

En mere konservativ/tænksom udskrivelsespolitik kunne tænkes i højere grad at forebygge dyre og belastende genindlæggelser og tilsikre en mere anstændig håndtering af vore gamle medborgere.

KRONIK DEN 12. AUGUST 2010

# De ældre patienter svigtes



**OLE LEDERBALLE**  
overlæge, dr. med.  
Regionshospitalet  
Viborg

**Denne sommer** har bragt flere indlæg i JP fra pårørende, der har videregivet deres bitre erfaringer med medicinske patienters forhindringsløb i det diagnostiske og behandlingsmæssige system. Det er beretninger, der ikke efterlader tvivl om et påtrængende behov for en forstærket politisk og administrativ interesse for denne stadigt voksende og efterhånden stærkt forsømte gruppe af ældre medicinske patienter.

Den stadigt siddende – eller måske nærmere stædigt siddende – regering har i snart et årti boltret sig med forandringstiltag, der ikke mindst inden for sundhedssektoren har været mærkbare.

Alt sker formentlig i den bedste mening – i hvert fald under stadigt genfremsatte påstande om bedre kvalitet i patientbehandlingen. Men for klinikere med erfaringer i faget har en række negative sider desværre været til at få øje på. En medicinsk provinsoverlæges oplevelser vedrørende de seneste års udvikling kan måske være af interesse for sektorens beslutningstagere og administratorene?

**Regionaliseringen** og amternes forsvinden gav det forventede indledende bureaukratiske kaos, som vedr. økonomien ikke har lagt sig endnu. Følgerne har over hele landet været gradvis nedlæggelse af en række mindre hospitalsenheder, specialeflytninger og sløjfning af skadestue/akutberedskaber i "udkants-danmark". Men det aktuelle politiske mantra er: Stort er bedst og billigst. Det er et udokumenteret synspunkt, som søges retfærdiggjort ved den aktuelle relative mangel på speciallæger, prisen på højteknologisk udstyr og forblindelse af værdien af et udbygget præhospitals beredskab.

"Akutiseringen" er et sideløbende projekt med store akutte modtageenheder, hvor patienter med

allehånde lidelser primært modtages og hurtigt søges viderevisiteret til specialafdelinger – eller allerhelst efter et nødtørftigt "eftersyn" sendt hjem, i bedste fald med aftale om et efterfølgende ambulant udrednings- og behandlingsforløb. Om behovet for sådanne enheder har der aldrig været faglig konsensus i dette land, hvor almen praksis er så velfungerende og hidtil har stået for en tilfredsstillende primær visitering.

**Danske politikere** og administratorene er imidlertid i de seneste år valfartet til USA for at studere de store akutte modtagelser og er vendt begejstrede hjem. Uagtet at forholdene i DK's sundhedssektor (hidtil) kun i ringe grad tåler sammenligning med USA's, så har vi overalt fuld gang i etableringen af de nye enheder. Vi har ganske vist foreløbig ingen læger, der er uddannet tilstrækkeligt bredt til at bemande akutenhederne, men en stab af specialister (som vi også har for få af) skal nu i fællesskab stå for visitationen og den umiddelbare diagnostik og behandling. Formentlig vil kun ganske få svært syge medicinske patienter få fordel af en sådan modtagepolitik. Men desværre fremturer formanden for det faglige medicinske selskab med budskabet om, at når specialisten/overlægen kommer i front, træffes hurtige rigtige beslutninger og patienter vil hurtigt kunne sendes hjem, behandles ambulant og genindlægges i øvrigt undgås.

