

Practicus

Dansk Selskab for Almen Medicin // DEBAT // UDDANNELSE // FORSKNING // KVALITETSUDVIKLING



December 2018
41. årgang // 243



TEMA UDDANNELSE

Redaktørskifte, side 4-5

Lægedage, side 12-15

SAMS-formænd om tjenestepligt, side 44-45

INDHOLD

Leder

- 3 Forandring fryder

DSAM

- 4 Goddag og farvel
6 Uddannelseslandskabet, fra novice til ekspert
10 DSAM i pressen

Artikler

- 11 Mahlerprisen gik i år til Flemming Bro
12 Et givende fællesskab
15 Voxpop fra Lægedage
16 Personalets efteruddannelse og lægernes ledelse
18 Nordisk kongres 2019 – skal du med?
20 Argumentation, ansvar og debat
22 Ultralyd er fremtidens stetoskop
24 Gruppesupervision: Hvorfor?
26 Pejlemærker i klyngearbejdet
28 I gang med almenmedicinsk forskning
30 En meget anderledes kongres
32 En festdag for almenmedicinsk forskning
33 WONCA-pris til dansk læge
34 Et lægeliv på 100 år

- 36 3x3: Mit pædagogiske testamente

- 38 New Zealand part II: En almenmedicinsk arbejdsdag

FYAM

- 41 Er patientens problem løst? Kampagne 2018
42 Østrogen – hvorfor er det så lækkert?

SAMS

- 44 SAMS siger fra! Om tjenestepligt
46 Prøvesmag på almen praksis

Debat

- 48 Lægens bogstaver: Tillid er farligt, men nødvendigt
50 Tanker fra stolen: Hvad motiverer dig?

Boganmeldelse

- 51 Jørn Tyge flytter ind i mors telefon

Opslag

- 43 Honorering af dataindsamling
43 PLU-fonden, ansøgningsfrist
45 Julehilsen fra redaktionen
47 Mødekalender
52 PIP: Undervis rwandiske lægestuderende

// s. 26



PRACTICUS UDGIVES SOM MEDLEMSBLAD TIL MEDLEMMER AF DSAM

Stockholmsgade 55
2100 København Ø
Tlf. 7070 7431
www.practicus.dk

REDAKTION

Ansvarshavende chefredaktør
Ellen Louise Kristensen
redaktoer@dsam.dk

REDAKTØRER (FYAM)

Daniel Faust Nathansen
dfn@dadlnet.dk

Jonas Fynboe Ebert
jonasebert@dsam.dk

REDAKTIONSSEKRETÆR

Annette Gehrs
asg@dsam.dk

NÆSTE NUMMER

Nr. 244
Frist for manus: 25. januar 2019
Planlagt udgivelsesuge: 15, 2019

KONTINGENT 2019

Speciallæger	kr. 2.700,-
Uddannelseslæger	kr. 1.320,-
Ph.d.-stud. (ej læger)	kr. 1.320,-
Pensionister	kr. 600,-
Medicinstuderende	kr. 150,-

MANUSKRIPTER SENDES TIL

practicus@dsam.dk

CITAT

Tilladt med kildeangivelse

LAYOUT/TRYK

Jørn Thomsen Elbo A/S
Essen 22, 6000 Kolding
www.jto.dk

FORSIDEFOTO:

Sine Barrett-Madsen

OPLAG:

5.000

ISSN 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

Forandring fryder

December har været en tid med forandringer her på redaktionen. Practicus har skiftet format og layout, og vi glæder os over resultatet og til at folde flere nye tiltag ud i 2019. Samtidig har vi sagt til lykke med speciallægetitlen og farvel og TAK til Daniel Faust Nathansen for hans fremragende arbejde som FYAM-redaktør gennem knap fire år. Og sidst, men ikke mindst, har vi budt velkommen til en ny dygtig FYAM-redaktør, Jonas Ebert, som har været med i redaktionen af dette nummer.

Et af de store samtaleemner i 2018 har været lægemangel og uddelegering af opgaver til andre faggrupper. Situationen er velkendt: Vi bliver færre læger, og der bliver flere opgaver, enten fordi de er aftalt, eller fordi patienterne lige så stille siver ud til os. Forventningerne til os er store. Vi skal aflaste sygehusene, og vi er tiltænkt langt større opgaver i det nære sundhedsvæsen. Vi skal passe vores egne patienter, og vi skal binde enderne sammen mellem hospital og kommune. Politikere og planlæggere har en tendens til at glemme, at opgaven skal løftes af kun 3.400 læger til 5,5 mio. borgere. Og løsningen – flere læger, færre opgaver og måske endda bedre økonomi i almen praksis – ligger desværre nok heller ikke og venter lige rundt om hjørnet.

Almen praksis har altid uddelegeret opgaver i egen klinik. Det er der ikke noget nyt i. Først var det til vores sekretærer. Siden blev det til vores sygeplejersker og vores uddannelseslæger. Nu er det til vores jordemødre, social- og sundhedsassistenter, medicinstuderende og laboranter.

Men delegation er ikke uden problemer. Der er også omkostninger. Det bringer faglighed, kontinuitet og overblik

over vores patienter i spil. Vi ved nu, at kontinuitet mellem læge og patient betyder noget for overlevelsen. Men hvor meget kan man fortynde læge-patient-relationen og erstatte lægen med andre faggrupper, uden at der går sundhed tabt? Det ved vi ikke.

Der er ingen lette løsninger eller svar. Og der er heller ikke en "one size fits all"-løsning.

Desværre forsvinder problemet ikke. Sådan som demografien ser ud, er det helt nødvendigt, at vi overvejer, hvilke opgaver almen praksis skal løse – og på hvilket niveau. Det vil være nødvendigt at uddelegere til andre. Nu også uden for eget hus.

Politikerne skal ud af busken, det er ikke alene et praksisproblem. Hvis almen praksis skal kunne binde enderne sammen, så kræver det en kommunal sektor med tilstrækkeligt og kvalificeret personale og en hospitalssektor, som laver gennemarbejdede behandlingsplaner, inden patienterne udskrives. Det kunne være et passende nytårsforsæt. //

God jul og godt nytår.
Og på gensyn i 2019.



Lederen skrives på skift af chefredaktør og FYAM-redaktør. Lederen er et udtryk for skribentens holdning og udtrykker ikke nødvendigvis selskabets holdning.

Godtdag og

Jonas Fynboe Ebert er pr. 1. oktober 2018 ansat som ny FYAM-redaktør på Practicus. Jonas er ved at færdiggøre sin ph.d., inden han begynder på hoveduddannelsen. Han overtager jobbet efter Daniel Faust Nathansen, som er blevet speciallæge i almen medicin og derfor slutter som FYAM-redaktør efter knap fire gode år. De to redaktører har stillet hinanden et par uddybende spørgsmål.



Fire spørgsmål til Jonas Fynboe Ebert

Hvorfor søgte du stillingen som redaktør af Practicus?

Jeg kunne se mig selv i de opgaver, som en FYAM-redaktør har i Practicus. Jeg har tre års erfaring fra DSAM's Forskningsudvalg, og jeg kender arbejds-

gangen i FYAM fra min deltagelse i adskillige FYAM-bestyrelsesmøder. Jeg har tidligere været redaktør for et blad, og jeg synes muligheden for at være med til at skabe et blad, motivere skribenter og give feedback på artikler er vildt spændende.

Du er ved at skrive ph.d. Hvad er din forskningsinteresse?

Jeg lægger i disse måneder sidste hånd på min ph.d.-afhandling, som ligger inden for akutområdet i almen praksis. Mit projekt handler om "Akutknappen", der giver patienter ved lægevakten og 1813 mulighed for at komme forrest i telefonkøen i tilfælde af akut og alvorlig sygdom, der kræver hurtig kontakt til sundhedspersonale.

Hvad er din vision for et medlemsblad i DSAM?

Først og fremmest er jeg jo FYAM's mand i Practicus. I FYAM-udvalget

sidder nogle sindssygt arbejdsomme unge almenmedicinere, som investerer enormt meget tid i faget. Jeg vil gerne motivere de dygtige unge læger i FYAM til at levere artikler med spændende og relevant indhold, så Practicus fortsat tiltaler almenmedicinere under uddannelse såvel som færdiguddannede. Jeg ved, at der er gang i flere projekter rundt omkring i landet, der skal forbedre uddannelsen af de kommende praksislæger, så jeg håber, at vi kan bringe nogle artikler om denne udvikling. Min vision er at få uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling præsenteret så praksisrelevant som muligt i bladet.

Har du konkrete ideer til et fremtidigt Practicus?

Jeg vil i samarbejde med FYAM-udvalget forsøge at sætte fokus på, hvad der foregår i bestyrelsen og de mange arbejdsomme underudvalg. Nyhedsbreve drukner ofte i en travl mailbakke, så jeg vil gerne koge de vigtigste informationer fra FYAM ned til faste indslag i Practicus. Derudover vil jeg starte en artikelserie, der skal hedde "5 spørgsmål til forskeren". Her får en udvalgt forsker fra hvert af de almenmedicinske forskningsmiljøer på skift muligheden for at formidle deres forskning med særlig fokus på relevansen for almen praksis.

farvel ...



Fire spørgsmål til

Daniel Faust Nathansen

Hvad har været det mest spændende ved dit arbejde med Practicus?

Det har helt overordnet været en stor ære at få lov til at være med til at lave formidling fra DSAM til speciallægerne i almen medicin. Jeg har været så heldig at arbejde sammen med nogle af dansk almen medicins skarpeste hjerner. Jeg har naturligvis haft et særskilt fokus på at kommunikere til FYAM's medlemmer, og det har været en stor glæde, at FYAM-stoffet i min tid i redaktionen er kommet til at fylde stadig mere af Practicus som en anerkendelse af FYAM's væsentlige bidrag i arbejdet i alle dele af det almenmedicinske miljø.

Derudover har det været spændende at sidde med i DSAM's bestyrelse, hvor jeg i en periode deltog som observatør for Practicus og derigennem fik et unikt indblik i DSAM's øverste ledelse og dets maskinrum.

Hvilken artikel er du mest stolt af fra din tid ved Practicus?

Jeg synes, at de mest vellykkede artikler er Berit Hansens rejsebeskrivelser fra hendes ture med Læger uden Grænser. Det er formidling af sundhedsstof på et højt niveau tilsat patos og personlighed. Hvis du ikke har læst dem, så har du lektier for!

Ydermere er jeg meget tilfreds med, at vi har givet de kommende almenmedicinere en fast stemme i Practicus med en artikel per nummer. Det har været meget vigtigt for mig som redaktør at anerkende og inddrage dem del af det almenmedicinske miljø, der er så essentiel for specialets fremtid.

Derudover har jeg været glad for artikelserien 3x3, hvor centrale aktører i det almenmedicinske miljø i essaystil fortæller om, hvad der har været dannende for dem som fagpersoner. I denne artikelserie har vi givet spalteplass til en bred skare – fra forskere til fagpolitikere og tilmed en regionsformand midt i OK-forhandlingerne. Det er fremmende for dialog,

forståelse og oplyst debat, at vi interesserer os for hinanden – det ved alle speciallæger i almen medicin!

Hvordan ser du fremtiden for Practicus?

Practicus går en lys fremtid i møde. Den nye FYAM-redaktør er yderst kompetent, og han er den helt rigtige til at videreudvikle Practicus. Practicus står – som alle andre trykte medier – over for udfordringer i forhold til digitalisering og nye medievaner hos vores medlemmer. Det bliver den største udfordring for Practicus i den nære fremtid. Derudover håber jeg, at Practicus også i fremtiden bliver ved med at være det videnskabelige selskabs talerør til samtlige speciallæger i almen medicin, både vikarer, forskere og folk i diverse stillinger i industrien og på landets hospitaler.

Hvad skal du nu bruge din fritid på?

Jeg vil fokusere på at få gang i min karriere og virksomhed som praktiserende læge. Min sparsomme fritid vil jeg forsøge at bruge med min familie. Men om jeg helt kan holde mig fra fagpolitik og DSAM, er da et åbent spørgsmål. //



BESTYRELSENS KLUMME:

Uddannelseslandskabet: fra novice til ekspert

En opdagelsesrejse i det almenmedicinske uddannelseslandskab udført af Bolette Gerd Friderichsen. Hun stiller det relevante spørgsmål: Kan vi blive bedre til at dele erfaringerne med hinanden? Og hvordan gør vi det?

Jeg har været praktiserende læge siden 2004 og DSAM's uddannelsesordfører i tre år, og jeg har superviseret og undervist på forskellige niveauer. Alligevel farer jeg stadig vild i vores uddannelseslandskab. Det er svært at få overblik over indhold, struktur og styring hele vejen fra novice til ekspert. Når det er svært for mig, må det også være svært for andre at orientere sig i en almenmedicinens præ- og postgraduate uddannelse.

Figur 1 er resultatet af min opdagelsesrejse gennem det danske almenmedicinske uddannelseslandskab. Det er det nærmeste, jeg kommer et svar på spørgsmålene: Hvordan bliver vi til de eksperter, vi er? Hænger vores ud-

dannelsesvej sammen? Og kan vi blive bedre til at lære af hinanden på alle uddannelsesstrin?

Almen medicin starter på medicinstudiet, og i spiral kommer vi hele faget igennem på seks niveauer i løbet af vores lægeliv. Udgangspunktet er vores målbeskrivelse, men curriculum og det konkrete indhold bestemmes af mange forskellige interessenter. Der er ret store geografiske forskelle på uddannelsen, som – afhængigt af niveau – defineres af de fire universiteter, de fem regioner, de tre videreuddannelsesregioner samt PLO-E og Fonden for Almen Praksis. Kasketfolket undervejs hedder også noget forskelligt: PKL, PUK, PUF, AMU og DYNAMU er kolleger, man kan møde under-

vejs. Spørgsmålet er, om vores uddannelse hænger tilstrækkeligt godt sammen: lodret – fra novice til ekspert – og vandret – mellem bl.a. uddannelsesregioner, universiteter og tutorer.

Mange nøglepersoner har kigget nysgerrigt med og stiller sig det samme spørgsmål: Hænger det sammen, og hvad kan vi lære af hinanden? Lodret (Fig. 1): Kan vi få en synergieffekt lokalt, f.eks. ved at bruge nogle af de samme undervisere og materialer på flere niveauer, så der er genkendelighed? Vandret (Fig. 1): Kan vi bringe gode erfaringer videre mellem de forskellige landsdele? Det kunne dreje sig om, hvordan man får merit i hoveduddannelsen, hvordan man arbejder sammen med de andre lægelige



specialer på studieordningen, eller hvordan den teoretiske undervisning tilrettelægges.

VIA (DSAM's Videreuddannelsesudvalg) har besluttet at gennemgå den prægraduate uddannelse og skal snart mødes med de uddannelsesansvarlige professorer/lektorer i almen medicin fra de fire universiteter. Vi vil drøfte, hvordan man kan bruge de bedste erfaringer fra alle fire nuværende uddannelsessteder. Som bekendt har Folketinget besluttet, at vi snart får en medicinsk kandidatuddannelse på Sjælland (Køge?) og i Esbjerg. Hvordan skal undervisningen i almen medicin forme sig dér?

Hele systemet – i hvert fald de fire første vandrette niveauer – kommer under pres de næste mange år, hvor

der skal mølles mange flere medicin-studerende OG flere uddannelseslæger igennem. Vi skal skaffe større kapacitet, både til teori og klinik. Og vi skal gøre det ved hjælp af det antal praktiserende læger, vi er – selvom vi bliver færre de næste par år på grund af afgang fra de store årgange, samtidig med at vi, der er tilbage, får nye opgaver og flere patienter. Det samme kan man sige om de almenmedicinske professorer og lektorer, hvoraf mange også har en gulnet dåbsattest. Så det kræver en hel del nytænkning og rekruttering af tutorlæger og undervisere på alle niveauer, men også mere synergi. Måske kan en læge i fase 3 være supervisor for en læge i KBU? Måske kan man lave nogle accelererede hoveduddannelsesforløb for læ-

ger, der allerede har deres pædiatri eller gynækologi fra en intro eller fra Norge? Måske kunne satellitter fra forskningsenhederne (vi har allerede en i Thisted) gavne? De kunne bringe forskningsinteressen ud af de store byer, rekruttere til faget og give flere praktiserende læger mulighed for at være en del af et undervisnings- og forskningsmiljø.

Dette er vores uddannelseslandskab, som jeg ser det. Der står kun de ting, jeg har kunnet finde ud af ved at spørge mig for. Hvis du opdager fejl og mangler, så skriv endelig til DSAM. Skemaet findes i en elektronisk udgave med aktive links på DSAM's hjemmeside, så den er nem at opdatere. For overskuelighedens skyld vises den her i bladet uden links. //

Fra novice til ekspert

Organisering af kurser og klinik i den almenmedicinske uddannelse

	Curriculum	Den geografiske organisering	Hvem detailplanlægger/indstiller til ansættelse/kvalitetsudvikler?
Prægraduat	Studienævnet for hvert af de 4 universiteter med medicin; hvert uni har sin egen studieordning 1), aktuelt: Aalborg - Aarhus - Odense - København Udover studieordningen udarbejder den kursusansvarlige pensumbeskrivelser (i Kbh. kaldet målbeskrivelser), der skal godkendes i studienævnet. Pensumlister rummer mere detaljeret information om indholdet i det enkelte semester samt studieaktiviteter, læringsmål og pensum.	De 4 universiteter.	Samarbejde mellem en professor (P) i almen medicin og en kursusansvarlig (K) praktiserende læge: Aalborg: P: Jette Kolding Kristensen. K: Annette Engsig Aarhus: P: Kaj Sparle Christensen. K: p.t. ingen Odense: P: Frans Waldorff. K: Jens Søndergaard København: Øverste ansvarlig: afd.leder, prof. Susanne Reventlow, ansvar uddelegeres til kursuslederne, som skal være fastansatte professorer, lektorer eller adjunkter, dvs. have forskningstungt CV. Aktuelt lektor Thomas Drivsholm (klinisk kursus i almen medicin, lektor John Sahl Andersen (specialefokuseret kursus) og afgående studielektor Ellen Sørensen (tidlig patientkontakt). 2)
KBU	SST: Målbeskrivelse for den kliniske basisuddannelse	De 5 regioner, jf BEK 1256, § 3	Klinik: Regionerne sikrer, at alle afdelinger/almen praksis har uddannelsesprogrammer (se ovenfor). Uddannelsesprogrammerne er forskellige i de 5 regioner. Koordinatorerne i de 5 regioner afgør, hvilke praksis der kan godkendes, og tildeler/matcher KBU-læger. Krav til tutorlægen
Intro	SST: Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i almen medicin.	De 3 videreuddannelsesregioner	Klinik: Uddannelseskoordinatorerne i de fem regioner afgør, hvilke praksis der kan godkendes, og tildeler/matcher I-læger. I København dog administrativt fra Videreuddannelsessekretariatet. Forudsætning: Godkendt tutorlægekursus samt tilfredsstillende evaluering. Krav til tutorlægen
Hovedudd.	SST: Målbeskrivelse for speciallægeuddannelsen i almen medicin	Videreuddannelsesregion Nord (Nordjylland, Midtjylland) Videreuddannelsesregion Syd (Syddanmark) Videreuddannelsesregion Øst (Hovedstaden, Sjælland)	Klinik: Hver uddannelsesregion har 1-2 almenmedicinske PKL. Nord og Syd: Hver sygehusafdeling har en AMU, som bidrager til kvaliteten af uddannelsesstederne sammen med en DYNAMU. Øst: Region Sjælland er opdelt i nord og syd, hver med 3 PUK, som roterer på uddannelsesstederne sammen med DYNAMU. Hovedstaden? Oversigt over lektorer (PKL eller PUF): Koordinatorerne (AMU eller PUK) i de fem regioner afgør sammen med DYNAMU'en, hvilke praksis der kan godkendes. Krav til tutorlægen. Teori: SPEAM-kurserne ligger i 3 uddannelsesregioner. DSAM's Kursusudvalg har til formål at sikre masterplan: kvalitet, helhed, emnedækning, relevans og kurser på landsplan. Hovedkursuslederne ansættes. Aktuelt Marianne Vedsted, Anne-Mette Rottwitt, Martin Ryt-Hansen. Specialespecifikke kurser (speam.dk): Nord – Syd – Øst. Ikke-specialespecifikke kurser: Forskningstræning, SOL 1, 2, 3. SOL 1 og 3 afvikles decentralt af videreuddannelsesregionerne, SOL 2 tilrettelægges af SST.
Selvvalgt efterudd.	Skal være godkendt af Fonden for Almen Praksis efter gld. regler		
Systematisk efterudd.	Curriculum fastlagt af Fonden for Almen Praksis	Lægedage, SGE, regionalt, nationalt, private udbydere.	Curriculum besluttet af Fonden for Almen Praksis efter indstilling fra PLO-E.

