

København, den 8. juli 2024

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringsvar fra DSAM til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar på Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering. Vi er overordnet meget positivt stemt over for rapporten, der i sin essens er i overensstemmelse med DSAM's pejlemærker¹.

Vi har dog nogle bekymringer angående flere af anbefalingerne set i lyset af den nuværende kapacitet og opgavemængde i almen praksis. Vores høringssvar tager primært udgangspunkt i del 3. Rapporten er trods sit omfang meget lidt konkret. Derfor har vi i vores høringssvar fokuseret på konkrete løsninger på de forestående problemer. Disse er yderligere beskrevet i de to bilag.

Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almen medicinske tilbud

Der lægges op til, at almen praksis skal varetage flere og mere komplekse opgaver, der i dag varetages af sygehusene, samt en ny model for styring og ledelse af almen praksis.

DSAM ser positivt på ambitionen om at styrke almen praksis, men vi er bekymrede over den realistiske mulighed for at implementere dette. Dansk almen praksis har et stærkt, generalist-baseret tilbud, men vi står allerede over for betydelige kapacitetsudfordringer. Organiseringen af almen praksis med mindre, selvejende enheder giver god mulighed for fleksibilitet, men denne struktur er ikke tilstrækkelig til at håndtere en betydelig stigning i opgavemængden uden betydelige ekstra ressourcer.

Det er afgørende, at flere opgaver følges af øgede økonomiske midler og en betydelig tilførsel af flere læger. Den nuværende kapacitet er allerede presset, og yderligere byrder kan føre til udbrændthed blandt praktiserende læger og en forringelse af patientbehandlingen. Det er desuden nødvendigt at overveje arbejdsbyrden for det eksisterende sundhedspersonale og sikre deres arbejdsmiljø.

Forslaget om, at nationale myndigheder med inddragelse af relevante faglige selskaber skal fastlægge opgavebeskrivelsen for det almen medicinske tilbud, er i princippet fornuftigt. DSAM hilser det velkomment, at de faglige selskaber tiltænkes en større rolle i anbefalingerne fra kommissionen. Tilpasning af sygehusopgaver til almen praksis er dog kompleks, da almen praksis har en personcentreret, helhedsorienteret tilgang, der kræver, at opgaver løses fundamentalt anderledes end på sygehusene. Dette kræver stærk repræsentation af faget almen medicin ved beskrivelsen af opgaverne.

¹ Vi henviser til DSAM's pejlemærker, som kan findes på [vores hjemmeside DSAM.dk](https://www.dsam.dk)

DSAM har tidligere vist sig agil og fagligt kompetent til at bidrage politisk (jf. Opgavebeskrivelsen i kommissionens anbefalinger - også kaldet common trunk). Vi er også klar til fremtidige bidrag, men DSAM's sekretariat er beskedent. For at agere rettidigt på politiske ønsker er der behov for ekstra mandskab og midler. DSAM er rent medlemsfinansieret bortset fra en mindre sum OK-midler øremærket kliniske vejledninger. Derfor vil der være behov for, at der tilføres midler til sekretariatet, der modsvarer de politiske ønsker til DSAM's rolle.

Der foreslås også, at opgaveporteføljen i det almen medicinske tilbud adskilles fra forhandlinger om økonomiske vilkår og ressourcebehov. Dette vil kræve en mere fleksibel økonomiramme end i dag. Hvis der politisk ønskes en fleksibel tilgang til nye opgaver i almen praksis, skal man enten fjerne økonomiløftet, der forhindrer klinikker i at øge aktiviteten med kort varsel, eller nedsætte en instans, der kan vurdere den samlede opgavemængde og sikre, at denne ikke stiger hurtigere end den medfølgende økonomi. Dette er en væsentlig bekymring, da en stigning i opgaver uden tilsvarende ressourcer vil lægge yderligere pres på de allerede overbelastede praksis.

Patienttal og honorarer bør bestemmes af behandlingsbehovet i den enkelte klinik. Dette er sympatisk, og DSAM bakker op om differentieret normtal med bevaret økonomi for at kunne give mest til dem med størst behov. Men det er også potentielt problematisk, hvis konsekvensen bliver, at praksis i mindre belastede områder tvinges til at åbne for flere patienter, end de magter.

For det første er der syge og dårligt stillede mennesker i enhver praksis, og de kan få problemer, hvis de skal konkurrere med et større antal raske om lægens opmærksomhed. Koncentrationen af syge er ganske rigtigt højere i visse særlige områder, som typisk er tyndt befolkede, men nominelt bor der flest syge i byområderne, og de har også brug for en god familielæge.

