

De praktiserende læger er vores redning

Af Torsten Lauritzen, praktiserende læge, professor ved Aarhus Universitet, lægefaglig chefrådgiver i Diabetesforeningen.

Bo Christensen, praktiserende læge, professor ved Aarhus Universitet, medlem af Hjerteforeningens bestyrelse.

Frede Olesen, professor ved Aarhus Universitet, fhv. formand for Kræftens Bekæmpelse.

Der er behov for nytænkning af hele vores sundhedssystem. For ikke at svinge patienterne må man sørge for en markant styrkelse af almen praksis.

SUNDHEDSVÆSENET er blevet bedre de seneste to årtier. Det er sket ved en helt nødvendig specialisering og oprustning, så antallet af speciallæger på sygehusene i perioden er næsten fordoblet. Samtidig har kommunerne fået en væsentlig rolle inden for forebyggelse og rehabilitering.

Denne udbygning har desværre efterladt mange patienter uden den nødvendige sammenhæng og afgørende koordinering af deres individuelle samlede forløb.

Det skyldes blandt andet, at antallet af praktiserende læger i samme periode har været let faldende i skarp kontrast til det behov for en koordinerende rolle, som for eksempel Sundhedsstyrelsen har tiltænkt de praktiserende læger.

VIGTIGHEDEN AF, at de praktiserende læger er i stand til at påtage sig rollen som patientens personlige koordinator i et stadig mere fragmenteret sundhedssystem, understreges af den meget dramatiske ændring i befolkningens alderssammensætning og sygdomsmønster, som vi vil se i nær fremtid - en forandring, som sundhedsvæsenet kun langsomt erkender og indretter sig efter.

For det første bliver der langt flere ældre.

Deraf følger, at langt flere vil leve med kroniske sygdomme forstået som sygdomme, hvor patientens livskvalitet og livslængde er afhængig af en indsats fra sundhedsvæsenets side.

For det andet - og det er planlægningsmæssigt vigtigt - har de fleste af dem med kroniske sygdomme flere samtidige sygdomme, for eksempel diabetes, hjertekar-sygdomme, KOL og psykiske sygdomme, og de er eventuelt i efterkontrol for en tidligere sygdom, for eksempel cancer.

Endelig er der for det tredje en markant social ulighed i sundhed, som fører til, at der er langt flere såkaldt multisyge, specielt blandt de socialt dårligt stillede, som har svært ved at udnytte mulighederne i det højt specialiserede og fragmenterede sundhedsvæsen.

DISSE FAKTORER tilsammen gør, at det langt fra er usædvanligt, at en ældre patient groft sagt kan være fuldtidsbeskæftiget med at gå til kontrol i ambulatorier, som fokuserer på hver sin sygdom, foruden den kontrol, der foregår hos den praktiserende læge og det vigtige rehabiliteringstilbud, som kommunen giver.

Det er velkendt, at det især er i overgange mellem afdelinger, mellem sektorerne og forskellige myndigheder, at risikoen for fejl, kommunikati-

onsproblemer og misforståelser er størst. Derfor ser vi desværre, at det i høj grad er de dårligst stillede - dem, som ofte har størst behov for hjælp - som farer vild i systemet og derfor ender med den ringeste prognose.

Vi står således med en situation, hvor: - Sundhedsmyndigheder har flere og flere forventninger til almen praksis, uden at der er sket nytænkning og investering i almen praksis.

- Vi har flere ældre og et nyt sygdomsmønster, hvor mange har flere sygdomme.
- Der har i 15 år været stilstand i udviklingen af antal læger i almen praksis.
- Kommunerne er nu en vigtig del af sundhedsvæsenet og har brug for mere lægefaglig hjælp.

INDTIL VIDERE har sundhedsvæsenet svaret på disse udfordringer med en massiv vækst i antallet af speciallæger på sygehusene samt en betydelig stigning i forbruget af ambulante ydelser rettet mod hver enkelt sygdom. Umiddelbart ser vi med de kommende supersygehuse det samme svar gentaget med fornyet styrke.