**Min påstand er**, at den ældre/gamle medicinske patient risikerer at få en mere overfladisk og ringere behandling ved at blive modtaget i disse "fast track"-enheder. De allerfleste medicinske patienter er ældre personer med en flerhed af kroniske lidelser – og en tilsvarende mangfoldighed i den daglige medicinering. I en akutiseret verden, hvor akutafdelingens eneste målbare succeskriterium er den gennemsnitlige liggetid, er de uhjælpeligt udsat til at blive sorteret. De fleste vil blive hjemsendt efter en ultrakort indlæggelse – måske med en løsning på deres helt akutte problem – men oftest

med endnu en tilføjelse til en i forvejen omfangsrig medicinliste, uden at nogen har evnet/orket/haft tid og overblik til at tage sig af hele patienten og overveje sanering i en evt. fortsat uhensigtsmæssig medicinering. En mere konservativ/tænksom udskrivelsespolitik kunne tænkes i højere grad at forebygge dyre og belastende genindlæggelser og tilsikre en mere anstændig håndtering af vore gamle medborgere. Men i kulissen står produktivitetsfikserede politikere og Djøf-inficerede sygehuse/afdelingsledelser og klapper begejstret i hænderne over de stadig kortere liggetider.

**Decimering** af sengemassen finder fortsat sted i hele landet. Tendensen har været næret af kirurgernes succes med omlægning af mange indgreb til ambulante ydelser – og det politisk/administrative krav har været, at medicinerne skulle gøre det samme. Eksempelvis har det i Viborg-området medført, at antallet af medicinske senge i de seneste otte år i forbindelse med fusioneringen med sygehuse i Kjellerup og Skive stort set er halveret – vel at mærke uden nogen reduktion i optageområdet. I det hjertemedicinske afsnit har man i høj grad mærket de ubehagelige følger af denne nedskæringspolitik. Antallet af indlæggelser har været stadig stigende og desuagtet at den gennemsnitlige liggetid er stadig faldende som følge af en nødvendig hårdhændet udskrivnings-politik, opleves dagligt svær overbelægning. Aktuelt overskrides jævnligt grænsen for det fagligt hensigtsmæssige og det menneskeligt anstændige. Vi nærmer os gradvist grænsen for det fagligt forsvarlige, hvor risikoen for uhensigtsmæssige hændelser ligger truende nær. Det daglige krav til den stuegangsgående læge har ændret sig fra i første række at tilrettelægge det optimale diagnostik- og behandlingsforløb for patienten til nu at tilgodese et stresset og stadig hurtigere løbende personale ved at udskrive patienter til mere eller mindre hensigtsmæssige ambulante forløb. Heroverfor opleves desværre en vis administrativ og

ledelsesmæssig tonedøvhed, da der fortsat til afdelingerne kun falder ros af for faldende liggetid og øget produktivitet.

Kvaliteten i patientbehandlingen søges i disse år overalt sikret ved indførelse af en række nationale faglige standarder. En stadig voksende hær af kvalitetsmedarbejdere med Djøf-baggrund eller sygeplejersker med mastertitler af svær gennemskuelighed sørger nu for til stadighed at bide det klinisk arbejdende personale i haserne med krav om optimerede registreringer. Resultaterne omsættes til rapporter og kvantiteres til "stjerner", som man nok skal være Djøf'er for at forstå værdien af. Den tid, som læger og plejepersonale kan afse til den enkelte patient, er også af andre grunde gradvis blevet reduceret. Ikke bare er patienterne kortere tid i afdelingen, men et umodent elektronisk patientjournalssystem kombineret med tidsrøvende registreringskrav har gjort computeren til den foretrukne samtalepartner.

