

Af: Anders Beich, formand for DSAM, anders@beich.dk

BESTYRELSENS KLUMME:

Hvad har vi nået, og hvor skal vi hen?

I denne klumme kan du læse indledningen til formandens beretning på repræsentantskabsmødet den 5. oktober 2019. Beretningen i sin helhed kan læses på DSAM's hjemmeside og lyttes til på podcast.

Ikke bare generalister eller primærsektorlæger

Der er pres på vores fag. Der er pres på almen praksis. Vi befinder os i en tid, hvor der er meget behov for formidling af, hvad det er for en opgave, en almenmedicinsk speciallæge løser i almen praksis. En stor del af den almenmedicinske faglighed handler om relation og kontinuitet.

Selvfølgelig er den medicinske generalist, som den almenmedicinske speciallæge rummer, efterspurgt mange andre steder i det hyperspecialiserede sundhedsvæsen, hvor de fleste andre speciallæger ved mere end nogensinde om lige deres eget område. Man kan blive ansat mange steder, hvor vores brede medicinske uddannelse værdsættes: psykiatrien, regionsklinikker, medicinsk akutmodtagelse, ambulatorier ... listen er lang.

Men det er i almen praksis, at den almenmedicinske specialist kommer til sin ret. Jeg har set forslag om, at vi dropper begrebet almen medicin og kalder os specialister i primærsektormedicin. Det er for mig at amputere et friskt ben af en rask krop.

Almen praksis er den setting, som vores uddannelse og faglighed er skræddersyet til, og det er her vores faglighed gør en kæmpe forskel. Relationsbåret, personcentreret faglighed med kontinuitet som grundstof. Det giver grobund for solid evidensbaseret almen praksis, som forebygger sygdom og indlæggelse og giver ekstra leveår til patienterne. Når man har været praktiserende læge i nogle få år, har lært en god del af sine patienter at kende, kan udøve faglig dømmekraft i forhold til den enkelte patient og kan inddrage patienten efter dennes formåen, så er man et kæmpe aktiv for hele sundhedsvæsenet og for patienterne på listen. Og praktiserende læge er så noget, man er; ikke bare noget, man arbejder som. Og det er nok det mest spændende, man kan være.

Jeg stritter imod, når man reducerer den almenmedicinske speciallæge til alene at være medicinsk generalist eller bredt uddannet primærsektorlæge. Vi er specialister i almen medicin, og en forudsætning herfor er, at vi har solide medicinske generalistkompetencer. Deri er jeg enig.

Uden sammenligning i øvrigt kan skuespillere jo også performe og tjene gode penge på at lave reklamefilm eller deltage i tv-quiz og underholdningsprogrammer, fordi de kan spille skuespil. Men det er nu engang i teater og film, at deres faglighed kan udfoldes.

Det er en realitet, at for mange unge almenmedicinere tøver med at nedsætte sig i almen praksis, efter de har fået den nok mest grundige almenmedicinske uddannelse i hele verden. Der er så mange andre muligheder, og ansættelse i en almen praksis er sjældent så attraktivt økonomisk, som det man kan tjene som vikar eller episodelæge i regions- eller udbudsklinikker. Jo længere tid, der går, før man får



færten af at være "egen læge" for nogen, jo større er risikoen formentlig for, at man havner uden for almen praksis. Man bliver det, man gør. Og hvis for mange venter for længe med at blive praktiserende læge, så risikerer vi, at flere og flere patienter aldrig får deres "egen læge" igen.

Summa summarum: Almen medicin hører hjemme i almen praksis, og almenmedicinske speciallæger er skræddersyet til at være nogens læge i en almen praksis.

Opgaver, guidelines og kontrol

Der er flere vigtige udfordringer for vores fags udøvelse i almen praksis.

Flere og flere opgaver med opfølgning på medicinske lidelser af kronisk karakter foregår i almen praksis. Vi bliver nødt til at organisere os på nye måder og hyre mere hjælpepersonale. Hvis vi skal bevare kontinuitet under nye betingelser, så må vi dele gode erfaringer, og forskning må fokusere på, hvordan vi kan organisere os ift. fremtidens opgaver, uden at den tillidsfulde, relationsbårne kontinuitet går tabt.

Vi bombarderes med anbefalinger og guidelines, der indeholder anbefalinger, som i for mange tilfælde baseres på sparsom evidens af ringe kvalitet. Man tør tilsyneladende ikke lade være med at give generelle anbefalinger, selv om man ikke har god evidens for dem. Det bidrager sammen med stigende specialisering og defensiv medicin i sundhedsvæsenet til, at mange, især ældre, ender med at blive udsat for polyfarmaci, som i værste fald er farlig. Vi bliver filteret, der skal forebygge overmedicinering og seponere medicin.

En tiltagende kontrol- og dokumentationskultur har også ramt almen praksis. Selvom vi kæmper hårdt for at bevare fokus på kerneydelsen, så har de mange vilkårlige kontrolbesøg fra STPS og akkrediteringen givetvis ført til en del defensiv medicin, også i almen praksis. Vi bruger vores tid på flere og flere ting, som ikke gavner patienten. Vi risikerer, ligesom andre læger, at blive drevet mod hellere at behandle end at turde lade være.

De ovenstående udfordringer kan føre til, at evidensbaseret medicin degenererer til guidelinebaseret medicin, så fokus på lægefagligt skøn, vurdering af det enkelte tilfælde og fremkaldelse af patientens værdier og ønsker kommer til at henstå i skyggen af efterlevelse af de mange anbefalinger. Der skal mod og meget mere dokumentation til i journalen, hvis man sammen med patienten skal vælge noget andet end det, der står i en rekommandation fra en styrelse.

Under overfladen

Der er et højt aktivitetsniveau i Dansk Selskab for Almen Medicin, og langt det største arbejde foregår uden større opmærksomhed. Vi har mange forskelligartede aktiviteter i gang, og alle aktiviteter skal kunne rummes inden for fagets udvikling, netværk, repræsentation og formidling, jf. formålet med DSAM – fagets selskab.

Der er både reaktive og mere opsøgende aktiviteter, og deres indbyrdes vægtning skal selvfølgelig afvejes løbende. Under begge typer aktiviteter kan man tale om planlagte og mere spontane aktiviteter.

De planlagt reaktive består typisk af forespørgsler om deltagelse i aktiviteter i styrelser, råd, udvalg og arbejdsgrupper af alle slags, og høringer, hvor vi får mulighed for at kommentere på lovforslag, bekendtgørelser, vejledninger til love, retningslinjer, kliniske vejledninger, guidelines og anbefalinger, inden de skrives helt færdige. De spontant reaktive handler ofte om at kommentere i pressesager, hvor journalister eller forskere er ude med spørgsmål til almen praksis i forbindelse med en enkeltsag, registerudtræk eller egentlig forskning.

I formandens beretning bliver kort gennemgået nogle af de vigtigste aktiviteter. Det har igen været et spændende år på mange måder. //

Læs den fulde beretning her:
http://bit.ly/2lf1Kdk

Lyt til podcasten:
http://bit.ly/2lZ7lVv