Men som vi viser her, har spørgsmålet ændret sig, så det gamle svar ikke længere er tilstrækkeligt.

Derfor skal der tænkes nyt og anderledes, sådan at samarbejdet mellem sygehuse, almen praksis og kommuner reorganiseres og styrkes. Der skal stilles krav til de praktiserende læger, og kravene skal følges af målrettede investeringer. Ellers bliver det umuligt at opfylde myndighedernes forventninger om et mere sammenhængende og økonomisk effektivt sundhedsvæsen.

Og værst af alt: Vi vil blive ved med at tabe alt for mange ofte socialt udsatte og multisyge patienter i overgangen mellem sektorerne.

DE KOMMENDE overenskomstforhandlinger mellem Praktiserende Lægers Organisation og Danske Regioner bliver en vigtig nøgle til at skabe den nødvendige udvikling og til i langt højere grad end

hidtil at samtænke almen praksis, kommunen og sygehussektoren.

Det sammenhængende system, som kræves i fremtiden, kan kun komme til at fungere med en udvidelse af kapaciteten i almen praksis, og vi opfordrer derfor til, at man fra begge sider af bordet tager opgaven særdeles alvorligt.

Det kræver ledelse, overblik og mod fra alle parter, hvis vi skal nå at skabe et system, som ikke vil blive tromlet fladt af fremtidens udfordringer.

De meget væsentlige resultater, der er opnået ved den sygehusfokuserede specialisering, ønsker vi på ingen måde at bagatellisere.

Det er en flot udvikling, som i al væsentlighed ser ud til at fortsætte.

Men fremtiden kræver, at vi bliver mere patientrettede end enkeltsygdoms-fikserede, og derfor vil vi i det følgende stille skarpt på almen praksis og dets placering i det samlede sundhedsvæsen.

VORES FORSLAG til en gentænkning af systemet kan sammenfattes i 6 pejlemærker, som vi uddyber med diabetesbehandlingen som eksempel: 1) Placér ansvaret entydigt 2) Skab reelt samarbejde mellem sektorer 3) Brug kvalitetsdata offensivt 4) Inddrag patienternes viden 5) Brug teknologien 6) Sats på kontinuerlig efteruddannelse 1) Et stort problem i den nuværende organisering af sundhedsvæsenet er et manglende entydigt ansvar for den samlede patientbehandling på tværs af grænsen mellem sygehus og primærsektor. Som det er nu, kan patienter let blive tabt i overgangen fra den ene sektor til den anden.

Endvidere er det svært at flytte ressourcer mellem sektorerne, dvs. sygehusvæsenet, almen praksis og kommunerne.

Inden for hver af de store sygdomsgrupper, her eksemplificeret ved diabetes, foreslås derfor, at regioner opretter en faglig ledelsesgruppe med ansvar for optimal kvalitet i behandlingen for

samtligede diabetikere i et geografisk område omkring de specialiserede ambulatorier.

Denne ledergruppe kan bestå af den fagligt ansvarlige leder af ambulatoriet, en repræsentant for de praktiserende læger i området, en leder af den kommunale forebyggelse og rehabilitering samt en patientrepræsentant.

Efter behov kan ledergruppen supplere sig midlertidigt med andre relevante faggrupper.

Gruppen har ansvaret for at optimere behandlingen af alle patienter i området, her diabetespatienter. Læger fra primærsektoren skal således indgå i sygehusets faglige ledelse, og sygehuset får ansvar for behandlingskvaliteten for alle diabetespatienter i deres område, dvs. et populationsansvar.

2) Et led i de foreslåede systemreformer er dernæst at udvikle ægte dagligt fungerende samarbejdsmodeller, hvor patienter for eksempel kan komme til en omfattende årskontrol i et multisygdomsorienteret ambulatorium for derefter at overgå til løbende opfølgning i almen praksis og kommune.

