

København, den 15. maj 2025

Til Sundhedsstyrelsen
Enhed for Uddannelse

Kommentarer fra DSAM til udkast til specialebeskrivelser

Tak for muligheden for at kommentere på specialebeskrivelserne for endokrinologi, ortopædi, klinisk biokemi og kardiologi.

Her følger:

1. DSAM's generiske råd til opgaveflytning fra sygehus til almen praksis
2. Generelle kommentarer til alle specialebeskrivelser
3. Konkrete kommentarer til specialebeskrivelsen for endokrinologi
4. Konkrete kommentarer til specialebeskrivelsen for ortopædi
5. Konkrete kommentarer til specialebeskrivelsen for klinisk biokemi
6. Konkrete kommentarer til specialebeskrivelsen for kardiologi

Sundhedsreformen lægger op til, at opgaver skal løses mere nært i fremtiden. DSAM har været involveret i specialebeskrivelserne, fordi man ønsker at beskrive, hvilke opgaver der kan flyttes til almen praksis.

Specialebeskrivelserne skal således rumme usædvanligt meget, både specialets karakteristika, mulighederne i almen praksis, kommuner og speciallægepraksis og kommende forandringer set i lyset af den teknologiske udvikling og en kommende sundhedsreform.

Det er ikke en nem opgave, og DSAM vil gerne rose det kæmpe arbejde, der allerede er lagt i opgaven.

Vi har erfaret, at man ønsker at udfærdige et rammenotat, der dels skal beskrive baggrunden for arbejdet med specialebeskrivelserne og dels beskrive den udvikling af sundhedsvæsenet, som sundhedsreformen lægger op til. Vi har hørt, at rammenotatet blandt andet vil beskrive forudsætningerne for en ændring af opgaver i de almenmedicinske tilbud, fx opbygning af kapacitet og kompetenceudvikling.

Vi mener, at rammenotatet er et godt initiativ, da mange af forudsætningerne for specialebeskrivelserne er "generiske". Vi har en fornemmelse af, at mange af vores kommentarer er affødt af denne manglende ramme. Derfor kommer vi måske indirekte med input, der hører hjemme i rammenotatet, selvom vi ikke har set det.

Som indflyvning til vores kommentarer vil vi starte med at beskrive DSAM's overordnede tanker om opgaveflytning.

1. DSAM's generiske råd til opgaveflytning fra sygehus til almen praksis

- Det skal sikres, at der er den nødvendige kapacitet i almen praksis. Man bør beregne omfanget af opgaveflytningen målt i konsultationer pr. år på landsplan. Her skal man ikke kun se på, hvilken størrelse den opgave, der ønskes flyttet, har i dag. Man må også beregne opgavens vækst baseret på den demografiske udvikling.
- Opgaveflytning vil kun kunne finde sted i det omfang, at kapaciteten øges i almen praksis. Dvs. at der reelt skal blive 5.000 praktiserende læger. Der er ikke øget kapacitet i starten. Beregninger viser, at der skal 4.140 praktiserende læger til at dække behandlingsbehovet alene ud fra den demografiske udvikling. Dermed er der kun 800-900 læger til nye opgaver i 2035.
- De nye opgaveflytninger, der især omfatter behandling af patienter med kronisk sygdom, må ikke fortrænge almen praksis' kerneopgave med visitation, diagnostik og gate-keeping. For så kan det blive en dårlig løsning for sundhedsvæsenet i sidste ende.
- Det almenmedicinske speciales kernekompetencer er karakteriseret ved helhedssyn, patientkendskab, kontinuitet og nærhed. Opgaver kan derfor ikke flyttes 1:1 med forventning om, at det, der sker i almen praksis, er den samme konsultation indholdsmæssigt og tidsmæssigt, som ville have fundet sted på sygehuset. I almen praksis kan patienterne fx møde op med mange andre dagsordener.
- Samarbejdet skal være velbeskrevet. Det skal være tydeligt, hvem der har ansvaret for patienten. Der skal være en veludviklet logistik for korrespondance mellem speciallæger via telefon, video og korrespondancemeddelelse. Desuden skal der være ressourcer til dette arbejde.
- Opgaver, der flyttes til almen praksis, skal vedrøre almene sygdomme, dvs. almindelige sygdomme. Er opgaven, der ønskes flyttet, en "ikke sjælden" tilstand, så lægerne og personale i almen praksis kan opretholde en rutine?
- Er opgaven praktisk gennemførlig (inklusive udstyr og lokaler) i almen praksis, og kan den gennemføres i hele landet uagtet geografi?
- Findes den nødvendige viden? Hvad er det nødvendige behov og omfang af efteruddannelse/speciallægeuddannelse i almen medicin for at kunne varetage opgaven?
- Overvej, hvorfor patienten ses på sygehuset til kontrol – er det historisk begrundet eller er det af væsentlig betydning for prognosen. Nogle opgaver vil kunne afskaffes eller varetages af patient selv. Det er også muligt, at der er andre uden for almen praksis, som kan varetage opgaven bedre, hvis ikke den har reelt lægefagligt indhold.