For det andet er det vanskeligt at definere patienter med størst behov. Øget honorar efter alder straffer klinikker i områder med lav gennemsnitlig levealder på grund af høj sygelighed. Honorering efter diagnoser og medicin straffer klinikker, der udfører godt forebyggende arbejde, eller kan give uheldige incitamenter til overdiagnostik. Psykisk mistrivsel, specielt blandt børn og unge, fylder tiltagende meget i almen praksis, og familielægen har ofte en nøglefunktion, men det er svært at finde tal for.

For det tredje har raske mennesker også brug for et godt almen medicinsk tilbud, når de oplever symptomer, som potentielt kan være alvorlig sygdom. Uden dette vil disse patienter søge mod private aktører med negative konsekvenser for sundhedsvæsenet og almen praksis' rolle som gatekeeper. Private tilbud aflaster ikke det offentlige, når de ikke er visiterede - tværtimod genererer de en hel del ekstra arbejde. Derfor har praktiserende læger i såkaldt "ressourcestærke områder" en vigtig opgave for samfundet med at levere et fornuftigt tilbud, som er tidskrævende, kræver høj faglighed og gode kommunikative evner. Det kan skabe store problemer for sundhedsvæsenet, hvis man underkender denne opgave og med et snævert biomedicinsk fokus flytter ressourcerne derhen, hvor der er mange kroniske sygdomme.

Vi anbefaler derfor en trinvis indførelse af dette styringsredskab med fokus på uhensigtsmæssige incitament og tæt evaluering af, hvordan nye incitamentsstrukturer påvirker den kliniske adfærd. Modellen bør sigte mod færre patienter per læge i områder med højt behandlingsbehov og samme antal patienter eller lidt færre end nu i områder med lavere behandlingsbehov.

Både i Danmark og i vores nordiske nabolande er man kommet frem til, at det gennemsnitlige normtal per praktiserende læge ikke bør være over 1.200 patienter for at få det mest kosteffektive sundhedsvæsen. Dette kræver flere speciallæger i almen medicin. Hvis det politiske mål om 5.000 praktiserende læger skal nås i 2030, kan man beregne, at det fordrer, at optaget på speciallægeuddannelsen øges til 400 speciallægestillinger om året.

De nuværende 350 hoveduddannelsesstillinger er ikke nok, idet vi ved, at speciallæger i almen medicin også finder ansættelse udenfor almen praksis. En sådan udvidelse bør også følges op med initiativer for at sikre en bredere geografisk fordeling af lægerne, så også yderområder får tilstrækkelig dækning, både af uddannelseslæger og af speciallæger.

DSAM vil gøre opmærksom på, at fokus på tilgængelighed er politiske ønsker om service-niveau, som kan være meget dyre for sundhedsvæsenet. Befolkningen prioriterer faglig dygtighed, kontinuitet og gode kommunikative evner over kort ventetid, uanset om det handler om et længerevarende eller et nyt problem.² Hvis almen praksis skal kunne løfte opgaven om at være gatekeeper for det specialiserede og dyre hospitalsvæsen og klare flere og mere komplicerede, multisyge patienter, må der fra politisk hold være mod og vilje til at se på de tilbud, som politikerne ønsker at tilbyde patienterne. Det er fx ikke realistisk, at almen praksis, selv med 5.000 almene medicinere, kan løfte opgaven med at have høj tilgængelighed for borgere, der ikke kan komme inden for almindelig åbningstid.

Ny organisering af digitalisering og data

Der er opridset et ønske om øget digitalisering af sundhedsvæsenet. DSAM ser positivt på digitalisering, der kan hjælpe både patienter og sundhedsvæsen. Dog ser vi udfordringer; en væsentlig del af befolkningen er ikke "digitale". En ensidig satsning på digitale løsninger kan udelukke nogle af de mest syge fra at navigere i sundhedsvæsenet. Vi har længe haft digitale muligheder i almen praksis, og vi kan se behovet for at beholde "analoge" løsninger og lægge en vis dæmper på de digitale adgange, for at de digitalt mest kompetente ikke optager al vores tid.