**For den ambulante patient** har den krampagtige fastholdelse af ventelisteantallet medført en uhensigtsmæssig tendens til "health shopping", hvor patienter, der ikke lige kan shuntes ind i de kanoniserede kræft- eller hjertepakker, søger de hurtigste ydelser i en skøn blanding i privat og offentlig regi. Resultatet er meget ofte frustrerende usammenhængende forløb med ansvarsforflygtigelse, dårlig kommunikation og dobbeltarbejde pga. ikke-kommunerende edb-systemer. Perspektiverne for den ældre medicinske patient uden adgang til de få fine pakkeforløb ser ikke lyse ud, hvis den aktuelle udvikling fortsætter. På trods af velmente kvalitetstiltag er den medicinske patient truet af et faktisk stadig ringere behandlingsforløb. De ambulante forhindringsløb mellem superspecialiserede enheder er ingen farbar vej for denne stadigt voksende patientgruppe. Med nedlæggelser af de mindre enheder opstår også stadig længere transportveje, og vore ældre medborgere kan imødeses belastende daglange transporttider til rutinekontroller i diverse specialambulatorier for deres flerhed af sygdomme. Et efterhånden hårdt belastet personale i de medicinske afdelinger føler efterhånden ikke længere mulighed for at yde den optimale pleje og behandling af den ældre medicinske patient og er klart truet af tab af engagement og arbejdsglæde. Skal denne udvikling vendes – og det forekommer virkelig påtrængende – må man efterlyse vilje til nytænkning fra politisk/administrativ side og en erkendelse af, at den ældre medicinske patient er blevet et utilstøttet offer for årtiets forandringsmani. Den efterhånden nærmest automatiserede progressive nedsettelse af den medicinske sengemasse må ophøre og en re-allokering af resurserne påbegyndes, så der sikres bedre vilkår for en fortsat anstændig behandling af vore gamle medicinske patienter.



**Muhammeds** fødeby Mekka er islams helligste, men tilsyneladende er denne status ikke tilstrækkelig for Saudi Arabiens enevældige kong Abdullah.

Klos op af stormoskeen al-Haram er et kolossalt bygningsværk ved at skyde i vejret med en skyskraber i centrum, der, når den står færdig, hævdes at blive verdens højeste bygning.

Nær toppen placeres et urværk, hvis fire skiver og otte visere fremover vil kundgøre arabisk standardtid (AST) som den eneste ægte tid for verdens halvanden milliard muslimer.

Urværket bliver ikke sådan at overse, da urskiverne bliver 46 meter i diameter og illumineres af flere end to millioner lysdioder, der tilmed vil blinke fem gange i døgnet for at kalde de troende til bøn.

**Nu må det** nok forventes at give anledning til en vis forvirring, når halvanden milliard muslimer fremover begynder at relatere al tid i forhold til arabisk standardtid.

Hidtil har verden ganske succesfuldt indrettet sig efter Greenwich mean time (GMT) som den globale medianid.

Danmark er således GMT+1 eller GMT+2 i måneder med sommertid, da GMT ikke ligger under for politiske luner.

Af samme grund er GMT udgangspunktet for coordinated universal time (UTC).

**UTC** bruges bl.a. i international luftfart.

Vejrmeldinger bruger UTC. Flyveplaner anvender UTC. Flyveledere opgiver tid i UTC. BBC World Services oplister sine sendeplaner i UTC. Tidsstandarden på internet og world wide web er UTC.

**Ikke alle** er begejstrede for kong Abdullahs ur.

Sami Angawi, en af Saudi Arabiens største nulevende arkitekter, siger til Arabian Business:

»Det, der foregår i Mekka er forkert. Det er ud fra en hvilken som helst synsvinkel upassende. Mekka er en helligdom; ikke en by. Derfor skal man ikke tillade byggeriet af det stupide klokketårn,« siger Sami Angawi og fortsætter:

»Ville man tillade det i Rom? Eller midt i London? Hvis nogle i dag ville gøre Big Ben større, er jeg sikker på, at det ville rejse en folkestorm i London. Vi efteraber den vulgære arkitektur, der vinder frem langs Den Persiske Golf.«

**Sami Angawi** ytrer sig fra sit selvvalgte eksil i Egypten.

Hans hus i Jiddah er så berømt, at bl.a. fhv. præsident Jimmy Carter har besøgt det, men selv føler han sig på grund af sine holdninger til giganturet i Mekka ikke længere velkommen i Saudi Arabien; hvor han tilmed er født.

**Nu er** spørgsmålet, om ikke rådhusårnet i Aarhus bør udbygges til 1.000 meters højde for at promovere jysk normaltid?

Udkantsdanmark har vel samme ret som Mekka til at have en tidsreferenceramme, der ikke styres fra Greenwich - eller København for den sags skyld?

Iuvenus