- 1) Studieordning udarbejdes med inddragelse af fagområder og sendes i høring hos øvrige universiteter, før den indstilles til godkendelse i studienævn og dekan for det pågældende universitet. Studieordningen beskriver: adgangskrav til uddannelsen; de enkelte fag, deres formål og faglige mål, som lægges til grund for bedømmelsen til eksamen; de enkelte eksamener og villårene for dem, oversigt over de generelle regler. Rammerne for uddannelser og studieordninger er fastsat i en række bekendtgørelser, som er udstedt af ministeriet.
- 2) København fortsat: Der udvikles p.t. en koordinerende funktion (v. Thomas Drivsholm) for alle uddannelseselementer på centret, såvel præ- som postgraduat, med såvel indholdsmæssigt som administrativt indhold. Ansættelser i alle stillinger sker på institutniveau (Institut for Folkesundhedsvidenskab) under medvirken af Afdeling for Almen Medicin. Ved professorater er fakultetet også involveret.

Forkortelser:

PHL/PUF: Postgraduat klinisk lektor/pædagogisk uddannelsesfunktion

PUK/AMU: Praksisuddannelseskoordinator/ almenmedicinsk uddannelseskoordinator

DYNAMU: Den yngre AMU

Hvem underviser?	Hvem godkender/eksaminerer?
Klinik: Der er klinisk ophold i almen praksis på alle 4 uni. Forskellige semestre og varighed. Mesterlære, videooptagelser, supervision, PSDAP-notater. Aalborg: 15 dages ophold fordelt på 1., 2. og 6. semester kandidat. Aarhus: 10 dages ophold på 6. semester kandidat. Odense: 10 dages ophold på 3. eller 4. semester kandidat. København: 8 dages ophold på 6. semester kandidat. Tidlig patientkontakt på 1. semester bachelor: 3 tutorlæge-superviserende samtaler med patient i dennes hjem + teori + tentamen. Specialespecifikt valgfrit kursus i a.m.: 24 dages ophold + teori + eksamen. Teori: Aalborg og Aarhus: A.m. er et selvstændigt fag. Undervisning varetages af praktiserende læger og i forskelligt omfang af andre faggrupper, forskere og ph.d.-stud. 3) Odense: Modulopbygget omkring emner (fx kvinde/barn, hjerte/lunge), almen medicin indgår i alle relevante emner. København: Klinisk kursus 6. semester: professorer, lektorer og adjunkter - alle speciallæger i a.m. med min. 6 års fuldtidsforskning, suppleres med eksterne lektorer, som er klinisk arbejdende almenmedicinere. 4)	Aalborg, kandidatdelen: Gruppeprøve efter 2. semester, mundtlig eksamen 6. semester med patient i konsultation i en praksis. Karaktergivende. Aarhus: Videokonsultation på instituttet ved praktiserende læger. Karaktergivende. Odense: Indgår i OSCE-eksamen. København: Klinisk kursus: Video-kons., case, teori. Karaktergivende. Tidlig patientkontakt: Tentamen på baggrund af rapport over samtalerne med patient. Specialefokuseret valgfrit kursus: Videokonsultationer, skriftlig opgave, karakter.
Klinik: Tutorlæge via mesterlære. Teori: 3 obligatoriske ikke-specialespecifikke kurser: Akut-, lærings- og kommunikationskursus. Ikke obligatorisk: Nogle regioner har også specialespecifikke kurser i a.m.: Introduktionskurser, dagskurser, temaeftermiddage.	Tutorlæge via www.logbog.net
Klinik: Tutorlæge via mesterlære. Teori: Obligatorisk ikke-specialespecifikt kursus: Vejledningskursus. Ikke obligatorisk: Nogle af de fem regioner har også specialespecifikke kurser i almen medicin: Introduktionskurser, dagskurser, halve og hele temadage.	Tutorlæge via www.logbog.net
Specialespecifikke kurser: Ikke noget system, selvsupplerende. Der er dog en masterplan for indholdet. Og et Kursusudvalg under DSAM, der består af 3 kursusledere, 3 undervisere og 3 kursister. Ikke-specialespecifikke kurser: ?	Klinik: Hospitalsafdeling, lægevagt og forskningstræning underskriver kvalifikationskortene, hvorefter tutorlægen kan godkende de forskellige kompetencer i www.logbog.net. Tilstedeværelse i klinikken minimum 90 %. Teori: Tilstedeværelse på kurserne minimum 90 %. Hovedkursusleder godkender i www.logbog.net.
	Refusion godkendes af PLO-E og kursus kan registreres i en logbog. Kursusudbyder skal registrere fremmøde.
PLO-E godkender de udbudte kurser.	3 kursusdage årligt er obligatoriske. Refusion godkendes af PLO-E, og kursus kan registreres i logbog. Kursusudbyder skal registrere fremmøde.

3) Almen medicin bidrager derudover til undervisning på andre fagområder (fx kommunikation, akutmedicin, pædiatri, gynækologi, ortopædkirurgi).

4) København: Specialespecifikt valgfrit kursus: Aktive seniorforskere (prof. og lektorer). Tidlig patientkontakt: Adjunkter, (eksterne) lektorer, professorer, ph.d.-studerende og postdoc. Afdelingens fastansatte lærere vejleder desuden medicin-, MPH- (Master of Public Health) og folkesundhedsvidenskabsstuderende i deres specialeskrivning.



DSAM i pressen

Læs klummen fra Sine Barrett-Madsen, der beretter fra journalist- og pressearbejderens maskinrum i DSAM.

DSAM bliver tit kontaktet af journalister om faglige spørgsmål. Det sætter vi pris på, da det giver mulighed for at give lægefagligt input til en historie og på den måde nuancere de til tider skarpe vinkler. På mit pressebord fylder især historier, der fokuserer på en bestemt type sygdom. Ofte følger spørgsmålet, om de praktiserende læger ved nok om en bestemt type sygdom. Et godt eksempel på den type henvendelser var, da Ekstra Bladet ringede vedrørende en patient, som led af RLS (Restless Legs Syndrom).

Ekstrabladsjournalisten forklarede, at en overlæge fra Bispebjerg Hospital havde udtalt, at RLS ikke er velkendt blandt de praktiserende læger. DSAM's formand, Anders Beich, blev spurgt, om det havde sin rigtighed, og til det lød svaret:

"Det er lidt pudsigt at høre den udlægning lige netop i forhold til 'rastløse ben', som er en velkendt diagnose i almen praksis. (...) den slags ud-

talelser skal være grundigt underbygget, før man kritiserer og generaliserer. Praktiserende læger hører tit, at der ikke er fokus nok på forskellige lidelser, og der kan da også være områder, der fortjener mere opmærksomhed."

Regeringen afskaffer lægers tavshedspligt

Den pressehistorie, der har fyldt mest i november, er en aftale i form af et lovforslag mellem alle Folketingets partier, der vil sørge for, at samtlige patientoplysninger bliver registreret og gjort tilgængelige for alle i sundhedsvæsenet i en såkaldt superjournal. Lovforslaget lægger ikke op til, at der vil være nogen form for samtykke for patienterne. Ifølge ministeriet er baggrunden for ændringen et ønske om at sikre patienter den bedste behandling og undgå fejlbehandlinger, hvilket kræver, at alle patientdata følger patienten rundt i sundhedsvæsenet. Det betyder en afskaffelse af lægers tavshedspligt, da oplysningerne også vil indeholde patienternes dybeste og fortrolige oplysninger givet i – fortrolighed – til lægen.

DSAM's kritiske høringssvar blev fulgt op af en velskrevet kronik forfattet af DSAM, der sammen med forsidehistorien "Pas på med, hvad du si-

ger til lægen. Det kan gå videre til andre," blev bragt i Jyllands-Posten. Ritau, DR og mange flere landsdækkende medier tog hurtig forsidehistorien til sig.

Sundhedsminister Ellen Trane Nørby (V) udtalte til flere medier, at "der er tale om en skræmmekampagne." Formand for DSAM udtalte kontra, at på den ene side står hensynet til, at der skal være adgang til oplysninger på kryds og tværs i sundhedsvæsenet, og på den anden side hensynet til fortrolighed mellem læge og patient, som man ønsker at bevare. Problemet er, at den nye lov kun tilgodeser den ene side af ligningen og tilsidesætter fortroligheden. Hver gang, man forsøger at rejse debatten om netop dette, bliver man beskyldt for at piske en stemning op. //



Foto: Mads-Peter Eusebius Jakobsen



Mahlerprisen gik i år til Flemming Bro

Mahlerprisen, de praktiserende lægers ærespris, uddeles hvert år ved Lægedage. I år gik prisen til professor ved Aarhus Universitet og praktiserende læge Flemming Bro.

”Flemming Bro har som forsker stadigt benene solidt plantet i en praksis og kender til hverdagen og kontakten med patienterne og de udfordringer, den praktiserende læge har. Det kvalificerer hans forskning, så den bliver praksisnær. Man kan mærke, at Flemming også inspireres fra hverdagen og er nysgerrig og tager ideer med derfra”, siger formand for DSAM, Anders Beich, om årets prismodtager.

Via sin tilknytning til Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og sit virke som praktiserende læge har Flemming Bro bygget bro mellem forskning og kvalitetsudvikling i almen praksis. Indsatserne har blandt andet omfattet udvikling af efteruddannelsesstilbud, et samarbejdsprojekt om kontrol og efterbehandlingsforløb for patienter med prostatacancer og udarbejdelse af arbejdsredskaber til de praktiserende læger, som bliver anvendt i flere regioner.

Flemming Bro har bidraget til et konstruktivt samarbejde om udviklingen af almen praksis i et sammenhængende sundhedsvæsen. Gennem åre-

ne, også som lægelig konsulent tilknyttet Region

Midtjylland, har han været initiativtager til større og mindre forandringsprojekter med almen praksis som omdrejningspunktet.

Flemming Bro er i sit virke rolig, systematisk, empatisk og eftertænksom. Han er god til at sætte praksis i system med brug af årshjul og elementer af LEAN og god til at give kollegial feedback. Han benytter de værktøjer til implementering og forandring af praksis, som han er med til at udvikle som forsker.

Flemming Bro var indtil sommeren 2016 leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. I sommeren 2016 blev han professor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Han har fortsat funktioner på Forskningsenheden og arbejder i almen praksis to dage om ugen.

”Flemming Bro er en utroligt dygtig formidler, især i forhold til implementering og organisationsudvikling – og nu også klyngeopbygning – på baggrund af de erfaringer, han har fra ophold i udlandet. For nyligt er han blevet ansat som lægekonsulent i KiAP, hvor udviklingen af kvalitetsarbejdet skal foregå i fremtiden. Det er vi utroligt glade for”, sagde Anders Beich i sin tale ved prisoverrækkelsen.

For et par år siden var Flemming Bro i New Zealand for at studere landets erfaringer med netop klynger, som lægerne der har været organiseret i gennem de sidste 20 år.

”Erfaringerne er, at klyngerne både har flyttet kvaliteten, men også styrket lægegruppen lokalt og nu fungerer som en slags talerør for praktiserende læger. På den måde kan klyngerne blive et nyt og stærkt fællesskab, som kan udvikle sig til en stærkere stemme for praktiserende læger”, fortæller Flemming til Lægedageavisen. //





Et givende fællesskab

Highlights fra Lægedage 2018



Foto: Claus Boesen

Lægedage er med 28 år på bagen blevet en tradition for almen praksis. Med mere end 3.100 deltagere er det i konferencessammenhæng ubetinget årets højdepunkt. En tredjedel af alle praktiserende læger har været i Bella Center i uge 46. Praksispersonalet fyldte også godt op med ca. 1.200 deltagere, og så fandt mange kommende praktiserende læger også vej til denne traditionsrige begivenhed. Årets tema var: Faglighed i fællesskab.

Åbningssessionen er det officielle startskud. Her var sundhedsminister Ellen Trane Nørby med til skyde Lægedage 2018 i gang. Ministeren havde endda bedt om at komme lidt tidligere og møde nogle af de yngre læger, der er så hårdt brug for i almen praksis. Det var en lyttende og nysgerrig minister, der hørte, hvad der var vigtigt for de unge læger. Også en kritisk stemme fra en af de yngre læger, der havde fravalgt almen praksis til fordel for et mere "velordnet" liv i et andet speciale...

Roar Maagaard fra Videreuddannelsesudvalget i DSAM fortalte (iført kampagneskit for at skaffe tutorlæger) sundhedsministeren om, hvordan man kunne øge antallet af kommende læger i almen praksis, herunder hvordan etablerede læger kunne hjælpe dem godt på vej ved at blive tutorlæger.

Det blev også til en tur forbi KiAP's stand på Lægetorget. Christian Freitag og Anders Beich kunne således – hjulpet på vej af Rikke Agergaard, programchef for KiAP – opdatere Ellen Trane Nørby på forventningerne til og arbejdet med etableringen af klynger.

Åbningsdebatten

Formand for Styregruppen for efteruddannelse og bestyrelsesmedlem i

Anders Beich, formand for DSAM, havde en aktiv rolle i åbningsdebatten og på sessionen "Med formændene".

Foto: Claus Boesen



PLO, Gunver Lillevang, bød sammen med PLO's formand, Christian Freitag, velkommen til åbningen. Sundhedsminister Ellen Trane Nørby lagde i åbningstalen ud med at sige, at hun håber på, at vi i en kommende sundhedsreform og opbygning af sundhedsfællesskaber vil spille en om muligt endnu større og endnu mere aktiv rolle for patienterne i fremtidens sundhedsvæsen.

Herefter fulgte den politiske debat om "faglighed i fællesskab". Samarbejdet på tværs blev et tema i debatten: samarbejde om at løse udfordringerne med lægemangel, samarbejde om at skabe bedre trivsel og endnu bedre samarbejde mellem kommuner, regioner og almen praksis.

Sundhedsminister Ellen Trane Nørby kom med en opfordring til at tænke lidt nyt i indretningen af almen praksis. Brugen af praksispersonale blev fremhævet som en af vejene til at løse de store problemer med lægedækning – en vej, som også kunne være med til at øge trivslen hos de praktiserende læger.

Anders Beich, formand for DSAM, greb denne bold med en løftet pegefinger om, at man skulle være varsom med at fortynde og udvande faglighe-

den i almen praksis – en løftet pegefinger, der blev beskrevet metaforisk med alkoholemængden i øl. Alkoholfrie øl kunne være fine, men meget af den gode smag forsvandt som regel med denne fortynding. Mere praksispersonale kunne ikke i sig selv løse kapacitetsproblemerne og forbedre trivslen. De kunne sagtens bidrage, men man kommer ikke udenom, at der er brug for flere læger i almen praksis, var budskabet.

Professor Kjeld Møller Petersen fremhævede tillid som det, der i det fremtidige arbejde er altafgørende for, at man kan finde løsninger på de nuværende trivsels- og kapacitetsproblemer. Det var en pointe, som Kristian Heegaard fra KL's Sundheds- og ældreudvalg bifaldt, samtidig med at han pegede på, at rollerne med en kommende sundhedsreform nok ville ændres noget. Han var fortalende for, at man flytter opgaver i stedet for at tale om opgaveglidning.

Fællesskab

Efter uddelingen af årets Mahlerpris fik vi to oplæg – et om fællesskab og nysgerrighed ved forfatter og foredragsholder Tommy Krabbe og et om, hvad vi kulturelt er, som blev rundet



Foto: Claus Børsen

af ved højskoleforstander og formand for Danske Folkehøjskoler Lisbeth Trinskjær. Åbningssessionen blev afsluttet med fællessang styret af Drengekorets dirigent Emil Ritter. Det blev en festlig afslutning på en fin åbnings-session. Hvis du gik glip af åbningen, har du mulighed for at se videoer fra åbnings-sessionen på Laeger.dk.

Mød formændene

Tirsdag aften var det tid til sessionen "Mød formændene" med Christian Freitag og Anders Beich. Igen stod Nynne Bjerre Christensen for at styre slagets gang. Efter et kort statusoplæg fra hver af de to formænd blev ordet givet frit til spørgsmål fra salen og indkomne spørgsmål via Facebook. Temaerne var blandt andet fortroligheden mellem læge og patient samt de nye regler i sundhedsloven om deling af data, forebyggelse i almen praksis, patientforeningers indflydelse og behovet for populationsomsorg.

Temasessionen

Den store temasession om onsdagen handlede om faglighed, fællesskab og trivsel. I panelet var Søren Brostrøm, direktør i Sundhedsstyrelsen, Anders

Seneca fra Dogmekompagniet, Heidi Bøgelund Frederiksen fra SYDPOL og de praktiserende læger Lars Skovfoged Nielsen og Gunver Lillevang. Anders Seneca åbnede sessionen med at skille begreberne ad og opfordre til at få sat fokus på kerneopgaven i almen praksis. En af hans pointer var, at vi ikke skal tænke ud af boksen, men i stedet tænke ind i boksen og forbedre det, der er vores kerneopgave.

Klyngeetablering

Lægetorvet var i ugens løb samlingspunktet, hvor fem klyngekoordinatorer fortalte om deres erfaringer med opstart af klynger. Det blev til forskellige historier om, hvordan man kunne etablere sig. De havde dog også en række fællestræk, herunder at alle skulle bruge en del tid på at finde vej igennem alle praktikaliteterne. Til dem, der ville høre mere, var sekretariatet fra KiAP til stede hele ugen.

Kurserne

Det faglige program på Lægedage bød i år på hele 137 forskellige kurser. Heraf var 67 kurser for læger, 43 var fælleskurser for både læger og personale, og 27 kurser var målrettet praksisper-

sonalet. De mest besøgte kurser var om søvnproblemer hos vores patienter og os selv, diagnostik og behandling af depression, hovedpine, dermatologi, menopause, klimakterie- og hormonterapi. Men der var også nye kurser med titler som f.eks.: ... Og hvordan med sexlivet, Jensen? Klyngerne – hvordan får og bruger vi data? KOL – den varme kartoffel i den nye overenskomst. Vov at se, høre og handle – om overgreb mod børn.

