

GENERELLE RÅD OM OPGAVEFLYTNING I ALMEN PRAKSIS

Indledning

Sundhedsreformen lægger op til, at opgaver skal løses mere nært i fremtiden. Man har besluttet, at der i fremtiden skal være 5.000 praktiserende læger og at disse skal overtage nogle af de opgaver, der i øjeblikket finder sted på sygehusene.

Planlægningen foregår i mange forskellige spor. Sundhedsplanen skaber et samlet overblik, og opgavebeskrivelsen og basisfunktionen beskriver, hvilke opgaver almen praksis skal løse. I de foreløbige kladder til opgavebeskrivelsen er der faktisk allerede tilført nye opgaver, selvom der endnu ikke er kommet flere læger.

Samtidig skal der skrives nye specialebeskrivelser for 39 specialer, hvoraf de 30 har væsentlige overlap med almen praksis. I disse specialebeskrivelser ønsker man at udpege opgaver, der kan flyttes fra subspecialt til almen medicin.

Implementeringskløft og behandlingsefterslæb i almen praksis

De almenmedicinske opgaver ændrer og udvikler sig over tid. Det er efter DSAM's opfattelse en naturlig udvikling. Det er derfor løbende relevant at vurdere, om nye opgaver kan løses af det almenmedicinske speciale. Imidlertid har specialet i årevis ikke fået tilført den kapacitet, der har været nødvendig, samtidig med at der har været en udtalt opgaveglidning og en stigende afvisning af de praktiserende lægers henvisninger.

Udviklingen har lagt et betydeligt pres på fagets bæreevne. På grund af manglende politisk prioritering er hverken antallet af læger, kapacitet eller strukturer fulgt med – og gode intentioner for almen praksis er i stedet endt i en implementeringskløft.

I DSAM håber vi, at sundhedsreformens intention om flere læger samt en prioritering og investering i almen praksis, vil styrke og accelerere fagets udviklingen, så almen praksis efterhånden kan varetage flere opgaver. Men vi må gøre opmærksom på, at de første 650 ekstra læger vil gå til at løse lægemanglen og håndtere det kæmpe behandlingsefterslæb, der især eksisterer, hvor lægerne har for mange og for tunge patienter.

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 mellem specialerne skal være velbeskrevet og ligeværdigt. 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:

- 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.

Afskaf ordet rådgivning - samarbejde mellem speciallæger er konference

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 almen medicinsk perspektiv, fx når det gælder stillingtagen til udrednings- og behandlingsniveau på de patienter, som de har i behandling. Det kan sikre patienten mod overdiagnostik og overbehandling og spare ressourcer i sundhedsvæsenet.

Blødere overgange, men entydigt behandlingsansvar

Det er ofte 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.

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.

Selvom lægerne oftere konfererer på tværs af specialer, skal patienterne ikke være i tvivl om, hvem der har ansvaret. Det bør være velbeskrevet.

Eksempel på at eget læge beholder ansvaret: Patienten følges i almen praksis for sin hjertesygdom, men henvises til hjerteafdelingen til ekkocardiografi og statusvurdering. Svaret tilgår egen læge, der følger op sammen med patienten. Noget lignende praktiseres allerede med sammedagsscreening af diabetespatienter, der følges i almen praksis.

Eksempel på at sygehuset beholder ansvaret: Patienten følges på hjerteafdelingen for sin hjertesygdom, men lider af mange konkurrerende kroniske lidelser, hvilket udfordrer behandlingen. Sygehuslægen konfererer med egen læge mhp. at afklare, hvilke behandlinger der har højst prioritet, og få egen læges syn på udrednings- og behandlingsniveau.