerne uden min accept.

Hvilke informationer der pt. efterlyses fra regionernes side, ved jeg ikke, men lovforslaget siger, at regionerne skal have adgang til følgende: "(...) indholdet i patientkontakter i almen praksis, for så vidt angår henvendelsesårsag, aktivitet, ydelse, viderehenvielse, medicinforbrug m.v.". Det ser jeg ubetinget som brud på lægens tavshedspligt

Når disse data først er videregivet til regionerne, har hverken jeg eller min læge indflydelse på, hvad de skal bruges til - og det synes jeg ærlig talt ikke, er særlig betryggende. Selvfølgelig er hensigterne fra regioner og regering reelle, men hvem ved, hvad der sker om fx 4-5 år, når der er kommet andre personer til med nye visioner?

Og er jeg sikret mod at mine data bliver lækker på internettet? Nej, det er jeg ikke:

<http://www.dr.dk/Nyheder/Indland/2013/02/02/02170653.htm>

<http://www.dr.dk/P4/Fyn/Nyheder/Regionsyddk/2013/02/03/114627.htm>

§ 204. Uden de praktiserende lægers deltagelse i praksisplanudvalget, som bl.a. skal definere, hvilke opgaver almen praksis skal varetage, snitflader til det øvrige sundhedsvæsen samt overvejelser om kapacitet og fysisk placering af ydernumre, vil lovforslaget ikke styrke samarbejdet mellem kommunerne, regionerne og de praktiserende læger. Regionerne og kommunerne vil få frie hænder til at tildele en masse opgaver, som almen praksis ikke varetager i dag. Lægerne vil gerne påtage sig flere opgaver - men de arbejder jo allerede langt over 37 timer om ugen. De ser muligheder i at ansætte mere

klinikpersonale til fx at fortage kontrol og tage blodprøver og lignende opgaver. Men det hænger ikke økonomisk sammen, hvis der ikke følger økonomi med, for der er loft over, hvor meget de må tjene. I denne sammenhæng er det også vigtigt at huske, at regionerne sparer penge på sygehusene ved at flytte opgaver fra sygehusene over til de praktiserende læger – og kommunerne har mange sundhedsopgaver, som de gerne ser de praktiserende læger varetage (se fx denne artikel: <http://www.kl.dk/Det-naere-sundhedsvasen/Praktiserende-lager-skal-indga-i-kommunernes-sundhedsplaner-id99204/?n=1>). Hvis lovforslaget bliver vedtaget, får de praktiserende læger ikke mulighed for at sige fra over for de opgaver, som regionerne/kommunerne lægger over på dem. Og det kan være nødvendigt at sige fra, hvis lægerne ikke har uddannelse/kvalifikationer til at udføre de pågældende opgaver eller tiden til det.

§ 227. Ingen bliver tvunget til at flytte bliver vi igen og igen fortalt... men lovforslaget siger noget andet "Endelig kan eksisterende ydernumre opkøbes som led i praksisplanlægningen, bl.a. med henblik på at flytte praksis og sikre sammenhæng til den kommunale sundhedsindsats i et sundhedshus, og også driften af disse kan udbydes... Hvordan kan jeg være sikker på, at min læge ikke rammes af denne paragraf og bliver opkøbt? Det er forkasteligt at regionerne kan gribe ind i en privat virksomhed på denne måde. Det er en god ide, at sikre visse områder ved at flytte nye eller ledige ydernumre dertil, men en eksisterende praksis skal ikke kunne opkøbes. Det giver for stor usikkerhed omkring evt. investering i egen praksis og vil sandsynligvis forårsage mindre tilgang til almen medicin blandt yngre læger. Ydermere skal praksisplanen "udarbejdes mindst én gang i hver valgperiode, og skal løbende justeres, hvis der opstår behov for det". Hvis en ny valgperiode betyder nye medlemmer i praksisplanudvalget, kan det også betyde nye visioner for praksisplanen, og de praktiserende læger vil aldrig være sikre på stabilitet. "Det forudsættes, at almen praksis høres i denne proces" – ja, men vil udvalget lytte? Vi har allerede set, hvordan ultimative krav håndteres af regionerne.

Lovforslaget vil åbne op for at privathospitaler og andre private aktører kan købe et ydernummer og åbne et lægehus. Der stilles tilsyneladende ikke krav til, at disse lægehuse skal ansætte læger, der er uddannet i almen medicin. Er det på den måde, at regeringen ønsker at løse problemet med lægemangel i Danmark? Så går man i mine øjne på kompromis med den kvalitet, der snakkes så meget om...

Længere åbningstid? Jo, det lyder godt for os patienter, men lægerne arbejder i gennemsnit 46 timer om ugen. Skal de ikke også have tid til at være sammen med sin familie? De har også brug for at komme hjem og hvile hovedet, så de kan være frisk til næste dag. En træt og stresset læge er ikke det bedste vi patienter kan ønske os. De lavere lettere og oftere fejl. Er det forsvarligt over for os patienter?

Grundlæggende finder jeg det uanstændigt og uacceptabelt at samarbejdet mellem regionerne og de praktiserende læger fastlægges via lovgivning. Det skal forhandles mellem de to parter. Lovforslaget bør tages af bordet og erstattes af reelle forhandlinger. Om nødvendigt udskiftes chefforhandlerne på begge sider og der sættes en uvildig opmand på. Det er muligt at forhandle sig til en aftale, hvis viljen er der – og den er der fra PLO's side.

Mira Malena Frank
Hallenslev

Hørings svar til høring over udkast til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Fortrolighed:

En fundamental forudsætning for lægegerning er fortrolighed. Patienterne har krav på lægens tavshedspligt, så de altid kan være sikre på, at de oplysninger, de giver lægen, ikke kommer - eller risikerer at komme - i de forkerte hænder.

Med lovforslaget er jeg bekymret på mine patienters vegne angående denne fortrolighed.

- Data, som lovforslaget lægger op til at kunne indhentes, kan allerede hentes i anonym form via DAMD.
- Data fanget af datafangst udtrykker ikke nødvendigvis, om den enkelte praksis/læge er god eller ej (f.eks. er det gennemsnitlige blodsukker hos patienter, der følges i sygehusregi højere, end hvad det er for patienter, der kun følges i almen praksis – der er naturligvis ikke tale om at praktiserende læger er bedre til at behandle sukkersyge-patienter, men at de patienter, der er sværest at behandle, netop behandles i sygehus regi o.s.v.). Kun læger med kendskab til almen praksis og med kvalitetssikring kan med rimelighed fortolke data, så de kan anvendes i et bredere perspektiv.
- Kontrol af enkeltstående praksis burde udføres efter samme retningslinier, som Sundhedsstyrelsen/embedslægerne anvender, som netop respekterer anonymiteten overfor patienterne.

Integritet:

Som privat praktiserende læge bør man kunne stå inde for, det man udfører. Hvis regioner og kommuner egenhændigt skal bestemme, hvad den enkelte læge, eller gruppen af praktiserende læger skal udføre, kan man risikere, at det beslutes, at de praktiserende læger skal udføre opgaver, som de ikke kan stå inde for. Det er således nødvendigt at de praktiserende læger inddrages i disse beslutninger.

