



Hvad motiverer praktiserende læger?

Mange kolleger har stor modvilje mod forløbsydelsen, fordi den indebærer, at kontakterne til patienter med diabetes og KOL ikke honoreres. Desuden er nogle utilfredse med, at der ikke er et honorar for en enkeltstående krisesamtale eller for en tværfaglig konference med hospitalskolleger. Men disse manglende ydelseshonorarer repræsenterer et forsvindende beløb i forhold til almen praksis' samlede indtjening. Derfor kan denne modvilje og utilfredshed være svær at forstå for læger, der ikke arbejder i et ydelseshonoreret system. Vores egne interne drøftelser af honorarer og indtjening er også ofte præget af en sammenblanding af forskellige mentale begrebsniveauer.

Jeg vil i det følgende beskrive og udfolde tre niveauer for at skabe større klarhed i drøftelsen af, hvad der er hensigtsmæssigt i forhold til at motivere, honorere og belønne praktiserende læger, og hvad der frustrerer i hverdagen.

1. Når jeg tager på arbejde om morgenen, glæder jeg mig til at gøre en positiv forskel for de patienter, jeg møder. Den forskel kan jeg gøre i kraft af det, jeg kan og ved, det, jeg kan slå op, og det, jeg kan finde ud af ved at "ringe til en ven". Jeg forsøger ideelt at tilrettelægge min

indsats efter DSAM's pejlemærker – især "at give mest til dem med størst behov". Her befinder jeg mig på et etisk niveau. Det er det, som honorarstrukturkommissionen i deres forslag til en ny mere kvalitetsbaseret honorering kalder "den gode læge".

2. Når jeg tager hen i banken ved årets udgang, glæder jeg mig over det, jeg har tjent på bundlinjen. Det ligger for den gennemsnitlige læge på omkring 1,4 mio. kroner, og de fleste af os vil nok vurdere, at det er en meget fornuftig aflønning for det tidsforbrug og det ansvar, vi har, som akademisk uddannede klinikejere. Min retfærdighedssans bliver derfor udfordret, når jeg på grund af økonomiløftet bliver truet med at skulle tilbagebetale nogle af de penge, jeg retmæssigt har tjent for min ydede indsats.

3. Når jeg er på arbejde, føler jeg en umiddelbar tilfredsstillelse ved at blive økonomisk belønnet i detaljen for det, jeg laver. Jeg måler en CRP - det er en udgift for mig, der bliver mere end refunderet af en tillægsydelse. Det samme gælder en urinstix eller urindyrkning på flexicult. Der er hver gang en lille tillægsgevinst, som giver en umiddelbar arbejdsglæde – et dopaminfix, som glæder den del af min hjer-

ne, som jeg har til fælles med alle hvirveldyr: krybdyrhjernen. Jeg kan til gengæld føle et lille stik af ærgrelse, når jeg aftaler en øreskylning på en diabetespatient på forløbsydelse eller bruger lang tid på en kriseramt patient eller på at konferere med en hospitalskollega, fordi jeg her ikke får en direkte honorering af min tid og møje. Det er en basal skuffelse. Som når Pavlovs hunde ikke får mad, selv om klokken ringer. Her bliver krybdyrhjernen ikke tilfredsstillet.

Når vi skal forhandle med vores opdragsgivere eller blot forklare vores position for andre læger, er det vigtigt at bruge argumenter, som er baseret på fornuft og retfærdighed. Når vi skal profilere os i offentligheden og forsvare vores plads i den fremtidige sty-

”

Det nytter ikke at bruge etikken til at argumentere for, at økonomiløftet skal hæves. Her skal vi bruge fornufts- og retfærdighedsargumenter om opgaveglidning og merarbejde.

ring af vores hverdag, er det vigtigt at betone vores etiske principper. Men når der skal tilrettelægges en honorarstruktur, der kan få os hver især til at føle os værdsat og give os lyst til at yde den bedste indsats med de midler, vi har tilgængelige, er det vigtigt at have indsigt i, hvordan vores krybdyrhjerne er struktureret. Det er ikke frugtbart at henvise til etiske principper om "den gode læge". De er ikke operationelle i klinikens daglige prioriteringer.

Det nytter heller ikke at bruge etikken til at argumentere for, at økonomiløftet skal hæves. Her skal vi bruge fornufts- og retfærdighedsargumenter om opgaveglidning og merarbejde. Det var formentlig disse argumenter, der overbeviste modparten om det fornuftige i ikke at kræve en tilbagebetaling af overskridelsen i 2023. Det betød, at almen praksis – samlet set – endte med at få en lidt bedre honorering, end hvad der egentlig var afsat på regionernes budget. Hvis den enkelte lægepraksis alligevel ikke kan få bundlinjen til at stemme trods en fornuftig §86-placering, må der kigges indadtil i egne arbejdsgange, hvor vi som klinikejere har frihedsgrader til selv at tilrettelægge klinikens arbejdsdag.

Debatten om forløbsydelsen udstiller dilemmaet mellem fornuft og krybdyrhjerne. For mange analyser har jo dokumenteret, at forløbsydelsen er god for bundlinjen i praksis, selv om den udfordrer den umiddelbare honorardrevne arbejdsglæde. Det bringer os tilbage til øreskyllet af diabetespatienten: Der er trods alt en vis umid-

delbar glæde ved at se et medmenneske få lindring af det, man kan yde. Det er vel både krybdyrhjerne og etikeren, der glæder sig, når behandlingen er fuldført – og bundlinjen tager forløbsydelsen sig jo af.

Men hvorfor er der så alligevel en stor grad af udbrændthed blandt kollegerne? Kan der være svagheder ved den nuværende incitamentstyrede hverdag? Er oplevelsen af at skulle kæmpe for hver lille ydelse en del af problemet for nogle af os? Er den nuværende honorarstruktur i almen praksis i virkeligheden en større fordel for det øvrige sundhedsvæsen end for os?

Det vil i hvert fald svække den meget høje produktivitet, som vi i dag leverer ved vores mange patientkontakter, hvis ydelsesstrukturen bliver løsrevet fra patientkontakten. Det blev set ved Københavner-ordningen i 80'erne, og det ses nu på sygehuse, efter at de har forladt DRG-styringen. Produktiviteten er markant lavere, når honoreringen ikke er tæt knyttet til patientkontakten.

I dialogen med det omgivende samfund skal vi først og fremmest sikre de praktiserende lægers trivsel og indtjeningen på bundlinjen. Det står og falder ikke med honorarstrukturen.

Men et nyt system, som det, der er foreslået af honorarstrukturkommissionen, og som er baseret på en uigennemsigtig controlling af nyopfundne kvalitetsindikatorer vil nok svække trivslen afgørende. Og en nedsat



Produktiviteten er markant lavere, når honoreringen ikke er tæt knyttet til patientkontakten.

produktivitet vil formentlig svække brugertilfredsheden med almen praksis og presse akutmodtagelserne.

Samtidig vil der være en tendens til, at den enkelte klinik vil bruge tid på det, der støjer; de utilfredse patienter, dem, der klager, og det, der er oppe i tiden. Fremfor som nu, hvor vi forsøger at fordele vores tid nogenlunde ligeligt på alle dem, der søger vores hjælp – og på de strukturer for årsstatus, som møjsommeligt er opbygget gennem årene.

Så mon ikke det især er i det øvrige sundhedsvæsens interesse, at almen praksis fastholdes i en honorarstruktur, der fremmer produktiviteten, så vi lystigt kan trampe videre i enkelttydelseshamsterhjulet ude i klinikkerne? ●

