

## Fra Sundhedsvæsen til sygdomsvæsen

Af Benny Ehrenreich, praktiserende læge, Nørrebro – WEA, 2.9.2016

Et lokalt forankret, personcentreret sundhedstilbud med fri tilgængelighed er det fundament, det øvrige sundhedsvæsen bygger på. Almen praksis varetager den funktion nu, hvor relationen mellem patient og læge opbygges ved mange forskelligartede kontakter, hvor den praktiserende læge arbejder i grænselandet mellem rask og syg.

Formålet er tryghed og selvtillid til at turde leve med følelsen af at være rask, når man er det, eller til at leve godt med en kronisk sygdom. Kun når den praktiserende læge kender sine patienter, har han/hun mulighed for at intervenere i sygdomsangst og grundløse bekymringer. De syge skal selvfølgelig findes, men raske mennesker skal ikke sygeliggøres.

De fleste mennesker oplever til tider signaler, der tolkes som tegn på sygdom. Det er symptomer. Når de er kraftige, vedvarende eller bekymrer, skal de undersøges. Heldigvis viser de fleste symptomer sig at være ufarlige eller kan behandles på stedet. Det nære kendskab til patienterne har i en videnskabelig opgørelse vist sig at være et fintfølede redskab til at finde de mennesker, der kræver henvisning til hurtig udredning for alvorlig sygdom som for eksempel kræft.

Der er en omstilling af hospitalsvæsenet i gang med fokus på større og mere specialiserede sygehuse – supersygehuse – og nedlæggelse af de mindre provinssygehuse. Udgifterne til sundhed skal bringes under kontrol. Til det formål har new public management skræmt arbejdsglæden ud af hospitalsgangene og skabt utilfredse patienter. Den udvikling ønsker alle bliver vendt. For at effektivisere det specialiserede sundhedsvæsen er der derfor planer om, at almen praksis skal overtage flere opgaver, på bekostning af de nuværende.

Det nære sundhedsvæsen skal ifølge planen tage vare på syge og skrøbelige mennesker, når der ikke er plads på de nye supersygehuse. Det, der tidligere blev færdigbehandlet på sygehuset, skal klares af kommunernes akutteams, pleje- og rehabiliteringstilbud med støtte fra praktiserende læger. Det betyder, at der bliver mindre tid til de almindelige patientkontakter. Dermed vil der ske et tab af det nære kendskab til patienterne, og så vil praksislægerne ikke længere kunne sondre, så kun de rette henvises til hospital. Hvis flere med symptomer skulle ses på hospitalet, ville det medføre en enorm ekstrabelastning af den sparsomme kapacitet.

Der er forskel på behandlingsresultater, afhængig af hvilken socialklasse, man tilhører. Hospitallaambulatoriernes krav om fremmøde, stramme tidsskemaer og formelle indretning kan i sig selv være uoverstigelige barrierer for de ressourcetsvage. Så kan tilbuddet hos egen læge være eneste farbare løsning. Almen praksis bidrager som den eneste instans ikke til ulighed i sundhed.

Internationale erfaringer og forskning bekræfter, at omkostningerne til sundhedsvæsenet er lavest i lande med en stærk velfungerende primærsektor som i Danmark. Der er signifikant bedre sundhedstilstand, jo flere praktiserende læger et land har. En tilstrækkelig kapacitet af praktiserende læger med kontinuerlig og god relation til deres patienter er den eneste påviselige parameter, der reducerer antallet af forebyggelige eller unødvendige hospitalsindlæggelser hos kroniske patienter.

Det danske sundhedsvæsen er et af de billigste i den vestlige verden. Specielt er almen praksis overordentlig omkostningseffektiv med en udgift per dansker på cirka 1.400 kroner årligt. Den svenske model med offentlige lægeklinikker er væsentligt dyrere. Der er store problemer med at rekruttere læger, og der mangler kontinuitet. I USA, hvor der er selektive sundhedsforsikringer, der giver enorm ulighed, koster sundhedsvæsenet cirka det dobbelte af det danske.

Spare- og effektiviseringsøvelsen er ved at forvandle det danske sundhedsvæsen til et sygdomsvæsen, der er både dyrere og dårligere, end det vi har.