For at sikre, at der sker kvalitetsudvikling, skal ledelsesgruppen omkring hver diagnose på sygehusniveau sikre, at der tages initiativer, således at patienter i helhedsperspektiv kan kontrolleres for flere sygdomme samtidigt - under samme tag, samme dag. Der er behov for på et systemniveau at justere den måde, som vi driver og organiserer ambulatorier på, når vi skal behandle multisygge ud fra et helhedsperspektiv.

Et led i et styrket samarbejde mellem sygehuse, almen praksis og kommuner kan også være udgående hospitalsfunktioner med fokuserede opgaver om at løse komplekse behandlingsudfordringer i samarbejde de lokale behandlere.

Dette tiltag skal tilrettelægges, så det sikrer viden- og kompetenceopbygning i almen praksis og kommuner med forankring af en varig samlet indsats i patientens nærområde.

3) Data om behandlingskvalitet skal indsamles og deles for at løfte den samlede kvalitet til gavn for patienterne. Tidligere tiders stridigheder om indsamling af data bør afløses af et tilpasset regelsæt og nye aftaler, som sikrer løbende udvikling af behandlingskvalitet. For at få overblik over, hvilke faglige initiativer der vil kunne øge kvaliteten af patientbehandlingen i området, skal ledergruppen have løbende adgang til aggregerede og passende anonymiserede kvalitetsdata for alle patienter i området. Praksis får tilbagemelding og dermed mulighed for at se, hvor man kan forbedre patientbehandling.

Data er afgørende for udvikling af kvaliteten af almen praksis' ydelser, da videnskabelige undersøgelser inden for bl. a.

diabetesområdet har vist, at indsamling og tilbagemelding af data om behandlingskvaliteten til de praktiserende læger øger behandlingskvaliteten. Samtidig giver deling af kvalitetsdata mulighed for at bekæmpe den til tider store variation i behandlingskvalitet, som på visse områder og ifølge solide videnskabelige undersøgelser er uacceptabel og uforenelig med en tilfredsstillende patientbehandling.

Det er afgørende, at data bruges til kvalitetsudvikling og ikke til kontrol af ydelser, fordi data så vil miste validitet. Data skal naturligvis indsamles på en sikker måde, som beskytter den enkelte patient mod datamisbrug.

4) For at udnytte eksisterende ressourcer kan sundhedsvæsenet i fremtiden blive langt bedre til samarbejde med patientforeninger.

Patientforeninger, ambulatorier, almen praksis og kommuner kan arbejde sammen for at optimere og individualisere patientuddannelsen. De kan initiere patientinddragende aktiviteter som motivationsgrupper omkring madlavning, motion, rygestop og samtalegrupper, som kan forebygge livsstilssygdomme og følgesygdomme til kroniske sygdomme.

Der bør udvikles patientuddannelse, som i højere grad end nu medinddrager patienten og dennes pårørende i behandlingen af vedkommendes sygdom. I relation til en livsstilssygdom som f. eks.

diabetes og hjertesygdom, vil nogle patienter have brug for kurser sammen med andre i det kommunale sundhedscenter, mens andre vil kunne nøjes med et elektronisk kursus afhængig af individuelle behov. Tilbuddene skal i højere grad end nu have fokus på at nå patienter med størst behov og ikke blot de ressourcestærke, som ofte selv finder tilbuddene.

Endelig kan specialeselskaber og patientforeninger gå sammen om at etablere videnscentre, som hurtigst muligt omsætter ny videnskabelig viden til kortfattet og handlingsorienteret information målrettet henholdsvis patienter, behandlere, embedsmænd, politikere og lægmænd.

5) De nye teknologiske muligheder skal udnyttes langt bedre i fremtidens sundhedsvæsen.

