



TEMA: Sådan fik det almenmedicinske speciale sin identitet

Tema om fagets identitet. Hvordan er vi blevet til dem, vi er? Skiftende forfattere giver deres bud på det, som binder os sammen og er fundamentet for vores speciales udvikling, fra den spæde start for over 50 år siden til i dag. Og vi får også et kig ind i fremtiden. Denne gang handler det om speciallægeuddannelsen.

Specialet og uddannelsen – før, nu og fremover!

Almen medicin nyder i dag samme anerkendelse som andre lægelige specialer. Men det kom ikke af sig selv. Læs her om speciallægeuddannelsen fra den spæde start til den nære fremtid.

OM FORFATTERNE:

Roar Maagaard: Tidl. praktiserende læge i Skødstrup, uddannelseskonsulent og Klinisk lektor. Tidl. formand for DSAM og senere formand for DSAM's Videreuddannelsesudvalg og Internationalt udvalg med hverv i WONCA og EURACT. Nu formand for Nordic Federation of General Practice.

Gert Almind: Tidl. praktiserende læge i Holbæk og professor emeritus. Tidl. adm. direktør i Novo Nordisk Fonden, formand for Forskningsfonden for Almen Praksis' faglige råd og Forskningsudvalget samt Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Deltog i generalforsamlingen, da Forsknings-selskabet i 1970 ændrede formål og navn til DSAM.

Den teoretiske videreuddannelse til alment praktiserende læge opstod som resultat af en reform af lægestudiet i slutningen af 1960'erne. Før den tid forlod man universitetet som kandidat i medicin, kirurgi og fødselshjælper. Det gjaldt også den ene af artiklens forfattere. Derefter krævedes blot et års hospitalsansættelse i kirurgi og medicin (turnus) for at nedsætte sig i almen praksis.

Der var slet ikke tale om et speciale og ingen talte i alvor om specialistanerkendelse i almen medicin. Enkelte praktiserende læger nævnede det som en fjernere mulighed, men de fleste, selv i almen praksis, afviste det: 'specialist i noget alment var der ingen mening i'.

På den måde opfyldte langt de fleste læger hurtigt kravene til at gå i praksis, mens uddannelse til speciallæge blev set som noget 'højere'. Læ-

ger skulle være ansat på relevante sygehusafdelinger for at kunne betegne sig som speciallæge, og de fik efterhånden også nogle obligatoriske kurser. Således opfyldte langt de fleste læger kravene til at gå i praksis, og uddannelse til speciallæge var en overbygning. En del havnede i almen praksis, fordi de ikke kunne få en slutstilling i deres speciale.

Videreuddannelse ad bagvejen

Studiereformen i 1965 førte til, at en række fag på lægestudiet fik reduceret deres pensum så meget, at det ikke dækkede en rimelig viden til almen praksis. Derfor indførtes med lægeloven i 1970 et krav om 24 måneders hospitalstjeneste og et 120-timers kursus; den første ramme om en almenmedicinsk videreuddannelse.

De 120 timer blev fordelt over fire uger. De valgte fag var dermatologi, otologi, oftalmologi og pædiatri (de



Specialist i noget alment var der ingen mening i.

små specialer), som hver fik en halv uge. Den resterende tid omfattede socialmedicin. Professorerne i de fem specialer følte ansvar for og krævede ejerskab til deres del af kurserne. De havde jo afgivet timerne i studenteruddannelsen. Det prægede indholdet fra starten. På forskellig vis lykkedes det almen medicin over de næste år at få stigende indflydelse på kursernes indhold og overtage en del af timerne.

I 1977 bestemte Speciallægekommissionen, at kurserne skulle være almenmedicinske. Det førte til gennemgribende ændringer af ledelse og indhold og til rekruttering af mange nye undervisere både fra almen praksis og eksternt. For at bryde billedet af almen medicin som blot summen af en reduceret viden inden for en række andre lægespecialer blev kurserne opbygget efter menneskets aldre. Det samme kom til at præge lærebøger og mange efteruddannelseskurser. Dette var en del af en ny forståelse af den almenmedicinske faglighed, som blev båret frem af kolleger, såvel nationalt som internationalt.