Det er derfor vigtigt, at digitaliseringen tilpasses forskellige patientgruppers behov og forudsætninger. Der bør også være fokus på datasikkerhed og patienternes rettigheder i forhold til deres egne sundhedsdata. DSAM anbefaler, at digitalisering ikke alene sigter mod effektivisering, men også mod at styrke patientinvolvering og kommunikation mellem sundhedspersonale og patienter. Vi foreslår, at der oprettes en central digital platform, der er brugervenlig og tilgængelig for alle patienter, og som understøtter koordinationen mellem primær- og sekundærsektoren. (Se Bilag 1)

² <https://www.ism.dk/Media/638537050233127342/Landsrapport.pdf> (figur 7.1)

Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Der foreslås flere ressourcer til primærsektoren frem for sekundærsektoren. DSAM ser positivt på dette, da almen praksis er tættest på patienterne, kender hele patientens historie og er bedst positioneret til at træffe beslutninger i samråd med patienten og pårørende.

Strukturen af sundhedsvæsenet bør primært støtte op om behandlingen i almen praksis. Sygehusenes primære rolle bør være at støtte op om behovene for specialiseret udredning og behandling, hvilket kræver bedre adgang til undersøgelser og færre afviste henvisninger. Dette bør også afspejles i ledelsesstrukturen med stærk repræsentation af klinisk aktive praktiserende læger på alle relevante ledelsesniveauer. Vi har vedlagt et konkret forslag til, hvordan dette kan udmøntes i Bilag 2.

Set i lyset af denne omfordeling af ressourcer og den styrkede ledelse af opgaverne i almen praksis anser vi økonomiløftet for forældet og direkte kontraproduktivt i forhold til en fleksibel udflytning af opgaver til almen praksis. DSAM foreslår derfor, at økonomiløftet for almen praksis udfases og at udgifterne i almen praksis i stedet ses som en del af det samlede sundhedsvæsen, hvor udgifterne må forventes at stige i takt med en øget mængde opgaver.

Styrket sammenhæng og kvalitet i indsatsen for mennesker med psykiske lidelser

DSAM ser positivt på styrkelsen af behandlingen for mennesker med psykiske lidelser og et fokus på det hele menneske. Forslaget fokuserer primært på svær psykisk sygdom på sygehuse. Vi påpeger, at en stor del af behandlingen af psykiske lidelser, såsom depression og angst, foregår i primærsektoren. En styrkelse af behandlingen på sygehusene bør følges af en styrkelse i primærsektoren. DSAM anbefaler derfor, at der sikres tilstrækkelige ressourcer og kompetenceudvikling i primærsektoren til at håndtere disse opgaver. Der bør også være et tættere samarbejde mellem almen praksis og psykiatrien for at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret behandling af patienter med psykiske lidelser. Dette kan fx ske gennem etablering af fælles behandlingsforløb og tværsektorielle teams, der inkluderer både praktiserende læger og specialister fra psykiatrien.

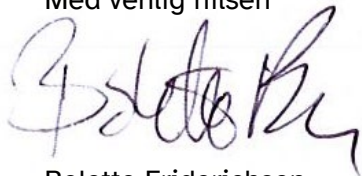
Private aktører og rettigheder

DSAM ser positivt på, at der arbejdes på en mere ligelig fordeling af privatpraktiserende speciallæger på tværs af landet. Rapporten lægger op til en fælles indgang ved henvisning for at kunne prioritere de patienter, der har mest behov. En fælles indgang kan være smidigt for almen praksis, men er ikke nødvendigvis hensigtsmæssig i forhold til at prioritere patienterne. En prioritering kræver grundigt kendskab til patientens samlede historie, og hvis denne skal formidles hensigtsmæssigt, kan det blive så tidskrævende, at patienter med komplekse sygehistorier vil tage uhensigtsmæssig lang tid at henvise.

Rapporten har meget lidt fokus på de private sundhedsforsikringer og det pres, som disse lægger på det offentlige sundhedsvæsen. Private sundhedsforsikringer udhuler det offentlige sundhedsvæsen på flere måder; personale søger til de private tilbud på grund af bedre løn og arbejdsvilkår, praktiserende læger oplever et stigende pres for at henvise til forskellige behandlinger, fordi forsikringen kræver henvisning, de private tilbud finder en lang række diagnoser og tilfældige fund, som siden hen skal håndteres i det offentlige.

Desuden risikerer de patienter, der har størst behandlingsbehov, at komme bagerst i køen hos de privatpraktiserende speciallæger, når de ikke har en forsikring. Det er svært at lovgive imod private sundhedsforsikringer, men man kan stille nationale krav til indikationen for undersøgelser (så der fx ikke tilbydes helkrops-MR-scanninger noget sted i landet), man kan kræve, at forsikringsselskaberne ansætter egne læger til at vurdere indikationer, og man kan dæmme op for mængden af private udredninger i speciallægepraksis, så der fortsat er tid til de sygeste.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM

En moderne samtykkemodel for deling af sundhedsdata

De fleste borgere vil gerne dele deres sundhedsdata med samfundet, og mange forventer også, at det allerede sker i behandlingsøjemed. Men forskning viser, at de fleste også gerne vil spørges, eller i det mindste have en reel mulighed for at sige fra overfor deling til formål, de ikke er tilstrækkeligt trygge ved. Det kunne være visse helbredsoplysninger, som de frygter, vil være stigmatiserende i et senere behandlingsforløb, eller det kunne være data (herunder biologisk materiale) til forskningsprojekter, de ikke vil medvirke i.

