

Til Region Østjylland

Høringssvar vedr. udkast til Strategi for almen medicinsk lægedækning i Region Østjylland

DSAM takker for muligheden for at kommentere strategien.

Overordnet ser DSAM mange positive elementer i strategien. Vi finder det særligt positivt, at Region Østjylland prioriterer praktiserende læger, der driver praksis under overenskomsten, og fremhæver kontinuitet, den langvarige læge-patient-relation og den praktiserende læges rolle som tovholder. Det er også positivt, at regionen ønsker dialog med de praktiserende læger, bedre adgang til konference med speciallægerne på sygehuset og en klar ansvarsfordeling på tværs af sundhedsvæsenet.

Strategien indeholder samtidig formuleringer, som efter vores vurdering bør præciseres, så de gode intentioner ikke utilsigtet fører til parallelle strukturer, lokal opgaveglidning eller svækkelse af almen praksis som generalisttilbud.

Faglig ledelse - med, ikke af, almen praksis

Allerede i forordet står, at regionerne får et styrket ansvar for at "lede og udvikle det almenmedicinske tilbud". Det bør præciseres, at der er tale om regional faglig ledelse. Den regionale faglige ledelse kan understøtte faglig retning, kvalitet, samarbejde og implementering på tværs. Den er ikke ledelse af den enkelte praksis eller den enkelte læges kliniske beslutninger. Udviklingen af almen praksis sker desuden mange steder: i den enkelte klinik, i klyngerne, gennem forskning og efteruddannelse og gennem nationale faglige rammer. Regionen er en vigtig medspiller i denne udvikling, men ikke den eneste aktør.

Kapacitet og patienttal

Strategien anfører, at praksis i områder med mindre syge borgere forventes at skulle varetage behandling af flere patienter. Her bør formuleringen være mere forsigtig. Den nationale fordelingsmodel er et vigtigt redskab til en mere behovsbaseret fordeling af lægekapaciteten, men der er talrige eksempler på, at modellen ikke i sig selv kan fastlægge det patienttal, der er fagligt og arbejdsmæssigt bæredygtigt i den enkelte praksis.

Fra 2027 får almen praksis en række nye og udvidede opgaver. Patienttallet må derfor også fremover bero på en konkret vurdering af patientpopulation, opgaver, plads og kapacitet i den enkelte klinik. Der bør være mulighed for at justere, hvis den nationale model ikke i tilstrækkelig grad afspejler de faktiske behandlingsbehov.

Større klinikker, faglige fællesskaber og fleksibilitet

Strategien anfører, at mange yngre læger efterspørger større klinikker med flere kolleger og "tværfaglige kompetencer". DSAM kan godt genkende ønsket om stærke faglige fællesskaber, fleksibilitet og mulighed for at arbejde sammen med flere kolleger.

Begrebet "tværfaglige kompetencer" bør imidlertid præciseres. Hvis der menes forskellige faggrupper blandt klinikkenes personale, bør dette skrives. Andre lægelige specialers kompetencer kan være vigtige, når der gives mulighed for konference, men andre typer af speciallæger kan ikke erstatte speciallæger i almen medicin i den daglige varetagelse af patienterne i almen praksis.

Fleksibilitet bør heller ikke gøres synonym med alternative driftsformer. FYAM-undersøgelsen 2025 viser, at 80 procent af de adspurgte forventer at købe sig ind i en praksis fem år efter endt speciallægeuddannelse, mens 10 procent forventer at være ansat i traditionel almen praksis og 3 procent i en regionsklinik. De yngre læger efterspørger altså fleksibilitet og stærke fællesskaber, men langt de fleste forestiller sig fortsat et arbejdsliv i almindelig almen praksis.

Det er derfor positivt, at strategien prioriterer overenskomstpraksis, og at regionsklinikker beskrives som et overgangs- og rekrutteringsredskab, der kan overgå til praktiserende læger. Regionsklinikker kan være nødvendige for at sikre lægedækning, men bør ikke udvikle sig til en parallel struktur med andre vilkår, andre faglige rammer og andre typer af speciallæger end resten af almen praksis.

DSAM anbefaler derfor, at det bør være et princip, at praktiserende læger tilbydes samme fordele og samme fleksibilitet som regionsklinikker, ellers risikerer særlige fordele og fleksibilitet for regionsklinikkerne at modarbejde regionens ønske om faste praktiserende læger.

Almen praksis som generalisttilbud - undgå opsplitting

Vi hæfter os ved afsnittet om supplerende klinikformer, hvor regionsklinikker og andre klinikformer blandt andet skal kunne bidrage til "lokale løsninger for udvalgte patienter", for eksempel patienter med kompleks sygdom eller særlig sårbarhed. Netop disse patienter er kernepatienter i almen praksis.

DSAM anbefaler stor tilbageholdenhed med parallelle tilbud, hvor særlige patientgrupper trækkes ud af deres egen praksis. Det risikerer at svække kontinuitet, helhedssyn og generalistfunktionen og går imod vores tænkning om en patient - en plan - et årshjul.

Regionsklinikker og det udadvendte hospital

Strategien beskriver, at hospitalsdrevne regionsklinikker kan bidrage med "faglige miljøer, tværfaglige kompetencer og erfaring med kvalitetsudvikling". Her bør der skelnes tydeligt mellem drift af almen praksis og hospitalets udadvendte funktion.

Det udadvendte hospital bør betyde, at hospitalets specialiserede kompetencer bliver lettere tilgængelige for alle praktiserende læger. Alle praktiserende læger bør have lige adgang til specialistkonference, diagnostik, subakutte vurderinger og andre relevante hospitalskompetencer, uanset hvem der ejer eller driver den enkelte klinik.

