som begge blev godkendt. Dernæst blev DSAM's budget for 2021 gennemgået og godkendt med uændrede kontingentsatser.

Uddeling af DSAM's Talentpris 2020

DSAM's Talentpris uddeles sædvanligvis i festlige rammer under middagen på DSAM's årsmøde, så også her tvang corona os til at tænke ud af boksen. Da vinderen var at finde blandt repræsentantskabets medlemmer, blev det således her, at prisen blev overrakt. Der blev til lejligheden fremstillet en videopræsentation af vinderen, som efter et par ledsagende ord fra Anders Beich modtog pris og klapsalver og selv takkede for prisen. Hvem vinderen er, kan du læse i en artikel andetsteds i dette blad, og videoen ligger på DSAM's Facebookside.

Udskiftning i bestyrelsen

På mødet skulle repræsentantskabet vælge en speciallæge og et FYAM-medlem samt en suppleant for hver. Christina Kjerulff meldte sig som speciallægemedlem og Tove Kristiansen som suppleant. Begge er nye i DSAM-bestyrelsen og blev valgt uden modkandidater. FYAM-posterne blev genbesat af Lasse Karlsen Eck som medlem og Maria Bach Nikolajsen som suppleant.

Christina Kjerulff afløser Claus Rendtorff, der faldt for reglen om maks. seks års funktionstid i bestyrelsen. Claus har ydet et stort stykke arbejde og fortsætter heldigvis i den regionale bestyrelse i hovedstaden.

Til sidst var bare tilbage at ønske hinanden et godt efterår og et forhåbentligt glædeligt gensyn til et udskudt jubilæumsårsmøde den 1. oktober 2021. //



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

Hvor skal DSAM hen?

DSAM's formand, Anders Beich, har efter repræsentantskabsmødet den 3. oktober taget hul på sit sidste år som formand. En DSAM-formand kan maksimalt sidde på posten i seks år, og denne periode falder Anders Beich for i oktober 2021. Practicus har i den forbindelse spurgt formanden, hvordan han gerne ser, at hans sidste år på posten udvikler sig.

Pludselig har jeg været kransekagefigur i DSAM i fem år. Tiden er fløjet afsted. Det føles som mindre, men i spejlet ser det snarere ud som 10 år. Jeg har været med til virkelig mange spændende ting som formand. Jeg er lige gået i gang med det sidste år af min formandstid ovenpå et godt repræsentantskabsmøde, som var præget af coronasikkerhed og sund diskussionslyst.

Jeg er blevet spurgt, om jeg vil skrive om, hvilke mål jeg godt kunne tænke mig, at vi prioriterer i mit sidste år som formand for selskabet.

Det bliver måske nogle gamle travere og en smule højtravende, men for mig er lægeløftet stadig en rettesnor. De mest centrale passager sætter rammen for, hvem jeg er som læge, og det gælder naturligvis også, og måske især for mit fag – almen medicin. Og jeg mener, at de syv fælles pejlemærker for faget, som vi vedtog i 2016, omfavner disse passagers indhold:

- at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønnende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn
- at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden persons anseelse
- at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret.

Det kræver selvfølgelig god kommunikation, men det kræver også menneskekundskab og selvindsigt. Man kan ikke tale og lytte sig ud af det alene. Menneskekundskab kan man kun lære og udøve, hvis man interesserer sig for mennesker, herunder sig selv som menneske og ens egne reaktioner.

Efter bedste skønnende

Evnen til syntesen af bedste evidens (gruppebaseret) og patientens personlige parametre (historie, styrker, svagheder, værdier, præferencer) er helt afhængig af, at vi har opøvet og vedligeholdt vores almenmedicinske dømmekraft. Den baserer sig i høj grad på erfaring, menneskekundskab på baggrund af genuin interesse i den anden. I evidensbaseret medicin hedder det sig, at patientens værdier og præferencer skal indgå på lige fod med ekstern evidens, når der skal udøves et klinisk skøn. Det er rent faktisk ikke nogen nem opgave at afdække en andens værdier eller for den sags skyld præferencer. Det kræver selvfølgelig god kommunikation, men det kræver også menneskekundskab og selvindsigt. Man kan ikke tale og lytte sig ud af det alene. Menneskekundskab kan man kun lære og udøve, hvis man interesserer sig for mennesker, herunder sig selv som menneske og ens egne reaktioner.

Jeg håber, vi bliver endnu bedre til at beskrive og retfærdiggøre den almenmedicinske dømmekraft i løbet af det kommende år. Jeg vil forsøge at bidrage til, at vi får den udfoldet og beskrevet mere klart og bruger enhver given lejlighed til at få den italesat endnu mere klart. Vi baserer ikke vores beslutninger på mavefornemmelser, intuition eller lægekunst. Der er tale om faglig dømmekraft, som ikke kan opløses i en algoritme, fordi den indstilles og fintunes af konteksten og i mødet med patienten. Men der er tale om en helt reel færdighed, som kun kan bedømmes af fagfæller, der også besidder den, eller måles på outcome – morbiditet eller mortalitet.

Det, som patienterne efterspørger, når de søger læge for reel bekymring eller lidelse, er den personlige læges dømmekraft. Det er tillid til denne dømmekraft, der gør, at patienten betror sig til lægen og tør stole på lægens råd og vejledning.

Med flid og omhu

Flid og omhu har desværre ændret betydning gennem de senere år. Fra at være noget man aktivt kunne stræbe efter i behandlingen af sine patienter, så handler det nu om noget defensivt, som snarere er knyttet til dokumentation end til kvalitet i omsorgen for patienten. Det fremgår af STPS-materiale ganske tydeligt, at omhu og samvittighedsfuldhed for dem handler om, at "du skal skrive patientjournaler", "du har pligt til at deltage i tilsyn", "hvis du oplever en utilsigtet hændelse, skal du rapportere den", "... og at du følger de lovbekendtgørelser og vejledninger, som er gældende inden for dit fagområde".