Deling af data uden samtykke

Læger og sundhedspersonale er forpligtet til at føre patientjournaler, og det er ofte nødvendigt, at sundhedsdata kan deles i forbindelse med patientbehandlingen. Dette omfatter for eksempel recepter, henvisninger, blodprøvesvar, epikriser og meget andet. Deling af disse data sker ikke med samtykke, men med hjemmel i sundhedsloven og GDPR - artikel 9. Det er klart, at smidig deling af journaldata kan forbedre patientbehandlingen betydeligt. Det er der næppe nogen, som er ret uenige i.

Problemer med nuværende praksis

I klinikken kan vi opleve patienter, der tøver overfor henvisning til et relevant tilbud fx i psykiatrien, fordi de ikke ved, om de vil kunne slippe af med en eventuel diagnose i deres sundhedsjournal senere, også selvom det kun er en mistænkt diagnose, der senere afkræftes. Både henvisninger, epikriser og sygehusjournaler udstilles i dag på sundhed.dk, det er ikke under patientens kontrol, og det udstillede kan ikke slettes igen.

I forskningen er der opstillet klare regler med krav om informeret samtykke til det enkelte projekt, når det gælder interventionsforskning, det er velbegrunderet, og har været praksis siden Helsinki-deklarationen. Arbejdsgange med at indhente informeret samtykke kan være tidskrævende midt i et aktuelt behandlingsforløb. Når data først er indsamlet i en journal, kan det senere være vanskeligt at indhente samtykke til datadeling. Derfor tillader sundhedsloven, at journaldata kan deles til forskningsformål uden samtykke.

For de fleste borgere er dette ikke problematisk, men undersøgelser viser, at flere har problemer, hvis data deles til kommercielle formål¹, herunder med medicinalindustrien.^{2 3 4} Undersøgelser viser også, at mange borgere ønsker indflydelse på, hvordan og under hvilke betingelser deres sundhedsdata kan bruges til forskning.⁵

Det er desuden påvist, at borgere er mere komfortable ved nationale forskningsprojekter end ved forskning med datadeling over landegrænser³ og særligt datadeling uden for EU-grænser.⁴ Når et behandlingsforløb er afsluttet, kan det være meget svært at finde en måde at opnå samtykket af både praktiske og juridiske årsager. Det begrænser og forsinke produktionen af ny viden og kan gøre det meget vanskeligt at lave agil forskning, hvor ny evidens kan skabes og publiceres, mens den stadigvæk er klinisk relevant.

I kvalitetsarbejdet kan man via lovgivning, som regulerer Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP), høste patienternes sundhedsdata uden samtykke til afgrænsede kvalitetsformål i de såkaldte RKKP-databaser. Data indsamlet i RKKP-databaser kan sekundært under visse betingelser tillige bruges til forskning uden samtykke. Arbejdet med at definere hvilke indikatorer, som er relevante og derfor skal indsamles, er dog tungt. Lige som den efterfølgende dataindsamling, som ofte foretages manuelt, også er tung. Det er heller ikke muligt at inddrage andre sundhedsdata end de prædefinerede i RKKP, hvis man ønsker at lave et kvalitetsprojekt, der er tværsektorielt eller går på tværs af registre fx FMK og DDV.

I kontrolarbejdet, fx med ydelseskontrol af praksissektorens fakturaer, kan regionerne i dag anmode om, at journaltekst udleveres fra lægen for at se, om en given ydelse nu også er leveret. Lægen har dog ikke pligt til at udlevere journalteksten, som her sker uden patientsamtykke og uden oplysningspligt til patienten. I dette scenarie afstår mange læger ofte fra honorar fremfor at indsende fortroligt journalmateriale, fx fra samtaleterapi, som mange læger vurderer som brud på tavshedspligten. Ikke fordi man frygter, at nogen vil finde behag i at snage, men fordi det er uvist, hvem der er udpeget til at læse notaterne, og om disse har en relation til patienten. Der foregår heller ingen logning af opslag i indsendt journalmateriale, så ingen kan se, om nogen uretmæssigt har kigget med. Resultatet kan være, at lægen ophører med at levere en ydelse, hvis den ikke kan honoreres uden brud på tavshedsløftet.