Almen praksissektoren:

I lovforslaget åbnes op for at andre end læger, kan opkøbe ydernumre. Der er i lovforslaget ikke krav om, at læger, der skal varetage disse ydernumre, er speciallæger i almen medicin, og de er heller ikke nødvendigvis organiseret under PLO. En (forhåbentlig) fremtidig aftale mellem regionerne og PLO er ikke nødvendigvis ikke gældende for disse læger, og selv om, at man kunne sikre et perifert område, hvor der er lægemangel midlertidigt, vil kvaliteten hermed risikere at befinde sig på et absolut lavpunkt. Dette er ikke en god løsning for patienterne, hverken på kort sigt, for slet ikke at nævne på lang sigt. Der er jo i lovforslaget ikke krav om, at disse ydernumre kun er midlertidige, men vil i al evighed kunne fastholdes i et potentielt kommercielt foretagende, hvis mål er at skabe overskud til virksomheden eller deres aktionærer og ikke at yde god service og kvalitet til patienterne.

Forhandling:

For at kunne opnå resultater, der er fremtidssikrede og kan implementeres i almen praksis, er de praktiserende lægers engagement en forudsætning. At pådutte eller påtvinge krav, hvor lægerne reelt er sat uden for indflydelse, er ikke hensigtsmæssigt, hvorfor jeg vil anbefale, at man trækker lovforslaget, der tydeligvis har bragt sindene i kog blandt praktiserende læger, og at regionerne i også trækker deres opsigelse tilbage, så man kan komme til forhandlingsbordet, uden at patienterne kommer i klemme i konflikten.

MVH Peder Ahnfeldt-Møllerup

Speciallæge i almen medicin

Ph.d-studerende

- og praktiserende læge fra 1. juli 2013 ;-)

HØRINGSSVAR

Lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Indledning

Undertegnede Pernille Thorsen og Christian Freitag ønsker hermed at komme med nedenstående høringssvar til ovenstående lovforslag. Vi arbejder i Holte Lægehus som praktiserende læger. Vi er samtidig ejere af Lægehuset. Vi arbejder i et område uden lægemangel. Vi har så stor søgning af patienter, at vi er nødt til at lukke for tilgang, da tilgangen af patienter ellers vil blive for stor. Vi har nyt telefon- og IT-system med patientadgang via internettet. Vi har ansat 2 sygeplejersker og en SOSU-assistent. Patienterne kan komme dagligt i "drop-in"-konsultation hos sygeplejersken uden tidsbestilling. Vi arbejder med forløbsprogrammer for alle de store kronikersygdomme på tværs af faggrænser. Vi monitorerer vores kvalitet ved både interne audits og v.h.a. datafangst.

Umiddelbart imødekommer vi alt det Region og Minister gerne vil have. Alligevel er vi voldsomt bekymret for ministerens lovindgreb på området, og vi kan ikke arbejde som læger for gruppe-1 sikrede patienter under de forudsætninger.

Grundlæggende handler vores dybe bekymring om 3 problemstillinger:

- 1. Regionsrådet får mulighed for at lade Regionerne udkonkurrere eksisterende lægepraksis på ulige vilkår.**
- 2. Regionen, Kommunen og Ministeren får mulighed for at definere og pålægge lægepraksis nye opgaver, vel at mærke udenfor det normale aftalesystem.**
- 3. Loven giver indenfor nogle meget uspecifikke rammer myndighederne generelt og Ministeren specifikt mulighed for dels at rekvirere oplysninger om både virksomheden og patienterne, og dels pålægge lægerne forpligtelser med en detaljeringsgrad der synes unødvendig, uklog og uforsvarlig.**

De 3 problemstillinger uddybes nedenstående med henvisninger til lovforslaget.

I følge Ministerens redegørelse i forbindelse med lovforslaget skal lovindgrebet blandt andet bidrage til:

- A. At øge lægedækning i yderområderne.
- B. At sikre myndighederne bedre indblik i de resultater der opnås i almen praksis.
- C. At kunne tilføre almen praksis nye opgaver og skabe effektiviseringer.
- D. At sikre et bedre samarbejde mellem de 3 sektorer (Hospitaller, almen praksis og Kommunerne).

Disse 4 områder er naturligvis helt legitime, men de er ikke betinget af et lovindgreb på området. Afslutningsvis viser vi, hvorledes de samme mål kan nås blot uden et lovindgreb.

1. Regionsrådet får mulighed for at lade Regionerne udkonkurrere eksisterende lægepraksis på ulige vilkår.

Vedr.: Regionsrådets mulighed for etablering af nye ydernumre, håndtering af gældende ydernumre samt driftsbetingelserne for disse. §227.

Uanset Ministerens motiver kan lovforslaget, som det ser ud i dag, medføre en fuldstændig skævvridning af konkurrencen indenfor den primære lægetjeneste. Følgende eksempel skal ikke dokumentere Ministerens (eller andres) motiver blot anskueliggøre, hvad loven kan medføre (§227):

Eksempel 1.

Regionen opretter, overtager eller køber 6 ydernumre i "X-købing" (stk. 2). Regionen forkaster eventuelle bud fra andre (stk. 4). Regionen vælger selv at drive de 6 ydernumre i egne lokaler (stk. 5). Loven fastsætter ikke de økonomiske forudsætninger for en sådan Regionsklinik. I de følgende 4 år kan Regionen derfor med skattefinansieret tilskud udkonkurrere de omkringliggende lægepraksis, på konkurrenceparametre som f.eks.: faciliteter, weekend-åbent og hjælpepersonale. Så vidt vi kan se af lovforslaget, er der ikke krav til Regionen om, at klinikkerne skal bemandedes med speciallæger. Dette vil således yderligere skævvride konkurrencen til fordel for Regionen. PLO eller andre får ikke indsigt i hverken investeringsomkostninger eller driftsøkonomien for en sådan klinik.

Eksempel 2.

Som eksempel 1 blot med den forskel at Regionen laver en aftale med et privat firma, der bliver driftsherrer. Loven beskriver intet om de økonomiske rammer for en sådan aftale. Derfor kan Regionen lave én aftale med firmaet og en helt anden med de omkringliggende praktiserende læger (overenskomsten). Udfaldet kan blive det samme: At de eksisterende praktiserende læger "udkonkurreres" på ulige vilkår.

Kommentar

Konkurrence skal være velkommen, men det bør ske på lige vilkår. Skattefinansieret Regionsklinikker vil naturligvis have så store økonomiske ressourcer at de uden problemer, på kort sigt, kan udkonkurrere små personligt ejede virksomheder. Desuden er det problematisk, at Regionerne således bliver kunde og leverandør på et marked, der styres af dem selv og i sidste ende af en anden offentlig myndighed (Ministereren). Uden at være eksperter på konkurrence-lovgivning skulle det undre os, om en sådan konstellation er helt "regelret".

2. Regionen, Kommunen og Ministeren får mulighed for at definere og pålægge lægepraksis nye opgaver vel at mærke udenfor det normale aftalesystem.

Vedr.: Myndighedernes mulighed for gennem Sundhedsaftalerne at pålægge almenpraksis nye opgaver udenom aftalesystemet (§231d, stk.1 og stk. 2).

Med lovforslaget vil Kommuner og Region, i modsætning til i dag, gennem Sundhedsaftaler kunne pålægge almen praksis nye opgaver. Detaljeringsgraden kan være meget stor.

Eksempel:

Region og Kommune beslutter gennem sundhedsaftaler et forløbsprogram for f.eks. *"Den svage ældre"*. Almen praksis vil formentlig blive "hørt", men er ikke aftalepart. Forløbsprogrammet kan f.eks. beskrive følgende: *"Lægen skal lave opsøgende hjemmebesøg 2 gange årligt, medicingennemgang 4 gange årligt, samtale med pårørende 2 gange årligt, møde med hjemmeplejen 2 gange årligt samt efter hver indlæggelse. Udgiften skal holdes indenfor omsætningsloftet."*

Kommentar:

Vi har nu i 2 år (indtil 1. april 2013) arbejdet under et "omsætningsloft". Vi har i de 2 år modtaget adskillige nye opgaver fra især hospitalerne som følge af forkortede indlæggelsesforløb og nedlæggelse af ambulatorier. En stor del af disse opgaveflytninger er ganske fornuftige både for den enkelte patient, for Hospitalet og for os praktiserende læger. Problemet er, at med "omsætningsloftet" har vi skulle løse alle disse opgaver "gratis". Vi har i Region Hovedstaden fremsendt massiv dokumentation for dette merarbejde. Meddelelsen til os har blot været, at dette skal vi løse indenfor "omsætningsloftet".

