

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

50 år og lidt til

50 år! Og dog, vi har løjet os lidt yngre, end vi er. Dansk Selskab for Forskning i Almen Lægepraksis blev etableret i 1966 på Bent Østergaards initiativ (tak til Gert Almind for at holde stædigt fast i historien). Var det ikke sket, så havde man af gode grunde ikke kunnet skifte navn til DSAM i 1970 og fejre jubilæum i 2020.

At stifte et akademisk selskab for sygekasselæger, for at læger i almen praksis skulle have et akademisk fundament i en tid, hvor der end ikke var hverken et PLO eller fælles sygesikring, det er godt nok fremsynet og visionært.

Poul Backer tog stafetten og blev den første formand for DSAM i 1970 og den første professor i almen medicin. Ham kan vi give æren for, at vi senere fik vores eget speciale.

Akademi før børs

At forskning og viden på den måde kom før organisering og betaling, det er jo nærmest symbolsk for et hierarki, der stadig burde ligge lige for: akademi før børs. Vi bør ikke lave aftaler om ydelser til befolkningen, hvis vi ikke ved, med hvad, hvordan og hvornår vi skal gribe ind i forhold til at undersøge, forebygge og behandle funktionstab og sygdom. Vi skal vide, at vi gør mere gavn end skade. Forskning er en absolut nødvendig del af grundlaget for vores virke.

God forskning er nødvendig

Forskning i sygdomme i almen praksis er lige så vigtig som forskning i psykosociale faktorer, konsultationsproces og organisering. Sygdommene præsenterer sig ofte anderledes i den usorterede population af patienter i almen praksis. Flere og flere lever med mere end én kronisk sygdom eller tilstand og multimedicinering, og det gør os efterspurgte som medicinske generalister. Det lægefaglige skøn skal være kvalificeret og tilgængeligt (der skal være nok af os). Borgerne skal ikke spises af med algoritmer og sundhedsfaglige assistenter, når de søger lægen.

Vi skal have mere god forskning, der belyser, hvordan vi bedst yder individuel omsorg, også for de komplekst syge og belastede og for de potentielt sårbare, som ikke selv stiller krav til sundhedsvæsen eller falder ud af systemer, som ikke er gearet til dem. Dem, der på den måde bliver sårbare, er ofte dem, der har størst behov for den bedste omsorg og behandling.

For meget og for lidt

Den stigende forbrugermentalitet i forhold til brug af egen læge bør undersøges. Det bliver stadigt vanskeligere for en del patienter at forstå, at for meget sundhedsvæsen, undersø-

Dem, der på den måde bliver sårbare, er ofte dem, der har størst behov for den bedste omsorg og behandling.

Først akademi, så børs. Dette beslutningshierarki bør vi respektere, uanset hvor meget vi bliver bedt om at sælge ud af det almenmedicinske arvesølv.

gelser og behandling kan være lige så farligt som for lidt. Måske fordi politikere og patientforeninger presser på (øget tilgængelighed, jo mere, jo før, jo bedre), og der breder sig en forståelse af, at sundhed er at bruge sundhedsvæsenet, og at man kan undersøge sig sund. Så er der sundhedsforsikringer, som jo skal bruges, når de er betalt.

Højeffektiv og sikker model

Hvis vi ikke har solid forskning, så er vi ganske lette ofre for politiske kastevinde, tilfældigheder og særinteresser, der dikterer, hvordan vores faglighed skal tilpasses og udøves. Dansk og international forskning har dokumenteret, at den bedste udgave af vores faglighed er personcentreret og bygger på en tillidsfuld relation mellem lægen og patienten, og at kontinuitet er en forudsætning for udvikling af den professionelle relation. Hver konsultation er en opsparing af tillid til kommende læge-patient-møder. Denne "egen læge"-model er højeffektiv og sikker: "Det gør en forskel, at vi kender hinanden – hilsen din læge".

Vi kan være stolte

Almen medicin i Danmark er på mange måder i særklasse. Den praktiserende læge er en grundpille i det danske sundhedsvæsen. Hvis man kigger ud over Europa, så ligger vi højt på skalaen for både akademisk faglighed og organisatorisk udvikling.

Det skal vi være stolte af, og det skal vi forsvare. Jeg er i hvert fald stolt over, hvor mange af os der involverer sig i uddannelse af nye kolleger, efteruddannelse, kvalitetsudvikling, forskning, år ud og år ind. Ingen nævnt og ingen glemt. Vi skal være glade for, at vi både har et akademisk fundament, som til stadighed konsolideres, en uddannelse, som er blandt de grundigste i verden, og et væld af muligheder for at finde en måde at praktisere på, som passer til den enkelte læges temperament og tilbøjeligheder, og ikke mindst et fagligt selskab, DSAM, som drives frem af hjerteblod og vedholdende indsats af nuværende og kommende kolleger, som brænder for deres fag og faglig udvikling.

Tid til faglig fordybelse

Vi burde alle have tid sat af til at deltage i aktiviteter, der fremmer fordybelse, refleksion og faglig grounding. En dag om ugen, hvor vi ikke skulle se patienter fra tidlig morgen til (for mange) sen aften, men hvor enten forskning, kvalitetsudvikling, uddannelse af kommende kolleger eller efteruddannelse var på skemaet.

Men krav om ambulatoriefunktion og opskalering, flygtige visioner om sundhedshuse, kontrolregimer, mangel på uddannede speciallæger i almen medicin, som er villige til faktisk at blive praktiserende læger og få deres egne patienter, er nogle af truslerne mod vores faglighed.

