



DSAM's syv pejlemærker indrammer faget almen medicin og udgør en fælles identitet for de almenmedicinske speciallæger. I denne serie fokuserer forskellige almenmedicinere på et udvalgt pejlemærke.

Pejlemærke 6:

Vi tager ansvar

DSAM's sjette pejlemærke omhandler ansvar. Men hvordan forvalter vi dette ansvar konkret i klinikken i en travl hverdag?

”Vi tager ansvar for at fremme samarbejdet med og mellem relevante sundhedsaktører. Vi vurderer, hvordan nye opgaver og løsninger bedst tilpasses klinikken's aktuelle patient-sammensætning.”



Sådan lyder det sjette af DSAM's pejlemærker. Men hvilken betydning ligger der egentlig bag ordene? Det vil jeg her prøve at give mit bud på.

Vi tager ansvar for at fremme samarbejdet

I almen praksis har vi mange forskellige opgaver. Alligevel er det næsten allermest i de situationer, hvor jeg har arbejdet rigtigt tværfagligt, at jeg synes, at jeg har gjort en forskel, som KUN jeg kan gøre – i kraft af, at jeg er den læge, der kender hele familiens vilkår. Jeg kan samle relevante aktører og bidrage til, at vi sammen kan forsøge at finde nogle løsninger, når situationen er gået i hårdknude.

Det er ofte i grænselandet mellem psykiatri-social-somatik, at patienten falder mellem to stole. Det kræver, at nogen må strække sig ud over det vanlige, hvis ikke sygdomsbyrden skal blive endnu større for patient og familie.

Et godt eksempel kunne være Hans. Han er en ung mand med autisme. Han bor stadig hjemme hos sine forældre. Alle overgange er svære for ham. Bare at komme til læge er problemfyldt, og han aflyser ofte konsultationer med kort varsel. Hans vil helst blive boende hjemme i mange år endnu, men det er ikke en holdbar løsning på den lange bane. Hans kan ikke være alene. Og familien kan f.eks. ikke have gæster.

Netværksmøder giver fælles løsninger

Som læge for hele familien har jeg set, hvor svært det ofte har været for familien. Jeg har oplevet forældrenes frustration over, hvor vanskelig kontakten er med forskellige sagsbehandlere i kommunen, og hvor vanskeligt det er at få forskellige systemer til at tale sammen. Jeg har 3-4 gange samlet socialrådgiver, pædagog og lærer

fra specialskolen, psykolog og forældre til netværksmøde i min praksis. For at få foldet de komplekse problemer ud og finde konstruktive løsninger – sammen.

Hans har brug for laaaang tids tilvænning til blot at overveje at flytte hjemmefra. Han har brug for at se det bofællesskab eller den institution, som han skal flytte ind i. Men kommunen kan først begynde at søge efter et egnet sted, når han har skrevet under på, at han er klar til at flytte. Og det vil Hans ikke.

Det lange seje træk er nødvendigt

Hans har søgt pension, men han kan ikke søge pension, før han har holdt møde med sin sagsbehandler, og det magter han ikke.

Vi aftalte derfor et besøg i hjemmet, hvor jeg var med sammen med den nye sagsbehandler, så hun kunne få et indtryk af Hans og gerne veksle et par ord med ham, så formalia var opfyldt for at søge pension. Men Hans havde desværre en dårlig dag, så vi måtte køre hjem med uforrettet sag.

Trods åbenlyse forhindringer og vanskeligheder er der igangsat forskellige tiltag, der forhåbentlig vil medføre positive forandringer for hele familien. Det er det lange seje træk.

For mig giver det utrolig god mening at være tovholder og initiativtager til tværfaglige møder. Jeg kan ganske enkelt ikke se, hvem det ellers skulle være. Viden forpligter. Den indsigst, jeg har som familielæge, skal jeg bruge i disse meget komplekse sager. Vores socialsystem og sundhedsvæsen er ikke rigtigt gearet til det. For mig er det meningsfuldt og tilfredsstillende arbejde, selv om det er tidskrævende.

Det kræver, at nogen må strække sig ud over det vanlige, hvis ikke sygdomsbyrden skal blive endnu større for patient og familie.

Faglig dømmekraft er afgørende

Den anden del af pejlemærket – om tilpasning af nye opgaver – vil jeg også gerne knytte et par ord til.

Hver gang man indfører en ny teknologi, sker der (også) noget andet, som vi ikke altid har blik for. Teknologi skal forstås bredt som både nye arbejdsgange og nyt apparatur. Hvordan udvikler vi vores klinikker? Hvordan uddelegerer vi opgaver uden at miste vores lægefaglighed og dømmekraft?

Nye værktøjer giver nye overvejelser

Vi har med rekordfart fået introduceret videokonsultationer. Vi bruger også telefonkonsultationer på en ny måde. Men hvad gør det ved os og vores patienter? Hvordan påvirker det vores konsultationer? Og hvordan sikrer vi, at alle patienter har en læge, som de kan henvende sig til, så vi ikke kommer til at udelukke nogen? Med supersygehuse, der primært arbejder efter apparatfejl-modellen, er det afgørende, at almen praksis bevarer den bio-psyko-sociale tilgang.

Et eksempel fra min egen klinik på en teknologi kunne være konceptet Tid-Samme-Dag. Det har vi haft i snart 10 år. Det er med til at sikre høj tilgængelighed. Det er til glæde for mange patienter, men til

frustration eller måske ligefrem til ulempe for andre.

Kontinuitet er en kerneværdi

Som mange andre klinikker er vi udfordret på kontinuiteten. I almen praksis kommer 20-40 pct. af patienterne dagligt med medicinsk uforklarlige symptomer (MUS). Hvordan påvirker det dem, at opgaverne må uddelegeres til flere forskellige ansatte?

Mange har ønsker til almen praksis, og vi præsenteres for mange forslag til "hjælpemidler" – den brede vifte spænder fra digitale løsninger til flere ansatte.

Vi skal turde tage dialogen om fordele og ulemper ved de forskellige løsningsmodeller med løftet pande, så vi udvikler og ikke afvikler vores fag. Vi har verdens bedste speciale, og vi har fat i den lange ende med vores kerneværdier: relation, kontinuitet og dømmekraft. Det er det fundament, der gør, at vi kan tage ansvar. //

