



Fremtidens læger skal ikke frygte udbrændthed

Udbrændtheden breder sig i almen praksis. Det kan der sagtens gøres noget ved, men løsningen kræver ændringer på mange områder. Og det bliver ikke nemt.

Meget har ændret sig

Jeg har været praktiserende læge i 20 år. Jeg startede i en 2-mandspraksis. Vi havde én sekretær. Hun kendte familierne i flere led og visiterede kyn-digt alle patienter. De kunne ikke smutte udenom hende, da mail og e-tidsbestilling ikke var opfundet. Vi havde stort set ikke noget opsøgende arbejde. Patienterne bookede tid til kontrol af og til. Diabetes kontrollerede vi med et fastblodsukker to gange om året. Hvis patienten skulle have insulin, var det sygehusbehandling.

Der var god tid til kurser i kognitiv terapi og akupunktur. Jeg kørte sygebesøg til de ældre. Der blev skrevet næsten halvt så meget medicin ud, som der bliver i dag. Amterne havde

tillid til os, og patienterne stillede sjældent forhåndskrav om højt specialiserede behandlinger og scanning. Lægen havde ikke ansvar for, at der blev fulgt op på prøver. Indtil 2011 lå ansvaret også hos patienten.

Nu booker patienterne sig selv ind i kalenderen, og både patienter og hjemmepleje sender dyngevis af mails. Jeg har meget personale, som koster administration og supervision og ikke mindst ansvar. Jeg har mindre tid med patienterne, og hvis de ikke bor på plejehjem, får de næsten ikke sygebesøg. Jeg tager flere beslutninger på kortere tid, evt. via en akutsygeplejerske, jeg ikke kender personligt. Mine patienter er gennemsnitligt ældre og mere syge. Psykisk mistrivsel, smerte og overvægt fylder mere og mere hos dem. Jeg kontrollerer deres sygdomme systematisk og på specialistniveau: diabetes, KOL, hjertesvigt, atrieflimren, skizofreni og kroniske smerter. Patienterne (især forsikringspatienter) har tårnhøje forventninger.

Vores samarbejdspartner regionerne kritiserer ofte almen praksis offentligt, samtidig med at deres syge-

huse afviser vores patienter. 2013 var starten på vores "ægteskabskrise" med Danske Regioner, og den er eskaleret siden, selvom de aldrig har fået så meget for deres penge før.

Vi er færre praktiserende læger end for 20 år siden

Det er ikke mærkeligt, at mange af os brænder ud. Det er logisk.

Men vi kan ikke rulle tiden tilbage. Vi skal til stadighed udvikle os og tilpasse vores arbejdsopgaver.

Flere læger er ikke nok

Den mest nærliggende løsning er, at vi skal være flere læger. Og det er heldigvis vedtaget, så hvis ellers man snart besluttede at uddanne de 400 speciallæger i almen medicin om året, der skal til, er vi på vej. De læger, der har de alertungeste patienter, skal have halveret deres patientantal til 800; gennemsnittet bliver et normtal omkring 1200. Det giver ro i maven og patientsikkerhed, når der er god tid til svære beslutninger.

Men det er slet ikke nok. Der skal ses på andre parametre.

Vores kontakter: Her gælder stærke effekter. Flere læger, flere tider, flere patienter. Det er skruet uden ende. Jeg ved, at alle ønsker tilgængelighed, men det gavner især de mest raske. Måske skal vi til at visitere vores patienter langt bedre. Nogle bør blive hjemme, nogle bør direkte til personalet. Måske skal lægen i front igen?

Vores patienter med kroniske sygdomme: Måske skal de kun se en læge en gang om året til en grundig overblikskonsultation. Derefter bør de have et større eget ansvar. De kan komme til blodprøver og selv kontrollere svaret online evt. med hjælp (og ansvar fra) AI. De sårbare skal vi derimod følge tæt.

En klarere opgavefordeling

Opgavefordelingen mellem almen praksis og sygehuse bør beskrives. DSAM har lavet et papir, der beskriver opgaverne i almen praksis. Hvor er det papir, der beskriver, hvad de enkelte sygehusafdelinger skal stå for? Hvis almen praksis f.eks. skal tage sig af ADHD hos børn og MGUS (som nogle afdelinger p.t. synes at mene), skal det undersøges, om det er fagligt rig-

tigt, og det skal aftales, så de praktiserende læger også kan få den efteruddannelse, der gør, at de føler sig trygge ved den behandling. En lang række behandlinger og kontroller og krav bør måske bare sløjfes. Hvorfor skal min ADHD-patient møde personligt frem for at få en recept på sin medicin? Kunne vi nøjes med 4 børneundersøgelser frem for 7?

Andre aktører: Forsikringspatienter bør måske visiteres af forsikrings-selskabet selv. Det er svært, fordi vi elsker kontinuiteten, men der bør findes en bedre løsning end nu. Patienterne bør kunne gå direkte til fysioterapi, som i øvrigt selv holder styr på det med vederlagsfri behandling.

I forhold til apoteker bør vi i fremtiden kun have 2 slags recepter. Den, vi kender – og så datorecepten, der gælder f.eks. 12-24 mdr. Apotek og patient kan selv beslutte, om medicinen skal udleveres som æsker, dåser eller dosisdispensering.

Noget af det vigtigste er, at vi får en samarbejdspartner, som anerkender os, og som måske endda bare en gang i mellem er villig til at stå på mål for os. Et ligeværdigt forhold udelukker ikke, at man kan stille økonomiske og faglige krav. Vi er begyndt at

kigge os omkring og har opdaget, at kommunerne respekterer vores indsats og vores faglighed. Det betyder dog ikke, at vi ikke kan genoprette forholdet til Danske Regioner.

Bedre til at hjælpe hinanden

Slutteligt skal vi måske til at blive bedre til at hjælpe hinanden. Det gør vi allerede i de gode kompagniskaber og samarbejdspraksis, og det modvirker udbrændthed. Løsningen kan være at opgradere klyngerne, så vi ikke bare kvalitetsudvikler, men også tager efteruddannelse sammen. Fredagsbar og en årlig fest bør der også være tid til. Trivselspakkerne er et skridt på vejen. Kontinuitet mellem kolleger i klyngen er måske lige så vigtigt som kontinuitet mellem læge og patient?

Der er læger, der er bekymrede for at kaste sig ud i praksiskøb. Det bør ikke være et problem, når vores vedtægter tillader, at op til 50 % af lægerne er ansatte eller ejer en forholdsvis mindre del af praksis (en mulighed der allerede findes, men som de færreste kender til). Målet må dog være, at fremtidens læger ikke skal frygte udbrændthed og har lyst til at købe egen praksis og tage ansvar for egen patientflok. //