Med ovenstående § 231 d kan Region og Kommune nu yderligere pålægge os nye opgaver. I visse tilfælde formentlig fornuftige men da uden honorar. I andre tilfælde kan vi frygte, at det lægefaglige fundament ikke er i orden, og vi har da ikke hjemmel til at modgå dette.

3. Loven giver indenfor nogle meget uspecifikke rammer myndighederne generelt og Ministeren specifikt mulighed for dels at rekvirere oplysninger om både virksomheden og patienterne, og dels pålægge lægerne forpligtelser med en detaljeringsgrad der synes unødvendig og uforsvarlig.

Vedr.: §59 stk.3; § 60 stk. 3; §195 stk. 2, 231e stk.3 (oplysninger); §273a (bødestraf).

Formuleringerne i §§ 59; 60 og 195 må siges at være meget generelle. Dermed lægger loven en magt i hænderne på ministeren, som i bedste fald er uklar, i værste fald næsten ubegrænset.

Igen skal vi ikke betvivle Ministerens motiver, men det bør gøres tydeligt for Folketinget hvilke beføjelser Ministeren får med denne lov. Det vil være for omfattende at beskrive, hvad Ministeren kan kræve efter denne lov. Her blot et par eksempler:

Eksempel 1:

Sygebesøg, §60; §231c. stk. 1 og 2:

Ministeren kan inden for lovens rammer f.eks. fastsætte at: *"Ethvert personale på plejehjem/hjemmepleje kan rekvirere et lægebesøg såfremt der enten er feber (besøg samme dag) eller anden efter personalets vurdering påtrængende årsag (besøg indenfor 2 hverdage)."* §231c, stk.2 sikrer denne ret, for der står i lovforslaget: "efter lægens vurdering, ELLER forhold i øvrigt der nødvendiggør dette". Sidstnævnte kan Ministeren jo netop fastsætte jvf. §60.

Vi håber, det er indlysende, at dette vil være helt urimeligt i forhold til at prioritere lægens tid, og i værste fald med risiko for de patienter som lægen må aflyse som følge af sygebesøget.

Eksempel 2:

Oplysninger om praksis - §195 stk.2.

Ministeren kan med loven rekvirere alle tænkelige oplysninger om en specifik lægepraksis, der kan blot refereres til "kvalitets-sikring". Når det ikke er specificeret, kan vi forestille os alt: Beskrivelse af arbejdsgange, mødetider, telefon-statistik, sygdom, interne instrukser, oplysninger om kurser/uddannelse, ferie, kalenderstyring, ventetider på telefonen og i venteværelse. Listen er vanskelig at begrænse.

Vi synes ligeledes, at dette eksempel taler for sig selv.

Lovens §273a giver endda Ministeren ret til bødestraf af lægerne såfremt oplysningerne ikke fremsendes.

Eksempel 3:

Kodning af henvendelser - §231e.

De fleste læger koder i dag alle konsultationer og vigtigste henvendelser. Resten af lægerne er på vej, og ellers bør de "stimuleres" til dette via det normale aftalesystem (samarbejdsudvalget).

Af lovforslaget fremgår det, at (alle?) henvendelser skal diagnosekodes. Vi har ikke tal på antallet af henvendelser i vores praksis dagligt, men vi håber, at Ministeren vil præcisere, at der ikke menes henvendelser vedr. prøvesvar, tidsbestilling og andre almindeligt forekommende henvendelser, der ikke vedrører specifik sygdom. I modsat fald skal registreringsarbejdet udvides betydeligt uden værdi for nogen samtidig med at den tid kan kun tages fra patienterne.

At indføre bødestraf for manglende registrering virker helt ude af proportioner med formålet.

Generelt

Grundlæggende handler vores indsigelse om, at loven på helt centrale områder både i vores lægefaglige arbejde og i reguleringen af vores "marked" fratager de praktiserende læger aftaleretten. Aftaleretten har i næsten 100 år bidraget til, at almen praksis har sikret danskerne en stabil, omkostningsbevidst og ret effektiv primær lægehjælp.

Christian Freitag har selv i en periode siddet i Samarbejdsudvalget i Region Hovedstaden. Aftaleretten har betydet, at ingen af parterne har kunnet gennemtrumfe deres krav ensidigt. Det har for begge parter medført at hurtige ændringer, der kun imødekommer den ene part, ikke har kunnet lade sig gøre. Udvikling har krævet samarbejde.

Ud over de nævnte 3 områder kan vi være bekymret for, hvad denne ændring af aftalesystemet vil betyde for hele samarbejdet mellem myndighederne og de praktiserende læger og for hele sammenhængen i sundhedsvæsenet. På ethvert lederkursus vi har deltaget i, har "inddragelse af medarbejderne" været et vigtigt ledelsesredskab for at opnå motivation, forståelse og for at sikre den rette adfærd.

Det er indlysende, at med denne lovgivning vil Folketinget skabe to modpoler. Det er ligeså indlysende at denne lovgivning vil medføre, at de praktiserende læger vil komme til at bruge meget tid og energi i at undgå de "overgreb", som vi ser dette lovforslag som et udtryk for. Dette vil direkte hæmme det sammenhængende sundhedsvæsen stik imod lægernes og Ministerens ønske.

Vi kan desværre ikke finde meget i lovforslaget, der vil forbedre almen praksis og det danske sundhedsvæsen. Vi kan derimod finde meget, der vil styrke Regionernes, Kommunernes og ikke mindst Ministerens indflydelse på de praktiserende læger, men dette er vel ikke et mål i sig selv?

Vi appellerer til at Ministeren og Folketinget i stedet for en lovgivning, der ensidigt imødekommer den ene part både nu og i det fremtidige system, genetablerer et konstruktivt forhandlingsklima, hvor almen praksis er en ligeværdig partner. I modsat fald er det indlysende, at loven vil medføre uoprettelig skade og skelsættende ændringer på hele den primære lægetjeneste i Danmark.

Et sådan forhandlingsklima bør ikke ske med truslen: "Hvis I ikke bliver enige inden september 2014 så vil Ministerens ophæve den ene parts krav til lov". En sådan bestemmelse fratager jo fuldstændigt Regionernes lyst til reelle forhandlinger. De vil naturligvis blot læne sig tilbage og vente på d. 1. september 2014.

Men venlig hilsen

Pernille Thorsen og Christian Freitag
Speciallæger i almen medicin
Holte Lægehus
Dronninggårds allé 13
2840 Holte
cf@holtelaegehus.dk og pt@holtelaegehus.dk
www.holtelaegehus.dk

Notat om hvordan Ministeren kan opnå sine mål uden lovgivning:

Ad. A. Lægedækning i yderområderne

På lang sigt kan problemet afhjælpes væsentligt ved en lille overproduktion af praktiserende læger for derved at lade "markedet" presse lægerne ud i disse områder, som f.eks. i 80'erne. Om det politisk er den rigtige løsning, skal vi ikke afgøre.

Hvis Folketinget og Regionerne på kort sigt ønsker at imødegå lægemanglen i yderområderne, må man først erkende, at uanset hvilken model man vælger, så kommer det til at koste penge og relativt mange penge sammenlignet med udgiften pr. dansker i dag.