Behov for gennemsigtighed og selvbestemmelse ved deling af sundhedsdata

Jo mere journaldata deles, desto større behov er der for at øge patienternes selvbestemmelse og indsigt i, hvad der deles med andre. Dette kan blandt andet opnås gennem logning og selvbestemmelse via adgangskontrol og dynamisk stillingtagen til deling af egne sundhedsdata.

Forslag til en ny samtykkemodel

DSAM foreslår på denne baggrund, at man udvikler en moderne differentieret samtykke-model, hvor alle borgere vælger under hvilke omstændigheder, de ønsker at tage stilling til deling af sundhedsdata. Helt præcist bør det gøres muligt for danskerne at lave en samtykkeprofil på en platform som fx sundhed.dk, hvor de tilkendegiver deres ønsker til at blive spurgt om samtykke i forhold til anvendelse af forskellige typer af sundhedsdata (fx patientjournaldata, genetiske data, sundhedsregisterdata) og forskellige kontekster/formål.

For dem, der ikke ønsker tæt kontrol med dataanvendelse, bør det således være muligt at stille data til rådighed på baggrund af bredere samtykker. For dem, der ønsker en tættere kontrol med brugen af data, bør det være muligt at ønske specifikke samtykker til databru- gen eller sige helt NEJ.

De forskellige kontekster/formål kunne omfatte:

- Klinisk brug/behandling
- Forskning, offentlig og privat
- Herunder udveksling med udland, der kan have andre regelsæt

- Kommerciel brug
- Kvalitet
- Dokumentation og kontrol
- Sundhedsplanlægning
- Andre

Modellen kunne eventuelt per default stå til JA på alle eller på visse formål, men borgeren bør samtidig have en nem og umiddelbar adgang til at angive sine ønsker til datadeling og for at sige helt eller delvist NEJ. På samme digitale platform bør borgeren også blive oplyst om, hvilke forskningsprojekter dennes sundhedsdata aktuelt indgår i samt abonnere på forskningsresultaterne.

Ved at give danskerne muligheden for at lave en samtykkeprofil på deling af forskellige sundhedsdatatyper til de forskellige formål, beskyttes borgernes ønsker og værdier bedst muligt, samtidig med at klinik, forskning, kvalitetsarbejde og industri får en let adgang til danskernes samtykkeønsker.

Det er blevet sagt, at når man har modtaget gratis behandling i sundhedsvæsenet, så har man også pligt til at levere sine sundhedsdata til myndighederne til gavn for den næste patient. Det argument holder ikke, behandlingen er ikke gratis, men er allerede betalt via skattebilletten.

Det er også blevet sagt, at en samtykkemodel risikerer at give huller i datasættet, så værdien af dataindsamlingen forringes. Nogen kunne jo sige nej for en sikkerheds skyld i mangel på tillid. Men vi ved fra forskning, at de fleste i dag gerne vil donere deres sundhedsdata til fællesskabet. Frafaldet vil være lille og kan til en vis grad analyseres statistisk. Men grundlæggende gælder det, at tillid ikke er noget, man kan forlange, det er noget man skal gøre sig fortjent til. Det gælder også for myndighederne.

De IT-systemer, der skal håndtere vores data, skal have højeste sikkerhed, formålene skal være transparente, og patienten skal have selvbestemmelse, så vil den høje tillid, som vi i Danmark har til systemerne, kunne bevares. Og hver gang der er et datalæk, skal det naturligtvis repareres, så tilliden genopbygges.

Referencer

¹ Aitken M, de St Jorre J, Pagliari C, Jepson R, Cunningham-Burley S. Public re-sponses to the sharing and linkage of health data for research purposes: a system-atic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Med Ethics*. 2016 Nov 10;17(1):73.

² Richter G, Borzikowsky C, Lesch W, Semler SC, Bunnik EM, Buyx A, Krawczak M. Secondary research use of personal medical data: attitudes from patient and popu-lation surveys in The Netherlands and Germany. *Eur J Hum Genet*. 2021 Mar;29(3):495-502

³ Tosoni S, Voruganti I, Lajkosz K, Mustafa S, Phillips A, Kim SJ, Wong RKS, Willison D, Virtanen C, Heesters A, Liu FF. Patient consent preferences on sharing personal health information during the COVID-19 pandemic: "the more informed we are, the more likely we are to help". *BMC Med Ethics*. 2022 May 20;23(1):53

⁴ Richter G, Borzikowsky C, Hoyer BF, Laudes M, Krawczak M. Secondary research use of personal medical data: patient attitudes towards data donation. *BMC Med Ethics*. 2021 Dec 15;22(1):164.