Lægedage har vokset sig så stort, at det eneste sted i landet, der kan rumme arrangementet, er Bella Center i København. For at sikre, at dem, der kommer langvejs fra, på forhånd ved, om de kan få plads på de kurser, de gerne vil deltage i, har vi indført tilmelding til alle de kurser, der ikke er placeret i et auditorium. Det har deltagerne taget godt imod, og som en service står deltagerens personlige program på navneskiltet. Det er jo ikke sikkert, at man helt kan huske, hvilke kurser man tilmeldte sig i august, når man kommer til november.

Næste års Lægedage løber af stablen i uge 46, og tilmeldingen åbner i august. Vi håber at se dig til Lægedage 2019. //



Voxpop fra Lægedage

Practicus var med ved dette års Lægedage. Vi spurgte et par af deltagerne, hvorfor de er med. Hvad tager de med hjem? Og hvad bør en kanon i efteruddannelse indeholde?



Kristine Hjulær Lund, praktiserende læge i tomandskompanisk praksis i Silkeborg



Mads Søndergaard, praktiserende læge i samarbejdspraksis med tre andre i Frederikshavn



Eva Bohnstedt Christensen, praktiserende læge i solopraksis på Nørrebro i København

Hvad er den vigtigste grund til, at du tager på Lægedage?

Kristine: Lægedagene har ALTID gode kurser. Jeg har deltaget mange gange og altid fundet kurser, som er fagligt relevante. Når jeg vælger kurser, er det vigtigste for mig at understøtte det faglige ståsted i hverdagen, men det må meget gerne være formidlet af engagerede kollegaer. Lægedage har også

den kvalitet, at vi møder tidligere kollegaer og studiekammerater. Desuden er det lærerigt og inspirerende at tale med kollegaer fra andre dele af landet og andre praksiskonstellationer.

Mads: Det er det bedste sted at opnå en bred opdatering af min lægelige faglighed og lederkunderskaber på kun fem hverdage. Jeg har de sidste mange år deltaget med personale i alle fem dage. Og det er altid en kanon oplevelse. Her styrkes båndene og samarbejdet i min klinik og til samarbejdspraksis og andre kolleger.

Eva: Det sociale aspekt fylder meget hos mig. På Lægedage møder jeg tidligere kolleger fra hoveduddannelsen, og det er hyggeligt at høre, hvor de er i deres praksisliv nu. En del har fortsat ikke købt praksis. Jeg kan godt forstå usikkerheden, men jeg prøver også at fortælle om det tilfredsstillende ved at have egen praksis.

Er der en oplevelse – et kursus eller andet – som du især vil huske Lægedage 2018 for?

Kristine: Kurset "Mandens helbred", og så var åbningsdebatten og Mød formændene gode og opløftende indslag efter flere år med pessimisme.

Mads: Kurset "Et liv i balance" overraskede positivt, ikke mindst takket være en engageret og meget inspirerende underviser. Vi var kun tre mænd i lokalet. Det var en speciel oplevelse at være klart i mindretal, men vi gik derfra med god energi til det fortsatte praksisliv.

Eva: Kurset "Den døende patient". Hospitalspræsten lagde ud fra morgenstunden. Det var meget gribende og godt formidlet. Særligt berørt blev jeg af citaterne fra bønnebogen i hospitalskirken. Det var svært ikke at få ekstra vand i øjenkrogene af de meget personlige beretninger.

Hvis du skulle sammensætte en kanon for efteruddannelse, hvilke kurser skulle den så indeholde?

Kristine: Vores behov afhænger af erfaring. En egentlig kanon bør jo bl.a. indeholde både akutmedicin, psykiatri minor og forebyggelseselementer. Så derfor er Lægedage gode, som de er nu, fordi man kan plukke ud fra behov - og nogle gange blive overrasket.

Mads: Først og fremmest: efteruddannelse uden tvang. På Lægedage vil en kanon bestå af en dag med systematisk efteruddannelse, en fælleskursusdag med mit personale, f.eks. "teamarbejde i klinikken" eller "de syv verner". En hel dag med højaktuelle emner. En dag med bred almenmedicinsk opdatering. En halv dag med "de små specialer" og en halv dag med it- og administrativ opdatering og fokus på at undgå overadministration og djøfisering.

Eva: Bevægeapparatets lidelser - der kunne jeg godt bruge mere viden og konkrete håndgreb. Desuden psykiatri minor og den multimorbide patient. Praksisdrift og vedligeholdelse af egen psykisk sundhed ville heller ikke være skidt. //



Personalets efteruddannelse og lægernes ledelse

Der er brug for anderledes ledelse og almenmedicinsk retning.

Udflytning af kronikere fra sygehusene, kapacitetsproblemer og lægemangel har været med til at åbne en debat om praksispersonalets rolle i fremtidens almenpraksis. Der er sendt mange "prøveballoner" op om udvidede beføjelser, som eksempelvis ordinationsret for sygeplejersker i forbindelse med lanceringen af en ny kandidatuddannelse. Sådanne overvejelser rejser et naturligt spørgsmål om praksispersonalets kompetencer – nu og i fremtiden. Kan de udføre alle de

nye opgaver med de nuværende kompetencer? Hvad skal der til, hvis de mangler kompetencer? Skal de overtage kerneopgaver fra lægerne? Jeg vil i denne artikel prøve at folde noget af denne debat ud og pege på to udfordringer, jeg tror, vi skal være særligt opmærksomme på. For det første bør væksten i de nye initiativer vedrørende praksispersonalets efteruddannelse fortsat have en almenmedicinsk retning. For det andet kræver ændringerne i personalets kompetencer mere – eller i hvert fald en anden form for – ledelse af de praktiserende læger. Blot at "forlænge brædderne" uden yderligere refleksion vil ikke bare gå ud over effektiviteten i almen praksis. Det vil også medføre risiko for et stort videntab, hvis de dygtigste personaler ikke får lov til at bruge deres kompetencer.

Mere og mere efteruddannelse

Med den overenskomstaftale, der så

dagens lys i 2018, kom der et mindre gennembrud i praksispersonalets efteruddannelse med en tilskudsberettiget efteruddannelse inden for KOL og type 2-diabetes. Det er dog værd at bemærke, at det ikke er nye penge, der tilføres. I praksis tages pengene fra de læger, der ikke har brugt deres efteruddannelsesmidler i de sidste to år, altså egenkapitalen i Fonden for Almen Praksis.

Derudover har regeringen afsat 10 mio. kr. til en øget satsning inden for lungeområdet, hvor der skal ske et kompetenceløft i forhold til udførsel og tolkning af lungefunktionsundersøgelser.

I slutningen af 2018 slår en række professionshøjskoler dørene op for en specialuddannelse i borgernær sygepleje. I 2019 er det Aarhus Universitet, støttet af en række store kommuner og sponsoreret af Dansk Sygeplejeråd (DSR), der udbyder en APN-uddannelse (Advanced Practice Nursing). Begge uddannelser forsøger at appellere til sygeplejersker i almen praksis. Det vil med stor sandsynlighed komme til at få en betydning for udviklingen i praksispersonalets efteruddannelse. Endelig er der kommet et regeringsudspil om det nære sundhedsvæsen, hvor man ønsker at styrke praksispersonalets kompetencer inden for mental sundhed, ligesom man vil afsætte midler til efteruddannelse af syge-



huspersonale, som ønsker at flytte til de mange nye forventede stillinger i almen praksis.

Tusinde blomster blomstrer

Lægemangel og mange nye opgaver, som ligger lige til for praksispersonalet, vil betyde, at mange af disse efteruddannelsesinitiativer nok skal blive til noget. Der er klart et marked for dette – og en stor efteruddannelsesult hos personalet. I PLO-E mærker vi i den grad sulten efter mere og mere efteruddannelse. Kurserne i KOL og type 2-diabetes får eksempelvis hurtigt lange ventelister.

Det går stærkt lige nu – og det er på mange måder godt. Der bør dog også manes til en vis forsigtighed ved denne opblomstring af de mange nye efteruddannelsesinitiativer. Det kan både blive lidt for meget, og det kan let blive efteruddannelse uden en almenmedicinsk retning. Det er vigtigt, at væksten i personalets efteruddannelse ikke bare balanceres i forhold til lægernes behov i klinikkerne, men også får en almenmedicinsk retning. Rene hospitalsrettede eller biomedicinske kurser er ikke kun et problem i lægernes efteruddannelse, men er det også for praksispersonalet.

Ligesom lægernes efteruddannelse meget nøje udvikles ”til gavn for praksis og patienter” med eksempelvis praktiserende læger i kursusledelsen, så må personalets efteruddannelse ikke udvikle sig til at blive rene biomedicinske opdateringer. Skal personalet varetage flere af de opgaver, som tidligere blev løst af den praktiserende læge, så er det vigtigt, at de forstår det bio-psyko-sociale fundament, som lægernes virke bygger på. Det er nemt at tabe det personcentrede og relationelle i de meget fokuserede kurser inden for afgrænsede sygdomsområder. I de kommende år vil der utvivlsomt

blive behov for at formulere mere eksplicite krav til og behov for en almenmedicinsk efteruddannelse for praksispersonalet.

Efteruddannelse kræver også mere ledelse

Med et ændret kompetenceniveau for praksispersonalet, herunder mange nye tilbud og ønsker til personalets efteruddannelse, er der også opstået et behov for en styrket lægelig ledelse. At investere i personalets efteruddannelse bliver kun til en god forretning – og til gavn for patienterne – hvis man efterfølgende også udnytter personalets nye kompetencer og

gaver, hvor kompetencerne kan være til gavn for klinikken og patienterne. På den anden side – og det er nok den sværeste del – betyder personalets nye kompetencer, at man som læge (og leder) også skal se på sig selv og beslutte, hvad der er det vigtigste i egne opgaver. At uddanne en sygeplejerske til praksismanager er ikke hensigtsmæssigt, hvis man selv vil blive ved med at være nede i alle hjørner af de administrative opgaver.

Ledelse af et stadig mere kompetent personale kræver, at man har modet til at uddelegere og udvise tillid til andre. Ingen tvivl om, hvor ansvaret ligger. Det er hos lægen (og klinikeje-

Den tidligere amerikanske præsident

Barack Obama udtalte en gang, at alle de lette opgaver altid blev taget af hans medarbejdere.

Hans opgave var derfor at tage sig af alle de svære og risikofyldte opgaver.

færdigheder. At komme hjem fra et kursus uden mulighed for at afprøve de nye færdigheder i praksis kan være stærkt demotiverende – og det er noget, der særligt kan få de dygtigste personer til at rejse videre meget hurtigt.

Ledelse af et stadigt mere kompetent personale kræver ofte nye måder at lede på. Og så er det vigtigt at holde sig for øje, at denne ledelsesopgave er dobbeltsidig. Den peger både udad og indad. På den ene side er der den umiddelbare ledelsesopgave at kunne forholde sig til personalets stigende sult på efteruddannelse, til deres ønsker og behov for nye kompetencer (eller vedligeholdelse af dem), herunder en ændret dagligdag med nye op-

ren). Selv de læger, der allerede har lagt meget ud til personalet – og det er nok de fleste – bør også gøre sig den overvejelse, om der er uddelegeret nok opgaver og de rigtige opgaver.

Dette behov for justering af ledelse i takt med øgede kompetencer hos personalet er ikke nogen nem opgave. Den tidligere amerikanske præsident Barack Obama udtalte en gang, at alle de lette opgaver altid blev taget af hans medarbejdere. Hans opgave var derfor at tage sig af alle de svære og risikofyldte opgaver. Tilsvarende er det vigtigt, at man som læge og leder minder sig selv om ikke at løse medarbejdernes opgaver men kun tager de opgaver, der grundlæggende kræver en leder og en læge. //



Nordisk kongres 2019 – skal du med?

Den 17. juni 2019 åbnes dørene for fire dage med spændende keynotes, interessante workshops og fremragende forskning, når Aalborg danner rammen om den 21. udgave af Nordisk

Kongres for Almen Praksis. Forventningerne er med rette høje. Nordisk Kongres bygger på en rig tradition for indhold af høj kvalitet, og tilslutningen fra de skandinaviske lande for-

ventes igen i år at være høj. Practicus har interviewet tre læger, der skal med til kongressen. //



CHRISTIAN VALENTINER-BRANTH, PRAKSISEJER I VEJLE:

Hvad forventer du at få ud af deltagelsen?

Jeg skal forhåbentlig præsentere et abstract med resultater fra vores ultralydsprojekt i Region Syddanmark.

Hvad glæder du dig mest til?

Jeg glæder mig til at møde kollegaer fra ind- og udland.

Hvad kan du bruge deltagelsen til i din arbejdshverdag?

Alle kurser, kongresser eller lignende, hvor jeg bliver opdateret på almenmedicinsk viden, giver et boost i hverdagen, så jeg kan bibeholde arbejdsglæden.



HANS CHRISTIAN B. NØRGAARD, FASE 1-LÆGE I ØSTJYLLAND:

Hvad forventer du at få ud af deltagelsen?

Faglig og kollegial inspiration. En mere insider-agtig viden om, hvilken vej vores fag/speciale går i både ind- og udland.

Hvad glæder du dig mest til?

At møde både mine danske kollegaer og tidligere studiekammerater samt

at gense og få nye udenlandske bekendtskaber.

Hvad kan du bruge deltagelsen til i din arbejdshverdag?

Forny energi til arbejdet i praksis og ny inspiration og nye tanker om forskellige måder at have en dagligdag i almen praksis.



**DORTE EJC JARBØL,
PROFESSOR I ALMEN MEDICIN,
SYDDANSK UNIVERSITET:**

Hvad forventer du at få ud af deltagelsen?

Jeg forventer, at blive opdateret på nye forskningsresultater og at møde gode venner og kolleger fra både nationale og internationale netværksgrupper – og derigennem få mulighed for at diskutere, hvad der rører sig inden for vores fag.

Hvad glæder du dig mest til?

Jeg glæder mig til den forventningsfulde stemning af kongres – hvor kolleger har forberedt sig og er max. klar til at præsentere. Jeg glæder mig til dialogen om undervisning, kvalitetsudvikling og praksisnær forskning, der kan udvikle vores fag.

Hvad kan du bruge deltagelsen til i din arbejdshverdag?

Som almenmedicinsk forsker er deltagelse i den almenmedicinske kongres vigtig, da det er væsentligt at lære at formidle sine forskningsresultater. Feedback og dialog er nødvendig, når resultaterne skal implementeres i min kliniske hverdag. Som praktiserende læge tager jeg dialogen om faget med hjem i min praksis. De fleste forskningsresultater skal fordøjes og fortolkes, inden de kan overføres til min hverdag i praksis, men jeg bruger også deltagelsen til at finde områder, der kan give anledning til refleksion over, om vi gør tingene på den rigtige måde.

FAKTABOKS

Nordisk Kongres afholdes 17.-20. juni 2019. Kongressproget er engelsk, og hovedtemaerne er "Core values, Current challenges og Changing practice". Der arrangeres praksisbesøg på åbningsdagen samt løb, yoga og gospelkor under kongressen.

Der holdes prækongres for de yngre almenmedicinere den 15.-16. juni 2019 med temaet "Changing practice".

Læs mere og tilmeld dig kongressens nyhedsbrev på www.nordicgp2019.dk. Du kan også følge kongressen på www.facebook.com/pg/NCGP2019.

21st Nordic Congress of General Practice 2019
Promoting General Practice Perspectives
17-20 June 2019, Aalborg, Denmark

Main themes:

- core values
- current challenges
- changing practice

SAVE THE DATES

www.nordicgp2019.dk

dsam
Danish College of General Practitioners

NYGP

Nordic Pre-Congress for Young General Practitioners
15. og 16. juni 2019 // Aalborg
Læs mere på nordicgp2019.dk



Argumentation, ansvar og debat

Almenmedicinsk Ph.d.-forum 2018
– et årligt træf for almenmedicinske forskerspirer

Én gang årligt mødes ph.d.- og forskningsårsstuderende fra miljøerne ved de fire forskningsenheder for almen praksis i henholdsvis København inkl. Sjælland, Odense, Aarhus og Aalborg. Arrangementet kaldes Ph.d.-forum, og det foregik i år i Roskilde over to dage i september. Deltagerne repræsenterede de tværdisciplinære miljøer ved de forskellige forskningsenheder, og således deltog blandt andet læger, antropologer, fysioterapeuter, psykologer og folkesundhedsvidenskabere.

Ph.d.-forum er en interessegruppe under DSAM, der har til formål at muliggøre netværksdannelse, samarbejde

samt erfarings- og idéudveksling blandt ph.d.-studerende og andre forskningsspirer inden for almen medicin, som endnu ikke har opnået en ph.d.-grad.

To intensive dage med argumentation, ansvar og debat

Temaerne for årets møde var 'Argumentation i teori og praksis' ved retoriker Signe Hegelund og 'Forskningsetik' ved bioetiker Mickey Gjerris. Det viste sig at være en god cocktail, som satte rammerne for nogle heftige dage med træning i både diskussion og refleksion over aktuelle sundhedsdebatter, og ikke mindst hvordan man som forsker vover pelsen og deltager i dem.

Øget bevidsthed om argumentets udspring

På årsmødets første dag havde vi fornøjelsen af Signe Hegelund, som blandt andet arbejder som underviser, vejleder og kursusudvikler. Hun holdt en interessant workshop



Årets Ph.d.-forum i Roskilde bød på to karismatiske oplægsholdere, en rundvisning på Vikingskibsmuseet og mulighed for en gå-/løbetur langs den smukke havn i Roskilde. Alle forskningsenheder var repræsenteret, og nye såvel som garvede ph.d.-studerende var mødt op til netværk og udveksling af humoristiske, personlige oplevelser ved middagsbordet.

Negar Pourbordbari, formand for Ph.d.-forum, læge, ph.d.-studerende, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aalborg

om argumentation i teori og praksis. For at fremme relevansen tog workshopen udgangspunkt i cases, som vi deltagere havde forberedt hjemmefra, og som handlede om aktuelle debatter såsom vaccinationer, opioider og cannabis i almen praksis. Hver case bestod af en beskrivelse af debattens omdrejningspunkt og en skitsering af en persona, inklusive dennes argumenter, som vi som fagprofessionelle gerne ville øve os i at argumentere mod. Inden deltagerne i grupper gennemspillede de forskellige cases og deres modsatrettede positioner, indførte Hegelund os i argumentationens forskellige niveauer og ståsteder. Hun understregede gentagne gange, hvor vigtigt det er, at man er bevidst om både eget og modtagers udgangspunkt, hvis man vil lykkes med sin argumentation. Hvorfra udspringer argumenterne? Appellerer de til fornuften eller følelserne? Kan man overhovedet få hul igennem ved at smide evidensbaserede forskningsresultater på bordet, hvis den, der sidder over for dig, er en følelsepåvirket mor, som helt grundlæggende frygter for sin datters helbred? Men hvor efterlader det os? Kan vi så ikke argumentere over for lægpersoner uden at gå på kompromis med vores faglighed? Ifølge Hegelund er svaret et klart "jo", men ud over fokus på argumenternes udspring kræver det øvelse og opmærksomhed på, hvor i opbygningen af det gode argument man er: påstand, belæg eller hjemmel?

