



## BESTYRELSENS KLUMME:

# Nålen i høstakken i sundhedsvæsenet

**H**vordan prioriteres i sundhedsvæsenet? Og bliver de rigtige set og behandlet korrekt?

For at vurdere dette har jeg valgt at se på to af DSAM's pejlemærker:

*Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske. Vi giver mest til dem, som har størst behov.*

I vandkanten med lægemangel prioriteres indsatsen skarpt, og det kan godt gøres med omtanke og tilfredshed hos et flertal af patienterne. Det er tydeligt, at der er langt til specialisten, når man er patient på landet, og derfor er forståelsen måske derefter. Det kan gøres, når man er skarp og frisk, men ikke når dagene bliver for lange, og timerne løber på, længe efter man er effektiv og godt tænkende.

Trivslen i almen praksis er under pres. Det fremgår af seneste trivselsundersøgelse i almen praksis.

Ved prioriteringsdebatten i "Netværk for viden og kompetencer i almen praksis" tænker jeg, at man skal højt op i helikopteren – også historisk – for at finde, hvordan man skaber den bedste prioritering og trivsel.

Vi ønsker generelt at arbejde mindre og have tid til en masse i vores dyrebare fritid. Vi bliver rigere som befolkning og ønsker, at det offentliges ydelser på samme måde bliver bedre og flere.

Hvordan hænger dette sammen med prioritering i sundhedsvæsenet?

### Systemet kræver selvjustits

Regionerne skal levere lægedækning som første prioritet og først derefter ses på kontrolsystemets muligheder som anden prioritet. Dårlige sager i pressen giver umiddelbart

ønske om mere kontrol i et tillidsbaseret afregningssystem i almen praksis – et system, som kræver selvjustits, og en interesseorganisation, som er agil og aktiv i forhold til medlemmer, der ikke følger overenskomsten eller udøver denne selvjustits. Nye spillere i almen praksis – stråmænd og koncernklinikker – gør det vanskeligere at adressere den ansvarlige.

Så hvor hårdt tør regionerne gå til koncernerne, som i nogle steder af landet er de eneste til at give dem lægedækning (godt nok mange steder pakket ind i sygeplejerskedækning)? Til kontrol har regionerne to økonomiløfter: et generelt for hele landet og et pr. ydernummer, men også mulighed for at se uhensigtsmæssigheder i enkelte ydelser for hver enkelt praksis. Men hvis man ligger tæt på økonomiløfterne, er der jo ikke incitament i at holde patienterne på det laveste omkostningsniveau.

Det kan nogle gange betale sig at henvise – både økonomisk og tidsmæssigt.



## Skal det offentlige stille et værelse til rådighed for det private i det offentlige hus?

### Et privat værelse i det offentlige sundhedshus?

Det er et adelsmærke for det offentlige sundhedsvæsen i Danmark, at der er lige adgang og ingen økonomiske forhold mellem den enkelte patient og lægen i det offentlige system.

Jeg tænker, at vi i fremtiden kommer til at adskille det private sundhedstilbud, som i mine øjne er et tilvalg, og det offentlige system, som er vores primære tilbud for alle de alvorlige lidelser og komplikationer. Hvorfor betaler det offentlige for den initiale konsultation hos den praktiserende læge, når folk ønsker at bruge deres sundhedsforsikring? Hvorfor betaler det offentlige for komplikationer, som er opstået i det private? Burde de ikke betale en bod til det offentlige, hvis det bliver nødvendigt med behandling i det offentlige – de kunne vel forsikre sig?

Med andre ord: Skal det offentlige stille et værelse til rådighed for det private i det offentlige hus?

### Økonomisk incitament til at behandle nært

På samme måde kan man diskutere, om socialvæsenet skal flytte ind hos sundhedsvæsenet.

Vi oplever en nødlidende pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) i mange kommuner, og mange familier har vanskeligt ved at få den nødvendige hjælp i tide.

Mange kolleger kæmper en kamp for disse familier uden reelt at være dem, som kan flytte på tilbuddet i skole eller psykiatrien.

Man kunne overveje en model, hvor der er et økonomisk incitament for at behandle nært og nemt i stedet for at henvise til specialister, hvor det ikke er nødvendigt. Det kunne f.eks. være højere ydelser på operationer og gynækologiske undersøgelser. Eller på en telefonkonsultation, som ikke fører til henvisning eller en tid i lægehuset. Konsultationer, som ikke fører til henvisning, kunne også medføre et højere honorar i almen praksis.

### Empati og engagement

Jeg vil lige ridse op, hvordan min egen praksis ser ud i et lægedækningstruet område af Danmark, som samtidig er udfordret på livsstilssygdomme som overvægt og sukkersyge.

Vi er en kompagniskabspraksis, som – efter at have taget et ydernummer tilbage fra en koncernklinik for 1 år siden – betjener ca. 9.500 patienter med 4 faste læger og en fast vikar 2 dage om ugen. Vi har prioriteret at passe patienter mest og har derfor ikke haft lige så mange uddannelseslæger som tidligere. Hvor vi normalt havde 1-2 i praksis, ligger vi nu mere på 0-1. Vi har valgt at køre med en firedagsuge for de faste læger og prøver derfor at arbejde 32-35 timer om ugen i praksis. Det kan kun lade sig gøre ved at uddelegere rutineopgaver og specifikke opgaver til vores dygtige praksispersonale. På denne måde har de faste læger tid til andet på fridagen, og her prioriteres forskelligt; det kan være organisatorisk arbejde, ridning, børn, sejlads, dykning, strikning og meget andet.

Min fokusering på det organisatoriske kan måske forebygge udbrændthed, men der er også behov for en prioritering af empatien og engagementet i den enkelte patients sag. Måske er det sidste det vigtigste: Hvordan forstår vi at lade de raske være – og lade dem udvikle og udøve resiliens? Det er på en måde den største tillid at vise sine patienter. Men det kræver overskud og præcision.

### En nål i en høstak

Når jeg har uddannelseslæger, plejer vi at inddele konsultationen i tre dele af hver 5 minutter. Først har vi patientens del, hvor vi lytter og folder problemet ud med stor empati og interesse. Her er lægens opgaver at give kvitteringer og resumere problemet. Derefter kommer lægens del eller undersøgelsesdelen, hvor vi undersøger og afkræfter eller bekræfter mulige diagnoser ud fra det kliniske. Og slutteligt en fællesdel eller konklusionsdel, hvor patienten præsenteres for løsningsforslag ud fra de første to dele og kendskabet til resten af sundhedsvæsenet muligheder eller manglende muligheder.

Vi ønsker jo altid at finde nålen i høstakken – altså den syge, som trænger til en diagnose og behandling for at trives. Når det lykkes, giver det ekstra stor trivsel hos lægen og personalet. //

Hvordan forstår vi at lade de raske  
være – og lade dem udvikle  
og udøve resiliens?