⁵ Holm S, Kristiansen TB, Ploug T. Control, trust and the sharing of health infor-mation: the limits of trust. *J Med Ethics*. 2020 Aug 25

Konkret forslag til en model for almen medicinsk faglig ledelse

Sundhedsstrukturkommissionen (SSK) foreslår, at opgavebeskrivelsen for almen praksis skal defineres af nationale myndigheder, og nye opgaver skal indpasses i en forenklet honorarstruktur. Almen praksis skal løse mange flere opgaver i fremtiden, men opgavemængden skal tilpasses til ressourcerne, så der ikke lægges nye opgaver ud, før kapaciteten er til stede i almen praksis, alternativt skal andre opgaver ud af porteføljen. Økonomien skal følge opgaverne, det er dog ikke beskrevet hvordan. Dog er det beskrevet, at Sundhedsstyrelsen med bistand fra relevante videnskabelige selskaber beskriver de overordnede rammer for opgavefordelingen. Videre anbefales det, at almen praksis skal ledes af samme myndighed som sygehusene.

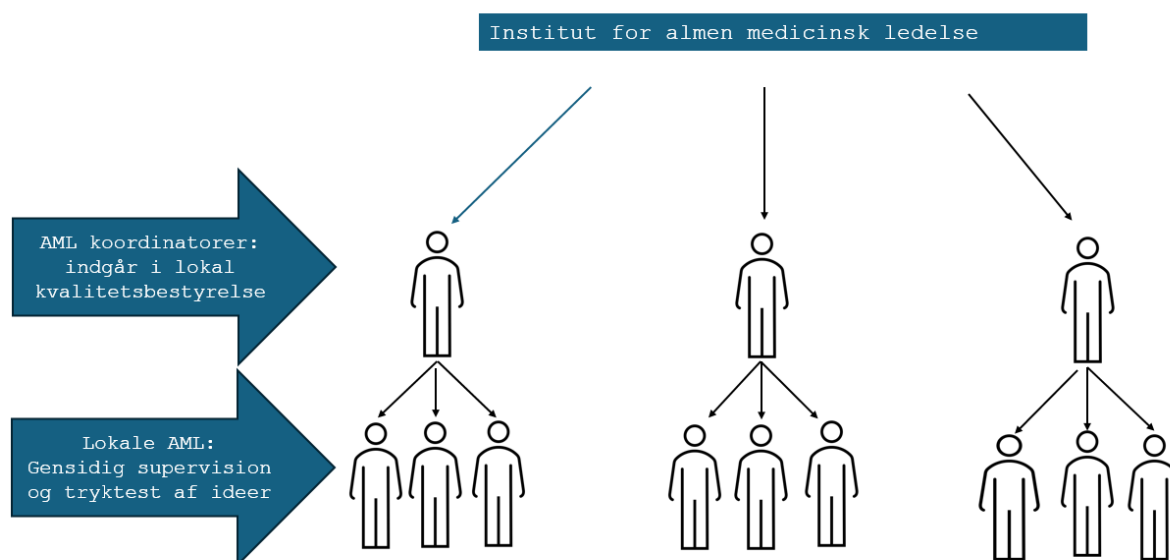
Det rejser selvfølgelig spørgsmålet, hvordan denne ledelse af almen praksis skal organiseres og legitimeres og hvem, der skal holde regnskab med opgavemængden, dels nationalt i forbindelse med opgavebeskrivelse og basisfunktion, dels lokalt i forbindelse med konkrete opgaveglidninger mellem sygehus og almen praksis. Indtil nu har det nationale niveau skulle forhandles af overenskomstens parter og det lokale, enten i form af §2 aftaler, forløbsbeskrivelser eller helt uden aftale, men man ønsker i dag en ny model.

DSAM vil gerne stille et konkret forslag om et "Institut for almen medicinsk ledelse"

Instituttet skal have 2 funktioner:

- 1) Uddannelse og ansættelse af almen medicinske ledere (AML), der kan løfte ledelsesmæssige opgaver i almen praksis, særligt i kontaktfladen med sygehusene, herunder understøtte opgavefordelingen mellem sygehuse og almen praksis.
- 2) Bidrage med faglig sparring og videns-mobilisering i forbindelse med fordeling af opgaver mellem almen praksis og sundhedsvæsenets øvrige aktører.

DSAM's forslag til en struktur, der kan organisere de almen medicinske ledere, er skitseret nedenfor. Modellen tager udgangspunkt i en lokalt velfungerende model for praksiskonsulentordningen i Region Nord.