Når jobbet forpligter

På årsmødets anden dag havde vi fokus på etik. Dagens oplægsholder var Mickey Gjerris, der er ph.d. i bioetik og arbejder som lektor, foredragsholder og forfatter. Gjerris startede dagen med et oplæg om, hvad etik er for en størrelse, og om forskerens etiske ansvar. Her talte han blandt andet om, at man i rollen som forsker må acceptere, at magt og ansvar er grundvilkår, og at de to ting går hånd i hånd. Som forsker guides man på vej af det danske kodeks for integritet i forskning, som har tre grundpiller: ærlighed, gennemsigtighed og ansvarlighed. Kodekset udgår fra Uddannelses- og Forskningsministeriet og skal

give forskningssamfundet en ramme for at fremme fælles principper og standarder. Det lyder jo alt sammen meget godt, men det er desværre ikke altid lige så enkelt at efterleve i praksis. Som eksempel på én type problematik greb vi fat om emnet 'videnskabelig usikkerhed'. Som ærlig, gennemsigtig og ansvarlig forsker bør man være åben om den videnskabelige usikkerhed, som er nærværende i alle forskningsprojekter, men hvordan rapporterer man usikkerheden i f.eks. publikationer? Hvad hvis ens ærlighed står i vejen for publikationen, eller hvis informationen ender med at blive misbrugt? Hvordan kommunikerer man usikkerheden til offentligheden, når det, der efterspørges, ofte er enkle og letforståelige budskaber? Gjerris kom ikke med bud på nogle lette løsninger, men med en opfordring til at dele udfordringer og tvivlsspørgsmål med hinanden.

Således sluttede vi Ph.d.-forums faglige program af med at lytte til en række eksempler fra vores egne forskningsprojekter, hvor etiske spørgsmål havde været på højkant og i nogle tilfælde fortsat var uafklarede. Hvis ikke workshopen allerede havde gjort budskabet soleklart, så stod det efter eksemplerne fra virkeligheden bøjet i neon – etiske spørgsmål kan i den grad være udfordrende og komplekse.

Tid til vigtigt socialt samvær

Selvom de faglige indspark er grundlæggende for gruppens tilbagevendende møder, så er det i lige så høj grad givende at have tid til at tale sammen på kryds og tværs. Det handler dels om at møde kolleger fra de andre forskningsenheder, som interesserer sig for samme emne eller metode som en selv, dels om at sparre med ligesindede, som kan relatere sig til de udfordringer, der næsten pr. automatik er en del af et forskningsprojekt – her desuden med fælles udgangspunkt i almen praksis.

Afslutningsvis skal lyde en stor tak til årets bidragsydere: Yngre Læger, Primær Sundhed i Region Sjælland og forskningsenhederne for almen praksis. //



Ultralyd er fremtidens stetoskop – et kraftfuldt værktøj

PÅ DSAM's årsmøde præsenterede jeg indholdet af mit ph.d.-studium for de fremmødte. Det var et stort privilegium for mig som ung forsker at have tre minutters taletid foran så mange praktiserende læger. Og min præsentation blev taget rigtig godt imod – jeg vandt faktisk ph.d.-cuppen! Det var bestemt ikke noget, jeg havde regnet med, men jeg er meget taknemlig over anerkendelsen af mit og mine kollegers arbejde.

Brugen af ultralyd i almen praksis er stigende. Ultralydsundersøgelser er nemlig ikke længere forbeholdt specialisterne på sygehusene, idet udviklingen i teknologien har gjort ultralydsscannerne mindre, bedre og billigere. Dermed er teknologien blevet tilgængelig for flere – også for praktiserende læger.

Ultralyd kan potentielt give den praktiserende læge et værktøj, som kan forbedre diagnostikken i almen praksis. Hvis lægen f.eks. mistænker, at patienten har problemer med at tømme blæren, så vil ultralyd kunne be- eller afkræfte dette med det samme. Endvidere vil ultralyd kunne gøre det nemmere at tage blodprøver og lave indsprøjtninger i led, da man kan følge nålens vej ind i kroppen og se, at nålen kommer derhen, hvor man ønsker det. Det er også muligt, at ultralydsscanning i almen praksis vil kunne hjælpe lægen med at færdigbehandle flere patienter i almen praksis eller kvalificere henvisninger, så patienten hurtigere bliver vurderet i sekundærsektoren. Således er det muligt, at ultralyd i almen praksis vil kunne forbedre patientbehandlingen. Stadig flere praktiserende læger

tager teknologien til sig, og flere beskriver ultralyd som fremtidens stetoskop – men ultralyd er et kraftfuldt værktøj!

Brugen af ultralyd er stærkt brugerafhængig, og dermed er der stor risiko for fejlagnostik – særligt hvis den praktiserende læge ikke er tilstrækkeligt uddannet eller ikke kender sine egne begrænsninger. Der er risiko for, at sygdom overses, og dermed at udredning eller behandling forsinkes. Desuden er der risiko for overdiagnostik eller fund uden klinisk betydning, hvilket kan sygeliggøre raske personer og medføre overbehandling og spild af ressourcer.

Jeg har gennem flere eksplorerende studier undersøgt, hvordan ultralyd anvendes i dansk almen praksis. I mit første studie gennemgik vi systematisk hele den internationale videnskabelige litteratur for at finde ud af, hvordan ultralyd traditionelt bruges af praktiserende læger. Hvad scanner de? Hvor hyppigt scanner de? Og hvad er tidsforbruget? Vi ønskede også at finde ud af, hvordan lægerne er uddannet, og hvor gode de er til at scanne. Sidst ønskede vi at kigge på kvaliteten af ultralyd i almen prak-



FAKTABOKS

God forskning bliver til i gode teams. Camilla er ph.d.-studerende i Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet (CAM AAU). Camillas vejledere er Martin Bach Jensen fra CAM AAU, Annette Davidsen og John Brodersen fra Københavns Universitet og Ole Graumann fra Radiologisk Afdeling på Odense Universitetshospital. Derudover har Camilla et tæt samarbejde med Dansk Almenmedicinsk Ultralyds Selskab.

sis, og hvilke potentielt skadelige følger der var beskrevet efter praktiserende lægers brug af ultralyd.

Herefter vendte vi blikket mod Danmark. I mit andet studie interviewede vi 25 danske praktiserende læger for at undersøge erfaringer med og holdning til, hvordan ultralyd kunne bruges i dansk almen praksis. De læger, som brugte ultralyd, fortalte os om typerne af undersøgelser, de udførte, hvordan de integrerede ultralyd i deres konsultation, og hvilke konsekvenser deres brug af ultralyd fik for patientbehandlingen. De læger, som ikke brugte ultralyd, fortalte om de bekymringer, de havde, og de udfordringer, de så. Blandt andet var flere af dem i tvivl om, hvorvidt ultralyd i almen praksis ville gøre nogen forskel.

Det satte vi os for at undersøge i det tredje studie. Her fulgte vi 20 praktiserende lægers konsultationer med 570 ultralydsscannede patienter. Vi spurgte lægerne om deres arbejdsdiagnose, plan og behandling for patienten før og efter ultralydsscanning af patienten. På den måde kunne

vi måle, om ultralyd gjorde en forskel i konsultationen. Vi spurgte også patienterne om deres oplevelse med at blive undersøgt med ultralyd.

I mit næste studie skal vi undersøge, om praktiserende læger gør skade på patienterne ved at bruge ultralydsscanning. Vi vil gennemgå journalerne på alle de 570 patienter med henblik på at identificere, klassificere og beskrive alle utilsigtede hændelser, tilfældige fund og potentiel overdiagnostik.

Resultaterne af ovenstående studier vil blive udgivet løbende over det næste år gennem videnskabelige artikler, men vi vil også formidle dem gennem Practicus og Månedsskrift for Almen Praksis.

Ultralyd bliver en del af fremtidens almen praksis. I flere af vores nabolande er ultralyd allerede en integreret del af almen praksis, og de medicinstuderende undervises i at bruge ultralyd som en del af patientundersøgelsen. Det samme gør uddannelseslæger i almen medicin blandt andet på de gynækologiske afdelinger.

Det er vigtigt, at vi finder ud af, hvornår vi med fordel kan bruge ultralydsscanning i vores undersøgelse af patienter i almen praksis – og hvornår vi skal lade være. //



Af: Helena Galina Nielsen, speciallæge i almen medicin, Torsten Bjerre Fuglsang, praktiserende læge i Farum, og Lene Skovmose, praktiserende læge i Solbjerg. galina@dadlnet.dk



Gruppesupervision: Hvorfor?

Denne artikel beskriver baggrunden for udviklingen af supervisionsgrupper i Danmark, hvorfor gruppesupervision bør være en del af efteruddannelsen, og hvorfor praktiserende læger også har gavn af at uddanne sig til supervisorer.

Siden de første Bendix- og Balintgrupper i 1970'erne er der blevet udviklet flere supervisionsmetoder, i takt med at der er kommet flere psykoterapeutiske retninger. Således opstod det reflekterende team i forbindelse med systemisk familierapi, og af kognitiv terapi er udviklet en kognitivt baseret supervisionsform.

Der har været kollegiale supervisionsgrupper efter denne metode, siden Kalymnoskurserne startede i 1992. På Kalymnoskurserne arbejdes med konkrete konsultationer, som er optaget på video. Siden er flere andre supervisionsmodeller med kognitiv tilgang udviklet til almen praksis, f.eks. TERM-modellen og problemløsende samtalerapi (PST). De første supervisionsgrupper var primært

møntet på supervision af samtalerapi, men der arbejdes i dag med alle udfordrende almenmedicinske problemstillinger, således også klagesager og samarbejdsconflikter.

På specialeuddannelsen i almen medicin har lægerne i fase 1 en kursusdag med supervision som emne. Det gælder nationalt. De introduceres til supervision og opmærksomheden omkring eget ansvar i at anvende det i det daglige arbejde og i lægelivet.

I målbeskrivelsen til specialet almen medicin er indført deltagelse i supervisionsgrupper i fase 3. Som følge heraf deltog 22 praktiserende læger fra hele landet i en supervisoruddannelse i 2006-2007, og mange har efterfølgende fungeret som supervisorer for fase 3-læger.

I Region Hovedstaden og Region Sjælland har der siden været implementeret gruppesupervision i fase 3. Det har været langsomt på vej i de andre regioner, men nu synes det at være implementeret i alle regioner.

Et forskningsprojekt vedrørende gruppesupervision for praktiserende læger i Danmark fra 2008 viste, at en tredjedel af de praktiserende læger i Danmark deltog i en supervisionsgruppe. I projektet blev tre supervisionsgrupper med hhv. psykolog, psykiater og praktiserende læge

OM UDDANNELSEN:

Du kan læse mere om uddannelsen til supervisor på www.samtaleogsupervision.dk/.

som supervisor fulgt. Uanset supervisionsmetode viste dette projekt i lighed med tidligere rapporter og litteratur fra udlandet, at deltagelse i en supervisionsgruppe har en positiv effekt på de praktiserende læger i form af bedret kommunikation med patienterne, øget professionel udvikling og forebyggelse af stress og udbændthed. I København har antallet af deltagere i supervisionsgruppe de seneste år ligget stabilt på omkring 33 procent. Det har været svært at få oplyst antallet i de andre regioner, da ordningerne har fungeret forskelligt. Generelt er antallet formentlig steget efter indførelse af fase 3-supervisionsgrupper.

Hvorfor grupp supervision?

Ved grupp supervision brydes en isolation, der kan føles i arbejdet som praktiserende læge, når såvel det svære som det glædelige i det daglige arbejde deles med andre. Den faglige identitet og den menneskelige indsigt øges. Man får mulighed for at udvikle sin indre supervisor, hvilket giver mere ro til refleksion og overskud i samværet med patienterne. Uddannelseslæger i fase 3 har udtrykt, at det har været noget af det vigtigste i deres forløb. De oplever at have fået god hjælp og støtte i mødet med vanskeligheder i lægearbejdet med patienterne, mere håb og mod, lettet det tunge og svære, ligesom det har givet mere overskud. Nogle har udtrykt, at det har været med til, at de valgte at blive i faget almen medicin på trods af store udfordringer.

HVAD ER SUPERVISION?

Supervision hjælper den enkelte til at turde mærke efter i sig selv og øger evnen til at fastholde følelserne. Om det er irritation, glæde, vrede, skamfuldhed eller en anden følelse, så er det vigtigt at lytte efter, da den fortæller, at vi skal stoppe op og lytte til den. Den giver ofte svaret på, hvilken vej vi skal gå. Hvis vi bliver vrede, skal vi spørge os selv, hvor vreden kommer fra. Er det patientens eller vores egen vrede? Gruppen kan hjælpe med at se på det og øge forståelsen for sammenhænge. Gruppen hjælper den enkelte til at forstå og acceptere forskelligheder i lægearbejdet. Vi møder patienter forskelligt, fordi vi har forskellig klangbund. Hvis vi hver dag sidder alene med vores patienter og ikke får input udefra af kolleger, risikerer vi at blive meget "ensporede".

OM FORFATTERNE:

Helena Galina Nielsen: Uddannet Balintgruppeleder og formand for Selskab for samtale og supervision i almen praksis fra 2000-2010.

Torsten Bjerre Fuglsang: Uddannet supervisor ved Selskab for samtale og supervision. Har supervisionsgrupper for praktiserende læger og fase 3-læger. Medunderviser på supervisoruddannelsen i Selskab for samtale og supervision i almen praksis.

Lene Skovmose: Uddannet supervisor ved Selskab for samtale og supervision i almen praksis i foråret 2016. Underviser af fase 1-læger i supervision i region midt og nord siden 2013. Supervisor for fase 3-læger i Region Midt siden opstart i 2016.

Hvorfor uddanne praktiserende læger til supervisorer?

I en supervisionsgruppe er det vigtigt, at der hurtigt opstår tryghed og tillid, og at supervisor forstår og anerkender de praktiserende lægers arbejde og arbejdsvilkår. Dette er ofte nemmere at opnå med en anden praktiserende læge som supervisor. Specielt er det oplagt at uddanne praktiserende læger som supervisorer for fase 3-uddannelseslæger. Træning i supervisorrollen burde være en naturlig del af den professionelle udvikling i vores fag. Indtil år 2011 har der imidlertid ikke været noget fortløbende tilbud til læger, der ønskede at kvalificere sig til supervisor.

Primært har supervisorer for praktiserende læger været psykologer eller psykiatere med psykoterapeutisk erfaring. Det kan være befordrende for samarbejdet mellem praktiserende læger og psykologer eller psykiatere, og der gives mulighed for at få indblik i hinandens arbejdsbetin- gelser. Få praktiserende læger blev trænet som supervisorer ved at deltage i mere end to år i en Balint- eller Bendixgruppe.

I 2000 blev et treårigt kursusforløb for Balintgruppe- supervisorer udført under ledelse af psykiater Lars Thor- gaard med støtte fra DSAM. 17 praktiserende læger gennemførte, og i 2006-2007 stod Jan-Helge Larsen og Helena Galina Nielsen for uddannelse af yderligere 22 praktise- rende læger til supervision.

Selskab for Samtale og Supervision i Almen Praksis har siden 2011 afviklet seminarer med henblik på træning af supervisorer til såvel fase 3-læger og andre praktiserende læger. Siden 2011 har 15 læger gennemført det treårige forløb, men med det aktuelle behov kan de slet ikke dæk- ke den efterspørgsel, der er på supervisorer med almen- medicinsk baggrund. //



Indtryk fra Årsmødet 2018

Pejlemærker i klyngearbejdet

Nu er vi snart allesammen blevet akkrediteret. Et fantastisk tidsforbrug er overstået, et top-down koncept, hvor vi får at vide, hvad vi skal levere, og der kommer kontrol udefra, som opleves som mere eller mindre vilkårligt. Alle kan vi pege på et eller andet fornuftigt, vi fik med os i processen, men generelt sidder de fleste vist tilbage med en fornemmelse af "Nå, godt det er overstået, skal vi så ikke se at komme videre". Vi har nemlig masser af reelle problemer at løse for vores patienter.

Workshoppen "DSAM's pejlemærker i klyngearbejdet" på DSAM's Årsmøde 2018 sætter klyngens kvalitetsarbejde i centrum. Lyder det tørt? Det er det ikke!

Det bliver den bedst besøgte session på årsmødet: 90 deltagere, heraf ca. 60 praktiserende læger, ca. 15 læger fra FYAM og FÆAM (dvs. de yngre og de pensionerede kolleger) og ca. 15 DJØF'er fra Danske Regioner, medarbejdere fra KiAP og egne organisationer.

Vi har på forhånd inddelt folk i smågrupper á 6 mand, hvor vi sikrer, at mindst 3-4 er praktikusser. Grupperne skal hver især skitsere et klyngepro-

jekt med respekt for DSAM's pejlemærker. Klyngeprojekter skal jo være datadrevne, selvom der er endnu ikke mange datapakker at hente. Men Lise Dyhr forklarer, at DATA ER TAL ELLER ORD. Altså ikke altid kurver og grafer. Det kan også være f.eks. cases eller organisation, dvs. data, vi uden større møje selv kan danne fra vores journalsystem og dele i anonymiseret form til klyngens andre medlemmer.

Lise Dyhr fortæller om DSAM's hvidbog "Gør mest for dem med størst behov", og jeg fortæller om DSAM's forholdsvis nye vejledning "Kræftopfølgning i almen praksis". Kasper Lorenz Johansen fra FYAM er moderator.

På bordene ligger en disposition for tilblivelsen af et klyngeprojekt (Faktaboks 1) og DSAM's pejlemærker til inspiration, når grupperne skal udforme deres egne klyngeprojekter. Stemningen i lokalet er søgende, kreativ, konstruktiv, lyttende, kollegial, famlende og først og fremmest arbejdsom. "Vi har fået en bold, lad os løbe med den". Man kan mærke, at mange af de fremmødte allerede har lagt en del tanker i klyngearbejdet og benytter lejligheden til at få kvalificeret deres ideer.

Mødet udkommer med 17 projektskitser i forskellig grad af færdighed

1: POPULATIONSSOMSORG – EN PROJEKTSKITSE TIL ET KLYNGEPROJEKT

- Hvilket kvalitetsproblem skal indsatsen bidrage til at løse?
- Hvad vil I opnå med indsatsen?
- Hvilke patienter er omfattet af problemstillingen – konkret afgrænsning?
- Hvordan skal disse patienter identificeres?
 - Skal de fremsøges i journalsystemet (fx søge diagnose, ydelsesforbrug, medicin eller adresse)?
 - Eller markeres efterhånden som vi bliver opmærksom på dem (henvendelser, epikriser)?
 - Eller giver det mening at indsamle data fra andre steder, fx registre eller samarbejdspartnere?
- Hvad består indsatsen af? Hvad gør lægen - og hvad gør personalet? Hvordan vil I undersøge, om målet er nået? Succeskriterier?



(Faktaboks 2). Der er især to ting, som er værd at bemærke:

For det første vedrører alle emner reel patientrettet kvalitet – det er jo fornøjeligt.

For det andet indeholder næsten alle emner et eller andet element af samarbejde med andre aktører. Det sidste er overraskende, synes jeg. Måske har klyngerne større potentiale til at flytte vores omgivelser, end vi selv er klar over?

