

Kære Sundhedsstrukturkommission

Hermed et indspark fra en cheflæge på en af de diagnostiske afdelinger i sygehusvæsenet. Der er generelt meget lidt indblik i denne del af sundhedsvæsenet for den almindelige dansker og organiseringen kan virke kompleks for udenforstående. Vi understøtter alle sektorer i sundhedsvæsenet med diagnostik også selvom vi er afdelinger på landets sygehuse. De diagnostiske afdelinger er storforbrugere af teknologi og medicinsk udstyr og danner en essentiel infrastruktur for sundhedsvæsenet ift. både flow i patientforløb og datastrømme.

På min afdeling undersøger vi blodprøver og andre væsker for indhold af biologiske markører og udfører blodprøvetagninger for hospital og almen praksis. Vi oplever derfor, hvordan det stigende demografiske pres påvirker anvendelsen af diagnostik i retning af jo mere, jo hurtige, jo bedre. Vores kapacitet er begrænset og vi står overfor at prioritere, hvad vi skal bruge denne begrænsede kapacitet på ligesom alle andre dele af sundhedsvæsenet. Dilemmaet for en afdeling som min består dog i, at når vi skærer ned på f.eks. blodprøvetagninger til en del, har det konsekvenser for andre dele, da den kapacitet min afdeling råder over er forbundet til kapacitet på andre afdelinger i landet gennem borgernes adgang til at kunne vælge, hvor man ønsker at få taget sin blodprøve. De fleste borgere vælger det nærmeste tilbud, men nogle kører også langt for at komme hurtigere til. Vi forsøger at tilgodese de forløb, hvor der er behov for at komme hurtigt til, men det bliver tiltagende udfordrende at løse den samlede opgave. Når vi prioriterer sygehusets patienter over borgere fra almen praksis risikerer vi at stå i vejen for den ønskede opgaveflytning fra sygehuse til almen praksis. Samtidig har ydelsesloftet for almen praksis en effekt på det forømtalte pres på vores kapacitet til blodprøvetagning. Vi oplever i tiltagende grad at patienter og borgere giver udtryk for deres frustrationer direkte til vores medarbejdere.

Kliniske retningslinjer, nationale behandlingsvejledninger og holdningspapirer etc. fra de lægevidenskabelige selskaber inkluderer anvendelse af diagnostik og heri er ikke indlagt logistiske og økonomiske betragtninger om konsekvensen af denne ny anvendelse. Når disse ønsker fra faglig side rammer virkelighedens drift, er der ikke altid mulighed for at efterleve ønskerne, hvilket giver frustrationer og følelse af, at man ikke yder det fagligt bedste blandt fagpersoner. Hertil kommer tiltag for at afvikle som Vælg Klogt, hvor nogle af anbefalingerne forsøger at få sundhedspersoner til at undgå at bestille unødigt diagnostik. Diagnostik som i nogle tilfælde kan medføre unødige ekstra undersøgelser og sygeliggørelse, som ikke giver værdi for hverken borger eller samfund.

Der er for nyligt indført en lov, som giver sygeplejersker adgang til kunne bestille blodprøver under deres autorisation, mens det er deres arbejdsgiver, som fastsætter rammen for, hvad de skal kunne bestille. Dette forudser jeg vil øge forbruget af diagnostik på blodprøver betragteligt eftersom mange flere kan bestille blodprøver, og at der ikke er en læge, som stiller indikation for undersøgelserne på blodet. I det offentlige sundhedsvæsen vil det nok kunne håndteres, men jeg forudser, at private udbydere af sundhedsydelser vil øge deres forbrug af diagnostik som følge af dette lovforslag, hvilket igen vil give anledning til ekstra undersøgelser og pres i det offentlige sundhedsvæsen.

De store spørgsmål er set fra min stol: Hvem skal have adgang til de diagnostiske ydelser, hvordan sørger vi for, at der er kapacitet på de diagnostiske afdelinger til det nødvendige og får samtidig luget ud i det unødvendige, og hvilken sektor/hvilke patientforløb skal prioriteres højest med diagnostisk understøttelse?