

Strukturkommisionen

Et samlet sundhedsvæsen, som har en mission patienten.

Patienten er ikke opdelt i hverken regioner, almen praksis eller speciallæge praksis og sygehus. Men patienten kommer til at benytte alle disse instanser. For at gøre det bedst for patienten skal pengene til behandling følge patienten. For at gøre patienten vej nemmere skal der ske store strukturelle forandringer.

- 1) Nedlægge danske regioner, sundhedsvæsenet skal samles i en enhed.
- 2) Gøre almenpraksis til den vigtigste byggesten for patienten
- 3) Opgradere almenpraktiserende læger til at være de bedste intern medicinere
- 4) Give almen medicinere direkte adgang til hospitalet
- 5) Gøre det kommunale genoptræning system og plejesystem til en integreret del af det dansk sundhedsvæsen
- 6) Udbygge samarbejdet mellem speciallæge praksis og almen praksis og hospitalet
- 7) Udnytte de faglige ressourcer i systemet i speciallæge praksis til at aflaste hospitalet

Hvorfor bliver patienten kastet rundt i systemet til tider? Det simple svar er usikkerhed. Læger og plejepersonale står med problemstillinger de ikke kan løse så bliver patienten sendt videre ud i systemet. Mange gange ender patienten steder hvor der ikke kan gøres noget eller problemstillingen ikke høre under det speciale som patienten er henvist til ect. Til sidst ender patienten på hospitalet som så skal undersøge, lægge en plan og sende hjem. Alt for tit kommer patienterne for tidligt hjem og kommunerne der står for opgaven har svært ved at løse den. Der mangler vidensdeling og kommunikation mellem især hospital og speciallægepraksis, der kan være med til at forbedre patientforløbet.

Patienter skal og vil helst blive i deres nærmiljø. Så vi skal have specialistviden ud til patienten. Så problemstillinger, der ikke kræver indlæggelse kan løses lokalt. Dette ville aflaste hele systemet. Det ville spare så mange uhensigtsmæssige indlæggelser. Hospitalerne kan og skal kun behandle de virkelig syge.

Min baggrund er at jeg har været del af systemet i 24 år stået på gulvet opereret cancer som mit subspeciale, været overlæge PhD, haft egen praksis og har en privat praksis hvor vi opererer for det offentlige. Så jeg har haft flere kasketter på.

Jeg er gået ind i at "redde" det danske sundhedsvæsen efter jeg som superspecialist ansat på Glostrup/Rigshospitalet i 14 år flyttede tilbage til min hjemstavn for at passe min far efter at min mor døde. Ved ansættelsessamtalen blev det gjort mig klart at der ikke var ret meget cancer på afdelingen og de tre tilfælde de havde blev sendt til Odense. Det første år af min ansættelse opererede jeg 45 cancere de næste år 80 der samme året efter. Forskellen var jeg er en nørd og har stor viden. Nu hvor jeg er rejst bliver der ikke opereret mere end tre cancere om året.

Min løsningsmodel er praktisk, billig og håndterbar. Dette er ikke en løsning med masser af floskler og målsætninger, men et konkret, let implementer bar løsningen:

Alle **hospitalspersonaler** samt personaler fra **special lægepraksis** skal have 5-6 uger om året ansættelse i et rejsehold. Det rejsehold vil besøge udkantsdanmark og sætte fokus på de respektive subspecialer. Det vil sige de vil samarbejde med det lokale hospital og derved dele deres viden og opgradere lokalt. Da der vil være flere rejsehold fra flere forskellige hospitaler vil udkantshospitalerne have besøg af den samme speciale 4-5 gange årligt, men ikke altid de samme personer. Rejseholdets opgave er at finde og behandle fx de 80 cancere der ikke bliver fundet ellers!

For at kunne håndtere patienterne mener jeg vil skal have mobile kliniske enheder, der er skræddersyet til opgaven. Fx kunne håndtere diagnostikken, samt operationen af bestemte sygdomme. Klinikkerne skal indrettes på bestemte måder så at kirurgen føler sig hjemme og kan yde sit maksimale, når han arbejder der.