Hvornår bør/kan en opgave ikke flyttes til almen praksis:

- Patienten har talrige indlæggelser.
- Der er brug for diagnostisk specialudstyr, der er dyrt eller kompliceret at betjene (ekkokardiografi, MR-scannere etc.).
- Tilstanden er så sjælden, at en almen mediciner kun ser det få gange årligt og ikke får rutine.
- Den nødvendige efteruddannelse kan ikke gennemføres rationelt.
- Behandlingen er risikofyldt og farlig, og en minimering af risici skabes, ved at lægen er meget rutineret.
- Behandlingen er så dyr, at medicinen skal indkøbes af sygehus/ikke kan indløses på recept eller at kun udvalgte patienter må behandles.
- Den nødvendige understøtning af almen praksis ikke kan arrangeres (fx adgang til relevant henvisning til genoptræning og billeddiagnostik).
- Behandlingen kræver et ekstra behandlingsrum udover de rum, der bruges af læger og personale (behandlingslokale til observation/ infusion).
- Kapaciteten i almen praksis er overskredet.

2. Generelle kommentarer til alle specialebeskrivelser

Brug ordet konference i stedet for ordet rådgivning

Fra DSAM's side vil vi opponere mod den udtalte brug af ordet rådgivning. Det giver en negativ opfattelse af almen praksis, som i sig selv kan gøre patienterne utrygge ved, at deres behandling flyttes ud i primærsektoren.

I almen praksis betyder fagets almen medicinske kompetencer sammenholdt med kendskabet til patienten, at man kan se behandlingen af patienten i et bredt biopsykosocialt perspektiv. Speciallæger på sygehuset fokuserer for det meste på enkelsygdomme og har ofte et kortvarigt kendskab til patienten. Dermed har speciallæger fra sygehuset og speciallæger i almen praksis hver især viden, der gør, at de kan supplere hinanden, til gavn for patienten

Det betyder, at vi **konfererer** med hinanden om patienterne. **Vi bidrager hver især med vores viden om patienten og kommer frem til en god løsning.**

Desuden bør konference mellem speciallæger på sygehuset og speciallæger i almen medicin i fremtiden gå begge veje. Speciallæger på sygehuset kan også have gavn af et almenmedicinsk perspektiv, fx når det gælder stillingtagen til udrednings- og behandlingsniveau på de patienter, som de har i behandling.

Overgange og behandlingsansvar

De nye specialebeskrivelser prøver at være detaljerede i beskrivelsen af sygdomme. Der er dog den begrænsning, at det er vanskeligt at beskrive præcis, hvornår almen praksis bør afgive behandlingsansvaret til sygehuset og hvornår patienten afsluttes til behandling i almen praksis indenfor en given sygdomsenhed. Patienterne er jo forskellige og har forskellige behov.

Ofte kræver en overflytning af en opgave, at almen praksis har nye henvisningsmuligheder, som slet ikke eksisterer i dag.

DSAM mener, at blødere sektorovergange bør være en del af opgaveflytningen. Det fordrer en større dialog mellem speciallæger i praksis og på sygehuset, uanset om patienten er i forløb i praksis eller på sygehus. Herved kan behandlingen bedre tilpasses den konkrete patients behov.

Det foreslås at man prøver at beskrive dette i overordnede vendinger i specialebeskrivelserne.

Fx kan man beskrive, at der i fremtiden skal være en større tværfaglig dialog mellem specialerne, uanset om patienten behandles i praksissektoren eller på sygehus.

At der ved opgaveflytning skal være et entydigt behandlingsansvar, så patienten altid ved, hvem der er ansvarlig for behandling fx recepter.

Og at patienter generelt først afsluttes fra sygehusforløb, når tilstanden er stabil og når der ikke forventes hyppige medicinændringer.