EKSEMPEL A: Problem: Forbrug af øjendråber mod øjenbetændelse hos børn. Formål: Kun bakteriel konjunktivitis skal have antibiotika. Metode: Kortlægning af forbrug via Ordiprax, refleksion over forbrugsmønstre i klyngen. En succes når: færre børn uden verificeret konjunktivitis får antibiotika efter et år.

MIN TANKE: Det er svært for lægen at stå fast, når forældrene presses til fravær fra arbejde af vuggestuens politik om, at "barnet skal være i behandling for at møde i vuggestuen". Noget tyder på, at de kommunale instrukser til institutionerne bidrager til overbehandling og vanskeliggør kvalitet i vores arbejde. Klyngens arbejde kan måske munde ud i dialog med kommunen og udarbejdelse af en vejledning,

som det kommunale personale får kendskab til.

EKSEMPEL B: Problem: Demente plejehjemsbeboere får for meget psykofarmaka. Formål: Nedsætte forbruget af disse midler, sætte fokus på andre behandlingsmuligheder, mindske presset på lægens ordinationsret/-pligt. Metode: Data kan trækkes i journalsystemerne på adresse og ATC-koder. Audits over de næste 10 plejehjemsbeboere, der får psykofarmaka. En succes når: færre plejehjemsbeboere får psykofarmaka, som ikke er velbegrundet.

MIN TANKE: Klyngerefleksionen kan give anledning til samarbejde mellem plejehjemsleger, demenskoordinatorer og gerontopsykiatere til gavn for kvaliteten af behandlingen for en sårbar gruppe.

I klyngearbejdet har vi lov at definere og arbejde systematisk med de områder, vi selv oplever som problematiske, og vi har mulighed for at trække på fællesskabets styrke og få støtte i klyngerne. Hvis klyngernes kvalitetsredskaber får ro og tid til at folde sig ud, så bliver det meget svært at tage klyngesamarbejdet fra os igen. //

2: EKSEMPLER PÅ KLYNGEPROJEKTER FRA WORKSHOPPEN. GRUPPERNE KOMMER OGSÅ I GANG MED METODE OG EVALUERINGSOVERVEJELSER

Problem: Irrationelt tidsforbrug vedr. attestarbejde reduceres.

Formål: At optimere det socialmedicinske arbejde i klinikkerne.

Metode: Søgning i eget journalsystem.

Problem: Forbruget af morfika/bz til visse patientgrupper.

Formål: At undgå doktorshopping i klyngen, få faglig opdatering, give medicin til de rigtige.

Metode: Søgning i eget journalsystem og i Ordiprax.

Problem: Genindlæggelser hos plejehjemsbeboende patienter 65+.

Formål: At forbedre samarbejdet med patienter og pårørende, akutteams, hjemmesygeplejerske og andet personale.

Metode: Søgning i PLSP og journalaudits.

Problem: Sektorovergange fra hospital til eget hjem er en udfordring.

Formål: Tryk udskrivelse, opfølgning og medicinsk behandling bl.a. ved at tilbyde opfølgende hjemmebesøg sammen med kommunens personale.

Problem: Patienter i medicinsk behandling for depression er vanskelige at kontrollere.

Formål: At forbedre indsatsen for, at alle tilbydes årskontrol.

Metode: Ordiprax, søgninger i eget journalsystem.

Problem: Patienter med skizofreni får ikke samme sundhedstilbud som andre med kroniske sygdomme.

Formål: At gøre en ekstra indsats for at indkalde til årskontrol.

Metode: Patienter fremsøges i journalsystem ved diagnosekode og ACT-kode.



Af: **Mette Hjørsgaard Nielsen**, HU-læge, ph.d., postdoc, Forskningsenheden for Almen Praksis (FEAP), Aarhus, **Camilla Aakjær Andersen**, læge, ph.d.-stud., FEAP, Aalborg, **Annette Davidsen**, prakt. læge, ph.d., lektor, FEAP og Afd. for Almen Medicin, København, **Dorte Gilså Hansen**, læge, ph.d., lektor, FEAP, Odense, **Anneli Sandbæk**, prakt. læge, professor, FEAP, Aarhus. Mette.k.nielsen@ph.au.dk

Indtryk fra Årsmødet 2018

I gang med almenmedicinsk forskning. Hvad skal der til?

Erfaringsudveksling fra workshop på DSAM's årsmøde.

På DSAM's årsmøde 2018 kunne en engageret flok deltagere få indblik i, hvordan man kan komme i gang med forskning. De fleste var yngre læger i starten af eller på vej til hoveduddannelse i almen medicin, men der var også forskere til stede fra de almenmedicinske forskningsmiljøer i København, Odense, Aalborg og Aarhus.

Hvorfor vil jeg gerne forske?

Deltagernes grunde til at ville forske spændte vidt, fra helt personlige til mere overordnede grunde. Personlige grunde var f.eks. "at få noget på CV'et" for at få en hoveduddannelse, behov for fordybelse, stoppe op og "stå af kliniktoget" og få større fleksibilitet i hverdagen. At få erfaring med formidling og undervisning samt at træne en akademisk tankegang blev også bragt op som kompetencer, der både kan styrke egen person og fremme faget.

I den mere overordnede boldgade ønskede deltagerne at skabe ny viden til at øge den almenmedicinske faglighed, så viden og behandling i almen praksis foregår på et højt fagligt niveau og almen medicin kan "shine" akademisk.

Forskellige barrierer for forskning

Flere deltagere overvejede, om de mon ville trives i hverdagen som forsker med en anden struktur end i klinikken, og om man som forsker har kolleger omkring sig. De etablerede forskere kunne bekræfte, at en anden struktur gør sig gældende i forskningsverdenen, og at den kan være udfordrende. Der er behov for en god portion selvdisciplin i et forskningsprojekt, hvor man ikke har en fastlagt dagsorden og patienter at forholde sig til som i klinikken. De almenmedicinske forskningsenheder har gode kollegiale miljøer med andre forskere i samme situation, som er en stor hjælp til at holde motivationen – især i perioder med udfordringer i forskningsprojektet.

Tid og overskud i en travl klinisk hverdag stod også i vejen for deltagernes initiativ til at komme i gang med et projekt, ligesom tvivl om em-

nevalg, hvem man skal kontakte og spørgsmålet: "Går jeg kold, før jeg får skaffet penge nok?" At skaffe forskningsmidler til både egen løn og drift er et udfordrende og tidskrævende vilkår ved forskning. Nogle nye forskere vil kunne indgå ind i et projekt, hvor der i forvejen er skaffet midler, mens andre vil skulle bruge tid og energi på at søge fondsmidler til deres eget projekt.

KØREPLAN FOR AT KOMME I GANG MED FORSKNING

Tænk på "de tre I'er":

1. "Indre motivation", herunder personlige og faglige grunde til at ville forske
 - Hvorfor vil jeg gerne forske?
2. "Interesseområde/idé"
 - Er der emner eller problemstillinger, som særligt har min interesse?
3. "Initiativ til kontakt"
 - Forfølg din interesse og tag kontakt til ét af forskningsmiljøerne!

Hvordan kommer jeg så i gang?

Vi anbefaler at have "de tre I'er" i baghovedet, hvis man gerne vil i gang med forskning: Indre motivation, Interesseområde/Ide og Initiativ til kontakt (se "Køreplan" i boks). Hvis du har den indre motivation for forskning (jf. gode grunde og barrierer for forskning), er næste skridt at overveje, hvilke særlige interesseområder du har. Forskere i de almenmedicinske miljøer er klar til at tage imod dit initiativ og fortælle om f.eks. muligheder for emner, projektformer og omfang (se evt. boks med kontaktoplysninger).

I sessionen kom forskningsideer og -områder op både inden for nuværende forskningsområder i de almenmedicinske forskningsmiljøer, men også nyere tværgående områder som for eksempel patientforløb mellem almen praksis og akutafdelingerne (se foto). De etablerede forskere understregede, at det er godt at have et interesseområde, men det er ikke nødvendigt med en fiks og færdig forskningsidé. Motivation til forskning er tilstrækkelig til den første kontakt! Før et forskningsprojekt kan sættes i søen, skal projektet videreudvikles sammen med de erfarne forskere, som man kommer under vingerne hos.

Vi kan kun opfordre til at tage kontakt til en forsker inden for dit interesseområde eller til forskningslederen ved ét af miljøerne. //

FORSKNINGSMILJØERNE FOR ALMEN MEDICIN

De fire forskningsmiljøer er forskellige og har forskellige forskningsgrupper. Læs mere på <http://www.almenpraksis.dk/>

- **Aalborg**, almenmedicin.aau.dk, forskningsleder Martin Bach Jensen, mbj@dcm.aau.dk
- **Aarhus**, feap.au.dk/forskning, konst. forskningsleder Kaj Sparle Christensen, kasc@ph.au.dk
- **København**, almenpraksis.ku.dk/forskning, forskningsleder Susanne Reventlow, feap@sund.ku.dk
- **Odense**, sdu.dk/almenpraksis, forskningsleder Jens Søndergaard, almen.praksis@health.sdu.dk



Foto: Colourbox



Af: Jørgen Lous, professor emeritus ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, og Kirsten S. Freund, pensioneret praktiserende læge og forsker. JLous@health.sdu.dk

En meget anderledes kongres

Er der gået "big business" i at lave kongresser? Det mener en af forfatterne efter deltagelse i en international kongres, hvor posterprisen gik til en beskrivelse af effekten af en håndvask-kampagne på gaden i Hongkong.

For et år siden blev jeg kontaktet af "EuroSciCon", som gjorde mig opmærksom på kongressen "Preventive Medicine and Public Health", der blev afholdt i London den 16-17. juli 2018. De var meget interesseret i at få tilmeldt foredrag med udgangspunkt i en artikel, som vi publicerede i 2016 (1). Vi besluttede, at det ville være godt at få vores budskab om effekten af forebyggende helbredsamtale hos egen læge ud til et større publikum. Vi anmeldte derfor to foredrag og indsendte abstracts – et om baggrund og metode og et om resultaterne – idet vi gik ud fra, at der så var de vanlige 10-15 minutter

til hvert foredrag. Vi betalte registrering for en person (kongresgebyr og hotel i to dage).

Vi fik hurtigt accept af begge foredrag. I løbet af foråret fik vi så besked om, at kongressen ønskede et foredrag på 30 minutter om metoden den 1. dag og en "keynote speech" på 45 minutter den 2. dag. Efter nogen betænkningstid besluttede Kirsten at blive hjemme, og jeg påtog mig opgaven med at lave 30-40-siders PowerPoint-præsentation til hver af de to sektioner – som sagt, for at få det glade budskab ud i verden, da vores to hovedartikler fra 2012 og 2016 til dato kun er citeret af to og tre andre artikler.

Et par uger før kongressen blev jeg bedt om at være chair- og co-chairman de to dage samt være poster-dommer sammen med professor Hikmet J. Jamil fra Michigan State University. Det sagde jeg ja til, selvom jeg var lidt betænkelig ved den tilsyneladende tilfældighed, hvormed tingene blev arrangeret.

Jeg havde til sammenligning tidligere på året deltaget i kongressen for European Society of Pediatric Otolaryngology i Stockholm. Her blev jeg godt et år før kongressen bedt om og havde accepteret at være chairman på en sektion. Senere modtog jeg abstract og e-mail på de seks deltagere i den sektion, jeg skulle stå for, således at de kunne kontaktes for instruktion og indhentning af kort CV til præsentation af dem hver især. En meget velorganiseret kongres med mere end 1.000 deltagere.

Hvordan gik det så i London?

Jo, det var en anderledes oplevelse sammenlignet med de 40-50 kongresser, jeg hidtil har deltaget i. Kongressen fandt sted på et udmærket lufthavns-hotel klos op ad Heathrow lufthavn. Det viste sig, at der i virkeligheden var tre kon-



Program og diplomer fra kongressen.



gresser samme sted med samme arrangement, nemlig også om "Addiction" og om "Sleep Disorders & Medicine" med 30-40 deltagere i hver.

To flittige indiske piger stod for alt det praktiske under de to dage. Det var trykning af deltagerbadges, og der var ikke sparet på det. Jeg fik et for "speaker", et for "keynote speaker" og et for "honorable guest". Og ikke nok med det, der var certifikater til alle, og jeg fik således i alt fem: "Certificate of Recognition for outstanding services rendered in organizing 9th edition of the International conference on Preventive Medicine & Public Health held during July 16-17, 2018 in London, UK", og for "... his phenomenal keynote presentation", for "... his phenomenal oral presentation", for "Chairing the sessions" og endelig et certifikat for "Evaluating posters presented at ...".

Arrangøren så vi ikke noget til. Det er ellers en organisation (EuroSciCon) med adresse i London. Jeg talte med den professionelle fotograf, der betjente alle tre kongresser samtidig, hvilket ikke var svært, da de lå på samme gang med 30-40 stole i hver sal. Hun fotogra-

ferede alle under deres præsentation og tog hver dag gruppebilleder af alle tilstedeværende. Hun fortalte, at firmaet har hjemsted i Indien, og at vi kan forvente, at der kommer mindst 50 fotos på firmaets hjemmeside i løbet af få dage.

Af vores farvestrålende kongresmappe med abstracts fremgår, at EuroSciCon arrangerer ca. 90 kongresser om året i Europa, fortrinsvis i større byer med gode lufthavnsforbindelser og med medicinske og tekniske emner. Fotografen fortalte, at de også er begyndt at arrangere kongresser i USA. EuroSciCon er tilsyneladende tæt knyttet til en række nye "open access" tidsskrifter. Vores i alt 28 abstracts er således registreret under J. Prev. Med. 2018 vol. 3, hver med sit DOI-nummer.

Hvem deltog så?

Fortrinsvis yngre læger fra lande "overseas": Japan, Kina, Hong Kong, Indien, Saudi-Arabien, Irak, Canada, USA og Rusland. Jeg var den eneste fra Danmark. Også seniors var repræsenteret, således seks professorer. Der var også en del, der ikke mødte op, selvom de

var tilmeldt og havde betalt. Rygtet sagde noget med manglende visa. Under de enkelte præsentationer var der kun 12-15 tilhørere, hvilket gav gode muligheder for diskussion efter hvert indlæg. En del præsentationer bar præg af, at det var deres første gang. Andre var tydeligvis rutinerede kongresdeltagere. I poster-konkurrencen deltog fire af de seks tilmeldte. En poster om effekten af en håndvask-kampagne på gaden i Hong Kong blev udpeget som vinder.

Formålet med deltagelsen, nemlig at få vores budskab ud i verden, er jeg noget i tvivl om efter denne kongres. I mine øjne illustrerede kongressen, at der er gået "big business" i at lave kongresser. Så vælg din næste kongres med omtanke. Jeg føler dog ikke, at min deltagelse var helt spild af tid og penge. Jeg fik et par venskaber og håber, at jeg var med til at øge udbyttet for de øvrige deltagere ved relevante spørgsmål undervejs. //

Ref. 1: Lous J, Freund KS. Predictors of weight loss in young adults who are over-weight or obese and have psychosocial problems: a post hoc analysis. BMC Family Practice 2016; 17:43 DOI 10.1186/s12875-016-0437-8



Af: Katalin Alexa Király Broholm, AC-fuldmægtig ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København, og Niels Bentzen, specialist i almen medicin og professor emeritus. vsg493@sund.ku.dk

En festdag for almenmedicinsk forskning

Fredag den 31. august blev Magda og Svend Aage Friederichs Mindelegat uddelt på Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense. Mindelegatet består af Den Danske Pris, som er på 100.000 kroner, samt flere mindre legater á 30.000 kroner. Endelig uddeles legatet hvert andet år Den Nordiske Pris på 100.000 kroner til en almenmedicinsk forsker, som har udmærket sig i en nordisk kontekst. Ved uddelingen i år blev der givet hele to store legater samt fem mindre. De store priser går til etablerede forskere, der

har betydet meget for almen medicin, mens de mindre legater gives til nyere forskere.

Den Store Danske Pris

Der blev i år uddelt to store priser på hver 100.000 kr. Den første gik til speciallæge i almen medicin, lektor, sous-chef, dr.med. og ph.d. Annette Sofie Davidsen fra Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdeling for Almen Medicin ved Københavns Universitet. Annette har haft egen praksis i 26 år og startede først for alvor sin forskningskarriere i 2004 – og siden har



Dorte Jarbøl og Annette Davidsen modtog begge Den Store Danske Pris.

FAKTABOKS:

Magda og Svend Aage Friederichs Mindelegat blev stiftet af revisor Svend Aage Friederich, som døde i 1978.

Friederich var en ildsjæl, der interesserede sig for samtiden og i særdeleshed almen medicin. Derfor besluttede han på sit dødsleje at testamentere sin formue til et almenmedicinsk forskningslegat.

Siden 1983 har Magda og Svend Aage Friederichs Mindelegat uddelt ca. 8 mio. kroner til almenmedicinske forskere i Danmark og Norden.

Legaterne tildeles på baggrund af indstilling fra videnskabelige og akademiske institutioner i almen medicin som en anerkendelse af den forskning, der er udført, og som stimulering til fremtidig forskning.

hun været usædvanlig produktiv. I motiveringen sagde professor emeritus Niels Bentzen: "Det er imponerende, hvad du har overkommet og nået på de relativt få år! Bare de sidste ti år har du publiceret 36 videnskabelige artikler (...) og dertil et utal af formidlene artikler, som jeg simpelthen opgav at tælle!" Annettes forskningsmæssige interesser er læge-patient-forholdet, kvalitative metoder og psykologiske teorier. I øjeblikket arbejder hun på et tværfagligt interventionsprojekt, der skal mindske overdødeligheden blandt psykisk syge med fysiske sygdomme. Hendes



Modtagere af et lille legat. Fra venstre: Mads Aage Toft Kristensen, Mia Vicky Fangel, Line Bjørnskov Pedersen, Peter Fentz Hastrup og Anders Prior.

store arbejdskapacitet kommer kollegerne til gode, for døren står altid åben, når man har brug for sparring eller vejledning. Som en kollega formulerer det: "Tilsyneladende har Annette ikke travlt, men arbejdet og publiceret, det bliver der!"

Den anden Danske Pris blev givet til praktiserende læge, lektor, ph.d. Dorte Ejg Jarbøl fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense. Dorte har i mange år lavet et stort arbejde inden for almenmedicinsk forskning, formidling, undervisning, vejledning og faglig udvikling, samtidig med at hun været praktiserende læge. Hun har publiceret mere end 80 peer-reviewed videnskabelige artikler samt et stort antal formidlende. Derudover har hun udarbejdet kliniske vejledninger og været redaktør for Månedsskrift for Almen Praksis. I det daglige er hun en del af ledelsen ved Forskningsenheden, hvor hun specielt varetager de yngre forskeres interesser – ifølge en kollega "på allerfineste vis." Hendes forskning har specielt drejet sig om symptomer og mave-tarm-sygdomme. Hendes imponeren-

de aktivitet har gjort, at hun i år er blevet professorkvalificeret og nu hædres med Magda og Svend Aage Friederichs Mindelegats store pris.

De mindre legater

I år gik de mindre legater til:

- praktiserende læge Mads Aage Toft Kristensen, som for nylig forsvarede sin ph.d.-afhandling fra Forskningsenheden for Almen Praksis i København
- læge og ph.d.-studerende Mia Vicky Fangel fra Center for Almenmedicinsk Uddannelse og Forskning i Aalborg
- lektor, cand.oecon. Line Bjørnskov Pedersen, som har sin ph.d. fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense
- læge og postdoc Peter Fentz Hastrup, også fra Odense
- læge og postdoc Anders Prior fra Forskningsenheden i Aarhus. //

Tillykke til alle legatmodtagerne.