De mobile kliniske enheder indeholder alle et journalsystem, der er fælles for hele Danmark. Det samme gælder for billed-forarbejdningssystemer og blodprøver. Så hvor du end er kan patienter og deres diagnostik altid konfereres med andre af rejseholdets medlemmer. På et hvilket som helst sygehus vil der stå en mini medical cube, der vil gøre det muligt at samarbejde om svære patienter.

I almenpraksis skal den praktiserende læge klædes ordentligt på. Han skal have adgang til at konferere patienter og dermed kunne håndtere patienterne bedre, der hvor de er. Han har en mini cube stående hvor han på bestemte tidspunkter, ville kunne konferere patienter direkte med en medical cube vagthavende på hospitalet. Han vil kunne dele sine undersøgelser med vagthavende. Hospitalet tog derefter ansvar for patientens behandling som hvis det kan lade sig gøre vil ske i samarbejde med patientens egen læge og kommunen. Dette vil med tiden gøre den almenpraktiserende mere vidende til selv at kunne varetage patienter. Det ville aflaste hospitalet for unødvendige indlæggelser og spare tid som vi ikke har nok af. Når en patient skal indlægges, kræver det utrolig mange ressourcer og tid som her spares og kan udnyttes bedre. Den almenpraktiserende skal også kunne kontakte speciallægen på samme måde.

Plejehjem og genoptrænings centre skal også forbindes til eksperterne med en mini cube, så de altid kan få den nødvendige viden, der skal til for at genoptræne og behandle patienten.

Cube er et værktøj der binder de forskellige enheder sammen. Den kommer til at gøre at der er ét sundhedsvæsen. Da alle personaler kommer til at være trænet i at bruge minicuben og operationscuben vil effektiviteten ikke dale, når en operatør pludselig bliver bedt om at tage en operation et andet sted. Han vil kende den som sin handske. Så det er kun lokationen der er til forskel.

Disse kliniske enheder skal også bruges til at hive operationer ud fra hospitalet (som efterhånden er blevet en uoverskuelig myretue hvor, det er svært at overskue hvad der skal til for at løse problemet) og effektivisere dem, som på et privat hospital dog i offentlig regi. Effektiviseringen af enkelte operationer vil kunne frigøre varme hænder. Jeg har erfaring fra det private og kan sige at hvis 1 operation (grå stær) blev taget ud af hospitalsvæsenet på landsplan og opereret efter min effektive metode i en medical cube ville det spare 221 sygeplejerske på landsplan og ca. 190.000.000 kr. Det projekt alene ville kunne finansiere hele denne model. Men tænk hvis vi gjorde det med en operationstype, der egner sig til projektet i hvert speciale!

Hospitalsvæsenet er ved at drukne og der har været den ene lappeløsning efter den anden. Jeg holdt foredrag på Rigshospitalet, Frederiksberg og Herlev. Som havde 147 punkter som de gerne ville have løst. Deres egne løsningsmodeller var alle ekstremt dyre og unødvendige. Men de var alle desperate for at få her og nu løsninger. Jeg kunne have løst alle problemstillinger uden brug af mange midler, og foredraget gik da også fra mistillid til klapsalver. Der er hårdt brug for at vi rydder op på hospitalerne. At vi skaber luft og giver plads til patienten igen som er vores alle sammen kerneydelse.

Ved at hive lette operationer ud i et parallelt spor giver plads og rum til at hospitalerne kan fokusere på de svært syge. Efterhånden vil der skabes luft til at rydde op i myretuen, så der ikke er problemstillinger som hvor finder jeg patienten, eller hvor er lægen eller hvor er sengen henne eller det dyre infusionsapparat.

Vi skal ikke bruge penge på nær hospitaler som når de er færdig byggede allerede vil være enten underdimensionerede eller obsolete fordi folk er flyttet. Brug penge på et system der kan op og nedskaleres og følge med tiden og flytte sig helt hen, der hvor patienten bor!

Hvis vi skal løse sundhedssystemet store udfordringer skal vi stå sammen og have et system.