3. Konkrete kommentarer til specialebeskrivelsen for endokrinologi

Side 2

"Almen praksis har organiseret kronikeromsorgen ud fra den enkelte sygdom med tilbud om statuskonsultationer."

Kommentar: Selvom kronikeromsorgen jfr. overenskomsten fokuserer på enkelsygdomme, vil patienter med multisygdom typisk få langt flere statuskonsultationer. Bør ændres til: *"Almen praksis har organiseret kronikeromsorgen ud fra patientens sygdomme med tilbud om en eller flere statuskonsultationer afhængig af sygdomsbyrde."*

Side 2

"Ligeledes varetager almen praksis hele eller dele af behandlingen af ernæringsrelaterede sygdomme såsom mangeltilstande forårsaget af fejlnæring eller spiseforstyrrelser".

Kommentar: Almen praksis varetager ikke behandlingen af spiseforstyrrelser, hverken binge eating eller anorexi. Vi behandler dog fejlnæring ved alkoholmisbrug og D-vitamin-mangel.

Side 6

"Almen praksis: Speciallæger i Intern medicin: endokrinologi yder rådgivning og sparring om diagnostik og behandling via korrespondance og direkte tilgængelighed på specialetelefon."

Kommentar: Videokonferencer er ikke nævnt – de forekommer, selv om det ikke er hyppigt. Desuden bør ordet rådgivning fjernes. Foreslås ændret til: **"Almen praksis: Speciallæger i Intern medicin: endokrinologi giver mulighed for konference om diagnostik og behandling via korrespondancemeddelelse, direkte telefonisk tilgængelighed eller video"**.

Side 9

"5.1 Udvikling af teknologi og behandlingsmetoder

Der forventes en betydelig teknologisk udvikling inden for behandlingsmetoder i Intern medicin: endokrinologi i de kommende år. Teknologiske fremskridt vil bidrage til forbedringer i både udredning, diagnostik og behandling, rehabilitering og palliation, hvilket kan føre til mere individualiserede og effektive patientforløb."

Kommentar: Vi foreslår, at man indsætter et "forhåbentligt", så der står **"Vil forhåbentligt kunne bidrage"**.

Side 10

"Telemedicin og fjernmonitorering: Teknologiske fremskridt inden for AI-baserede værktøjer, og telemedicin vil gøre det muligt at fjernovervåge patienter med kroniske endokrinologiske sygdomme. Patienter vil i stigende grad kunne få adgang til behandling og rådgivning via digitale platforme, hvilket vil forbedre tilgængeligheden af behandling og mindske behovet for hyppige fysiske besøg på sygehuset eller i ambulatoriet. Dette vil især være gavnligt for patienter yderområder eller patienter med begrænset mobilitet.

For nogle patienter vil manglende IT-færdigheder mv. være en barriere for at udnytte de potentielle gevinster.”

Kommentar: Digitale platforme, kan også gøre det lettere for patienten at opsøge lægen, hvilket kan gøre, at antallet af kontakter stiger, hvorved ventetiden stiger og tilgængeligheden reduceres. Vi foreslår, at man indsætter et ”muligvis” så der står *”...hvilket muligvis vil forbedre...”*.

Side 11

”Intern medicin: Mange patienter i intern medicin: endokrinologi vil i fremtiden have multisygdom, hvilket kræver et bredt, intern medicinsk kompetenceniveau. Patienter med f.eks. diabetes, osteoporose og hjertesygdomme vil ofte have behov for koordineret indsats med brede, intern medicinske kompetencer, der, sammen med specialets endokrinologiske kompetencer, kan behandle både patienternes endokrinologiske sygdom og andre ikke komplicerede intern medicinske sygdomme. Det er patienter, som i dag typisk er i kontakt med flere dele af sundhedsvæsenet, og som i mange tilfælde vil have gavn af, at behandlingen i større grad samles og forankres i et almen medicinsk tilbud.”

Kommentar: Vi vil gerne rose, at man ser behovet for et bredere intern medicinsk kompetenceniveau på sygehusene. Aktuelt har den stigende subspecialisering ført til, at patienterne falder mellem stolene, hvis de ikke passer ind i specifikke henvisningskriterier. Der er brug for ambulatorier, der har en bredere tilgang og kan se de patienter, der har mere uspecifikke symptomer.