Almen medicin til alle læger

Praksisreservelægeordningen med 6 måneder i almen praksis som en tidlig introduktion til faget for dem, som overvejede at blive praktiserende læger, blev indført i 1983. For at styrke kvaliteten i denne ordning begyndte amterne i 1990 at ansætte almenmedicinske uddannelseskoordinatorer, og disse blev typisk også amtsrepræ-

sentanter i DSAM. Det var en forbedrelse til næste vigtige skridt.

Fra 1991 blev turnus udvidet fra 12 til 18 måneder, og således skulle alle unge læger 6 måneder i almen praksis. Dette system har vores kolleger i stort set alle andre lande misundt os siden. Det har givet alle læger vigtig viden og værdifulde oplevelser om vores del af "væsenet", og det har været med til at fremme et samarbejdende sundhedsvæsen. Evalueringer viser, at turnus i almen praksis hos meget dedikerede tutorlæger har scoret højt nu i snart 35 år. Almen medicin er stadig en del af uddannelsen for alle læger – nu i Klinisk Basisuddannelse (KBU). Der har dog været nogle år, hvor kun 80 % fik almen medicin i deres KBU, men denne forkerte beslutning blev omgjort i 2017.

Et medicinsk speciale

Beslutningen i 1977 om specialuddannelse havde ikke gjort almen medicin til et speciale, selvom alle præmisser var opfyldt. Meget skulle overvindes, også i egne rækker. Der skulle gå helt til 1994, før det skete. DSAM og enkeltpersoner var de drivende kræfter, der fik anerkendelsen i hus.

"Marianne-modellen" var en forløber

Fra specialeanerkendelsen i 1994 til den nye uddannelse blev indført i 2003/04, var det fortsat en kort uddannelse på 3,5 år. Der var store ønsker om længere uddannelsestid i almen praksis end de daværende 6 måneders amanuensisstid i slutningen af uddannelsen. Den europæiske anbefaling var mindst 50 % i eget speciale. I Aarhus Amt havde man en visionær embedsmand, Jens Krogh, der som formand i det lægelige uddannelsesråd var med til at skabe et ekstra halvt års praksistid i starten af uddannel-

sen. Dette blev en overgangsmodel indtil ændringen i 2003. Modellen blev spøgefuldt kaldt "Marianne-modellen", da de tre første i den nye stillingstype hed Marianne.

På lige fod

Alle speciallægeuddannelser skulle renoveres efter speciallægekommissionens rapport i 2000. Almen medicin var da blevet et lægeligt speciale på lige fod med alle de andre. Under et møde i maj 1999 i regi af Lægeforeningen rejste Erik Jylling fra Yngre Læger spørgsmålet til almen medicin: "Nu er vinduet åbent, skal almen medicin ikke være et speciale med en uddannelse på 5 år som de øvrige specialer i stedet for som nu 3,5 år?". PLO's daværende formand Jørgen Lassen og Roar Maagaard, som var DSAM's repræsentant, var til stede på mødet. De kiggede hinanden dybt i øjnene på tværs af lokalet – og blev enige om et ja!

Men hvordan skulle de ekstra 1,5 år give mest relevant uddannelse? Dagen efter mødet deltog Roar Maagaard i en WONCA-konference på Mallorca, hvor de første streger blev lavet på en serviet på en café sammen med almen medicins uddannelsesnestor, Ivar Østergaard. Stregerne viste sig så siden at blive til den grundmodel, som vi kender i dag. Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse

Evalueringer viser,
at turnus i almen praksis
hos meget dedikerede
tutorlæger har scoret
højt nu i snart 35 år.



TIDSLINJE

- 1970 Ny lægelov, ændring af grunduddannelsen
- 1971 Første videreuddannelseskurser i udvalgte specialeområder
- 1972 Speciallægekommissionen nedsat
- 1977 Kommissionens forslag: almen medicin som speciale, almenmedicinske videreuddannelseskurser
- 1994 Almen medicin bliver et speciale
- 1998 Speciallægekommission - igen
- 2001 Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse nedsat
- 2003 Ny speciallægeuddannelse i almen medicin indført
- 2013 Revision af speciallægeuddannelsen i almen medicin.

nikkede også ja til modellen – et råd, hvor Gert Almind (formand), Jørgen Lassen (indvalgt af Lægeforeningen) og Ivar Østergaard (bestyrelsesmedlem i Dansk Medicinsk Selskab, som i dag hedder Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber) gjorde en meget aktiv og konstruktiv indsats.