Hvis Regionen skal bygge og bemane store lægehuse i tyndt besatte områder, bliver det dyrt, det er indlysende. Der vil være store etableringsomkostninger og store omkostninger med at "lokke" læger og andre til disse områder. Der ses jo det samme blandt sygehuslæger i dag, hvor speciallæger "lokkes" til Bornholm og Esbjerg (det er de områder vi umiddelbart kender til) med lønninger, der ligger langt over deres normale lønninger i Regionen.

Private firmaer kan næppe gøre det billigere end Regionen, da et sådan område naturligvis ikke er så attraktivt med mindre, der følger anseelige beløb med i "kontrakten". Vi ved ikke, hvad "Dansk Supermarked A/S" skal have for at bygge et "BILKA" på Mors, men det vil nok ikke blive billigt.

Den billigste løsning vil nok være at "overbetale" praktiserende læger gennem større honorarer, bedre faciliteter eller personale. Det er ikke nogen optimal løsning, men måske en midlertidig.

Endelig kan en løsning jo være at beslutte, at de borgere, der bor i et yderområde får længere til lægen. Ligesom de har længere til indkøb, skoler og sygehuse. Det skal igen være en politisk beslutning, men træffes den, så kan den jo fint og gradvist implementeres sammen med PLO og ikke udenom.

Ad. B: At sikre myndighederne bedre indblik i de resultater der opnås i almen praksis.

Naturligvis er almen praksis interesseret i at vise sin primære "kunde" Regionerne, hvad de får for pengene. Der findes i dag et omfattende indberetningssystem via vores ydelser, men vores og Regionernes store udfordring er at konkretisere og visualisere de resultater almen praksis bidrager med.

Nogle mål fremtræder umiddelbart relativt simple, f.eks. et mål for blodsukkerniveauet hos en diabetes patient (HgbA1c). Til trods for dette siger dette ikke nødvendigvis noget om lægens kvalitet og indsats. Vi vil som læger i Holte, ret sikkert have et lavere (bedre) HgbA1c-niveau blandt vores patienter, end tilsvarende læger i Ishøj. Dette er bare et lille eksempel på problemerne med at visualisere resultater frem for indsats (som vi gør i dag).

Vi praktiserende læger deltager meget gerne i et arbejde med at give Regionen data så de bedre kan se, hvad de får for pengene, men vi skal starte med at erkende, at et rigtig godt system findes ikke noget sted i Verden i dag.

Ad. C. At kunne tilføre almen praksis nye opgaver og skabe effektiviseringer.

Vi kan ikke se, at nye opgaver og herunder effektiviseringer med fornuft, skal kunne gennemføres udenom et aftalesystem, hvor begge parter accepterer aftalen. Man kan godt sige, at PLO har haft "vetoret", så længe vi er enige om, at det har Regionerne naturligvis også haft. Vi vil dog foretrække at kalde det "samarbejde" – sådan har det fungeret siden begyndelsen af almen praksis.

Regionen har jo som kunde ret til at møde op til forhandlingerne med ønsket om et andet produkt end tidligere. Almen praksis må så se om de kan udbyde dette "produkt" og til hvilken pris – dette er en forhandlingssituation som har fungeret fint i mange år. Regionen har naturligvis også lov til at købe mindre end året før (for at holde budgetterne), dette kan sagtens være udgangspunktet for forhandlingerne.

Ad. D. At sikre et bedre samarbejde mellem de 3 sektorer (Hospitaler, almen praksis og Kommunerne).

Det har været tydeligt de senere år, at især behovet for et tættere samarbejde mellem Kommune og almen praksis har været stigende. Dette samarbejde er i dag ikke godt nok, først og fremmest fordi Kommune og almen praksis ikke har haft tradition for forpligtende samarbejde på samme måde som Region og almen praksis.

Et bedre samarbejde mellem Kommunerne og almen praksis er betinget af, at KL og PLO sætter sig ned, og afdækker behov og løsninger. Dette kunne naturligt ske som led i den kommende aftale mellem det offentlige Danmark og de selvstændige praktiserende læger.

Holte d. 20. maj 2013

Pernille Thorsen og Christian Freitag

Ry den 20. maj 2013

Til Ministeriet for sundhed og forebyggelse.

Vedr.: Sagsnummer 1302269. Dokumentnummer 1205338.

HØRINGSSVAR

Jeg ønsker hermed at give min mening til kende om lovforslaget à 3. maj 2013 om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Mange vilkår som hidtil er aftalt i en overenskomst skal fremover fastsættes ved lov. Det betyder at skiftende ministre, regionsråd og kommunalbestyrelser kan fastsætte regler for f.eks.:

ARBEJDSOPGAVER OG ARBEJDSBYRDE:

- I lovforslaget står at de praktiserende læger er ”..forpligtede til at udøve deres virksomhed i overensstemmelse med opdateret viden og nationale faglige retningslinjer, pakkeforløb m.v.” samt ”...herunder forløbsprogrammer m.v., der indgår som en del af sundhedsaftalerne.”
- det er allerede i lægeløftet præciseret ”...*at jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede og i øvrigt gøre mig bekendt med og nøje efterleve de mig og mit fag vedkommende anordninger og bestemmelser.*”

Derfor mener jeg ikke, at det er nødvendigt at fastsætte i sundhedsloven at faglige retningslinjer mv. skal følges.

Det er ikke angivet hvorfra de faglige retningslinjer skal komme eller hvem der skal bedømme dem. Det er velkendt, at der kan være flere måder at behandle forskellige sygdomme på og ofte må den bedste behandling basere sig på en individuel vurdering, hvor det ikke er ualmindeligt, at en retningslinje fraviges.

Sundhedsaftaler aftales i det kommende praksisplanudvalg, hvor de praktiserende læger ikke tiltænkes at være repræsenteret dvs. lægerne har ingen indflydelse på aftaler, de ifølge lovforslaget vil være forpligtet til at efterleve.

Det giver både problemet med indholdet i opgaverne og den samlede mængde af opgaver, som almen praksis fremover vil være forpligtede til at løse. Når de praktiserende læger ikke er repræsenteret i praksisplanudvalgene vil de ikke kunne udtale sig om, det er realistisk at udføre de påtænkte opgaver på den ønskede måde og evt. til den tidsfrist der ønskes fra kommune og region.

DETAILSTYRING AF ARBEJDET I ALMEN PRAKSIS

I lovforslaget lægges op til at ministeren kan fastsætte regler for

- Antal af tilmeldte patienter
- Åbningstider
- Vilkår for aflæggelse af hjemmebesøg
- Afstand mellem lægens klinik og borgeren hjem (den såkaldte kilometergrænse)

- Det mener jeg er et kraftigt indgreb i styringen af virksomheder som er privatejede. Som ejere af klinikkerne betaler lægerne al drift af klinikken (fx husleje, EDB, telefoni, inventar), de ansattes løn og har ansvaret for at alt i klinikken fungerer både det praktiske og det faglige inkl. oplæring og opfølgning af personalet kompetencer. Når man har dette ansvar mener jeg, at det er rimeligt, at man også har indflydelse på, hvordan erhvervet udvikler sig. Generelt oplever jeg ikke, at de praktiserende læger har et problem med at påtage sig nye typer af opgaver, men for at opgaverne skal blive løst godt i almen praksis kræver det, at de praktiserende læger tages med i planlægningen af flytningen og udførelsen af opgaverne. Derfor bør disse forhold som hidtil aftales ved overenskomstforhandlinger og ikke ved lov.

FORTROLIGHED

I bemærkningerne til lovforslaget står at sundhedsministeren kan "fastsætte regler om, at regionerne skal have adgang til registrerede oplysninger om antallet af og indholdet i patientkontakter i almen praksis, for så vidt angår henvendelsesårsag, aktiviteter, ydelse, viderehenvielse, medicinforbrug m.v."