Patienter, der har multisygdom, kræver et bredt intern medicinsk kompetenceniveau, men de kræver faktisk også et almenmedicinsk kompetenceniveau.

De 2 sektorer bør udveksle viden ligeværdigt på tværs af sektorer, ikke bare når patienterne er i almen praksis, men også når patienterne er på sygehuset. Det vil gavne patienten, hvis speciallæge på sygehuset konfererer med speciallæge i almen praksis, når fx der er planer om vidtgående udredning og behandling af patienter, der er svækket af demens og høj alder. Sektorgrænserne skal være mere flydende, og vi skal flytte viden, ikke patienter. Derfor er en forudsætning for, at dette kan lykkes forbedrede gensidige konferencemuligheder og at vi sikrer, at specialerne har et godt kendskab til hinandens kompetencer.

Forslag til ændringer: **”Intern medicin:** Mange patienter i intern medicin: endokrinologi vil i fremtiden have multisygdom, hvilket kræver et bredt, intern medicinsk kompetenceniveau. Patienter med f.eks. diabetes, osteoporose og hjertesygdomme vil ofte have behov for koordineret indsats med brede, intern medicinske kompetencer, der, sammen med specialets endokrinologiske kompetencer, kan behandle både patienternes endokrinologiske sygdom og andre ikke komplicerede intern medicinske sygdomme. Desuden bør der i højere grad være dialog mellem sygehusets speciallæger og almen praksis speciallæger både når patienten er i sygehusforløb og i forløb hos egen læge. Dette vil styrke den praktiserende læges tovholderrolle og en proces henimod at disse patienter, i større grad får forankret behandlingen i almen praksis.”

Side 10

"Behandling af DM1, har hidtil været varetaget på sygehuse, men det vurderes på sigt, at flere behandlingsforløb vil kunne varetages i almenmedicinske tilbud."

Kommentar: Der er ca. 34.000 DM1 patienter i DK. Hvis ca. halvdelen af patienterne flyttes til almen praksis, og almen praksis i 2035 har 5.000 læger, vil der være 3,4 DM1 patient pr. læge. Det er for få, men vil være muligt, i det omfang de praktiserende læger har erfaring med insulinbehandling af deres DM2 patienter. Brugen af insulin ved DM2 er imidlertid stærkt faldende, samtidig med at brugen af avanceret teknologi ved DM1 er stærkt stigende. Derfor er DSAM bekymrede for, at der ikke vil være de rette kompetencer og de nødvendige teknologiske muligheder til behandling af DM1 i almen praksis i fremtiden.

Side 12

"Osteoporose: Behandling af osteoporose kan i fremtiden hovedsageligt finde sted i almenmedicinske tilbud. Ukomplicerede patienter der behandles med infusionsbehandling, kan flyttes til det primære sundhedsvæsen enten i almenmedicinske -, kommunale tilbud eller hos speciallæger uden for sygehuset."

Kommentar: Et set up til infusion kan ikke forventes i almen praksis. Der er ikke ekstra lokaler, hvor dette kan finde sted.

Side 11

"Behovet for udredning af binyreincidentalomer forventes som med andre incidentalomer (thyroidea, hypofyse m.m.) at være stigende grundet det stigende antal scanninger, der anvendes bredt i sundhedsvæsenet. Stillingtagen til behov for udredning af binyreincidentalomer kan eventuelt foregå i det almenmedicinske tilbud eventuelt via sparring med speciallæge i intern medicin: endokrinologi. Ved testosteronbehandling, kan ukomplicerede stabile patienter ofte afsluttes og opfølgning og behandling foregå ved almenmedicinske tilbud."

Kommentar: Der bør ses på, hvor almindeligt dette er. Aktuelt har de praktiserende læger ingen viden om binyreincidentalomer og kan fx ikke måle cortisol i urin og tolke på dette.

4. Konkrete kommentarer til specialebeskrivelsen for ortopædkirurgi

Side 3

"Almen praksis varetager opgaver indenfor de fleste af kerneopgaverne i ortopædisk kirurgi og mange af patientforløbene starter og slutter her. Ved behov for yderligere udredning og behandling primært i form af kirurgi eller ved mere komplicerede eller svære tilfælde henvises til praktiserende speciallæge eller sygehus. Desuden afsluttes mange patienter fra akutmodtagelsen, et kirurgisk indgreb eller et forløb i ortopædisk kirurgi på sygehuse til opfølgning i almen praksis, herunder til evt. funktionskontrol."