Lokale AML

En lokal AML vil varetage lokal faglig ledelse inden for et geografisk område, der afspejler de lokale forhold både i almen praksis og i snitfladen til sekundærsektoren. Den lokale AML er klinisk aktiv praktiserende læge fra dette område. En lokal AML vil typisk repræsentere et fagområde, fx urologi, pædiatri osv. Dog er der visse geografiske områder, fx region H, hvor der vil være behov for både en fagområde AML, der primært samarbejder med sygehuset og en geografisk AML, der primært sparrer med almen praksis, da de enkelte fagområder varierer meget i deres optageområder.

De lokale AML laver forløbsbeskrivelserne i samråd med afdelingsledelserne eller de udpegede repræsentanter for afdelingsledelsen: hvilke problemer kan henvises til sygehusafdelingen, hvad skal foreligge, før man kan henvises, og hvornår kan forløbet afsluttes til egen læge. De lokale AML indgår i et netværk med de andre lokale AML og sparrer med dem og/eller klynger i området, ligesom områdets praktiserende læger kan gå til den lokale AML på det givne område, hvis der er noget, der ikke fungerer.

Ved overvejelser om udflytning af opgaver fra sygehus til almen praksis skal det vurderes, om det stadig giver faglig mening, at opgaven løses i sundhedsvæsenet. Hvis opgaven er low-value care, skal den måske ophøre eller overgå til patienten selv. Dernæst skal der beregnes, hvor lang tid den givne opgave vil tage at varetage i almen praksis (time needed to treat - TNT), som skal være evidens- og databaseret).^{1 2} Når der er behov, kan Institut for almen medicinsk ledelse bidrage med datasøgning og beregninger (se nederst i dokumentet).

Den lokale AML og sygehusafdelingen laver desuden audit på henvisninger og epikriser for at vurdere kvaliteten, og hvis der er et lægehus eller en afdeling, der ikke leverer som aftalt, skal parterne gå bagud i systemet: Den lokale AML til sin koordinator, overlægen til sin sygehusledelse. Kan problemet ikke løses her, må det op i Kvalitetsbestyrelsen.

Selvom systemet ligner den nuværende praksiskonsulentordning, er det vigtigt at pointere, at der vil skulle afsættes mere tid per lokal AML til at varetage denne opgave, end de nuværende PKO-konsulenter har til rådighed, hvis opgaven skal løses fagligt forsvarligt.

AML-koordinatoren

AML-koordinatoren understøtter de mange lokale AML i deres opgaver. Den lokale AML-koordinator har indblik i, om der er nogen nødlidende praksis eller klynger, der behøver noget ekstra opmærksomhed (fx behov for sygevikar, et særligt undervisningstilbud), og koordinatoren tager første dialog med dem, der har et helt afvigende ordinations- eller henvisningsmønster. AML-koordinatoren har altså visse beføjelser i forhold til områdets praktiserende læger, men har ingen sanktionsbeføjelser. Hvis en lægepraksis ikke lever op til aftalerne, lokalt eller nationalt, og det undtagelsesvist ikke lader sig ændre ved dialog, hjælp og støtte, eller med pålæg fra lokale myndighed, må tvisten klares i de organer, der er beregnet til dette. SSK har foreslået et nyt uvildigt tvistløsningsystem, med ny lovgivning og klagenævn, til erstatning for det nuværende overenskomstaftalte samarbejdsudvalg.

Både AML-koordinatoren og alle lokale AML er også aktive praktiserende læger, mindst 1 dag om ugen. Antallet af AML-koordinatorer afhænger af, hvilken forvaltningsmodel man vælger. AML-koordinatoren indgår på lige fod med blandt andet sygehusledelsen i den lokale "Kvalitetsbestyrelse". Kvalitetsbestyrelsen er strukturer, der også eksisterer i dag under forskellige lokale navne og i lidt forskellig form. Kvalitetsbestyrelsen skal godkende enhver ny forløbsbeskrivelse. Det er også i Kvalitetsbestyrelsen, at større beslutninger træffes om, hvordan hospitalerne bedst understøtter arbejdet i almen praksis, for eksempel hotlines, nye tværgående ambulatorier til hurtig udredning eller tværsektorielle konferencer. DSAM foreslår, at Kvalitetsbestyrelsen alle steder fremover skal bestå af sygehusledelse, regionsfolk (gerne både folkevalgte og administrative afhængig af forvaltningsmodellen), DSAM, PLO og AML-koordinatoren/koordinatorerne, en repræsentant for områdets kommuner samt en patientrepræsentant. På den måde er alle berørte parter med om bordet, når forløbsbeskrivelser godkendes.