Et andet sted i bemærkningerne står, at regionerne vil få "adgang til at rekvirere kliniske data om patientbehandlingen i almen praksis herunder behandlingsresultater, der kan belyse patienternes sundhedstilstand".

- Det gør mig bekymret for fortroligheden mellem patient og læge uanset kryptering af data.
- Jeg stiller mig undrende over, hvad disse oplysninger skal bruges til. Hvad forstår ministeriet ved "Sundhedstilstand"? Skal skiftende ministre definere den?
- Jeg er bekymret over, hvordan man i regionen vil bedømme disse data. Kan ikke-lægefagligt uddannede personer vurdere disse data i al deres kompleksitet? Der er jo altid en person, en historie og en individuel tilgang til sundhed og sygdom bag. Laboratoriemålinger alene siger uendelig lidt om en aktuel sygdomstilstand hos en person.

ØNSKE OM BEDRE SAMMENHÆNG I DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN

Sundhedsministeren har udtalt, at man ønsker at sikre bedre sammenhæng mellem sygehuse, kommuner og almen praksis.

Hvordan tænkes dette opnået, når en faggruppe ikke er med i det besluttende organ og når centrale elementer i den ene parts virke fastsættes ved lov og ikke efter dialog i en forhandling?

ØKONOMILOFT

Regionerne ønsker budgetsikkerhed for udgifterne til sektoren almen praksis. Det er forståeligt, men hvis det skal være en fast størrelse må også antallet af opgaver i sektoren have et loft.

Som jeg forstår lovforslaget vil det blive muligt for regionen at give en læge en økonomisk bod, hvis ikke han/hun lever op til faglige retningslinjer. Samme læge kan få en bod for at "producere" for meget (økonomiloft). Det kan blive svært ikke at lave "for meget" hvis man skal leve op til alle retningslinjer og samtidig har alle de opgaver, der er i dag, hvor økonomiloftet allerede er nået.

Det bliver også svært at bevare fri og lige adgang til almen praksis for alle patienter, når der skal løses flere opgaver og når økonomien ikke må øges. Bare det at antallet af danskere øges år for år øger behovet for mere økonomi til sektoren.

Med venlig hilsen

Pernille Vieth, praktiserende læge
Fyrrestien 3
8680 Ry

Høringsvar til lovforslag om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Vi er stærkt bekymrede for, at lovforslaget, hvis det bliver vedtaget i sin nuværende form, får den effekt, at lægemangelen i yderområder vil forværres. Vi begrundet det med:

Vores erfaring er, at lægemanglen i yderområder kan afhjælpes ved et samarbejde omkring rekruttering og fastholdelse mellem de lokale læger og region/kommune. Vi er 30 praktiserende læger på Bornholm og er ikke endnu ramt af den graverende lægemangel, som ses i andre udkantsområder. Seneste praksishandel fandt sted for 1 måned siden. Det er lykkedes os ved fælles hjælp at kunne fastholde tre 66+-årige kolleger i arbejde. Vores erfaring er, at vi får flere læger til Bornholm ved at gøre uddannelsesstillinger attraktive og ved at inddrage de kommende kolleger i vores praksisfællesskab med både visionsmøder og efteruddannelsesarrangementer. Håbet var, at de tre pensionsmodne kolleger ville holde ud til kommende kolleger kommer til. Sundhedsministerens lovforslag kan ændre forudsætningerne for dette håb og starte en lavine af praksislukninger. Flere af vore ældre kolleger her på øen taler nu om at gå på pension tidligere end planlagt, udelukkende pga. frustration og afmagt over Regionernes og regeringens fremfærd, og udsigt til at blive sat uden for indflydelse på egen arbejdstilrettelæggelse og styring af egne praksis. Loven kommer derfor til at virke stik mod hensigten.

De ændringer, der er lagt op til, vil fjerne almen praksis' indflydelse på praksisplanen (§ 204, stk. 2). Ministeren vil få mulighed for at diktere, hvordan vi skal tilrettelægge vores arbejde i detaljer, hvornår vi skal aflægge sygebesøg (§231 c), og hvornår og hvordan vi skal følge forløbsprogrammer (§ 231 e), som vi ikke har haft indflydelse på. En så detaljeret indflydelse på vores arbejdstilrettelæggelse vil fjerne det element af selvstændighed, som har gjort, at vi har valgt specialet almen medicin.

Det er den praktiserende læge, der bedst ved, hvordan arbejdstiden skal planlægges, hvor lang tid borgere med forskellige behov har brug for i konsultationen, og om det kan forsvares at forlade klinikken i 1-2 timer til et sygebesøg 15-30 km væk.

Vi er stærkt bekymrede for, at forpligtelsen til at udlevere oplysninger til regionsråd, som omtalt i § 195 stk. 2, får betydning for tilliden i læge-patientforholdet. Vi har ingen indflydelse på, hvilke oplysninger, der kan kræves af os, ligesom vi ikke har indflydelse på, om oplysninger til kvalitetssikring rent faktisk afspejler kvalitet. Kvalitet for hvem? Vi ved, at målene i en klinisk vejledning ikke altid fører til bedre livskvalitet for den enkelte. Indrapportering af kvalitetsdata kan have den utilsigtede virkning, at data fra svage patienter ikke rapporteres.

Som selvstændige privatpraktiserende læger er vi økonomisk ansvarlige for driften af vores klinikker. Vi er ansvarlige for ansættelse og uddannelse af vores personale. Ministeren kan i lovforslagets § 229 fastsætte regler for den samlede økonomiske ramme samt regler for modregning. Vi vil stå tilbage med al ansvaret, både det juridiske, det økonomiske og det behandlingsmæssige, men vi vil være uden indflydelse på den reelle drift af vores klinikker.

Lovforslaget bygger på Rigsrevisionens rapport om praksissektoren fra august 2012, en rapport bestilt af Danske Regioner. Vi har svært ved at have tiltro til en rapport om almen praksis, hvor praktiserende læger overhovedet ikke har været hørt. Det er desuden meget bekymrende, at der er blevet påvist en række væsentlige fejl i rapporten, bl.a. omkring afgørelser af kontrolsager. Vi kan ikke se Rigsrevisionens rapport som andet end et partsindlæg.

Vi foreslår, at man trækker lovforslaget tilbage og i stedet går i reel forhandlingsdialog med PLO.

Bornholm d. 22. maj 2013

På vegne af PLO Bornholm

Praktiserende læge Niels Jacob Nielsen, Rønne

Praktiserende læge Niels Saxtrup, Rønne

Praktiserende læge Finn Hauschildt, Rønne

Praktiserende læge Inger Christensen, Nexø

Praktiserende læge Kathri B. Marcussen, Rønne.

HØRINGSSVAR

Samlet er det vurderingen fra PLO Fredensborg, at regeringens forslag til lovindgreb mod almen praksis af 3. maj 2013 fjerner den frie forhandlingsret fra almen praksis.

Vi finder det udemokratisk, urimeligt og uværdigt at vi ved lovforslaget bliver frataget den frie forhandlingsret og fremover vil skulle forhandle på så snævre rammer og uden reel indflydelse på helt fundamentale vilkår og præmisser.

Vi er dybt forundrede over den mistillid og manglende viden om helt grundlæggende arbejdsvilkår for vores erhverv som praktiserende læger, som lovforslaget er udtryk for.