Artiklen er forkortet af redaktionen.

WONCA-pris til dansk læge

Praktiserende læge Roar Maagaard har modtaget WONCA Fellowship-prisen ved et møde i WONCA i Seoul i Korea i oktober måned. Prisen gives i anerkendelse af hans store arbejde i WONCA både nationalt og internationalt – bl.a. var han præsident for WONCA Europe-kongressen i København i 2016.

Prisen blev overrakt af Amanda Howe, der er præsident for WONCA World, med følgende begrundelse:

"I mange år har praktiserende læge Roar Maagaard været en af de mest indflydelsesrige mennesker på uddannelsesområdet i almen medicin både nationalt og internationalt. Han har været et aktivt medlem af EURACT (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine) og tjent WONCA Europe som medlem af dets bestyrelse. Under Roar Maagaards lederskab blev der nedsat et konferenceudvalg som væsentligt forbedrer processerne med evaluering og kvalitetssikring af de europæiske kongresser." //

Tillykke med prisen!





Et lægeliv på 100 år

Læs beretningen om Lisbeth Ehrhardt, som tog sin lægeuddannelse under krigen og blev praktiserende læge i Aarhus. Uddannelsen var en kende mindre strømlinet end i dag, men arbejdsopgaverne, glæden ved patientkontakten og udfordringerne med honorering lyder bekendt her et par generationer senere.

En pige, som er født i 2018, vil i dag have 50 pct. chance for at blive 100 år. Sådan så statistikken ikke ud i 1918, da Lisbeth Ehrhardt blev født i Rudkjøbing på Langeland. Moderen var husmor og faderen apoteker. Lisbeth voksede op som enebarn, og fordi der i familien var svære kvindeskæbner, ansporede faderen tidligt Lisbeth til at få en uddannelse.

Som 15-årig besluttede Lisbeth sig for at gå målrettet efter lægestudiet,



Eng ung Lisbeth Ehrhardt som nybagt studine.

og efter sin studentereksamen i 1938 flyttede hun til København. Her boede hun midt i byen ved siden af Metropolitanskolen og delte baggård med forfattere som Tove Ditlevsen og Viggo F. Møller, men talte aldrig med dem – ”Jeg var en stille eksistens og observerede mest livet omkring mig.”

Lægeuddannelse i krigens skygge

Første år på studiet – Kantussen – indeholdt basisfag som filosofi, kemi og fysik, der skulle terpes og bestås. Dump procenten var høj, men Lisbeth kom igennem. Kun 10 ud af 110, der startede på studiet, var kvinder, og dem talte mændene ikke til. Kvinderne læste sammen, men Lisbeth oplevede det ikke som diskrimination. Det lå i tiden og blev accepteret. Studietiden var svært præget af 2. Verdenskrig med uro og

frygt. Studiekammerater, der var frihedskæmpere, blev dræbt og bragt ind til sektion. Det var en svær tid.



Festklædt Lisbeth, det var en god tid.



Lisbeth mødte sin Mogens under forberedelserne til kandidateksamenen.

I begyndelsen af 1940'erne startede hendes far det nuværende Sct. Lukas Apotek på Harald Jensens Plads i Aarhus. Kort forinden var lægestudiet blevet oprettet i Aarhus, og her startede Lisbeth på 2. del. Hun oplevede en helt anden og inspirerende undervisning. Der var et supergodt studiemiljø, og Lisbeth fik gode studiekammerater, som hun bevarede kontakten med livet igennem. Hun måtte halvandet år senere tilbage til København, da resten af studiet ikke var oprettet i Århus. Under forberedelserne til kandidateksamen kom Lisbeth til at læse med en ung mand, Mogens Erhardt. De forelskede sig hurtigt i hinanden, og han blev senere hendes ægtemand, livsledsager og kollega. Hun blev kandidat i 1946, lige da krigen var slut, men da København var præget af kommunisterne på universitetet, blev der ikke holdt nogen højtidelighed.

Fra turnus til slutstilling

Mogens og Lisbeth aftjente turnustiden i Aarhus. Turnuslønnen var dengang 240 kr./md. Men efter en strejke blev den hævet til 290 kr./md. Parret arbejdede gennem otte år på forskellige hospitaler rundt i Danmark og fik erfaring inden for psykiatri, kirurgi,

medicin, gynækologi og fødselslære, øjen- og øre-næse-hals-sygdomme.

Særligt husker Lisbeth, at hun på sindssygehospitalet i Middelfart blev sat til ECT-behandling af patienter uden oplæring: "Det var jeg meget oprørt over. Jeg husker ikke at blive diskrimineret direkte. Det var bare vilkårene for alle unge læger."

Der var ofte for få læger, og de måtte gå i to- eller tre-skiftede vagter, og i en periode oplevede hun at være den eneste læge.

Praktiserende læger i 50'erne

Mogens og Lisbeth startede et 0-yder-nummer i Viby J. og fik en praksis op at stå. I samme periode kom deres børn til verden. De boede i samme hus som praksis. Efter tre måneders barsel var Lisbeth tilbage i klinikken, men hun var splittet mellem ansvaret for patienterne, sin familie og sin mor, der var syg. Det var en hård tid.

Lisbeth var især interesseret i de psykiatriske og medicinske patienter, og hun assisterede ofte til fødslerne. Med med et glimt i øjet fortæller Lisbeth, at hun var den, der styrede både klinikken og hjemmet. "Jeg husker Mogens' og mit forhold som konfliktfrit og meget givende." Hun følte sig ikke diskrimineret af hverken sin ægtefælle

le eller Lægeforeningen, men af skattesystemet gjorde hun. I alle år var Lisbeth registreret som medhjælpende hustru, og det er en af de få ting, der stadig kan få den 100-årige, tidligere selvstændige praktiserende læge op i det røde felt.

I starten var der vagtforpligtelse døgnet rundt. Senere blev vagtringene og til sidst lægevagten oprettet. Der har i årenes løb været forhandlet overenskomst nogle gange. I 1962 var der kortvarigt strejke, da honoreringen var helt horribelt lav. Dengang fik man ikke ekstra honorering for tillægsydelser som f.eks. EKG. Og lægerne skulle selv lægge bil og benzin til deres besøg. Den dag i dag kan Lisbeth stadig blive oprevet over den manglende forståelse fra sygekassens side. Hun gik aldrig selv ind i fagpolitik, men hun pointerer, at hun bestemt havde sine markante holdninger.

En fantastisk tid

Lisbeth husker tiden i praksis som fantastisk. Det bedste var kontakten med patienterne, og nye behandlingsformer som antibiotika, p-piller, fri abort og antidepressive midler gjorde, at de kunne hjælpe patienterne bedre.

Lisbeth har aldrig været tilhænger af ekstremsport, og hvis hun skal gisne om, hvordan hun er blevet 100 år, er hun sikker på, at hendes humør og positive livssyn er årsagen. Hun har altid lavet "farmormad", drukket moderate mængder alkohol og været ikke-ryger. Hjernen har hun holdt i gang med læsning og brevskrivning, og så passer hun stadig hus og have i Solbjerg, hvor hun bor. I 2012 mistede hun sin Mogens, ligesom hun også har mistet en af sine sønner. Resten af familien er raske og trives, og det glæder hun sig over. Hun får ingen fast medicin, men hun har det sidste års tid følt sig mere skrøbelig. Måske er det den forestående runde dag, der rumsterer? Det vil Lisbeth Erhardt ikke helt afvise. //



Lisbeth, som hun ser ud i dag.



3 x 3

Mit pædagogiske testamente

Centrale personer inden for det almenmedicinske speciale fortæller, hvilke tre værker eller begivenheder der har formet dem som fagpersoner. Der er ingen krav til værkernes form, og det kan således være alt fra fagbøger, artikler, børnebøger, religiøse værker og poesi til sange, et særligt møde eller måske en keynote session ved en konference.



En ny uddannelse – en ny pædagogik

I 1973 blev jeg leder af den Teoretiske Videreuddannelse i Almen Medicin i Odense. Jeg var yngre læge i det udvalg, der planlagde videreuddannelsen. Ingen af de praktiserende læger ville påtage sig opgaven. Jeg ville gerne – på den betingelse, at Bent Bjerre, Rynkeby, Robert Wengler, Odense, og Niels Faarholt, Otterup, ville være min baggrundsgruppe.

Nu skulle der tænkes i nye pædagogiske baner. Det hjalp praktiserende læge K.B. Rasmussen bl.a. med. Han stod for en helt ny efteruddannelse i Lægeforeningens regi, hvor praktiserende læger underviste praktiserende læger med udgangspunkt i patienter fra almen praksis! Det var en revolution. Et studieophold i Dept. of General Practice i Newcastle upon Tyne og Dundee samt deltagelse i det første RCGP Course for GP Teachers i London gav yderligere inspiration.

Fokus flyttedes fra speciallægers instruktion til læring formidlet i et samarbejde mellem praktiserende læger og speciallæger. På videreuddannelseskurserne i Odense skulle specialisterne bruge kasuistikker fra almen praksis. Det blev først muligt, da vi fik praktiserende speciallæger fra de 'fire små specialer' – dermatologi, pædiatri, oftalmologi og ØNH – til at

undervise. Vi lavede rollespil, brugte video og havde en konsultation med one-way screen. Meget avanceret i 70'erne, længe før PBL var 'opfundet'!

I 1975 blev jeg halvtidskompagnon i Nr. Lyndelse. Her opdagede jeg, at hvis patienterne skulle hjælpes, så skulle jeg bruge de samme pædagogiske principper, som vi brugte i videreuddannelsen.

1. Søren A. Kierkegaard

... siger: "At man, naar det i Sandhed skal lykkes en at føre et Menneske hen til et bestemt Sted, først og fremmest må passe paa at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst ... For i Sandhed at kunne hjælpe en Anden, maa jeg kunne forstaae mere end han – men dog vel først og fremmest forstaae det, han forstaaer. Naar jeg ikke gør det, saa hjælper min Mere-Forstaaen ham slet ikke ... Men al sand Hjælp begynder med en Ydmygelse" (Kierkegaard, S.A.: En ligefrem Meddelelse, Rapport til Historien, C.A. Reitzels Forlag, 1859).

Som praktiserende læge og underviser må jeg 'først og fremmest forstå det, som patienten/eleven forstår'. Dette er blevet en ledetråd i mit arbejde med patienter, i undervisning og i vejledning. Udfordringen har været at føre dette ud i livet, så det gennemfø-

res både i ord og i handling. Min opgave er med andre ord at møde patienterne eller de studerende der, hvor de er, og forstå det, de forstår, inden jeg går videre!

2. Sokrates

Sokrates gik rundt i Piræus og stillede spørgsmål til sine græske medborgere. De mennesker, han spurgte, måtte tænke over spørgsmålene, og af svarene fik han en indsigt i, 'hvor de var'. Det var noget, der bekymrede magthaverne, og de græske ledere var ikke anderledes end nutidens. Som alle ved, måtte Sokrates bøde med sit liv. Når vi stiller sokratiske spørgsmål til vores patienter i konsultationen eller de studerende i auditoriet, så får vi mulighed for at møde dem, 'der, hvor de er', og forstå 'det, de forstår'. Men det er ikke nok, når vi skal 'føre dem et bestemt sted hen'.

3. Olsen Banden

Når det ser sortest ud for Egon, Benny og Kjeld, så siger Egon Olsen altid: "Jeg har en plan!". Hvad enten vi skal hjælpe en patient eller undervise, så skal vi altid have 'en plan'. En plan for, hvordan vi møder patienten 'der, hvor hun er'. Når patienterne bliver klar over, at vi har en plan, så bliver de trygge og falder til ro. Så kan de bedre arbejde med det, der tynger dem – hvilket er forudsætningen for, at de kan komme videre. I undervisningen må vi have en plan for, hvordan vi får en dialog med de studerende, der inddrager og engagerer dem, så de lærer noget.

Patienten

Når jeg sidder over for en patient, hvis problem jeg ikke umiddelbart forstår, så bruger jeg bevidst Kierkegaard, Sokrates og Olsen Banden. Det drejer sig specielt om patienter med mange diffuse symptomer. Hvis jeg skal forstå, hvad de 'fejler', så må jeg vide noget mere om dem, deres liv og deres tanker. Det når jeg ikke i første konsulta-

tion, så jeg må ha' en plan. Vi aftaler 2-3 konsultationer med korte intervaller. Mellem hver konsultation får patienten en opgave, som bruges som udgangspunkt for det, vi skal snakke om i næste konsultation. I den sidste drøfter vi, hvordan det er gået. Har vi 'mødt hinanden' – forstår vi bedre, hvad problemet handler om? Afhængig af svarene lægges der en ny plan. Det kan være, at problemet er løst, at der er behov for flere samtaler, en henvisning eller målrettet somatisk udredning.

Opgaverne, som patienten skal arbejde med, kan være at lave en plan for, hvordan hun strukturerer sin dag, at notere det, der gør hende glad, eller registrere, hvor ofte problemet optræder, hvordan det opleves, hvor længe det varer, og hvad der har fremkaldt det.

Min opgave er at stille spørgsmål og kommentere på svarene for at udvide patientens selvforståelse. Når det lykkes, så har jeg mødt patienten der, 'hvor hun er', og sammen kan vi begive os 'et nyt sted hen', hvor hun får det bedre.

Jeg ser frem til samtalerne med patienten, fordi et problem, der var uoverskueligt og ikke gav mening, ved hjælp af Kierkegaard, Sokrates og Olsen Banden bliver meningsfyldt og forståeligt. Fra at være magtesløs kan jeg nu 'rumme' patienten og hjælpe hende som læge til bedre at mestre sit liv.

Undervisning

Når jeg skal undervise, føler jeg mig som en dirigent, der står foran et symfoniorkester, som jeg skal få til at spille sammen. Jeg må ha' en plan og en målsætning, som skal gennemføres. Den pædagogiske model tager derfor udgangspunkt i Kierkegaard, Sokrates og Olsen Banden. For at finde ud af 'hvor de studerende står', må jeg præsentere dem for problemstillinger – ofte kasuistikker – som de skal forholde sig til. Det gør de ved at snakke sammen to og to, og pludselig summer lokalet af deres stemmer. Efter et styk-

ke tid falder stemmeniveauet, og jeg siger 'time out'. Nu skal jeg høre, 'hvor dan instrumenterne er stemt' – hvad de har snakket om.

Som dirigent peger jeg på nogle af de bagerste og beder dem fortælle, hvad de har snakket om. Det beder jeg andre om at kommentere på i lyset af det, de snakkede om. Ved at pege de studerende ud får jeg fat i de studerende, der har en lang latenstid, dvs. den tid der går, fra de får en tanke, til den 'havner på tungen' og må ud! Det er godt for de studerende på første række, der ikke har nogen latenstid – ordene falder fra cerebrum direkte ned på tungen og må ud – at opleve, at andre også kan tænke og formulere sig!

Kun ved at høre, hvad de studerende har snakket om, kan jeg finde ud af, hvor de står fagligt. Så kan jeg med sokratiske spørgsmål lede dem videre på indlæringens nye vej, så de kan bruge den erfaring og viden, de allerede har, til at blive klogere og bedre til at løse de problemer, de møder hos patienterne. Når alle 'musikerne spiller med', så går undervisningen op i en højere enhed, hvor alle lærer noget. Kierkegaard, Sokrates og Olsen Banden har hjulpet mig med at gennemføre en undervisning, hvor de studerende oplever noget og bliver indsigtfulde.

Konklusion

Kierkegaard, Sokrates og Olsen Banden har hjulpet mig med at mestre de vanskeligste patienter og pædagogiske udfordringer, jeg har haft i de 50 år, jeg har været læge og pædagog. Selv om jeg er 74 år, har jeg ikke lyst til at slutte, hverken med at undervise, vejlede eller være læge. Det holder kun op, fordi der ikke længere er brug for mig. Med dette 'pædagogiske testamente' håber jeg, at flere yngre almenmedicinere kan få det lige så spændende med deres vanskelige patienter og med at undervise, som jeg har haft. //



New Zealand

En almenmedicinsk arbejdsdag 18.000 km fra andedammen

PART II

Dette er anden del af en føljeton, hvor vi følger en nyuddannet speciallæge i almen medicin på eventyr i New Zealand, hvor hun har slået sig ned med sin mand og deres 10-årige datter for at arbejde i to år. I første del (Practicus 242) hørte vi om ankomst, skole, bolig, de lokale og lidt om det organisatoriske i hendes praksis. I denne anden del er fokus på hverdagen i det almenmedicinske maskinrum i en New Zealandsk almen praksis på Waiheke Island.

8.30: Morgenmøde i akutrummet. Hvordan ser dagen ud? Er vi alle klar til vores respektive opgaver?

8.45: Jeg er "duty doctor" sammen med en "duty nurse" frem til kl. 13, hvorefter en anden læge og sygeplejerske tager over til kl. 17. Det vil sige, man tager alt det akutte, der kommer, samt diverse "walk in's". Vi har ikke et hospital eller en skadestue på øen, så alle, der kommer til skade eller har akut brug for hjælp, kommer direkte til klinikken.

En mand med bryst smerter er min

første patient. Vi kender ham, da han er en af klinikkens patienter og kommer relativt ofte med bryst smerter. Han har en CVD-risikofaktor på over 30 pct., men han lider også af svær angst. Ulven kommer, men hvornår? Sygeplejersken ser ham først. Han har normale værdier og uændret EKG, så hun kalder mig ind.

Lægepraksis i New Zealand er privatejet, og de fleste udgifter skal hentes ind fra patienterne. De klinikker, der ligger "rural" i New Zealand, kan søge om refusion af bestemte ydelser med den hensigt at holde patienter

væk fra hospitalerne. Det kan f.eks. være bryst smerter, DVT-udredning og -behandling, i.v. antibiotika og behandling og observation af astmaanfald. I dette tilfælde har vi en TnT Point Of Care Test, vi kan lave, og den hjælper os til beslutte, om patienten har et reelt iskæmisk hjerteproblem, eller om det i dette tilfælde er angsten. Prøven var negativ, og patienten får en opfølgende konsultation hos mig et par dage efter.

Den næste patient fortæller, han har en "chest infection" og "phlegmy cough". Det er ofte ensbetydende med, at de vil have antibiotika. New Zealand ligger ret dårligt i statistikken – lige under Italien – med hensyn til forbrug af antibiotika. 97 pct. af alle børn i New Zealand har fået antibiotika mindst én gang i deres liv, inden de fylder seks år. Bortset fra manglende patientoplysning og lægers dårlige vaner er problemet her, at man i New Zealand ikke har accepteret CRP som målemetode, og det kan derfor i nogle tilfælde være svært at adskille en øvre fra en nedre luftvejslidelse eller en viral fra en bakteriel tonsillit bare på kli-

nikken. Reumatisk feber er meget udbredt hernede, og alle halsbetændelser skal behandles med ampicillin i 10 dage, bare på mistanke. Og hvorfor ikke penicillin? De er bange for dårlig compliance på grund af smagen. Desuden koster det omkring 200 kr. for en 15-minutters lægekonsultation, så man kan ikke så nemt bede dem om at komme tilbage senere, hvis det er blevet værre. Overbehandling trives fremragende her, og patienterne bliver skuffede, hvis de kun betaler for gode råd og ikke får noget medicin for pengene.