Kommentar: Vi varetager ikke funktionskontrol, da vi ikke kan henvise til genoptræning. De patienter, vi ser til opfølgning, forventes ikke at have genoptræningsbehov.

Side 4

"Almen praksis er afgørende ved den præoperative optimering og medicinjustering ift. kroniske sygdommes betydning for f.eks. den perioperative risiko for komplikationer, smerter og funktion, samt bidrager med ernæringsråd, ryge- og misbrugsstop præoperativt."

Kommentar: Der gives kun særdeles undtagelsesvist præoperative ernæringsråd i almen praksis. Dette ord bør slettes.

Side 4

"Fod- og ankelkirurgi: Varetagelsen af fod- og ankelkirurgi i almen praksis omfatter initial diagnostik og medicinsk behandling af fod-ankelkirurgiske sygdomme/traumer samt vejledning og evt. henvisning til bandagist og fodterapeut. Almen praksis kan varetage almindelige sygdomme/traumer i foden, hvor ikke-kirurgisk behandling, som udgangspunkt er første valg."

Kommentar: Almen praksis kan ikke henvise til bandagist.

Side 10

"Beslutningsstøtte ved brug af kunstig intelligens (AI): Udbredelsen af forskellige digitale støtteværktøjer som eks. beslutningsstøtte, optimeret brug af PRO-data (Patient Reported Outcome Data) samt samkøring af store datamængder, herunder patientjournaler og kvalitetsdatabaserne, **vil gøre** det muligt at øge sikkerheden for, at de rigtige patienter får den rigtige behandling og derved kunne understøtte en bedre prognose for den enkelte."

Kommentar: Det ville være klædeligt at indsætte et **"vil måske gøre det muligt at øge sikkerheden..."**.

Side 12

Afsnittet: **"Patientforløb i almenmedicinske tilbud"**.

Kommentar: I takt med at almen praksis overtager opgaver, bør de praktiserende læger have flere af de handlemuligheder, der før var sygehuset forundt. Der bør indsættes et afsnit om dette i starten af afsnittet om patientforløb i almenmedicinske tilbud.

Desuden bør man kun flytte opgaver, der er almene/almindelige.

Forslag til tilføjelse: *"De opgaver, der kan flyttes til almen praksis er karakteriseret ved at være almindeligt forekommende. Opgaveflytning til almen praksis vil generelt forudsætte, at almen praksis får tilgang til at henvise deres patienter til tilbud, der aktuelt kun kan henvises til fra sygehuset. Den praktiserende læge vil således i fremtiden kunne henvise til flere billeddiagnostiske undersøgelser fx MR, CT og UL. Den praktiserende læge vil selv kunne ultralydsscanne udvalgte tilstande. Desuden bør almen praksis få adgang til at henvise til bandagist og gratis genoptræningsforløb."*

Side 12

"I forbindelse med omstillingen og ensretning regionalt vil det i fremtiden forventes, at de almenmedicinske tilbud kan varetage behandlingen i efterforløbet af frakturbehandlingen, samt den ikke-kirurgiske behandling af ekstremitetsskader, der ikke kræver røntgenkontrol eller er ustabile, herunder ikke-kirurgiske behandling af infraktioner hos børn."

Kommentar: "Efterforløbet af frakturbehandlingen" bør ændres til *"efterforløbet af behandlingen af **almindelige og ukomplicerede** frakturer"*. Der er nødt til at være tilstande, som vi har mulighed for at få erfaring med.

5. Konkrete kommentarer til specialebeskrivelsen for klinisk biokemi

Side 2

"Klinisk Biokemi er hovedsageligt et laboratoriespeciale og rådgiver primært læger i andre specialer."

Kommentar: Bør ændres til: *"Klinisk biokemi er hovedsageligt et laboratoriespeciale og samarbejder med læger i andre specialer."*

Side 2

"Fortolkning, kommentering, lægefaglig rådgivning og undervisning i forhold til analyseresultater og klinisk biokemisk diagnostik."

Kommentar: Det er også relevant at konferere, hvilke analyser en given patient mest rationelt udredes med. Desuden er der tale om gensidig konference. Man kan også bruge ordet "dialog", som er brugt nederst på side 2. Bør ændres til: *"Fortolkning, kommentering, lægefaglig **konference** og undervisning i forhold til analyserekvisition, analyseresultater og klinisk biokemisk diagnostik."*

Side 3

"Analyser udført i praksissektoren skal være kvalitetsmæssigt sammenlignelige med analyser udført på et sygehuslaboratorium. Dette sikres ved, at der er faste, overenskomst-mæssige aftaler med almen praksis, i alle regioner...."

