

Badevand og barn

Benny Ehrenreich sidder på 24. år i kompagniskabspraksis på Nørrebro, København. Benny er repræsentant i DSAM og formand for PLO-København samt en erfaren debattør.



Sundhedsstrukturkommissionen barsler snart, og vi må håbe, de leverer et levedygtigt barn!

Det springende punkt er almen praksis, der på den ene side er lovet en central rolle i det fremtidige sundhedsvæsen, men samtidig trues af regioner og andre beslutningstagere til at have gennemskuelige og ensartede ydelser og i det hele taget indordne sig! Med det menes formentlig, at vi skal kunne reguleres top-down i et hierarkisk system, som det øvrige sundhedsvæsen. Vor Herre bevare os!

Hvis almen praksis skal kunne yde, som vi har gjort i generationer, skal vi bevare vores selvstændighed og diversitet. Det er der få embedsfolk og politikere, der forstår. Ja, forstår vi det selv til fulde? Forstår vi, hvor vigtig autonomien er for vores kernekompetencer? Og fatter vi, hvor vigtige de er, for at vi kan opfylde vores "pligter" over for borgere og sundhedsvæsen?

Da jeg startede i almen praksis for over 25 år siden, havde jeg ikke en holdning til fagets organisering og "sjæl", men accepterede de givne vilkår med aftaler og driftsansvar. Nu ser jeg autonomien som helt central for at kunne agere fagligt og relationelt! Og det står mig stadig mere klart, hvad kernekompetencerne er. Derfor er det med angst og bæven, jeg afventer Sundhedsstrukturkommissionens udspil. For forstår de, hvad der er på spil?

Kommisionsmedlemmerne har en svær opgave, når der fra flere sider råbes om, hvad almen prak-

sis skal, mens det vigtige for dem er at vide, hvad vi kan! Og ikke mindst skal de vide, hvilke opgaver der er en forudsætning for denne kunnen. Hvis ikke de er helt skarpe på at adskille kerneopgaverne fra de overflødige – barn fra badevand – er risikoen, at barnet smides ud!

Hvad der gør den danske almen praksis til en af verdens mest omkostningseffektive, er der ikke mange, der forstår, men der er efterhånden dokumentation for, at relationen mellem patient og læge samt kontinuitet over mange år har betydning for både overlevelse og antal uhensigtsmæssige indlæggelser. For mig består kernekompetencen af mindst 3 helt centrale vilkår:

For det første fri – dvs. gratis og usorteret – adgang til en læge, man kender. For det andet den personcentrerede tilgang, der respekterer den enkeltes særlige behov. Og for det tredje faglighed med fokus på evidensbaseret medicin og at undgå overdiagnostik og overbehandling.

Vi er også en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og skal varetage helt centrale roller til gavn for både individ og fællesskab ved:

- At give mest til dem med størst behov
- At finde de syge og lade de raske forblive raske
- At visitere de rigtige til det specialiserede sygehus
- At være tovholder og guide i et ofte kompliceret sundhedsvæsen
- At håndtere skade, lidelse, mistriivsel og kronisk sygdom, når vi er de bedste til det.

Vi skal med andre ord være: første instans og sidste udvej!

At have en læge, man kender, stoler på og kan tale med om alt, fordrer, at der er flere – forskellige – at vælge mellem. One size fits all er ikke en hensigtsmæssig model. Og “common trunk” er jeg skeptisk overfor.

Det skal være muligt at tilpasse klinikkerne til lokale vilkår. Skadestuefunktion og hjælp til laboratorieprøver for hospital og speciallæger giver god mening, når der er langt til by og hospital, mens det ikke er nødvendigt i de store byer, hvor det er mere hensigtsmæssigt at bruge ressourcer på udsatte grupper. Hvor ADHD-forskrækkelse, bekymring, stress og mistrivsel flourer, er det opgaven at være der, når hjælp søges. Tiden og den relationsbaserede tilgang er essensen af vores ydelser på specialistniveau. Jeg har svært ved at se, at den opgave bedre kan varetages af psykologer eller andre instanser end netop den læge, man kender fra mange tidligere almindelige konsultationer og svangre-/børneundersøgelser. Man kan ikke tage de “simple” og banale konsultationer væk uden at fjerne fundamentet for de tunge og vigtige møder, hvor opgaven er, at patienten bevarer fodfæstet på arbejdsmarkedet, i parforholdet eller i livet. I lægedækningstruede områder er det oplagt, at det mest presserende behov er kronisk syge og at håndtere det meste selv pga. transporttider, alt for lange ventetider osv. Det gælder altid om at give mest til dem med størst behov.

Badevandet er mange af de opgaver, som andre påfører os, nævnt i flæng: henvisning til fysioterapeut, psykolog m.v. Vi bør ikke være gatekeeper, men selvfølgelig have gensidig henvisningsret. Berettigelse til tilskud bør ikke være vores ansvar/byrde.

Henvisninger til “fortsat behandling” hos speciallæge må også kunne

lægges ud til speciallægerne selv, da det vel er deres kompetence at afgøre behovet – og regionernes opgave, frem for vores, at agere kontrolinstans.

LÆ-attester i en lind strøm, både til JobC og for kropsbårne hjælpemidler m.m. har ofte en snert af mistro og kontrol over sig, eller anmodningen sendes “fordi regler”. Spild af tid!

Uarbejdsdygtighedserklæringer til arbejdsgiver og lægeattester til uddannelsesinstitutioner o.l. bør vi ikke bruge tid på, men kan vel håndteres med “tro-og -love”-erklæringer.

Fri os for at tage stilling til ernærings “recepter”, håndkøbs- og kosttilskudsmedicin samt recepters pille- og pakkestørrelser; fremtiden er den generiske recept.

Er der mere? Formentlig!

Når Sundhedsstrukturkommissionen snart barsler, må vi som gruppe være klar til at tage imod et levedygtigt barn og henvise det til behandling, hvis der konstateres misdannelser, skader eller infektioner i det. //



29TH WONCA EUROPE
CONFERENCE

The Convention Centre Dublin
25–28 September 2024

10 REASONS TO ATTEND
THE EUROPEAN EVENT OF THE YEAR

← ↑ ★ ☼ 👤 👥 🌐 🎯 🎓 🤝 👤 👤 →

FOR GENERAL PRACTITIONERS
AND FAMILY DOCTORS

The Changing Nature of Family Medicine – Cultivating the Future

  

www.woncaeurope2024.org | [#woncaeurope2024](https://twitter.com/woncaeurope2024)