En målbeskrivelse bliver til

DSAM havde i 20 år arbejdet indgående med uddannelse på alle niveauer med emnevalg, indhold og pædagogik. De syv lægeroller – medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejdspartner, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel – var derfor på ingen måde nye begreber for almen medicin. De beskrev på dækkende vis arbejdet i almen praksis og gav en brugbar struktur for beskrivelsen af specialet. Selskabet tog opgaven meget seriøst og leverede en fremragende målbeskrivelse, som kunne bruges til inspiration for andre specialer.

Vi fik således en 5-årig uddannelse med 2,5 år i almen praksis og 2,5 år på typisk 5 hospitalsafdelinger. Kontakten til almen praksis gennem hospitalsforløbet skulle bevares via en månedlig returdag til praksis.

Uddannelse med elektronisk logbog

I udlandet var der erfaring med en logbog til at understøtte læringen. Niels Kristian Kjær blev hooket på idéen. Sammen med kolleger og især teknisk knowhow fra Dansk Telemedicin skabte almen medicin herhjemme den første elektroniske uddannelseslogbog, som også var platform for godkendelse af uddannelsesmålene. Den skulle være klar den 1. september 2003, hvor

de første læger skulle tiltræde den nye introduktionsuddannelse i Sønderjyllands Amt. Systemet var i luften lidt før kl. 8.00, og senere på formiddagen kunne systemet præsenteres online på uddannelseskongressen for AMEE (som på daværende tidspunkt stod for: Association of Medical Education in Europe), som fandt sted i Bern

Almen medicin kørte med klatten den dag....

Forskningstræning for alle

Som led i speciallægereformen blev det et krav, at alle fremtidige speciallæger blev introduceret til forskning. Var man ph.d., kunne der gives merit. De 20 dages forløb indebærer også et miniforskningsprojekt. Almen medicin valgte som det største speciale selv at stå for træningen. Den blev tilkøbt de specialespecifikke kurser, som nu var blevet til 30 kursusdage. Begge typer kursusforløb afvikles i Aarhus, Odense og København med almenmedicinere som de ansvarlige.

Mange interessante projekter er det blevet til i årenes løb. Bent Østergaards motiv for at danne selskabet i 1966 var ikke mindst, at vi aldrig ville blive et speciale uden vores egen forskning. Der er en lige linje fra 1966 til, at vi tog forskningstræning til os med stor entusiasme.

Revisionen i 2013 – og frem til i dag

Efter 10 år bad Sundhedsstyrelsen specialerne revidere deres målbeskrivelser og være skarpere på kompetencevurderingsmetoder. I almen medicin var der igen en større gruppe praktiserende læger og uddannelseslæger, som var engageret i arbejdet. De 119 kompetencer fra 2003 blev til 84 i 2013, og der blev udviklet 5 kompetencevurderingsmetoder, hvoraf "vurdering af refleksionsevne" aldrig var set før – heller ikke internationalt.

I 2013 var DSAM's oplæg, at der skulle være et ekstra halvt år i almen praksis og således kun to år på hospitalsafdelinger. Danske Regioners svar var, at "hvis vi ville komme med de 110 millioner, som var værdien af de årsværk, der blev fjernet fra hospitalerne, så kunne vi snakke om det...". Sundhedsstyrelsen så opgivende til under denne diskussion, så det lykkedes ikke. Forslaget har dog ligget som en gemt fil på computeren siden

og blev så taget frem for nylig, da der var politisk medvind for almen praksis. Med snilde fik Gunver Lillevang, daværende medlem af PLO's bestyrelse, det politiske system aktiveret, og aktuelt arbejdes der på at indføre denne ændring i uddannelsen – og nej, almen praksis har ikke betalt fakturaen fra Danske Regioner.

