

København, den 9. marts 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringsvar vedr. udkast til forslag til lov om ændring af sundhedsloven (National fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud, midlertidigt tillæg til læger i områder med lægemangel, begrænsning i antal ydernumre ejet af én læge og flere og nye klinikformer i det almenmedicinske tilbud)

Tak for muligheden for at afgive høringssvar på lovforslaget, der kaldes "lovforslag om styrket almenmedicin". Det lover godt, men titlen på selve lovforslaget er imidlertid med lidt andet indhold.

I bemærkningerne til lovforslaget fremgår det, at:

- regionsrådets planlægning af det almenmedicinske tilbud inden for et afgrænset geografisk område skal ske i overensstemmelse med den nationale fordeling og styring af lægekapaciteter.
- regionsrådet i planlægningen og kapacitetsstyringen af lægekapaciteter skal fastlægge antallet af patienter, en klinik som minimum skal have tilknyttet, før klinikken får ret til at lukke for tilgang af yderligere patienter, på baggrund af patienternes behandlingsbehov og den nationale fordelingsmodel.

DSAM bifalder princippet om det differentierede normtal og den differentierede lukkegrænse.

Der er læger i mange dele af landet, der må arbejde under vanskelige forhold med en population med stort behandlingsbehov og sommetider også et mangelfuldt omgivende sundhedsvæsen. Vi bifalder fra DSAM's side, at disse praksis skal have mulighed for at lukke ved et lavere listetal end de nuværende 1.600, og at dette sker med økonomisk kompensation.

Vi er fra DSAM's side bekymrede for kvaliteten i patientbehandlingen, hvis andre læger på den baggrund pålægges et patienttal, der overstiger det, som de kan magte. Vi vil advare imod en rigid styring af lukkegrænserne, hvis det foregår uden dialog med lægerne. Intet lægehus bør kunne pålægges en længere liste, end lægerne vurderer, at de kan overkomme.

Den læge, der i dag har lukket for tilgang ved 1.600 patienter, har vurderet, at vedkommende ikke kan levere en tilstrækkelig omhyggelig og samvittighedsfuld indsats til flere patienter end dette.

I Norge og Sverige har man politisk besluttet, at normtallet i gennemsnit ikke skal være over 1.200 patienter. Noget lignende har man planlagt i Danmark, men først gældende fra 2035.

DSAM har bidraget i ekspertgruppen for den nationale fordelingsmodel. Selvom ekspertgruppens anbefaling til model inddrager både socioøkonomi, demografi og sygdomme, kan en sådan model ikke tage højde for alt. Der kan være forhold ved populationen eller ved lægen, der kan have betydning for, hvor mange patienter lægen kan varetage, og dette tager modellen ikke i betragtning.

Eksempler på forhold i forhold til populationen, som udfordrer lægen og som fordelingsmodellen ikke tager højde for:

- Udsatte boligområder med relativt få ældre (Gellerup, Vollsmose). Disse områder ligger typisk i de store byer, hvor middellevetiden gennemsnitligt er høj, hvilket desværre hæver lukkegrænsen også i disse områder, da middellevetid udregnes på kommuneniveau. Områderne har i dag i forvejen rekrutteringsproblemer, som vil forværres hvis lukkegrænsen hæves. *Se forklaring nederst i dokumentet.
- Et nødlidende omgivende sundhedsvæsen med mangel på FAPS eller på sygehuslæger kan betyde, at den praktiserende læge tager sig af flere (og mere komplicerede ting) end læger med velfungerende primær og sekundær sektor.
- Langt til nærmeste sygehuse betyder ofte, at patienterne fravælger henvisning til videre behandling og indlæggelse, og det i stedet varetages af egen læge.
- Lokale institutioner fra amternes tid, som har tiltrukket særlige grupper som f.eks. patienter med svær psykisk sygdom, der har stort behov for opsporing og behandling af fysiske sygdomme.
- Lokalt "egnspræg" fx ophobning af familier med visse arvelige sygdomme.
- Områder hvor der er mange familier med børn og unge med trivselsproblemer.
- Høj andel af stress, angst, depression, ADHD/ADD blandt tilflyttende unge i uddannelsesbyer.
- En sololæge får med årene ofte en selekteret population af syge, der behøver en fast læge. Sygdommene i populationen vil selvfølgelig påvirke lukkegrænsen for denne læge, men kun i det omfang, at de pågældende sygdomme og tilstande indgår i beregningsgrundlaget, for ikke alle sygdomme indgår i modellen.