I øjeblikket foregår der eksempelvis mange forsøg med brug af telemedicin på forskellige sygdoms-områder, men de har været meget sygehusdominerede med tendens til at trække patienter mod enkeltsygdomsambulatorier, og der sættes berettiget spørgsmålstegn ved hidtidige aktiviteterets omkostningseffektivitet.

Telemedicin skal i langt højere grad fokuseres mod det nutidige sygdomsmønster og mod at styrke samarbejdet omkring patienten i primærsektoren. Med den rigtige udrulning og en korrekt stratificering af patienterne kan teknologi som telemedicin være et godt supplerende værktøj i behandling af høj kvalitet.

Almen praksis og forskningsinstitutioner målrettet almen praksis skal i højere grad inddrages i denne udvikling, og der skal i langt højere grad fokuseres på kendt teknologi, som den for eksempel findes i de smartphones, mange af os bruger hele tiden.

Det kan eksempelvis være udviklingen af Skype-medieret rådgivning og applikationer, der kan fortælle patienter om uddannelses tilbud, status på udvalgte data, støttetilbud m. m. - alt sammen noget, der kan reducere risikoen for senfølger og styrke samarbejdet i patientens nærsamfund.

Hvis de udvikles rigtigt, kan teknologiske løsninger give indsigt og medbestemmelse til patienten og danne udgangspunkt for en god dialog mellem patient og behandler.

Også her er det vigtigt at indtænke de ressource-svage.

6) En central del i udviklingen af fremtidens almen praksis er også at sikre et efteruddannelsessystem, som er tilpasset den kommende demografi, det nye sygdomsmønster og de nye krav til samarbejde med det sygehus, som lægen typisk samarbejder med. Den måske allervigtigste del af efteruddannelsen i almen praksis er den daglige datadrevne refleksion i hver praksis om, hvordan indsatsen forløber.

Det kræver tid i hverdagen og data fra egne patienter. Den samlede arbejdsbelastning i praksis skal derfor tilpasses på en sådan måde, at der er plads til løbende kvalitetsmonitorering og til refleksion over indsatsen i hver klinik, og man skal dernæst etablere strukturer omkring den lokale efteruddannelse, så det sikres, at den er relevant, at den omfatter alle, og at den har fokus på at styrke lokalt tværfagligt og tværsektorielt samarbejde.

Danmark var, indtil striden om brug af data fra almen praksis opstod, verdens ledende land med hensyn til løbende at give praksis tilbagemelding om kvaliteten af hver enkelt patients behandling. Den førerposition skal genetableres, og på systemniveau skal der sikres data til styring af uddannelsen, rammer og tid til kvalitetsudvikling.

Praktiserende læger skal på linje med overlæger i fremtiden være på betalt efteruddannelse 10 dage per år, hvoraf 5 dage kan være efter lægens egen-oplevede individuelle behov og 5 dage er

obligatorisk overvejende lokalt og regionalt tilrettelagt efteruddannelse, hvor almen praksis har en central rolle i planlægningen.

Denne sikrede og databaserede efteruddannelse med baggrund i lokal kvalitetsudvikling vil gøre det endnu mere attraktivt for nye ambitiøse læger at vælge almen praksis til.

VORT SUNDHEDSVÆSENS nuværende position er en funktion af et fagligt og politisk samarbejde, der har udviklet sig over årtier. Det har både skabt nutidens succeser og dens problemer. En klar politisk og faglig vision med efterfølgende stærk national, regional og lokal handlekraft kan genskabe balance i fremtidens sundhedsvæsen, så det er tilpasset fremtidens demografi, sygdomsmønstre og behov.

Det er ved de kommende overenskomstforhandlinger mellem almen praksis og Danske Regioner, at det afgøres bl. a., om vi kan genskabe helheden i det danske sundhedsvæsen, og om vi kan sikre en fremtidig balanceret førerposition på alle delområder i et samlet sundhedsvæsen og for alle borgere med behov for hjælp.

