

dagogik, hverken til den enkelte eller til grupper i samfundet.

Opsøgende arbejde honoreres ikke efter overenskomsten. De praktiserende læger kender en stor del af de mennesker, der er ved at komme i knibe, men initiativer honoreres ikke.

Der er i øjeblikket for ringe sammenhæng mellem indsatsen i hospitalssektoren og efterbehandlingen i praksissektoren. F.eks. opsøger patienter meget tit deres praktiserende læge få dage efter udskrivelse fra hospital, mens de praktiserende læger typisk først får besked om, hvad der er foregået under indlæggelsen, efter en uge, og ofte kan der gå meget længere tid.

Alt i alt giver dette forklaring på, hvorfor en øgning af antallet af læger i den primære sundhedssektor ikke giver den ønskede/forventede aflastning af andre sektorer, specielt hospitalssektoren. Strukturen må ændres radikalt.

Det her foreliggende beslutningsforslag tilgodeser også intentionerne i det af SF den 27. oktober 1987 fremsatte beslutningsforslag om amtskommunale åbne rådgivninger og behandlingsinstitutioner for psykisk kriseramte (Beslutningsforslag nr. B 13, se Folketingstidende 1987-88, forhandlingerne sp. 698, 701 og 1586). Disse forslag vil begge fremme det forebyggende og brugerstyrede i sundhedsarbejdet.

Bemærkninger til de enkelte punkter

»Alle i den primære sundhedssektor skal ansættes af kommunen, speciallæger dog af amtskommunen«

De praktiserende lægers enestående stilling på arbejdsmarkedet som en uåndterlig størrelse midt imellem offentligt regi og liberalt erhverv skal fjernes. På den ene side er de ikke underlagt det liberale erhvervs jernhårde markedsmechanisme, og på den anden side er halvdelen af honoreringen såkaldte ydeshonorarer (altså en slags akkord) – en honorering, som i hvert fald med den nuværende sygesikringsoverenskomst ikke sikrer en adfærd hos lægerne, der øger sundheden. Samtidig kan det offentlige ikke bestemme antal, ydelsesmængde og art samt placering, samarbejdsrelationer, tidsforbrug m.m.

Speciallæger skal ansættes ved sygehusene, og der skal oprettes distriktsordninger med udadgående kvalitetsorienterede ambulatorier i tilknytning til sundhedscentrene. Dette vil give øget samordning mellem hospital og almen praksis – og i kraft af tilknytning af socialrådgivere – også mellem sundhedsvæsenet og den kommunale sociale sektor.

Hvis indsatsen for alvor skal forbedres, kræver det en så omfattende koordinering af de forskellige sektorer, at alle må ansættes i offentligt regi.

»Der skal etableres kommunale sundhedscentre, dækkende behovet for en befolkning på 5.000–10.000 personer«

Det har vist sig, at man i lægehusene kan påtage sig større og bredere behandlingsopgaver end i solo-praksis, men der mangler i dag integration med speciallægefunktionen, således at lægehuset kan blive den fremskudte enhed, der kan overtage en større del af de nuværende sygehusopgaver.

Det lægelige fagområde er efterhånden så stort og stadig stigende, at den nuværende opbygning af almen praksis med én eller ganske få alment praktiserende læger kun i begrænset omfang kan give et kvalitetsstøt.

Der foreslås derfor oprettet kommunale tværfaglige sundhedscentre, hvor der samarbejdes tæt med den kommunale socialforvaltning og lokalhospitalet.

Den faste stab af læger i sundhedscentret skal være alment praktiserende læger, hvis antal aktuelt skal være ca. 7 for, at døgndækning skal kunne lade sig gøre. Det vil svare til et befolkningsgrundlag på 5.000–10.000 personer.

Speciallægerne skal ansættes på lokalsygehusene, men skal i en del af arbejdstiden som led i sygehusets distriktsordning fungere i de lokale sundhedscentre, dels med patientkonsultationer og dels som rådgivere/undervisere for de praktiserende læger.

Når speciallægerne på sygehusene også har konsultationer i sundhedscentrene, vil patienterne i hvert fald kende én læge på sygehuset, og koordinationen mellem, hvad der foregår hos den praktiserende læge før og ikke mindst efter indlæggelse, vil blive bedre. Efterkontrollen efter indlæggelse foregår i det lokale sundhedscenter. Nærhedsprincippet skal udbygges.

Når det lykkes at få etableret samarbejde mellem enhederne, vil flere kunne færdigbehandles i primærsektoren med færre indlæggelser og færre ambulante kontroller på sygehusene til følge. Det vil også give bedre koordinering ved indlæggelse, »grydeklare« indlæggelser og sidst, men ikke mindst, en langt større udveksling af erfaring, som modvirker faglig isolation.

Alt i alt giver det større tilfredshed hos patienterne, større effektivitet og færre indlæggelser og dermed kortere ventelister.

»Det lokale sundhedscenter skal udføre lægevagt og lettere skadestuearbejde døgnet rundt, forestå de forskellige hjemmeplejeordninger, forestå lokalsamfundets sundhedstjeneste på skoler og i småbørnsinstitutioner samt dække behovet for kommunale konsulent-