Eksempler på forhold ved lægen, der nedsætter arbejdskapaciteten:

- Aldersrelateret nedsat arbejdshastighed. Der tales meget om seniorpolitik på hele arbejdsmarkedet for at fastholde ældre medarbejdere, og her er det vigtigt ikke at skræmme gode kollegaer væk pga. ændringer i lukkegrænser.
- Nynedsatte læger står over for en stor både organisatorisk og faglig opgave, og de mangler patientkendskab, som kommer i løbet af det første 3-5 år.
- Sygdom hos lægen.

- Sygdom i lægens familie.
- Andre private forpligtelser eller kriser.
- Stress og udbændthed som er meget udbredt blandt praktiserende læger, og især hvis de har mange multisyge patienter (**Workload and GP burnout: a survey and register-based study in Danish general practice - Aarhus Universitet**)
- Fagligt/fagpolitisk arbejde, mange kollegaer har relevante opgaver i fagligt regi som kommunale konsulenter, praksiskonsulenter på sygehuse, undervisere, kvalitetskonsulenter, supervisorer, undervisere af studerende på alle niveauer, aktivitet i faglige råd, grupper og fora.
- Forskning/undervisningsforpligtelser både i egen praksis og central deltagelse.
- Verserende klagesager som fylder både fagligt og emotionelt.
- Lægevagtsforpligtelse (gælder kun Region Nordjylland, Region Midtjylland og Region Syddanmark).

Hvis lukkegrænsen øges, og lægen har nogle af ovenstående belastninger, kan det føre til, at lægen forlader praksis, og på den måde øges lægemanglen.

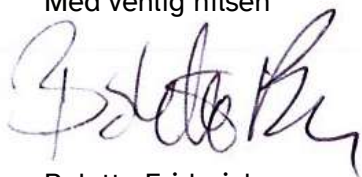
Der er imidlertid også læger, der i dag har meldt sig til betydelig mere end de minimale 1.600 patienter. Det ser ud til, at fordelingsmodellen ikke rammer helt ved siden af i den henseende. Der er en tendens til, at de kommuner, hvor borgerne har et lavt behandlingsbehov, jf. fordelingsmodellen, også er de kommuner, hvor lægerne også tager flere patienter. Der er 70% af klinikkerne på landsplan, der har meldt sig frivilligt til højere lukkegrænse end påkrævet. Dette kan skyldes populationer med mindre lægebehov, organisering i den enkelte klinik, lokale aftaler eller kollegialitet.

I ekspertgruppen har DSAM fremlagt data, der sammenholder det gennemsnitlige patienttal i kommunerne med den beregnede gennemsnitlige lukkegrænse. Tallene viser, at der kun er 6 kommuner, der ser ud til at få problemer. Altså at lægerne tilsammen har påtaget sig et mindre antal patienter, end fordelingsmodellen samlet set vil pålægge dem. Det drejer sig om en kommune i Region Nordjylland, en i Region Sjælland og fire i Region Hovedstaden.

Hvad årsagen er i disse kommuner, vides ikke, men det formodes, at der vil kunne findes lokale løsninger i disse kommuner i samarbejde med almen praksis.

Det er dog af stor betydning for DSAM, at det skrives ind i lovtæksten, at ingen læge kan pålægges en højere lukkegrænse (udover 1.600), end hvad vedkommende selv har meldt ind.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM

*** Forklaring:**

På lokalt niveau (formentlig enten kommune eller sogn) afgøres, hvor mange læger der skal være i et givet område ud fra vægtede patientpopulation. Heri indgår demografi, socioøkonomi og sygelighed med mange underoverskrifter. Dernæst afgøres lukkegrænsen for den enkelte klinik ud fra samme kriterier.

Dvs. en klinik i fx Gellerup bliver selvfølgelig krediteret for lav socioøkonomi (bl.a. uddannelse, arbejdsmarked og etnicitet) og høj sygelighed, selvom gennemsnitsalderen er lavere end andre steder.

Men i demografi indgår altså også middellevetid i pågældende kommune. Lige netop den parameter kan ikke opgøres i mindre enheder af statistiske grunde. Det er godt, at den indgår, for en 70-årig i Nysted er ikke det samme som en 70-årig i Rudersdal. Middellevetiden kompenserer for dette.

Men bagsiden er, at udsatte boligområder, der typisk ligger i store "sunde" byer med høj middellevetid, skal have flere patienter.

Altså: Lægen i Gellerup får tildelt en højere lukketal på middellevetids-parameteren, fordi borgerne i Risskov lever længere.

Man kan sige: En fordel for lægerne på Langeland, på Mors og i Nysted, men en ulempe for Gellerup og Vollsmose.