De facto fratager lovforslaget os muligheden for at tilrettelægge arbejdsdagen i klinikkerne, idet der åbnes op for at myndighederne får beføjelser til uden videre at indføre detailstyring af driften, øget registrering, samt pålægge lægerne sanktioner hvis de ikke lever op til rigide standarder og systemer, der ikke tager hensyn til individuel lægefaglig vurdering eller forskelle i socialklasse og patientpopulationens sammensætning. Altsammen ødelæggende for arbejdsglæden og motivationen ved at være praktiserende læge, og ikke mindst på bekostning af kerneydelsen: Lægens tid med patienten med fokus på dennes henvendelsesårsag.

Det vil i realiteten betyde, at vi vil stå i en situation, hvor vi har arbejdsgiverforpligtelser, men kun lønmodtagerrettigheder, hvilket er uholdbart og uantageligt for os som selvstændige erhvervsdrivende.

Konsekvenserne af lovforslaget er, at vore arbejdsvilkår bliver så gennemgribende og radikalt forandrede, at vi ikke ser os i stand til at kunne varetage vores hidtidige erhverv som praktiserende læger for den enkelte familie og den enkelte patient på faglig og kompetent forsvarlig måde.

Skulle lovforslaget blive vedtaget i sin aktuelle form er det derfor PLO Fredensborgs fuldtallige og enstemmige beslutning, at det vil føre til en aflevering af vore ydernumre.

En konsekvens, som vi meget nødt vil se os tvunget til at effektuere.

Vi vil derfor indtrængende opfordre til at lovforslaget trækkes tilbage, og at den frie forhandlingsret genindføres ved at der genoptages reelle forhandlinger, og den nuværende overenskomst forlænges uden alle de indskrænkninger i forhandlingsretten som lovforslaget lægger op til.

På vegne af PLO Fredensborg

Lillian Rønnegaard Clausen, formand

Høringssvar til udkast til lovforslag om ændring af Sundhedsloven, 3. maj 2013

Uddannelsen i almen medicin - herunder rekrutteringen til specialet - er truet alvorligt.

Gruppen af postgraduate kliniske lektorer i almen medicin, der er ansat af universiteter og regioner til at sikre kvalitet og udvikling af uddannelsen af speciallæger i almen medicin samt klinisk basisuddannelse i almen praksis, har følgende kommentarer til det udsendte lovforslag.

Det er bemærkelsesværdigt, at lovforslaget ikke tager stilling til spørgsmål vedrørende uddannelse, forskning og udvikling indenfor specialet almen medicin.

Vi er særdeles bekymrede for, at lovforslagets indhold og den igangværende konflikt-genererende dialog - eller mangel på dialog - mellem PLO, regioner, kommuner og ministerium vil få uoprettelige negative konsekvenser for specialet almen medicin både på kort og på langt sigt.

På kort sigt er der overhængende risiko for, at samtlige igangværende uddannelsesforløb i almen medicin vil gå i kludder. Dette vil i høj grad få negative konsekvenser i forhold til uddannelsen af speciallæger. Selv en konflikt af få måneders varighed, vil skabe uoverskuelige logistiske problemer for de ca. 1600 læger, der er i et uddannelsesforløb med ophold i almen praksis. Dette vil oplagt øge manglen på speciallæger i almen medicin yderligere.

Specifikt i forhold til lovforslagets mulighed for oprettelse af regionsklinikker uden sikker langvarig ansættelse af speciallæger i almen medicin, er vi bekymrede for, at uddannelsesforholdene for almenmedicinere vil forringes væsentligt.

Et helt centralt element i den hidtidige uddannelse i almen praksis er netop, at uddannelseslægen gennem hoveduddannelsen har en fast tutorlæge i almen praksis. Uddannelsen i almen praksis evalueres generelt væsentligt højere end uddannelsen på sygehusene, og alt tyder på, at det netop er den kontinuerlige, daglige kontakt til samme tutorlæge, der gør den store kvalitative forskel. Uddannelsesmæssigt vil det være begrædeligt, om dette element forsvinder.

På længere sigt vil den manglende dialog om, hvad almen praksis og specialet almen medicin skal indeholde, og ikke mindst hvilken udvikling, der skal ske i specialet, være direkte ødelæggende for rekruttering til og fastholdelse i specialet.

Hvis vi vil opretholde specialet almen medicin i Danmark, og hvis vi ikke vil øge manglen på speciallæger i almen medicin yderligere, er det tvingende nødvendigt, at ministeriet tager ansvar for, at både lovens indhold og processen omkring loven inklusive implementering og videre forhandling om overenskomst osv. får nogle rammer, der sikrer en ordentlig dialog og et ordentligt samarbejde mellem alle involverede parter.

Vi foreslår derfor, at lovforslaget justeres i så høj grad, at det kan imødekomme alle interessenters behov; herunder at man lytter til og tager lægernes bekymringer alvorligt, således at loven fremadrettet uden konflikt kan danne basis for videre dialog og udvikling.

Med venlig hilsen

Gunver Lillevang, postgraduat klinisk lektor, Københavns Universitet/Uddannelsesregion Øst

Marianne Hansen, postgraduat klinisk lektor, Københavns Universitet/Uddannelsesregion Øst

Niels Kristian Kjær, postgraduat klinisk lektor, Syddansk Universitet/Uddannelsesregion Syd

Helle Ibsen, postgraduat klinisk lektor, Syddansk Universitet/Uddannelsesregion Syd

Roar Maagaard, postgraduat klinisk lektor, Aarhus Universitet/Uddannelsesregion Nord

Søren Prins, postgraduat klinisk lektor, Aarhus Universitet/Uddannelsesregion Nord

Søren Olsson, postgraduat klinisk lektor, Aarhus Universitet/Uddannelsesregion Nord

Kate Klostergaard, postgraduat klinisk lektor, Aarhus Universitet/Uddannelsesregion Nord

Fra: Rune Gade Maagensen
Sendt: 24. maj 2013 22:52
Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse; Sven Erik Bukholt
Emne: Høringssvar 1302269

Jeg er i hoveduddannelse i almen medicin.

Jeg har læst lovforslaget og beder jer trække det tilbage og finde en gensidig aftale parterne imellem.

Jeg støtter fuldt op om Plo's linie og holdning. Jeg har læst lovforslaget.

Før der kom konflikt havde jeg et håb om at få en klinik med masse personale og en masse patienter, flere end 1600, måske 2000-2500. Jeg var parat til at investere i en klinik.

Nu, hvor man ikke kan være sikker på sin investering, har jeg et håb om at have en minimal klinik hvor min investering er mindst mulig og jeg kan sige farvel til Danmark med kort varsel. Jeg vil minimere mine udgifter mest muligt, med dårligere service og tilgængelighed.

Jeg er ikke bange for at blive arbejdsløs, jeg har allerede norsk autorisation og kan sproget og systemet. Svensk er nemt at lære.

I er ved at ødelægge et misundelsesværdigt system.

Det er ikke tillokkende at investere i en virksomhed, når den ene part kan bestemme vilkårene uden en gensidig aftale, og også viser at ville gøre det. Hvad med næste gang der er uenighed? Så kommer der lige en ny lov.

I øvrigt hænger Sundhedsministerens ønsker på ingen måde sammen med lovforslaget. Der vil blive yderligere mangel på speciallæger i almen medicin såfremt dette udføres, yngre læger søger mod udlandet, andre specialer. ældre læger går på pension. Det svarer til at finansministeren lovgiver den økonomiske krise væk.

Mvh Rune Gade Maagensen, læge.