Den største udfordring: Kampen for kerneydelsen – det lægefaglige skøn

Vores kerneydelse er i min optik: udøvelse af vores faglige dømmekraft i det almenmedicinske lægefaglige skøn. Jeg ser tre ting, der især truer vores kerneydelse. To af dem har fået vind i sejlene af hhv. lægemangel (lægen erstattes af algoritmeassistenter) og coronakrise (mødet med og undersøgelse af patienten erstattes af videoskærme og såkaldt telemedicin).

Den tredje udspringer af trang til kontrol og magt i centraladministrationen: regulering af faglighed med love, urealistiske dokumentationskrav og stikprøvetilsyn i almen praksis – det medfører defensiv medicin, saboterer opøvelse af lægefaglig dømmekraft og medfører manglende arbejdsglæde. Mere er der ikke at sige om det.

Skøn og dømmekraft

Det lægefaglige skøn (clinical judgement) beskrives i evidensbaseret medicin som summen af de kognitive processer, der giver lægen mulighed for at nå frem til en konklusion (klinisk beslutningstagning) på baggrund af en syntese af ekstern evidens, egen ekspertise (og kendskab til grænserne) og naturligvis patientens værdier og præferencer.

Erfaringen i at udøve det lægefaglige skøn kan kaldes dømmekraften. Dømmekraften kan diskuteres med og af andre, der har dømmekraft indenfor samme område. Eller den kan evalueres på hårde endpoints – hit og misratio f.eks., eller dødelighed og sygelighed. Den kan ikke evalueres ved proces-algoritmer eller pointsystemer. Der er meget håndværk, kløgt og træning i udøvelse af dømmekraft i vores fag. Efter mange patienthistorier, patientmøder, forløb og fokuserede undersøgelser bliver man tryg ved sin egen dømmekraft og ved, hvor langt den rækker. Patientens tillid til vores dømmekraft er altafgørende for vores succes som læger og for patientens tryghed. Det er vores solide dømmekraft, som patienterne efterspørger og har gjort altid. Vi SKAL derfor være flere læger til flere opgaver.

Ikke flere "erstatningslæger"

Man kan ikke opskalere kapaciteten i almen praksis ved ukritisk at sætte yngre læger, sygeplejersker og andre fagligheder i spil som "erstatningslæger", som det sker i nogle tilfælde for at afhjælpe lægemangel. Det er ikke

almen medicin længere, med mindre man arbejder meget tæt sammen i små teams om patienten. Der er eksempler på, at nogle lægehuse sender en sygeplejerske på hjemmebesøg, rekvireret af patient eller hjemmesygepleje, som har brug for en lægelig vurdering. Eller man hører om klinikker, hvor alle med mistænkt infektion får taget CRP af sygeplejersken eller en sosu-assistent, der så sender dem hjem, der har en lav CRP. Det er ikke fagligt i orden.



Foto: Colourbox

Vi SKAL være kritiske

Man kan heller ikke ukritisk erstatte læge-patient-mødet med to videoskærme. Danske Regioner proklamerer 30. juni i år, at deres digitaliseringsstrategi "Sundhed for dig", vil gøre det fysiske møde med læge til undtagelsen og digitale løsninger til reglen. Men ingen har undersøgt, om vores dømmekraft kan udøves over digitale medier, hverken outcome eller sikkerhed er evalueret. Coronakrisen har betydet, at vi har været nødt til at nøjes med video- eller telefonkonsultationer i et stort antal tilfælde. Det betyder ikke, at vi er blevet klogere på, om det er godt eller sikkert, eller at det er en succes. Det kræver forskning, god og lødig forskning at afgøre, om vi kan udøve og vedligeholde faglig dømmekraft, og om vi kan opnå og vedligeholde tillid via et skærmmøde. Vi ved meget lidt om telemedicinens muligheder og begrænsninger.

I et af de få randomiserede studier af telemedicin, vi har gennemført i Danmark, måtte syv mennesker med DM2 og bensår lade livet, som følge af at de fik telemedicin i stedet for almindelig lægehjælp.

Konklusion: Først akademi, så børs. Dette beslutningshierarki bør vi respektere, uanset hvor meget vi bliver bedt om at sælge ud af det almenmedicinske arvesølv. //

FHV. TANDTEKNIKER SARA KIRSTINE DALBY KRABBES LEGAT UNDER DANSK SELSKAB FOR ALMEN MEDICIN

Legatet fejrer DSAM's 50 års jubilæum og uddeler op til 100.000 kr. i år til fremme af forskning, uddannelse og international kontakt i overensstemmelse med Dansk Selskab for Almen Medicins formålsparagraf.

Det skal understreges, at der skal være almenmedicinsk relevans forbundet med ansøgningerne, for at de kan komme i betragtning. Ansøgninger uden almenmedicinsk relevans vil blive afvist. Bemærk også at uddelingssummen som regel fordeles ud over flere ansøgninger.

- Ansøgningsfrist: 1. november 2020
- Ansøgning sendes til DSAM på mail: dsam@dsam.dk
- Ved spørgsmål kan Dorthe Pedersen kontaktes på telefon 70 70 74 31 eller på mail dsam@dsam.dk
- Det forventes, at alle ansøgerne vil få svar i løbet af december måned.

Fundats for Sara Krabbes legat kan ses på DSAM's hjemmeside: www.dsam.dk - Forskning - Sara Krabbes Legat.