



Når vi prioriterer alt, prioriterer vi intet!

Det var overskriften på VIDs forårsseminar, som blev afholdt i Odense den 7. marts 2024.

Henved 60 kolleger på tværs af organisationerne i det almenmedicinske miljø var samlet for at drøfte, hvordan man kommer i gang med prioritering i almen praksis. Blandt oplægsholderne var Mads Koch Hansen, konsulent og tidligere formand for Lægeforeningen, Mireille Lacroix, praktiserende læge og næstformand i PLO, mens DSAM's formand Bolette Friderichsen deltog i en paneldebat undervejs.

Practicus har talt med de tre oplægsholdere for at blive klogere på, hvorfor vi skal prioritere i almen praksis, og hvordan man kommer i gang med det. For en ting er at sige, at man skal prioritere, men hvad skal prioriteres, og hvordan kommer man i gang med det helt konkret, når man kommer væk fra overskrifterne?

**MADS KOCH,
KONSULENT OG TIDLIGERE FORMAND
FOR LÆGEFORENINGEN**

**Hvorfor er der behov for
prioriteringer?**

Overordnet er diskussionen om prio-

riteringer jo en diskussion om, hvad almen praksis rent faktisk skal kunne levere, og hvordan det skal ske. Det er ikke en debat, vi har haft før i en bredere kreds, så det er vigtigt. Især i en situation, hvor der er for få læger til de mange opgaver, der er i almen praksis.

Jeg tror, at det er vigtigt, at vi bliver bevidste om, at almen praksis er en del af samfundet, og at vi som samfund har nogle prioriteter, der skal løses. På den måde er almen praksis måske selvstændige, men de indgår i nogle større prioriteter.

Hvad er det for nogle prioriteter?

Patienterne efterspørger en bedre sammenhæng. Der er for store regionale

forskelle. Her må vi kunne forvente et ensartet tilbud på tværs af landet. Lige nu er tilbuddene fra almen praksis for uensartede. Der skal frigøres tid til kronikere og til de uafklarede patienter.

Hvordan får vi frigjort tid?

Her kommer snakken om prioriteringer til sin ret. Jeg tror, at vi kan frigøre op til 20 % tid i almen praksis, hvis vi kigger nærmere på tre overordnede områder: muskuloskeletale problemer, unge og mistrivsel samt tid brugt på at udfylde blanketter og attester.

Jeg ved, at det kan være svært at afgive opgaver, men hvis ikke man kan nå til enighed ved forhandlinger, må politikerne i sidste ende træffe en



Mads Koch Hansen: Der skal frigøres tid til mennesker med kronisk sygdom og patienter med uafklarede helbredsproblemer. Foto: VID – Netværk for viden og kompetencer i almen praksis.



Paneldebat om løsningsmodeller for prioritering i almen praksis. Ordstyrer: Jens Søndergaard. Deltagere: Mads Koch Hansen, Mireille Lacroix, John Brodersen, Birgitte Haar, Jens Kr. Kjeldsen, James Høpner, Bolette Friderichsen. Foto: Foto: VID – Netværk for viden og kompetencer i almen praksis.

beslutning. Unge mænd med et ømt knæ eller ryg efter sport kan med fordel gå til fysioterapi. Der er måske andre, der kan hjælpe unge i mistrivsel bedre end almen praksis, måske et bedre PPR-samarbejde med skolerne. Herudover er der mange af de attester, der udfyldes i almen praksis, hvor der ikke er brug for en læge. En fjerde ting, man skal se på er ”forsikringspatienterne”, altså dem med en sundhedsforsikring. Her bør forsikringsselskaberne selv løse opgaven frem for at få almen praksis til at lave henvisninger og opfølgninger på bifund.

Min overbevisning er, at vi på den måde kan frigøre op til 20 % tid i almen praksis, uden at det går ud over patienterne.

Hvordan ser almen praksis ud om nogle år?

Jeg tror, at vi om ti år ser på en styrket almen praksis, der med politisk hjælp har fokuseret på en mere snæver opgaveløsning. Herudover er der også truffet politisk beslutning om fordeling af ydernumre, så der kom-

mer flere ydernumre til provinsen. Som det er nu, er der en for ujævn fordeling af læger. Tilsvarende er der også en anden fordeling af antal patienter per læge, og normtallet kan variere efter belastningen i lokalområdet. Der er for mange læger i de store byer og få for få i provinsen, hvor der er mange behandlingskrævende patienter. Herudover forestiller jeg mig, at vi har fået et mere ensartet sundhedsvæsen uden de regionale og lokale forskelle, som vi oplever nu.

MIREILLE LACROIX, NÆSTFORMAND I PLO

Hvorfor er der behov for at prioritere?

Fordi der er mangel på læger, og fordi der vil blive flere ældre patienter og flere behandlingstilbud i fremtiden. Desuden oplever vi, at borgerne bliver mere bekymrede, så behovet for diagnostik og visitation vil stige.

Hvad skal vi prioritere?