--

Venlig hilsen

Læge
Rune Gade Maagensen
Buskelundskoven 18

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Steffen Holst [mailto:steffen19@gmail.com]

Sendt: 16. maj 2013 23:23

Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse

Cc: Sven Erik Bukholt

Emne: Høring ved lovindgreb på praktiserende læger

Kan loven garantere at kvalitetsdata overdraget fra praksis til region/stat, ikke vil (mis)bruges til at tvinge praktiserende læger til at følge af regionerne/kommunerne dikterede retningslinier, på anden vis end den allerede eksisterende praksis hvor det faglige selskab (DSAM) laver retningslinier og man som læge efter sundhedsloven og lægeløftet som situationen allerede er nu, er forpligtet herefter i hht autorisation fra sundhedsstyrelsen.

Steffen Holst Holmvard, Reservelæge

-----Oprindelig meddelelse-----

Fra: Steffen Holst [mailto:steffen19@gmail.com]

Sendt: 16. maj 2013 23:24

Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse

Cc: Sven Erik Bukholt

Emne: Høring vedr lovindgreb på praktiserende læger

Vil loven garantere at jeg, i funktion af praktiserende læge, frit kan disponere over min tid med mine patienter og akkurat som nu lade mine etiske lægefaglige vurderinger prioritere arbejdsopgaverne uanfægtet at regioner og/eller kommuner måtte bestemme at prioritere samme tid anderledes?

Steffen Holst Holmvard, reservelæge

Ministeriets Center for Primær Sundhed og Forebyggelse
Vedr: Sagsnummer 1302269. Dokumentnummer 1205338
Att. primsund@sum.dk
Kopi til seb@sum.dk

Hørings svar på forslag til ændring af Sundhedsloven af 3. maj 2013

Det er med stor interesse, jeg har læst lovforslaget omhandlende ændring af Sundhedsloven. Jeg er uddannelseslæge i hoveduddannelse til almen medicin, mangler knap halvandet år, og er derfor yderst optaget af, hvordan rammerne for mit fremtidige virker bliver. Det er med stor bekymring, jeg har fulgt udviklingen over de seneste måneder, og særligt siden 3. maj, hvor nævnte lovforslag blev præsenteret. Var umiddelbart meget positiv over Ministerens præsentation af lovforslaget ved pressemødet d. 3. maj, hvor der blev udtrykt ønske om at styrke almen praksis og sikre ensartet behandling af høj kvalitet til alle borgere i Danmark. Synspunkter, som jeg kun kan støtte op om. Desværre var skuffelsen stor, da jeg læste lovforslaget igennem, synes det er gennemsyret af mistillid overfor de praktiserende læger, hvilket jeg ikke kan se vil styrke almen praksis, men snarere udhule specialet, gøre det mindre attraktivt, og derfor øge lægemanglen i yderområderne yderligere.

Vil tillade mig at kommentere nogle af punkterne yderligere:

Ad. pkt. 6 – Praksisplanudvalg: Fremadrettet skal alle vigtige beslutninger omkring de opgaver der skal varetages i almen praksis besluttet af Regioner og Kommuner, de praktiserende læger vil kun blive hørt som rådgivende organ uden indflydelse. Det undrer mig, hvorfor disse yderst vigtige beslutninger ikke kan foregå som et samarbejde? Jeg har indtil nu kun mødt meget dedikerede praktiserende læger, der kærer sig om patienterne og føler stort ansvar og omsorg. Hvorfor er det, at disse læger, der om nogen har føling med, hvad der vil tjene patienterne bedst, ikke må være med i de centrale beslutninger? At blive praktiserende læge er en lang uddannelse, personligt har jeg været 16 år undervejs, siden starten på medicinstudiet. Det er en vej, hvor der fyldes godt op på de faglige og personlige kompetencer, man lærer at arbejde evidensbaseret, handle selvstændigt, men også kunne samarbejde på tværs af faggrupper og specialer, man lærer at tage et stort ansvar og vokse med opgaven, og ikke mindst lærer man om det hele menneske, og at kunne møde patienten, hvor hun er. Desværre fremstår det som om, disse hårdt optjente kompetencer ikke er værdsatte, og at der ikke er tillid til, at de praktiserende læger vil indgå i et konstruktivt arbejde omkring håndteringen af arbejdsopgaver, hvis ovennævnte praksisplanudvalg bliver en realitet. Jeg vil personligt ikke turde tage ansvar for egen virksomhed med gæld, bygninger og personaleansvar, hvis det ikke længere er muligt at være med til at besluttet typen og omfanget af opgaver.

Ad. pkt. 10 – udbud af ydernumre: Det bekymrer mig meget, at der i lovforslaget slet ikke er nævnt, hvordan man vil sikre den fremtidige uddannelse af speciallæger i almen medicin. Såfremt der kommer flere private aktører på banen, skal de så have en uddannelsesforpligtigelse? Endvidere står der ikke nævnt i lovforslaget, om de læger der skal arbejde i disse klinikker, skal være speciallæger i almen medicin, eller om der åbnes op for andre specialer? Sidstnævnte vil give et stort problem i forhold til supervision af uddannelseslæger i almen medicin, og dermed den fortsatte vækst af specialet.

Danmark mangler praktiserende læger, og problemet bliver ikke mindre fremover, idet omkring en tredjedel af de nuværende almen medicinere er over 60 år. Det fremsatte lovforslag er en trussel mod det almen medicinske speciale, og vedtages det i forelagte form, vurderer jeg, det vil skubbe mange af os yngre almen medicinere ud af specialet, undertegnet inklusiv.

Med venlig hilsen

Cand. med. Stine Helgstrand, uddannelseslæge i Almen Medicin, fase 2.
Blumesvej 8
4600 Køge

Hørings svar til udkast til lovforslag om almen praksis.

Til sundhedsminister Astrid Krag.

I din kronik i Politiken 14/5 opremser du en del rimelige ønsker til funktionen i almen praksis. Jeg tror at du har den bedste mening. Dine rådgivere og dem, der har forfattet lovforslaget, skriver imidlertid meget i dette, der strider mod dine velmente hensigter.

Et væsentligt argument fra regionerne har været, at almen praksis skal effektiviseres på linje med sygehusene.

Imidlertid vidner situationen på sygehusene om at regionerne ikke har magtet at gøre disse effektive:

Her er blot tre aktuelle eksempler fra den almenmedicinske hverdag:

1.

En kræftpatients søn ringede til mig i dag. Pga moderens forværrede tilstand i hjemmet havde han kontaktet hendes onkologiske afdeling på Herlev Sygehus, der synes hun skulle indlægges på Hillerød sygehus. I stedet for selv at sørge for dette siger Herlev Sygehus, at det hun skal kontakte egen læge om.

Det er overflødig, fordyrende, forsinkende og belastende for den dødssyge patient.

- Regionen har ikke magtet at sørge for sammenhængende patientforløb.

2.

I Ugeskrift for Læger (nr. 175/47 side 1214) beretter en overlæge om tidsspilde gennem dage pga. it-nedbrud, idet it-konsulent-funktionen ikke er effektiv og kyndig.

Og sygehusenes forskellige afdelinger kan stadig ikke læse i hinandens journaler.

I almen praksis har vi haft effektivt i.t. i årevis, og vi klarer it-nedbrud pga. korte kommandoveje.

- Regionen har ikke magtet at sørge for effektiv edb-journalføring.

3.

I Politiken 14/5 omtales at arbejdsmiljøet for sygehusenes sygeplejersker er i bund.

- Regionen har ikke magtet at sørge for godt arbejdsmiljø.

- Og så siger regionerne, at vi *nu* skal indføre e-konsultationer.

Man er åbenbart uvidende om, at vi har haft det i flere år.

- Regionen har ikke magtet at sætte sig ind i de faktiske forhold i almen praksis. Hvordan skal de så kunne styre den?

Da ovenstående eksempler ikke er enestående betyder det, at befolkningen ikke kan have tillid til, at regionerne kan styre praksis bedre end de praktiserende læger selv kan.