Den næste er et barn med forkølelse, hoste og vejrtrækningsproblemer. Barnet har astma, men det er ellers gået så godt i et halvt år med en blå inhalator. Rigtig mange mennesker, jeg møder i praksis, vil ikke "sygelliggøres" og være afhængig af daglig medicin. Det er til at forstå, men sygdommen er der, om man vil det eller ej, og mange kommer derfor først, når det for sent. Jeg har allerede givet en håndfuld børn flydende prednisolonkure pga. ubehandlet astma, der blusser op under virusinfektioner. Vi brandslukker oftere, end vi forebygger, og patienterne kommer sjældent til de opfølgende forebyggende konsultationer, som man foreslår dem.

Endnu et snottet barn, men denne gang med en kigende hoste og en gravid mor. Waiheke er en lidt speciel ø, og mange fravælger at vaccinere deres børn. Da kighosteepidemien var på sit højeste i 2015, stammede halvdelen af alle kighostetilfælde i Auckland med sine en million indbyggere fra Waiheke. I 2017 startede endnu en epidemi, og den har ikke lagt sig endnu. Barnet er ikke vaccineret, men også den gravide mor og det ufødte barn er i fare. Ikke alle kighostetilfælde har en kigen – tværtimod. Sygdommen præsenterer sig med 1-2 ugers katarrales og ligner enhver anden forkølelse. Vi kan pøde og få en PCR på prøven, men svaret kommer først en uge senere. Det vil sige, de skal isoleres i en uge, indtil vi har svaret, eller de kan behandles med det samme, hvormed isolationstiden reduceres til to dage. Har man børn, der går i skole på øen, kender man én eller to, der har været i behandling for kighoste, og man kan ikke undgå at have været i tæt kontakt med et tilfælde af kighoste. Azithromycin er dermed et af de oftest udskrevne antibiotika, når epidemien står på, og forkølelserne kommer væltende ind i efterårs- og vinterperioderne.

En mand kommer ind med hævet øm læg. Han har en uge forinden fået opereret et inguinalhernie. Igen kan det være svært at udelukke DVT. Han kan ikke bare tage færgen over til sygehuset, som desuden koster 200 kr. t/r, hvis man ikke har klippekort, eller bilfærgen, som koster 1.000 kr. t/r. Han har en Wells-score på to, og jeg får sygeplejersken til at tage en D-dimer, som vi får svar på 10 minutter senere. Hvis den er under 500 ug/L, kan han klare sig for en



DVT, men hans er nu på 2.300 ug/L, hvilket automatisk igangsætter en gratis ultralydsskanning i en privat klinik samme dag. Han undgår altså ikke at skulle over på fastlandet. Faxen med radiologens beskrivelse kommer ind, før patienten er kommet tilbage, negativ, og jeg kan ringe til patienten og give ham en temporær plan og en opfølgning et par dage efter.

En turist halter ind med hudafskrabbinger over det meste af kroppen og holder på sin ene arm. Endnu en uerfaren cyklist på en alt for hurtig lejet E-cykel kørende med over 30 km/t på dårlige veje. Han får lattergas, mens sygeplejersken renser hans sår. Han har højst sandsynligt brækket klaviklen, men vi har ikke mulighed for røntgen om tirsdagen. Han kan enten tage ind til Auckland til røntgen eller vente til næste dag med en slynge og smertestillende. Han venter til næste dag, hvorefter jeg skal vurdere røntgenbilledet og lægge en plan for videre behandling. Vi har en radiograf på øen, og alle billederne sendes ind til radiologisk vurdering på sygehuset, men der kan gå dage, før vi får rapporten. Er jeg alene på vagt og får en formodet fraktur, forventes det af mig, at jeg skal kunne lægge en midlertidig gips til næste dag, hvor røntgen har åbent, eller på anden måde at aflaste og beskytte bruddet, så de kan tage ind på sygehuset. I dagtiden hjælper sygeplejerskerne rigtig meget med skader-

ne, og det er ofte en stor glæde at samarbejde med dem.

Min ubetalte frokost på en time bliver ofte spist af papirarbejde. Det er svært at planlægge og forudse en dag som "duty doctor", og jeg kommer altid bagud. Den sidste halvdel af dagen består af planlagte patienter. En god fordeling, synes jeg.

Min første planlagte patient er en dame med uregelmæssige blødninger og almen utilpashed. Efter en længere anamnese og gynækologisk undersøgelse, beslutter jeg mig for at tage en u-hcg, bare for en sikkerheds skyld. Den er positiv til stor overraskelse for patienten. Hun har allerede et handicappet barn og er presset på familiefronten. Jeg er allerede bagud og skal beslutte mig for, om jeg skal bede hende om at komme tilbage dagen efter, så hun kan gennemtænke situationen, og jeg kan afsætte ordentlig tid, eller om jeg skal haste papirarbejdet igen, så hun slipper for at betale 200 kr. igen i morgen.

Den sidste patient, jeg får ind den dag, er en midaldrende mand med miktionsproblemer. Han faldt ned fra en stige for tre måneder siden og pådrog sig en flænge på penis. Det er i hvert fald hans historie. Kommer man ud for en skade i New Zealand, har man mulighed for delvis refusion af sine sundhedsudgifter, og man kan bypasse det offentlige system og blive set af en privatpraktiserende speciallæge inden for

få dage. Dette er en ordning, man betaler til via skatten, og den glæder alle kiwier. Formålet er blandt andet at få folk ud på arbejdsmarkedet igen hurtigst muligt, og det offentlige system kan være meget trægt og langsomt. Det er en ret fin ordning, men den kan nemt blive misbrugt. Samtidig med, at det kræver en masse papirarbejde med udfyldelse og dokumentation af selve skaden og patientens arbejdsforhold, kan man som læge ikke altid sikre sig, at man får den sande historie. Nogle gange hænger anamnesen ikke sammen med skaden, og man bliver i tvivl, om man har overset noget, eller om patienten bare vil snyde systemet for at spare tid og penge. Jeg blev lidt i tvivl i denne situation, men man må tage patienten på ordet. Hans 2-3 cm lange sår på forhuden var helet lidt for godt op, hvilket medførte phimosis og balanitis. På med noget steroid og henvisning til privat praktiserende urolog, der anbefalede en omskæring. Skaden blev på bureaukratisk vis afvist, og han måtte henvises til sygehuset med henblik på omskæring, da han ikke havde råd til at betale for det i privat regi.

Det er fredag, og vi afslutter ugen med vin og chips i receptionen, når den sidste patient er gået. Vi får også en løs snak med hinanden. Jeg har heldigvis ikke lægevagten den dag, og jeg er på cykel hjem. //



Overbehandling trives fremragende her, og patienterne bliver skuffede, hvis de kun betaler for gode råd og ikke får noget medicin for pengene.



Er patientens problem løst? - FYAM's kampagne 2018

Dette års kampagne retter sit fokus mod de svære sektorovergange og sætter streg under, at alle led i systemet har et medansvar for at sikre, at alle relevante oplysninger om patienten og dennes behandling når frem til næste led i systemet.

At der er patienter, der tabes i forbindelse med sektorskift, er vist kendt for de fleste læger, og årsagerne her til er mangfoldige. Ved dette års internatmøde i FYAM-udvalget besluttede vi, at vi ville arbejde med denne problemstilling i den kommende kampagne.

Det var vigtigt for os, at slutproduktet skulle være et værktøj, der var umiddelbart brugbart, let at anvende og let tilgængeligt. Vi har i FYAM altid forsøgt at præsentere løsninger, der er kreative og fremsynede, både med hensyn til indhold og teknologi, men den-

ne gang lod vi os inspirere af vores tidligere forskningskampagne, hvor produktet var et lommekort med en skabelon til gennemgang af lægevidenskabelige artikler.

På samme måde er vores nye lommekort tænkt som et refleksionsværktøj, der skal sikre god kommunikation, ved at alle relevante forhold i patientens situation inddrages. Med lommekortet forsøger vi at beskrive patientens samlede rejse, så man – uanset om man befinder sig i primær- eller sekundærsektoren – kan søge vejledning til henvisninger og epikriser, så patientens samlede situation medtænkes. Set ud fra et praksissynspunkt har det været vigtigt for os at understrege, at sygehuslægerne husker at effektuere de forhold, hvor der findes indikation, og ikke sender patienten tilbage til almen praksis med henblik på at få opgaven udført. Vi tænker her især på opstart i relevant medicin, recepter og viderehenvisninger, og vi henviser i lommekortet desuden til den røde/gule/grønne epikrise, som forventes implementeret i løbet af 2019.

Lommekortet har været præsenteret for DSAM's og PLO's bestyrelser, og det har ført til mange gode kommentarer og overvejelser, som er blevet inddraget i den videre udviklingsproces.

Kortet findes aktuelt kun i papirudgave, men vi regner

med, at vi i slutningen af 2018 kan præsentere en gratis app-udgave til både iPhone og Android.

Vi vil i det kommende år udbrede kendskabet til lommekortet ved alle givne lejligheder, og vi opfordrer alle uddannelseslæger til at hjælpe os, især de hoveduddannelseslæger, der har deres gang på sygehusene, så også vores gode kollegaer i andre specialer, kan få glæde af kampagnen. Vi vil blandt andet omdele lommekortene ved kommende regionale arrangementer rundt om i landet. Kortet er i første omgang rettet mod uddannelseslæger, men vi er sikre på, at alle kan få glæde af det! //

ER PATIENTENS PROBLEM LØST?

FYAM's kampagne 2018 har fokus på at sikre god kommunikation ved sektorskift. Vi har udgivet et lommekort, der kan anvendes som refleksionsværktøj til at kvalificere den gode henvisning og den gode epikrise, ligesom der lægges op til at medtænke patientens samlede situation. Det fysiske lommekort suppleres med en elektronisk udgave, formentlig inden udgangen af 2018.





Østrogen

– hvorfor er det så lækkert?

Fyraftensmøde i Region Midtjylland

Klokken er 17.27. Vi er i frokoststuen på Sektion for Almen Medicin ved Aarhus Universitet, og ind ad døren strømmer engagerede SAMS'ere, FYAM'ere og DSAM'er. Mange af dem kommer direkte fra praksis og har valgt at bruge en aften sammen i østrogenernets tegn.

Østrogen - hvorfor er det så lækkert?

Hvem vil ikke gerne have svar på dette spørgsmål? Styregruppen i FYAM Midt sad til planlægningsmødet i sommer og overvejede, hvilket catchy emne vi skulle vælge. Der blev tænkt og brainstormet. Hvilke patienter havde udfordret os i vores kliniske hverdag som uddannelseslæger? Flere af os havde mødt patienter i praksis, som

ønskede at få fjernet deres hormonspiral og var i den sammenhæng blevet spurgt til det nye studie "Contemporary Hormonal Contraception and the risk of Breast Cancer", der udkom i december måned, og som fandt en øget risiko for brystkræft ved brug af hormonel antikonception. Derfor valgte vi at invitere til fyraftensmøde med fokus på østrogen – for og imod.

Hormonbehandling letter livet

Gynækolog Ditte Trolle fortalte om indikationerne for østrogenbehandling, både præ- og postmenopausal. Hun gennemgik de forskellige symptomer, som er forbundet med klimakteriet, og hvordan man behandler dem. Mon ikke hun fik cirka 99 procent af det kvindelige publikum til ubevidst at lave knibeøvelser under oplægget? Når det kommer til hormonbehandling, understregede Ditte Trolle, at der

ikke findes "en gratis frokost" – al behandling har potentielle bivirkninger. Mange kvinder oplever nedsat livskvalitet under klimakteriet, og i disse tilfælde er østrogen en relevant og god behandling.

Bagsiden af medaljen

Herefter fortalte mammaonkolog Anders Bonde om bagsiden af medaljen ved hormontilskud. Han gennemgik de mange risikofaktorer for udvikling af brystkræft og pointerede, at østrogenbehandling kan øge risikoen. Hans hovedpointe var dog, at en patientcentreret tilgang til medicin altid er at foretrække, og at hormonbehandling ikke alene skal undgås på grund af frykten for brystkræft.

FYAM Midt takker for en meget spændende aften med masser af spørgelystne almenmedicinere. //



HONORERING AF DATAINDSAMLING

Ansøgningsfrist: 1. april 2019

Mandag, den 1. april 2019 er der deadline for projektledere, som vil søge Fonden for Almen Praksis om dækning af honorar til praktiserende lægers medvirken ved dataindsamling i forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter.

Sådan ansøger du

Se vejledning og download ansøgningsskema fra DSAM's hjemmeside: www.dsam.dk > forskning > multipraksisudvalget > honorering for dataindsamling.

Vær opmærksom på, at projektet skal være godkendt af MPU-udvalget, før der kan ansøges om honorar.

Ansøgningsskema, projektprotokol og relevante bilag sendes til mpu@dsam.dk.

Kontaktperson i DSAM:

Dorthe Pedersen, dp@dsam.dk, telefon 7370 7628



Vejledning:

goo.gl/2NVzMd

PLU

Praktiserende
Lægers Uddannelses- og
Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i marts 2019.

Det er fondens formål at virke til fremme af alment praktiserende lægers funktion i sundhedstjenesten til gavn for folkesundheden, herunder primært ved at yde støtte til videnskabelige og forskningsmæssige opgaver i almen praksis, projekter inden for uddannelse og efteruddannelse, praksisudviklingsprojekter, sundhedspædagogiske og tilsvarende foranstaltninger.

Støtten kan gives til praktiserende læger, yngre læger under uddannelse i almen medicin, samt læger og andre med tæt tilknytning til almen praksis, herunder de almenmedicinske forskningsmiljøer i nævnte prioriterede rækkefølge. "Græsrodder" prioriteres relativt højt.

Der kan primært ydes støtte til egen løn, vikarløn og/eller kontorhold i mindre omfang. Støtten kan gives såvel i forberedelsesfasen som under gennemførelse og i skri-

vefasen. Oversættelse af manuskripter, deltagelse i videnskabelige møder, forskningsmetodologiske kurser og kongresser, hvor man fremlægger originalarbejde, støttes i begrænset omfang. Der kan ikke søges om støtte til indkøb af apparatur eller it.

Ansøgningsskema kræves og udfyldes via DSAM's hjemmeside www.dsam.dk > Forskning > PLU-fonden.

Ansøgninger udfyldes online og infoside (underskriftside) samt eventuelle underbilag fremsendes til:

PLU's sekretariat
Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø.

Ansøgningsfrist for uddeling marts 2019: Onsdag den 20. februar 2019. Nærmere oplysninger kan indhentes i PLU's sekretariat på tlf. 35 26 67 85.

Af: **Emilie Olsson**, formand for SAMS København, **Anne Sofie Jepsen**, formand for SAMS Odense, **Kathrine Kjaer Bang**, formand for SAMS Aarhus og **Anne Hassing**, formand for SAMS Aalborg, samsmedicin@gmail.com

SAMS siger fra!

De fire SAMS-formænd om Socialdemokratiets forslag om tjenestepligt

Der er mangel på praktiserende læger i Danmark. Særligt "Udkantsdanmark" er hårdt ramt, men også de større byer står over for fremtidige udfordringer. Noget bør gøres for at sikre den fremtidige lægedækning, men tvang er ikke løsningen.

Socialdemokratiet foreslog i starten af oktober tjenestepligten. Et tiltag, der vil betyde, at nyuddannede læger skal tvinges til at arbejde i seks måneder i en almen praksis i et område med lægemangel. Emnet har allerede fået en del omtale, men fortjener fortsat omtale og kritik.

Vi er fire medicinstuderende, som snart er på vej til at skulle afgive vores lægeløfte. Hvor vi ender i vores KBU, afhænger af ét tal, som fastslår, hvor vi skal opholde os det næste år. Et tal,

som er uafhængigt af, om vi har børn i institution, andelslejlighed eller lige har købt hus med vores partner. Er nær-områderne taget, når turen kommer til vores nummer, så er vi tvunget til at rykke telt-pælene op og flytte hen, hvor det kræves. Det er et vilkår, som vi har været bevidste om, siden vi startede som medicinstuderende. Dertil er det et vilkår, som gælder alle nyuddannede læger.

Med Socialdemokratiets forslag om tjenestepligt kan vi fremover under tvang risikere at skulle agere færdiguddannet praktiserende læge umiddelbart efter vores afslutning af studiet. Rammer med en travl hverdag uden tid til ordentlig supervision og læring virker absurd, når målet hidtil har været fortsat læring og supervision i og efter KBU-forløbene. De fleste yngre læger har seks måneder af deres KBU i en almen praksis. Vi mener dog på ingen måde, at de seks måneder kvalificerer dem til at agere færdiguddannet praktiserende læge. Det er en faggruppe, der har fem års bred medicinsk, kirurgisk og psykiatrisk erfaring og viden med sig. At kalde det en tjenestepligt gør det til et spørgsmål om moralsk ansvar - et ansvar, som vi slet

ikke mener, vi hverken er kvalificerede eller forpligtigede til at tage.

Man kan undre sig over, at Socialdemokratiets viden om praktiserende lægers arbejde er så mangelfuld. Deres uvidenhed over for den høje og brede faglighed samt arbejdet, der er i almen praksis, er et problem, specielt når der er tale om et politisk parti, der har potentiale til at lovgive på området. At tro, at en nyuddannet KBU-læge kan varetage opgaver i almen praksis uden en speciallægeuddannelse, er et trist signal at sende til hele primærsektoren.

Et af argumenterne fra Socialdemokraterne er, at lægeuddannelsen er en lang og dyr uddannelse, som vi nu skal betale tilbage. Men en af fordelene ved at bo i et land med så høj en skattebetaling er vel netop, at man får sin uddannelse betalt?

Hvorvidt uddannelsen varer tre og et halvt år eller seks år, er i og for sig irrelevant med tanke på det lange arbejdsliv, man har forude, hvor igennem pengene vil blive betalt tilbage gennem skatter. I 2015 udgav Berlingske Tiden en artikel om tilbagebetalingstiden på enkelte uddannelser. Heraf fremgik det, at læger har tilbagebetalt deres ud-



dannelse efter tre år på arbejdsmarkedet (hvorvidt det gælder nyuddannet eller speciallæge fremgår ikke). Til sammenligning tager det kunstneriske kandidater 18,1 år. Vi vil meget gerne betale tilbage for vores gratis uddannelse i vores fremtidige arbejde, men vi er stærke modstandere af at gøre spørgsmålet til et argument i sagen om manglen på praktiserende læger.

Det er foruroligende, at der gang på gang kommer forskellige politiske udspil i øst og vest, hvad angår almen medicin. Først med regionsklinikker i København og nu med "tjenestepligten". Der opfordres herfra til dialog, f.eks. mellem PLO og de bestemmende parter på Christiansborg. Der er behov for at inddrage læger i fremtidige forslag

til at løse problemet. Den nuværende håndtering medvirker blot til at skabe uro og tvivl blandt yngre kommende læger, der overvejer almen medicin. Hvad er det politikerne vil? Hvordan ser almen medicin ud om bare fem år?

Vi erkender, at manglen på praktiserende læger er et problem. Vi mener dog ikke, at almen medicin er et speciale, der kræver tvang, da det er et spændende, bredt og patientnært speciale.