Det er afspejlet i vores pejlemærker. Vi skal holde læge-patient-relationen

i hævd, fordi kontinuitet redder menneskeliv. Vi skal finde og behandle de syge og lade de raske være raske og derved undgå overdiagnostik og unødigt belastning af det sekundære sundhedsvæsen. Endelig skal vi gøre en særlig indsats overfor dem med størst behov. Det er f.eks. patienter med multisygdom og psykisk sygdom.

Hvordan skal det gøres hele konkret?

Der er ikke et quickfix. Jeg mener, vi skal mere i materien. Ideelt bør vi bruge lægefaglighed og forskning til at gå i detaljer med, hvordan vores strukturer skal være i sundhedsvæsenet og internt i almen praksis, for at vi rent faktisk opnår den prioritering, vi ønsker. Så kan vi beskrive, hvilke incitamenter der skal til, for at dette opnås, og først derefter bør det blive et emne for en aftaleforhandling – ikke omvendt.

Praksis løser f.eks. tidspresset forskelligt; ”tid samme dag” ”åben konsultation” og ”sygeplejerske i front”. Men vi ved ikke, hvad der giver bedst





Mireille Lacorix, PLO's næstformand: Prioritering er nødvendig, og her skal kontinuiteten bevares. Vi er nødt til at arbejde med differentieret tilgængelighed og styrket visitation.
Foto: VID – Netværk for viden og kompetencer i almen praksis.

gatekeeping og prioritering af de sårbare. Det er i hvert fald helt sikkert, at hvis alle kan booke lange tider direkte i lægernes kalender, betyder stærkaseeffekten, at almen praksis bryder fuldstændig sammen, så vi er nødt til at arbejde med differentieret tilgængelighed og styrket visitation. Jeg tror også, vi skal finde en bedre model for kronikeromsorg, og her er der heldigvis et forskningsprojekt i gang.

Hvordan ser almen praksis ud om nogle år?

Vi kan næppe forvente de store forandringer de næste par år, da regeringen først skal bygge på forslagene fra Sundhedsstrukturkommissionen. Jeg håber dog, at man laver en lovændring, der stopper koncernklinikkerne, så fremtidens unge læger har mulighed for at købe en praksis. På langt sigt er vi flere læger med lavere normtal og en enklere og mere logisk aftale. Vi har flere diagnostiske muligheder, så patienterne kan blive behandlet i det nære. Vi bruger AI til at forbedre patientbehandlingen. Vi har bedre fællesskaber lokalt, og måske har vi lavet en forening, hvor vi kollektivt tager ansvar for ydernumre, der er svære at besætte.

Herudover er mit håb, at vores samarbejde med vores aftalepartner hand-

ler mindre om ydelseskontrol og mere om faglighed, og at vi "spiller hinanden gode", for det vil også øge patienternes tillid til hele sundhedsvæsenet.

BOLETTE FRIDERICHSEN, FORMAND FOR DSAM Er der behov for at prioritere i almen praksis?

Der er nok ingen tvivl om, at der skal ske prioriteringer, både i almen praksis og i resten af sundhedsvæsenet. Vi står over for, at der i de kommende år kommer stadigt flere ældre mennesker, der får behov for lægehjælp, samtidig med at vi ikke bare kan ansætte os ud af problemerne. Flere steder i landet er der allerede mangel på sundhedspersonale, og det problem vil blive større, hvis vi ikke gør noget. Men det gode spørgsmål er jo så, hvad vi skal gøre. Og hvordan vi skal gøre det.

Hvordan skal vi prioritere?

DSAM præsenterede i maj 2023 udspillet "Opgaverne i almen praksis", hvor vi kom med vores bud på, hvilke opgaver vi løser nu i almen praksis, og som giver mening for os. Og her er et vigtigt element, at vi holder læge-patient-relationen i hævd. Den kan og skal vi opretholde, for vi ved, at kontinuitet er vigtigt.

Herudover kommer vi nok også til

at se på, om der skal være en politisk proces ift. normtallet for antal patienter per praksis, og om der er forskellige mere administrative opgaver, der kan løses andre steder. Skal almen praksis udfylde attester og erklæringer? Skal vi ind over henvisninger til fysioterapi? Eller kan vi frigive ressourcer her?

Hvordan ser almen praksis ud om nogle år?

Vi kommer nok til at se nogle flere tekniske løsninger, der vil hjælpe os med at træffe de rette beslutninger, og som kan være med til at frigive mere tid til, at vi kan snakke med patienterne. Herudover tror jeg, at der er truffet beslutninger om, at der ikke er det samme normtal for klinikkerne mere, men at det bliver mere lokalt bestemt ud fra, hvilke patienter der hører til almen praksis.

Jeg tror stadig, at vi er selvstændige læger med vores egne klinikker, som vi kender nu, men vi vil nok se et tættere samarbejde mellem alment praktiserende læger, hospitaler og kommuner, da stadigt flere sundhedsopgaver skal løses lokalt. //