Kvalitetsbestyrelsen skal også fremover have opgaver i forhold til almen medicinsk kvalitet lokalt, det kan være lægemiddelenhed, datakonsulenter, POL (ie: Praksis, Organisation og Ledelse = konsulenter for ledelsen i eget lægehus), klyngepakker, Store Praksisdag, fyraftensmøder, decentral gruppebaseret undervisning. Bestyrelsen har et forretningsudvalg/sekretariat. For at en stærk ledelse af almen praksis og Kvalitetsbestyrelsen kan have legitimitet, er det helt essentielt, at almen praksis er stærkt repræsenteret i Kvalitetsbestyrelsen, så beslutninger, der vedrører almen praksis, ikke kan vedtages uden opbakning fra almen praksis. Hvis sammensætningen af Kvalitetsbestyrelsen skal afspejle ønsket om at placere almen praksis stærkere og mere centralt i sundhedsvæsenet, bør formanden fra udvalget også være praktiserende læge.

Helt praktisk bliver en opgavefordeling således aftalt lokalt ud fra den forventede kapacitet på både sygehus og i almen praksis, AML-koordinatoren har et bedre indblik i de lokale kapacitetsforhold i almen praksis og kan advare, hvis der planlægges en udflytning af opgaver og de lokale praksis står med akutte kapacitetsproblemer, for eksempel når flertallet af lægehusene har lukket for patienttilgang, når der er mange ledige kapaciteter i området eller når økonomirammen er opbrugt.

Hvis der ikke er ledig kapacitet i almen praksis til en ny opgave, skal sagen op i Kvalitetsbestyrelsen, hvor man skal vurdere, hvilke andre opgaver der så skal ud af almen praksis, eventuelt bare i en periode. Igen kan Institut for almen medicinsk ledelse bistå med beregninger af omkostninger og TNT. Det er klart, at man ikke kan vælge at ændre på nationalt bestemte forløb såsom kræftpakkerne. Men der er lang vej, før alle opgaver i sundhedsvæsenet er defineret nationalt lige så entydigt som kræftpakkerne. Meget skal derfor stadig afklares lokalt.

Institut for almen medicinsk ledelse

Institut for almen medicinsk ledelse er en ny, faglig institution, der arbejder som en støttefunktion for beslutninger i og omkring almen praksis. Instituttet skal have adresse et centralt sted i Danmark. Det behøver ikke være i København. Det har sin egen økonomi, der kommer fra finansloven, ikke fra overenskomstmidler eller fra medlemskontingenter. Det kunne have en bestyrelse sammensat af myndigheder, DSAM, PLO og forskningsenhederne for at sikre, at den relevante viden er tilgængelig.

Instituttet samarbejder med Sundhedsstyrelsen og DSAM om det faglige grundlag for opgavefordeling og forløbsbeskrivelse, blandt andet databaserede beregninger af TNT. Sekretariatet ansætter og understøtter AML. På instituttet er der akademisk(e) medarbejder(e), der kan finde data i registre og beregne TNT. Det er sekretariatet, som også står for løn, timeregnskab og kontrakter med AML. Der afholdes nationale AML-træf, hvor de gode ideer kan flyde fra region til region.

På instituttet udvikles og afholdes den almen medicinske lederuddannelse. PLO's efteruddannelsesorganisation (PLO-E) kunne bidrage med deres digitale set-up og organisatoriske erfaring, men lederuddannelsen skal ikke driftes af PLO-E, for den skal ikke drives af overenskomstmidler. Curriculum vil omfatte de gode principper i forløbsbeskrivelser: hvad er gode patientforløb, undgå medicinsk overaktivitet/overbehandling, opgaver løses på rette kompetenceniveau, hvordan anvendes fagets pejlemærker i ledelsesarbejdet, hvordan beregnes TNT samt struktur og organisering af sygehusvæsenet/sundhedsvæsenet og ledelsesteori. Hvordan inddrager man bedst de lokale praksislæger, og hvordan tryktestes idéer, så der er ejerskab til forløbsplanerne. Der vil være fokus på egen refleksion over egen ledelsesform.

¹ Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians' time needed to treat. *Bmj*. 2023;1-3.

² Albarqouni L, Montori V, Jørgensen KJ, Ringsten M, Bulbeck H, Johansson M. Applying the time needed to treat to NICE guidelines on lifestyle interventions. *BMJ Evidence-Based Med*. 2023;28(5):354-5.