Regionerne bør "fejle for egen dør", før de breder deres magtbrynde til almen praksis.

Om selve lovforslaget

1

Ministeren tillægges kompetencer, som bygger på embedsværkets anbefalinger og uden at almen praksis er medbestemmende.

Jf. ovenstående er dette svært foruroligende, idet embedsværket har vist stort ukendskab til dagligdagen i almen praksis og til borgernes behov for en nærværende, empatisk og ikke kontrollerende familielæge.

2

Regionerne tillægges magten til – uden indflydelse fra almen praksis - at bestemme placering af ny praksis uden at det - i en tid med markant lægemangel – på noget sted står, at regionerne har ansvaret for at skaffe ny læger. Lovforslaget foregøgler borgerne og Folketinget, at de kan trylle læger frem, hvor der ingen er.

Dette svækker yderligere regionernes rolle som værdig samarbejdspart.

3.

Kravet om obligatoriske opgaver i det daglige, kliniske arbejde vidner om ukendskab til de mange individuelle hensyn, familielægen naturligvis skal tage i mødet med den enkelte patient. Borgerne har ikke behov for mere registrering hos familielægen men for at blive hørt, forstået og behandlet. Det er vi uddannede til, det er et af målene i specialeuddannelsen.

4

Vi registrerer i forvejen meget, men kravet om yderligere registrering af det udførte arbejde betyder, at der er mindre tid til samtale med patienten.

Flere opgaver overgivet fra sygehusene betyder også mindre tid til den enkelte patient.

Tilgængeligheden bliver dårligere og ikke bedre, som regionerne påstår.

Ministeriets kommentarer til Lovforslaget indeholder flere positive tanker, som udmærket kan være genstand for forhandling ved en ny overenskomst; men lovforslagets ordlyd fastsætter desværre nogle helt uantagelige og uforudsigelige rammer for vores arbejde.

Hvis forslaget vedtages, er konsekvensen at jeg ophører som sygesikringslæge.

Jeg er ked af det for mine patienter, som så skal til at lægge ud for betaling for lægehjælp, men lovforslagets forringelse af familielægens ydelser er en uantagelig trussel mod befolkningens helbred.

Hvis vilkårene for at dække borgernes primære lægebehov uden for Sygesikringen viser sig at blive så ringe som jeg frygter, hører jeg som 64-årig til den gruppe, der overvejer, om jeg overhovedet skal arbejde som læge i Danmark.

Dette vil beklageligvis gøre det endnu sværere for regionerne at skaffe læger til de manglende opgaver, men det står i regionernes og sundhedsministerens magt at ændre på disse udsigter.

Jeg henstiller derfor indtrængende til at lovforslaget trækkes tilbage, og at regionerne pålægges at vende tilbage til forhandlingsbordet med Praktiserende Lægers Organisation.

Den 15/5 2013

Med venlig hilsen

Sverre Barfod
Alment praktiserende læge
Kirkegade 10
3300 Frederiksværk

Kopi til PLO og pressen.

Fra: Thomas Clausen
Sendt: 24. maj 2013 07:14
Til: DEP Primær Sundhed Kontorpostkasse
Emne: seb@sum.dk

Jeg sender hermed mit høringsvar vedr. ændring af Sundhedsloven mv.

Lovforslaget må forkastes, da det vil få alvorlige utilsigtede konsekvenser. Konsekvenser som reelt er kontraproduktive i forhold til lovforslagets intentioner, men som allerede nu er kendte:

- * Lægerne vil aflevere deres ydernumre og borgenes sikkerhed for vederlagsfri lægedækning og sundhedsydelser vil kollapse per 1/9
- * Mange praktiserende læger vil stoppe helt, hvilket ydeligere vil forværre lægemanglen
- * Al offentlig kontrol og indflydelse på almen praksis vil formindskes per 1/9, stik mod lovforslagets intentioner.
- * Resultatet at et frugtbart offentligt-privat samarbejde gennem mange år vil være spildt. Bla. må man forudse at FMK, som ellers står for at skule fuldt udrulles, ikke vil kunne gennemføres, mange læger vil vælge ikke at deltage i det.
- * Lovforslaget vil afstedkomme en vanskelig økonomistyring, afhængigt af refusionsgrad, og vil koste store summer i uproduktiv administration.

De intentioner man har i lovforslaget vedr. lægedækning, praksisplanlægning og økonomiramme, kan let søges løst gennem aftaler mellem PLO og De Danske Regioner.

Hvad angår faglige retningslinjer er lægerne allerede forpligtet til at følge Sundhedstyrelsens vejledninger mv, Der føres dagligt fagligt tilsyns med lægen via SST, patienten selv, lægen selv og kollegaer. Men også dette emne kan aftales mellem Regioner og PLO, efter min mening bedst gennem struktureret efteruddannelse, som sikrer jævnlig opdatering af alle læger på alle fagområder.

Lovforslaget tjener således reelt intet formål, og vil kun forværre situationen hvis det vedtages. Loven bør ikke vedtages, men forkastes.

Mvh.

Thomas H. Clausen
Praktiserende Læge
Solgårdsvænget 22
8370 Hadsten

Misforståelse på misforståelse

Konklusionen er klar: det må være en misforståelse! Regeringen med sundhedsminister Astrid Krag (AK) og Danske Regioner (DR) må have misforstået realiteten i almen praksis. De vælger gang på gang at basere deres vurdering på en OECD rapport, som fra flere sider er blevet kritiseret for at gøre lige præcis hvad AK ønsker: at diskutere almen praksis uden inddragelse af de praktiserende læger. OECD har interviewet embedsværket og de offentlige institutioner men ikke inddraget nogen af de relevante parter, som arbejder med kvalitetsudvikling i almen praksis. At gentage konklusionerne fra en sådan rapport gør den ikke mere valid.

Misforståelse må det være, hvis AK og regionerne regner med at de yngre læger står i kø for at overtage de ledige ydernumre efter vores ældre kollegaer. Vi står last og brast med vores tutorer og har brug for dem i dette generationsskifte, som kan vise sig at være helt essentiel for videreførelse af det sundhedssystem vi kender og værdsætter så højt. Lysten til at købe sig ind i almen praksis er ifølge seneste undersøgelse fra Forummet for Yngre Almen Medicinere (FYAM) nemlig faldet fra 93 til 31 %.

Misforståelser er det, hvis I tror vi vil rejse fra Danmark og bruge vores uddannelse i udlandet, blot fordi vi er en forkælet generation af utaknemlige unge. Faktum er at hver 5. af de kommende praktiserende læger vil rejse til de øvrige skandinaviske lande, hvor der er mindst lige så meget brug for os og hvor vores hjælp helt sikkert vil blive værdsat. Begrundelsen vil være manglende indflydelse på vores arbejdsvilkår, mistænkeliggørelse af vores integritet og klare brud på tavshedspligten, som alle er dele af det nuværende lovforslag.

Misforståelse må det være at PLO står for Praktiserende Lægers Befrielsesfront, siden de er kommet på regeringens liste over mulige uønskede forhandlingsparter. Men misforstå mig ikke, når jeg fortsætter den krigeriske retorik: vi følger og støtter kaptajn Dibbern hele vejen i dette vigtige slag om almen praksis i Danmark. Det er patienternes sundhedstilstand, de yngre lægers kommende arbejdsplads og hjørnестenen i det danske sundhedsvæsen vi kæmper for!

Med fredelige hilsener

Urfan Ahmed
Kommende Familielæge i Region Sjælland

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 standby**
- **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 former for efteruddannelse (deltagelse i kurser, gennemførelse af e-learning) mens andre anerkendte former 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.