Vi skal blive ved med at sætte lys på, at lægens omhu og samvittighedsfuldhed handler om lægens indsats i mødet med sine patienter, ikke i mødet med sine kontrollanter.

Uden persons anseelse

Egentlig skulle DSAM i jubilæumsåret have haft fokus på det 3. pejlemærke, der hedder: "Vi giver mest til dem, som har størst behov". På grund af personlige omstændigheder blev det ikke jubilæumstemaet. Sundhed er primært betinget af forskelle i grundlæggende betingelser og vilkår, økonomisk og socialt, men sundhedsvæsenets indretning betyder også noget, desværre ofte i den forkerte retning, så de mindst privilegerede også får mindst. Vi ville gerne fortsat have haft fokus på, hvordan vi i almen praksis kan differentiere indsatsen, så vi gør os mest tilgængelige og yder mest for dem, der har størst behov.

"Samvittighedsfuld omsorg for den fattige" tager dog mere tid og koster flere kræfter for lægen. Det er der ingen grund til at benægte. Desværre kommer vi nemt til at indrette og organisere os i sundhedsvæsenet efter "de rige" – den gruppe af patienter, der befinder sig i centrum i kraft af uddannelse, netværk og fælles interesser med ligesindede i embedsværket. De tager den aktive patientrolle til sig som et forbrugsgode, der "giver dem mulighed for at være 'medskabende' i forhold til egen krop og identitet",

Mit håb er, at vi fortsat kan bidrage til en debat om sundhedsvæsenets indretning, i forhold til muligheder for en differentieret indsats, som giver de mindre privilegerede grupper mere omsorg.

som Morten Sodemann har udtrykt det. De står også for en stor del af de private sundhedsforsikringer.

De mindre privilegerede patienter har derimod vanskeligt ved at påtage sig en aktiv patientrolle, enten fordi de kommer til kort i forhold til at finde rundt og forhandle eller deltage i fælles beslutningstagning, mangler sproglige kvalifikationer, eller fordi de er komplekse tilfælde, har psykosocial komorbiditet, er multisyge eller har psykiatriske sygdomme i tillæg til deres fysiske sygdom.

Mit håb er, at vi fortsat kan bidrage til en debat om sundhedsvæsenets indretning, i forhold til muligheder for en differentieret indsats, som giver de mindre privilegerede grupper mere omsorg. Vi bliver også nødt til at italesætte, at vi bør bruge mindre tid på de raske forbrugerpatienter, uden at det koster dem noget helbredsmæssigt. Vi bliver nødt til fortsat at italesætte, at for meget sundhedsvæsen kan være lige så skadeligt som for lidt. Den borger, der uden gevinstchance sygeliggøres, undersøges og behandles, kan tage skade på eget liv og helbred, ligesom han/hun kan tage pladsen op for en borger med et genuint behov for omsorg i sundhedsvæsenet.

… ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret

En hjertesag for mig er, at vi som læger igen får mulighed for at leve op til lægeløftets passus om fortrolighed. En gang for ikke så længe siden var det en privatsag at gå til lægen. Det er det ikke længere. Enhver henvendelse til og hvert besøg hos lægen genererer ret store mængder personlige helbredsdata om sociale forhold, livsstil, laboratorieresultater, henvisninger, sygemeldinger, symptomer, diagnoser, medicin og flere andre forhold. Det er data, som vi uden patientens samtykke skal dele gennem forløbsplaner, aftalekalendere, medicinregistre, regionale kvalitetsdata og flere andre databaser.

Vi ved, at borgerne gerne vil dele sundhedsdata til behandling, kvalitetsudvikling og forskning. Men vi ved også, at et stort flertal gerne vil spørges om, hvad deres sundhedsdata, som de betragter som privat ejendom, kan bruges til. De vil gerne have transparens i forhold til anvendelsen.

Vi skal genetablere et fortroligt rum hos egen læge. Jeg håber, at almen praksis kan vise vejen ved at etablere en meningsfyldt samtykkemodel gennem de digitale løsninger, vi har til rådighed. Det kunne være en overordnet løsning i stil med den, som Etisk Råd anbefalede i 2018 i form af et metasamtykke kombineret med transparens for, hvor og til hvad data så rent faktisk anvendes. Det er ikke et fatamorgana. Det kan lade sig gøre, og jeg håber, vi kommer det nærmere i det kommende år. Jeg har deltaget i flere debatter, hvor stemningen drejer i retning af, at borger- og brugerinddragelse i sundhedsvæsen også bør omfatte inddragelse i brugen af borgerens data til udviklingsformål. Man kan nu godt være for samtykke uden at blive påduttet at være imod forskning og datadeling. Forudsætningen for, at vi kan tale om fortrolighed (og den tillid, som er nødvendig), handler i fremtiden om, at både læge og patient som minimum ved, hvilke data der deles, og til hvilke formål, og at patienten har mulighed for at samtykke til datadeling til specifikke kategorier af formål. //



Det danske lægeløfte er udformet på grundlag af den hippokratiske ed, som oprindelig blev nedfældet i Grækenland i det femte århundrede f.v.t. Kilde: Wikipedia

Vi skal genetablere et fortroligt rum hos egen læge. Jeg håber, at almen praksis kan vise vejen ved at etablere en meningsfyldt samtykkemodel gennem de digitale løsninger, vi har til rådighed.