Kommentar: Der mangler aftaler i Region Nordjylland. Der er stor variation i, hvordan denne kvalitetssikring foregår.

Side 3

"Analyser, der af forskellige årsager vurderes ikke at være relevante for rekvirering i almen praksis, og analyser, der kun bør rekvireres på særlig indikation. Her kan der ofte åbnes for rekvirering efter en individuel henvendelse fra almen praksis."

Kommentar: Det er ikke vores erfaring, at det nytter med individuel henvendelse. Der er desuden ingen systematik i, hvordan nye prøver gøres tilgængelige for almen praksis, når det fremgår af vejledninger, at vi bør kunne tage disse. Der mangler et forum, hvor nye prøvemuligheder kan aftales med almen praksis. Hvilke prøver der kan rekvireres, varierer meget fra region til region, fx kan man ikke rekvirere knoglemarkører i alle regioner.

Side 9

"I takt med etablering af de nære sundhedsstilbud, f.eks. i form af sundhedshuse, vil en større del af specialets produktion være for rekvirenter uden for sygehusene. Der kan opstå grundlag for etablering af mindre laboratorier nogle steder...//Hermed vil behovet for at transportere patienter eller prøver til sygehuse blive reduceret."

Kommentar: Det virker ikke rationelt eller økonomisk fornuftigt at opbygge perifere ambulatorier, når en udbygget primærsektor formentlig vil føre til, at alle patienter kan gå til egen læge for at få taget blodprøver. Især ikke når egen læge får flere prøvetagningsmuligheder/POCT.

Patienter, der skal transportere sig til et mindre laboratorie, får stadig længere transport end til egen læge. Desuden skal der stadig transporteres prøver til sygehuset fra egen læge, selvom antallet reduceres. Og ikke mindst er det dårlig service for patienten, hvis man først skal til læge og derefter et andet sted hen for at få taget blodprøver.

Side 10

"Kvalitetssikring af patientnært analyseudstyr (Point of Care Testing, POCT)...//...Det vil væsentligt øge opgaven for Klinisk Biokemi, som skal sikre en rationel økonomisk og kvalitetsmæssig anvendelse af POCT-analyser."

Kommentar: Almen praksis står for 50% af det samlede analyseantal i klinisk biokemi og laver formentlig mindst lige så mange POCT-prøver. At vurdere de faglige, økonomiske og kvalitetsmæssige implikationer ved nyt POCT-udstyr er også en del af DSAM's faglige arbejde. Det virker lidt mærkeligt, hvis det alene er klinisk biokemi der skal stå for dette. Der må vel være tale om dialog og samarbejde om en fælles udvikling.

Side 10 og 11

Afsnittet: Fortolkning, kommentering, lægefaglig rådgivning og undervisning i forhold til analyseresultater og klinisk Biokemisk diagnostik....//....Der må forventes en øget rådgivningsopgave ifr. De kliniske læger omkring grundlaget for og anvendelsen af data til beslutningsstøtte.

Kommentar: Udvikling af beslutningsstøtte bør ligesom introduktion af nye POCT-analyser foregå i et samarbejde mellem almen praksis og klinisk biokemi.

6. Konkrete kommentarer til specialebeskrivelsen for kardiologi

Side 3

"Opgaver og den konkrete varetagelse i almen praksis kan være tilrettelagt ud fra regionale forskelle i organisering og ressourcer, hvilket medfører variationer i opgavefordelingen i patientforløbene på tværs af sundhedsvæsenet. Almen praksis har organiseret kronikeromsorgen ud fra den enkelte sygdom med tilbud om statuskonsultationer. Almen praksis indgår også..."

Kommentar: Selvom kronikeromsorgen jf. overenskomsten fokuserer på enkelsygdomme, vil patienter med multisygdom typisk få langt flere statuskonsultationer. Bør ændres til: *"Almen praksis har organiseret kronikeromsorgen ud fra patientens sygdomme, med tilbud om en eller flere statuskonsultationer afhængig af sygdomsbyrde."*

Side 4

Her oplistes en række tilstande, hvor det flere gange nævnes, at *"Opfølgning efter udredning og fortsat behandling kan foregå i almen praksis"* og *"Når diagnose stilles opstartes behandling på sygehus, og patienten afsluttes til almen praksis, afhængig af sværhedsgrad af sygdommen."*

Kommentar: Det foreslås, at man for alle tilstande, hvor sygehusbehandling er påkrævet, skriver, at *"patienten afsluttes til almen praksis når patienten er færdigudredt og stabil, uden forventning om væsentlige medicinændringer."* Det er nemlig sådan, at det foregår aktuelt. Patienten med behov for hyppig opfølgning og justering af behandling bliver på sygehus.