Et korps af tutorlæger

De gode evalueringer af uddannelsen i almen medicin skyldes mest, at vi igennem alle årene har haft et meget dedikeret korps af tutorlæger i almen praksis. I begyndelsen var det relativt få, som var involveret i uddannelsen, men nu er der over 1000 tutorlæger, som med daglig sparring, vejledning og supervision hjælper uddannelseslægerne på vej. Mon mesterlære praktiseres bedre noget steds i den lægelige videreuddannelse? Tutorlægerne skal godkendes efter krav, som DSAM har opstillet – heri indgår der obligatorisk deltagelse i et pædagogisk kursus for tutorlæger (ofte 2 dage), og kompetencerne vedligeholdes via opfølgingskurser og temamøder.

Uddannelseskoordinatorer kom til

Gorm Jensen (Fyns Amt) og Lisbeth Errebo-Knudsen (Storstrøms Amt) var de første amtslige koordinatorer – inspireret af et studiebesøg i UK.

Modellen spredte sig hurtigt via DSAM's amtsrepræsentanter.

Snart var landet dækket ind med gode koordinatorer, der dannede et meget levende netværk med mindst ét årligt møde. Vi må snart være oppe på 35 år, og nu kendes samlingen under "Strib-møderne". De amtslige og siden regionale koordinatorer har været

essentielle i implementeringen af alle de nye uddannelsesinitiativ – og det aktive netværk har været med

til at skabe bedst mulige og ensartede forhold for uddannelseslægerne over hele landet. Visse områder af landet har været begunstiget af visionære embedsfolk. Det har betydet, at nye forbedringer i en region hurtigt har spredt sig til de øvrige regioner efter devisen "So ein Ding muss..." Et sådant amtsligt soloinitiativ var oprettelsen af en stilling, hvor en uddannelseslæge fik en koordinatorfunktion for sine kolleger. Nu har man i

hele landet DYNAMU'er. Ved 2003-reformen fik alle specialer postgraduate kliniske lektorer (PKL'er) eller lektorer med pædagogisk udviklende funktion (PUF'er), som har et overordnet såvel som et mere praktisk ansvar for specialeuddannelsen i almen medicin. De har delt erfaringer med lektorer fra de øvrige specialer og fået international inspiration og derved sikret den gradvise forbedring af uddannelsen.

Den nære fremtid

Sundhedsstyrelsen har for ganske nylig iværksat en revision af alle speciallægeuddannelser. Med revisionen ønsker styrelsen bl.a. at generalistkompetencer bliver mere udbredte, også i andre specialer, og at forbedre mulighederne for at "genbruge" dele af uddannelsen ved specialeskift.

I almen medicin skal der samarbejdes tættere med de specialer, som bidrager med hospitalsdelen af uddannelsen. Og så kan vi nok forvente, at der kommer større fokus på *entrustable professional activities* (EPA'er) end på enkeltkompetencer. Det har vundet sin udbredelse i en del andre lande. En EPA er en kerneopgave i en klinisk kontekst, som en uddannelseslæge fremadrettet kan udføre uden supervision. Det kunne f.eks. være at udføre de profylaktiske svangreundersøgelser eller at danne et team med en sygeplejerske og stå for diabeteskontrollerne i klinikken.

Decentral uddannelse og rekruttering

Erfaringer fra andre lande viser, at flere af de studerende vælger almen medicin som fremtidigt speciale, hvis universitetscurriculum har fokus på almen praksis, og en pæn del af undervisningen foregår lokalt i de samfund, hvor de studerende efterfølgende skal servicere som færdige læger. I Aalborg ser det ud til, at de lykkes med noget lignende. Vi håber, at det også vil ske i Esbjerg og Køge og snart i Hjørring og Gødstrup, som bliver hjemsted for dele af medicinstudiet. //

LÆS MERE:

Artiklen omtaler bl.a. Bent Østergaard, praktiserende læge og medstifter af DSAM.

Practicus bragte i 2020 en række artikler om fagets og selskabets tidligste historie.

Artiklerne er tilgængelige på dsam.dk/practicus.