Hospitalet skal således ikke behøve at drive en regionsklinik for at understøtte almen praksis. Andre specialers kompetencer skal kunne bringes i spil omkring patienten, mens den almenmedicinske kerneopgave fortsat er forankret i almenmedicinsk faglighed.

Tilgængelighed og kontinuitet

DSAM ser positivt på, at strategien både har fokus på tilgængelighed og kontinuitet. Udvidede åbningstider kan være en fordel for nogle patienter og klinikker, men kan samtidig udfordre kontinuiteten, hvis patienterne i højere grad møder skiftende læger. Eventuelle modeller for aften- eller weekendåbent bør derfor udvikles i dialog med almen praksis og med kontinuitet som et eksplicit kvalitetsmål.

Opgavefordeling og nye snitflader

Strategien lægger vægt på en hensigtsmæssig opgavefordeling mellem almen praksis, hospitaler, speciallægepraksis og kommuner og anfører, at ændringer i opgavevaretagelsen skal ske med afsæt i klare rammer og samarbejdsaftaler. Det bakker DSAM op om. Vi anbefaler, at det samtidig præciseres, at lokale forløbsbeskrivelser, visitationsretningslinjer og samarbejdsaftaler skal tage udgangspunkt i de nationale faglige rammer og den gældende opgavebeskrivelse for almen praksis. Sundhedsrådenes rolle bør være at omsætte og implementere disse rammer lokalt i dialog med almen praksis – ikke at definere nye opgaver for almen praksis.

Specialistkonference frem for specialistrådgivning

Formuleringen "en indgang til specialistrådgivning" bør ændres til specialistkonference. Det beskriver bedre et ligeværdigt læge-til-læge-samarbejde om patienten mellem speciallæger i almen medicin og andre speciallæger.

Handlingsanvisende afvisninger bør være undtagelsen

DSAM anbefaler tilbageholdenhed med begrebet "handlingsanvisende afvisninger". Afviste henvisninger må ikke blive en måde at håndtere kapacitetsproblemer på hospitalet ved at gøre dem til et spørgsmål om kommunikation og henvisningskvalitet som fører til uformel opgaveglidning til almen praksis.

Vurderingen af, hvilke patienter der skal modtages på hospitalet, bør bygge på klare og aftalte snitflader. Uanset hvor disse snitflader ligger, vil der desuden være patienter, hvor en specialistvurdering er nødvendig for at fuldføre udredning eller behandling eller for at skabe grundlag for, at patienten kan acceptere, at yderligere behandling ikke er relevant.

Data, AI og populationsomsorg

Strategien er positiv over for brug af data og AI til blandt andet diagnostik, beslutningsstøtte, behandling og visitation. DSAM anbefaler, at der skelnes tydeligt mellem teknologi, der understøtter administrative arbejdsgange, og teknologi, der indgår i kliniske beslutninger.

Hvis AI skal anvendes i kliniske beslutninger som diagnostik, udredning, behandling eller visitation, bør der være tilstrækkelig evidens for klinisk effekt og patientsikkerhed. Teknologien bør være valideret i den population og kliniske kontekst, hvor den skal anvendes, og implementeringen bør følges af systematisk evaluering.

AI skal understøtte, ikke erstatte, lægens kliniske vurdering og bør ikke føre til unødigt registrering eller styringsmodeller, der tilsidesætter det kliniske skøn. Det er i sidste ende den praktiserende læge, der sidder tilbage med ansvaret for behandlingen.

Uddannelse og merit

DSAM er bekymret over formuleringen om, at regionen vil arbejde for bedre muligheder for merit, så læger fra andre specialer "hurtigere kan blive praktiserende læge", og samtidig afprøve "alternative uddannelsesgreb".

Merit for allerede erhvervede relevante kompetencer er rimelig og indgår allerede i de nationale rammer for speciallægeuddannelsen. Men merit er anerkendelse af dokumenterede kompetencer, ikke en særskilt rekrutteringsordning. Kompetencekravene til speciallægeanerkendelse i almen medicin skal være ensartede og gælde i hele landet.

Regionale problemer med lægedækning bør derfor ikke føre til regionale genveje eller til, at kravene til de almenmedicinske kompetencer reduceres. Hvis der er behov for at ændre rammerne for merit, bør det ske inden for de nationale regler og i de relevante videreuddannelsesfora.

Kvalitetsudvikling uanset driftsform

Strategien skriver, at regionsklinikker er underlagt tilsvarende overordnede faglige krav og styringsmæssige rammer som praksis under overenskomsten. Det bør følges af en tydelig ambition om, at kvalitetsudviklingen også er systematisk og almenmedicinsk forankret uanset driftsform.

Klyngerne og de lokale faglige kvalitetsfællesskaber er ikke alene kvalitetssikring, men kollegiale og datadrevne miljøer for udvikling af almen praksis. Speciallæger i almen medicin på regionsklinikker bør derfor så vidt muligt indgå i et almenmedicinsk kvalitetsfællesskab på same måde som andre praksis.

Det videre arbejde

DSAM støtter strategiens fokus på samarbejde og dialog. Det bliver afgørende, at dette også kan genfindes i den konkrete implementering.

Vi anbefaler derfor, at der i beskrivelsen af sundhedsrådenes opgaver indgår et eksplicit ansvar for at sikre en fast, samarbejdende og dialogbaseret struktur med de praktiserende læger. Det vil styrke både lægedækning, faglig kvalitet og sammenhæng i patientforløbene.

Med venlig hilsen



Maria Krüger
Formand for DSAM