Side 5

"Trombokardiologi: Almen praksis varetager hovedsagelig monitorering af dyb venetrombose."

Kommentar: Almen praksis monitorerer også patienter efter lungeemboli.

Side 11

"Reduktion i henvisninger og omlægning af ambulante ydelser. Værdien af en række rutine ambulante ydelser er diskutabel. Elektroniske patientjournaler og opsamling af patientrapporterede outcomes forventes fremadrettet anvendt som grundlag for en række ændringer i planlagt ambulant aktivitet. Udvikling af henvisninger med f.eks AI understøttelse kan sikre, at patienter med de relevante symptomer og undersøgelsesresultater til henvises sygehus."

Kommentar: Hvis henvisninger skal AI-udfærdiges eller godkendes efter rigide regler, kan man risikere, at relevante patienter afvises. Det er egen læge, der har vurderet, at patienten har behov for at blive set af en specialist. AI er en støtte til at udføre arbejdet, ikke en hindring.

Det er derimod helt relevant at analysere patientrapporterede outcomes. Man skal dog være opmærksom på, at en ambulant kontakt, der IKKE fører til nogen handling, stadig kan have en stor pædagogisk og behandlingsmæssig betydning for patienten.

Fx: "Der er virkelig ikke andre behandlingsmuligheder" eller "det er virkelig vigtigt, jeg tager denne medicin". Compliance øges, når det samme budskab gives flere steder.

Side 11

"Rådgivning af det øvrige sundhedsvæsen, herunder især almenmedicinske tilbud, og varetagelse af patientforløb i det nære sundhedsvæsen i udgående eller fremskudte funktioner vil i fremtiden udgøre en betydelig del af opgaverne for speciallæger i Intern medicin: kardiologi.

Kommentar: Ordet konference bør anvendes i stedet for rådgivning, når der tales om speciallæger i almen medicin.

Side 12

"Intern medicin.....//.....Alternativt må det overvejes om hjertesygdommen, med rådgivning, kunne udredes eller behandles i almenmedicinske tilbud."

Kommentar: Alternativt må det overvejes, om hjertesygdommen kan behandles i et tæt samarbejde mellem sygehuspecialisten og den praktiserende læge.

Side 12

"Koronart syndrom, hjertheinsufficiens, hjerteklapsygdom, arteriel hypertension, pulmonal hypertension.....//..... Patienter med stabil sygdom indenfor ovennævnte fem områder vil med den rette rådgivning fra speciallæger i Intern medicin: kardiologi kunne følges i almenmedicinske tilbud//.....Ved stabile forhold kan alle fem sygdomsområder overgå til opfølgning i almenmedicinske tilbud."

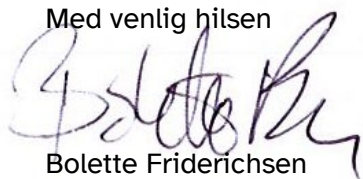
Kommentar: Der bliver på sigt brug for en langt tydeligere afgrænsning af de opgaver, der ligger på sygehuset, og hvilke opgaver, der ligger i almen praksis. Der skal være krav til overgange. Der skal beskrives et entydigt behandlingsansvar, og der skal være de nødvendige korrespondancemuligheder, fx skal der være let tilgængelig telefonadgang mellem specialister og korrespondancer, der besvares indenfor en given tidsfrist.

Side 14

"Som led i omstillingen af sundhedsvæsenet, vil der være behov for, at speciallægerne besidder flere generalistkompetencer. I nedenstående gennemgås relevante kerneopgaver med henblik på at beskrive den fremtidige opgaveløsning."

Kommentar: Det er ikke bare nødvendigt med flere generalistkompetencer. Det er også nødvendigt med bredere kompetencer indenfor kardiologi, så patienten, der har brug for dette, på samme ambulatorium kan få vurderet både sit blodtryk, sin dyslipæmi, sin hjertesvigt og sin pacemaker.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM