

Til Sundhedsministeren

Jeg har brugt en del af min ferie på at reflektere over sundhedsvæsenets reform og de langsigtede konsekvenser for den almen praksis, som vi kender den i dag.

De seneste dage har jeg tilbragt tid med tidligere kolleger i North Wales, hvor min karriere som læge begyndte. Sundhedsvæsenet i UK er flere år fremme i reformprocessen, og som det fremgår af den vedlagte analyse, ser resultaterne desværre ikke lovende ud. Udgangspunktet for reformerne i 1960'erne og 70'erne var nogenlunde det samme som i Danmark i dag: et ønske om større ensartethed og mulighed for at tilbyde gratis lægehjælp til hele befolkningen.

GP'er var ikke populære blandt hospitalslæger. Moralen var lav, og få ønskede at vælge den vej. Ventetiden på hospitalerne var lang, og NHS-ledelsen så mod almen praksis som løsningen på overbelastede sygehuse og stigende ventelister. Mange sololæger blev tilbudt støtte til at samle sig i større enheder via den såkaldte "group practice allowance". NHS overtog dele af huslejeudgifterne og op til 70–80 % af lønudgifterne — dog maks. to ansatte per GP. I praksis blev GP'erne dermed mere offentligt finansierede og mindre selvstændige. De mistede retten til at sælge goodwill, da lokaler og ansatte reelt blev finansieret af NHS. Man kan ikke længere sælge sit ydernummer i UK.

Støtten til personaleløn førte til flere ansatte, men også til mere bureaukrati og behov for ledelse. De fleste praksisser ansatte derfor en practice manager.

GP'erne fik en overenskomst, hvor de blev betalt per tilknyttet patient samt for bestemte ydelser og resultater – ikke per konsultation. Systemet har fungeret sådan i årevis, og praksis bliver fortsat større.

Men har patienterne fået bedre behandling, adgang eller tilfredshed? Nej. Det er overraskende, for på papiret virker modellen fornuftig – ligesom de planer, ministeren nu lægger op til. Problemet er, at større organisatoriske enheder udvander det personlige ansvar, som den enkelte læge har, og det kan mærkes i det tilbud, patienten får. Sololæger scorer konsekvent højere på patienttilfredshed, fordi relationen og nærheden er anderledes. Lægen kender patienterne, og anamnese sker direkte, ikke via tredjepart.

I Danmark, hvor praksisstørrelsen typisk er på 1–5 læger, er der reelt kun en ubetydelig forskel til solopraksis, hvad angår service og tilfredshed. Vi klarer 90 % af sundhedsvæsenets opgaver med 10 % af budgettet – sygehusene står for det modsatte, trods et stigende antal ansatte år for år.

Alligevel oplever vi fortsat lange ventetider og flere afviste henvisninger fra sygehusene. Det er svært at forstå. Vi bliver bedt om at løse flere opgaver uden tilsvarende ressourcer – og uden reel dialog.

Når jeg fortæller mine kolleger i UK om det danske lovforslag, lyder det umiddelbart fornuftigt: flere patienter per praksis, mere fleksibilitet i åbningstider og en fælles portefølje af ydelser. Men samtidig mister vi indflydelse, paritet i klagesystemet og retten til at klage uden betaling først. Vi mister økonomien til uddannelse og retten til at overdrage praksis med goodwill. Salg af praksis skal godkendes af regionen først.

Vi må ikke glemme de mange krav, vi allerede møder, hvis vi ønsker at nedsætte os i nye lokationer. Det er ikke let at være praktiserende læge. Alligevel er vi der – hver dag – og passer vores patienter med glæde. Hvorfor? Fordi vi har haft råderum og frihed under ansvar. Fordi vi har sat vores præg på klinikken. Det er svært at måle – men det virker, for både os og patienterne.

Jeg trives med ansvar, fordi jeg samtidig har indflydelse på rammerne. Min trivsel hænger sammen med, hvordan jeg har indrettet min praksis. Det er noget særligt – det kan ikke standardiseres, men det kan måles i rapporter, vi leverer til klyngemøderne.

Hvorfor skal jeg tage ansvaret, udgifterne og huslejen (42.000 kr. om måneden for en sololæge i Roskilde), hvis regionen bestemmer indhold og arbejdstid? Så kunne jeg lige så godt blive vikar – med højere løn og intet ansvar.

Beklager det lange brev, men min pointe er, at man som politiker og sundhedsansvarlig bør overveje reformens konsekvenser nøje. Systemændringer i UK har skabt dårligere vilkår for både patienter, læger og hospitaler – selv om lægerne fik “guldrandede” vilkår for lokaler og løn. Hvor er vores gulerod?

Jeg overvejer seriøst at træde ud – og i stedet tilbyde samme behandling til de patienter, der ønsker det privat. Det betyder, at jeg må reducere personale og huslejudgifter, fordi jeg mister

sikkerheden ved at drive praksis under ydernummer og samarbejde med regionen. Men sådan må det være.

Jeg er 52 år og havde ikke forestillet mig at stoppe som praktiserende læge nu. Men hvis reformen bliver vedtaget, tror jeg mere på frihed end sikker indtjening. Jeg skal nok klare mig – vi praktiserende læger er ressourcestærke, resiliente og initiativrige.

Jeg elsker mit arbejde og mine konsultationer. Men en fremtid med færre fysiske konsultationer, længere ventetid og mere administration tiltaler mig ikke – slet ikke med nuværende lønvilkår. Ingen gulerod, ingen forpligtelse.

Jeg er ked af det på mine patienters vegne – især dem, der ikke har ressourcer til at finde eller betale for privat lægehjælp. Det har aldrig været meningen. Jeg værdsætter, at der ikke er direkte betaling i de fleste konsultationer. Men nu må patienterne også kæmpe for deres rettigheder. De er 6 millioner – vi er kun cirka 3.500 praktiserende læger. Vi vil stadig være der – men ikke for enhver pris.

Jeg ønsker at bevare min faglige selvstændighed. Den mistillid og manglende vilje til dialog, vi oplever, er ødelæggende.

I UK går læger på pension som 60-årige, og mange ser frem til det – eller er lettede over at være ude, fordi systemet ikke fungerer. Moralen er lav, lægemanglen er massiv, og de unge læger ønsker sig noget andet. NHS står i sin største krise nogensinde.

Skal vi virkelig gentage fejltagelserne?

Det ville være klogt at lære af erfaringerne fra lande, der har forsøgt lignende reformer.

Med venlig hilsen

Belén Redal-Baigorri

Praktiserende læge

Algade 55, 2. sal

Roskilde, Region Sjælland