I PLO og DSAM har man oprettet "Rekrutteringsudvalget" – et udvalg, hvor både speciallæger, yngre læger og medicinstuderende med en forkærlighed for almen medicin deltager. Udvalget har til formål at komme med nye initiativer, der kan bidrage til at rekrut-

tere medicinstuderende og læger til specialet almen medicin. Derudover arbejdes der på at gøre politikerne opmærksomme på ønskerne for almen medicin.

Som formænd for SAMS i de forskellige universitetsbyer og med vores fælles forkærlighed for almen medicin nærer vi et dybt ønske om, at politikerne vil blive bedre til at sparre med fagpersoner i sagen om lægemangel i fremtiden. Lægemanglen truer de alment praktiserende læger, men problemet kræver holdbare løsninger, ikke tvang. //

sams



Glædelig jul...

Redaktionen ønsker læsere og skribenter en herlig jul og et lykkebringende nyt år. Vi takker for mange gode artikler i 2018 og kvitterer med et nyt og moderne blad, som vi håber kan inspirere til flere spændende artikler. 2019 byder bl.a. på en ny artikelserie om forskningsformidling og en ny artikeldatabase på hjemmesiden.

DET RIGTIGE VÆRKTØJ!



PUS
Partner Udviklings Samtaler

PUS, når du vil sikre godt samarbejde med dine partnere

DUP
Dialogisk værktøj til Undersøgelse af Partnerskabsgrundlag

DUP, når du søger ny partner i praksis

Udviklet af
erhvervspsykologerne
Søren Braskov & Asger Neumann

HumanAct ORGANISATION
KONFLIKTLØSNING
TERAPI & COACHING
HumanAct · Nørreport 26,2 · 8000 Århus C
T: 6013 2288 · mail@humanact.dk · www.humanact.dk



Prøvesmag på almen praksis

Medicinstuderende vil gerne i kontakt med almen praksis, før den obligatoriske undervisning i specialet på 12. semester. I Region Nordjylland fik en ung studerende muligheden og en god oplevelse.

Som medicinstuderende hører man ofte om det almene speciale undervejs i sin uddannelse. Nogle studerende er heldige at arbejde som assistent i en praksis under studiet, men disse jobs kan være svære at få. Derfor kan man først forvente at få det almene speciale i hænderne på 12. og sidste semester.

En mulighed for at prøve kræfter med almen praksis før 12. semester bød sig, da Region Nordjylland i foråret opslug en to-ugers lønnet praksisstilling som en del af en rekrutteringskampagne. Jeg var så heldig at få en af pladserne, og jeg tilbragte to uger ved Familielægerne i Hobro i juli måned, hvor Bolette Friderichsen var min tilknyttede praktiserende læge. Allerede inden mine to uger startede, blev jeg taget varmt imod, og vi aftalte, at jeg skulle have et personligt projekt, som jeg kunne udføre under opholdet.

Mit personlige projekt

Projektet handlede om, hvorvidt praksissens patienter i Marevan-behandling fik en årlig opfølgning ved en læge. Jeg skulle finde patienter i Marevan-behandling, skrive resuméer af sygdomshistorierne i deres journaler samt indkalde til prøver og årskontrol. Jeg skulle også selv være med til at tage prøver til årskontrol og komme med forslag til, om AK-behandling stadig var indiceret. Det var en god oplevelse at få lov til at deltage i arbejdet i en almen praksis.

Størstedelen af de Marevan-behandlede var kronikere, hvor der også var andre komorbiditeter indblandet, så jeg kom omkring mange forskellige patienter og sygdomme. Projektet gav mig et indblik i, hvor meget kronikere og patienter med komorbiditeter fylder i almen praksis.

Jeg kunne se, at kommunikation mellem patienten og lægen var vigtig, bl.a. fordi patienterne selv skulle sør-



ge for at huske at komme til opfølgning for deres forskellige sygdomme. De skulle helst forstå, hvad kontrollerne gik ud på, og hvorfor de var vigtige, blandt andet af hensyn til medicinbivirkninger og forværring af sygdom. Der kunne være risiko for, at fokus flyttede sig ved konsultationer, og at nogle sygdomme blev overset, hvis andet trængte sig på.

Ud over projektet lavede jeg andre små opgaver i form af blodprøvetagning, EKG-optagelser og fjernelse af sting. Jeg så også patienter med halsbetændelse. Den del, som tiltaler mig ved almen praksis, er, at kommunikation er en stor del af hverdagen. Dette så jeg f.eks. ved patienterne med halsbetændelse, da det var vigtigt at forklare, hvorfor antibiotika ikke altid er svaret, men samtidig sørge for, at de gik fra lægen med en følelse af at være blevet hørt og taget seriøst.

To lærerige uger

De to uger gav mig også mulighed for at se, hvordan tingene foregår i almen praksis, og få en større forståelse for de arbejds gange, som er der. Det har givet mig en større forståelse af, hvordan almen praksis og sygehusafdelingerne kan arbejde sammen.

Det var to meget lærerige uger i almen praksis. Det er et speciale, som jeg godt kunne se mig selv i, fordi der er mange forskellige arbejdsopgaver. Man får lov at se patientgrupper i alle aldre, samtidig med at man får lov til at følge sine patienter i mange år. Man får mulighed for at opbygge en bred viden og bruge mange forskellige dele af lægefaget i sit arbejde. Kommunikation er et vigtigt redskab i almen praksis, da det især i dette speciale er vigtigt, at patienterne føler sig hørt og set, fordi man er deres primære indgang til sundhedssystemet. Udfordrin-

gen er, at der er et stort organisatorisk arbejde i form af attester, og samtidig fylder kronikerne meget i praksis. Det forventes, at man er tovholder for patienten og har det forkromede overblik, hvilket – kunne jeg forestille mig – kan være svært ved patienter, som følges på mange forskellige afdelinger på grund af komorbiditet.

De to uger i almen praksis er givet godt ud for mit vedkommende. Det har givet mig et større indblik i, hvad specialet egentlig byder på, og hvad man kan forvente sig af det. Det er rigtig godt, at jeg fik mulighed for selv at prøve lidt kræfter med forskellige patientgrupper, og jeg er blevet klogere på, hvad der fylder i almen praksis sammenlignet med specialafdelingerne på sygehusene. Det har også givet mig mere viden om, hvad der er vigtigt at få med, når man f.eks. sidder på sygehuset og skal lave epikriser. //

PRACTICUS // kalender

MØDEKALENDER

FOLKEMØDE

13.-16. juni 2019
Bornholm

NORDISK KONGRES 2019

17.-20. juni 2019
Aalborg
www.nordicgp2019.dk

WONCA EUROPE CONFERENCE

26.-29. juni 2019
Bratislava, Slovakiet
www.woncaeurope2019.org

DSAM's ÅRSMØDE

4. oktober 2019
Comwell Kolding
www.dsam.dk

REPRÆSENTANTSKABSMØDE:

5. oktober 2019
Comwell Kolding
www.dsam.dk

LÆGEDAGE

11.-15. november 2019
Bella Center
www.plo-e.dk

30

31

Thursday

L ÆG E N S B O G S T A V E R

Niels Saxtrup er en mand med mange talenter og en fortid som både hospitalsklovn og lægefaglig chef i DSAM. I sin faste klumme funderer han over stort og småt i almen praksis og om faget almen medicin.

Tillid er farligt, men nødvendigt



Alle kender til at lande i den forkerte kø til kasseapparatet.

På trods af dyb uvilje mod pseudoarbejde er jeg blevet akkrediteret hele to gange. Årsagen er den, at jeg har skiftet praksis, og akkrediteringen har fulgt i hælene på mig. Det kan man da kalde "den forkerte kø".

To gange har jeg således været igennem det cirkus, hvor "vi lader som om", og hvor alle ved, at nu laver vi teater. Det gælder også de bedrevide og meget velbetalte surveyere, der i begge mine tilfælde ikke længere var selvstændigt praktiserende læger, og som optrådte sammen med en kontrolbesat bioanalytiker, der aldrig havde arbejdet i praksis.

At akkreditering giver kvalitet, stammer fra en forestilling om, at alt kan sættes på formler og måles og vejes. Det er en forestilling, som min datter, der læ-



ser på første år på CBS, allerede ved alt om, at man for længst har forkastet inden for organisationsteorien; man ved, at stivnede og kantede systemer skaber bureaukrati, ansvarsfralæggelse, gardering (defensiv medicin) og i sidste ende lavere produktivitet, kreativitet og ikke mindst kvalitet. Altså på enhver måde er en dårlig handel (undtagen for dem, der har gjort sig et levebrød ud af at kontrollere andre i stedet for selv at være i felten).

Den nye overenskomst indeholdt et opgør med den akkreditering, som – selv Danske Regioner kunne se – var dyr og ikke gav mere sundhed for pengene (og desuden fik folk til at forlade vores profession i utide).

Afløsningen for akkreditering er helt grundlæggende en anden tankegang: klynge samarbejdet. Idéen er, at forpligtende faglige fællesskaber i sig selv øger den faglige kvalitet. Det er ikke en ny tanke. De klassiske lav var en organisering af erhvervene inden for en by, med erfaringsudveksling, gensidig kvalitetskontrol og ikke mindst et rum, hvor man tog sig af

hinanden for også socialt at sikre den samlede faglige kvalitet. Klyngerne kan ses som en moderne pendant til lavene.

Klyngerne bliver frie til at arbejde med nøjagtigt dét, de finder nødvendigt og relevant. Det er en mulighed for faglig udvikling og interkollegial støtte. For uanset hvilke temaer man måtte ønske at arbejde med i klyngerne, vil det føre til faglige drøftelser, erfaringsudveksling og inspiration til nytænkning – og ikke mindst et blik for hinanden.

Akkrediteringens mistillid afløses af klyngers tillid

Klyngearbejdet må ikke drejes over i tvungne kvalitetsarbejder, hvor indholdet er bundet op på benchmarking af målstyrede indikatorer, f.eks. måling på brug af en bestemt type far-

maka. Det kan isoleret set være relevant nok.

Men man må give arbejdet frit. Det primære og meningsskabende skal være i det faglige møde med kolleger, der er bundet op på fælles forhold i den lokale klynge. Det kan være i form af måling af kvantitative data, men det kan ligeså vel være i form af gensidig støtte, tematiske drøftelser og fælles udvikling af værktøjer, f.eks. en drøftelse af, hvor vægtning skal ligge i forhold til omsætning eller ansvar for den svage, vi har i vores tarv, og hvordan vi kan gøre det.

Det er for farligt og defensivt at gå mistillidens og kontrollens vej. Der findes allerede en mængde regler og normer, vi arbejder indenfor, og der er rigeligt med sanktionsmuligheder mod kolleger, som af en eller anden grund skulle forbyrde sig. Lad styrelserne om dette arbejde.

Den sikreste vej til at holde os fagligt og kollegialt til ilden er ved at mødes og følge hinanden i netop forpligtende fællesskaber; et blik for hinanden i stedet for over hinanden. //



TANKER FRA STOLEN:

Hvad motiverer dig i dit arbejde?

Det spurgte min kollega Henrik Rømer og jeg vores praktiserende kolleger om ved en nylig afholdt diabeteskonference. Det virkede, som om vi havde sendt en "lammer" ud i lokalet – kollegerne så rådvilde ud i blikket. Det var godt nok lige efter frokost, så lidt tarveligt taget i betragtning, at jeg selv havde siddet med den samme rådvildhed, da Henrik og jeg fik den geniale(?) ide at sætte noget nyt på dagsordenen ud over de sædvanlige temaer på sådan en konference.

Vores endokrinolog på sessionen var ikke i tvivl: praktiserende læger motiveres af overenskomsten! Jeg tillader mig at tro, han tager fejl et pænt stykke af vejen, men jeg tror, at hans forestillinger om, hvad der motiverer os, deles af alt for mange langt uden for almen praksis.

Måske tager jeg fejl? Tænk over det: Hvad motiverer dig? Hvad gør dig glad for dit arbejde? Og hvad giver mening?

Økonomien i almen praksis er bare en ramme, som vi bliver nødt til at forholde os til og indrette arbejdsgangene efter, så forretningen løber rundt. Okay, for 21 år siden, da jeg købte prak-

sis, betød overenskomsten noget! Dengang stiftede jeg en for mig enorm gæld, hvilket betød, at jeg var nødt til at drive forretning for at kunne afbetale lån. For 21 år siden kunne jeg være skrækslagen for, om jeg nu kunne finde ud af at udrede, behandle og støtte alle patienterne uden at møde al for megen modstand.

Nu tænder jeg på modstand hos patienterne og de små finurlige tegn på, at noget ikke stemmer i regnskabet. Det kan være den nyopdagede type 2-diabetiker, der vægrer sig mod medicinering, når diagnosen er stillet. Det at have en fornemmelse for den enkelte patient gennem mange års samarbejde og tune sig ind på, hvordan jeg kan støtte lige netop denne patient, så vedkommende kommer længst i forhold til at leve et meningsfuldt liv garanteret med en skræddersyet portfolio om levemåde og medicin. Den gamle kroniker med multimorbiditet, der kommer til årsprøver hos sygeplejersken, hvor sygeplejersken fint fanger, at patienten klager over svimmelhed og tilkalder mig. Sammen finder vi alle tre ud af, at der ikke er noget at bekym-

re sig om i forhold til svimmelheden. På vej ud ad døren hører jeg patientens suk og stille bemærkning om, at "det nok ikke går mere". Lige der ved jeg, at det ikke handler om svimmelhed, men om dødsangst – om at skulle herfra. Det er i det subtile, vi udøver lægekunst i almen praksis, og disse magiske øjeblikke giver mig motivation i mange uger, fordi jeg har og tager muligheden til en vigtig snak med patienten, som på grund af kontinuiteten ikke behøver at tage så lang tid, men gør en verden til forskel for patienten.

Jeg motiveres af, at vores selskab har defineret syv pejlemærker for faget. De giver mening. Det er vores pejlemærker, og de passer til min opfattelse af kerneydelserne i almen praksis. Jeg ønsker mig en wallsticker med de syv pejlemærker i julegave. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk





BOGANMELDELSE:

Jørn Tyge flytter ind i mors telefon

Her er en billedbog med et vigtigt budskab til os voksne: *Giv dit barn mere opmærksomhed end din mobiltelefon.* Køb den til venteværelset i din praksis, og tal om budskabet i dine forebyggende børneundersøgelser.

Smartteknologien ændrer vores adfærd med risiko for at påvirke vores fysiske og psykiske sundhed. Teknologien overhaler vores vildeste fantasier, og det kan kun gå for langsomt med at få implementeret viden om risiko i vores daglige konsultationer i almen praksis. Smartteknologien er fantastisk og er kommet for at blive. Det er tid til at få et balanceret forhold til den, så vi kan næres af vores relationer med hinanden.

Spis, når I spiser i
familien, sig godnat, når
du putter, oplev naturen,
når I går i skoven
– mobilen kan vente/
blive hjemme.

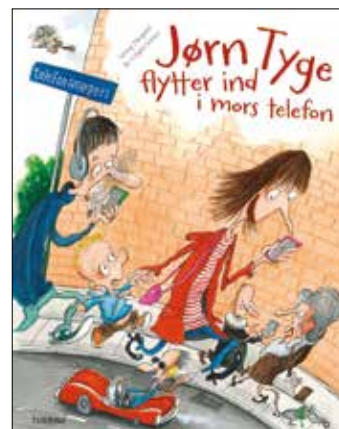
Bogens hovedperson, Jørn Tyge, bliver jaloux på sin mors mobiltelefon, fordi han skal konkurrere med telefonen om sin mors opmærksomhed. Hans mor fortæller ham hver dag, at

hun elsker sin Jørn Tyge, og alligevel så ser hun mest på sin mobiltelefon, tager den op, når den siger den mindste lyd, har den med ved middagsbordet og har den med i seng om aftenen. Det får ham til at ønske, at han var mors mobiltelefon, for så ville hun altid lege med ham. Og så sker der noget meget mærkeligt, mens Jørn Tyge sover. En morgen er han flyttet ind i sin mors telefon...

Det er en sjov bog med herlige illustrationer, der kan holde både barn og voksen fanget i en historie om voksnes uvaner med deres mobiltelefon – uden løftede pegefingre.

Jeg bruger bogen i børneundersøgelserne: hold kontakt med dit barn, når du ammer. Det er en vigtig kontakt, når barnet søger mors blik, mens det spiser og bliver spejlet. Spis, når I spiser i familien. Mobilene kan vente. Sig godnat, når du putter. Oplev naturen, når I går i skoven – lad mobilen blive hjemme.

Bogen behandler ikke børns egen brug af smartteknologi. Børnene er særligt sårbare i forhold til egen brug af smartteknologien. Teknologien taler til deres perception og nysgerrighed, og der er resolut respons på barnets intuitive interaktion med teknologien. Det må blive i en anden vigtig bog. Jørn Tyge flytter ind i mors telefon er en rigtig god begyndelse på at give vores børn fuld opmærksomhed, når vi mener, vi er sammen med dem. //



TITEL: Jørn Tyge flytter ind i mors telefon
FORFATTER: Psykoterapeut Henny Nørgaard
ILLUSTRATION: Bo Odgård
FORLAG: Turbine
UDGIVELSEÅR: 2018
SIDETAL: 36
ISBN: 978-87-406-1852-5
VEJL. PRIS: kr. 269,95
FOR YDERLIGERE INFORMATION KONTAKT:
Marie Jensby, PR og kommunikation
marie.jensby@turbine.dk

En spændende mulighed fra Partners in Practice (PiP): Undervis rwandiske lægestuderende i grundprincipperne for almen praksis

PiP er forankret i DSAM's Internationale udvalg. Med Partners in Practice er der under DSAM etableret et internationalt udviklingsprogram, der kan udvikle, understøtte og implementere internationale udviklingsprojekter inden for almen praksis. Læs mere om PiP og denne mulighed på dsam.dk.

- Rejs til Rwanda i 3-4 uger og hjælp med at undervise lægestuderende i universelle grundprincipper for almen praksis.
- Der er allerede et fuldt udviklet studenteraktiverende undervisningsmateriale (med tilhørende Power-Point-præsentationer, gruppeopgaver etc.), som du kan tage udgangspunkt i.
- Du samarbejder med lokale kolleger, som introducerer dig til og støtter dig i opgaven.
- Det vigtigste er, at du kan lide at facilitere undervisning og har erfaring fra almen praksis. Erfaring fra Afrika er en fordel, men absolut ikke et krav.
- Vores samarbejdspartner Department of Primary Health Care ved University of Rwanda har anmodet om assistancen og præciseret profilen på besøgende undervisere.

Samarbejdet

PiP indledte i 2012 et samarbejde med Department of Primary Health Care under University of Rwanda. Vores partner anmoder nu om assistance i undervisningen af rwandiske lægestuderende inden for faget Social and Community Medicine. De hjælper med at forberede dig til opgaven.

Opgaven

Faget, man underviser i, omhandler basale faglige, organisatoriske og etiske principper inden for Primary Health Care, f.eks. principper om lige adgang til sundhedsydelser, kontinuitet i behandlingen, holistisk og patientcenteret tilgang, koordinering og samarbejde på tværs af sektorer og faggrupper. Undervisningsmaterialet er allerede udviklet, men du kan selvfølgelig tilpasse det, som du ønsker. Eksempler på titler for en undervisningssession er: "Social determinants of health", "Patient-centered communication", "Universal health coverage" og "Health equity".

Profilen

Det er en fordel, hvis du allerede har erfaring med at undervise lægestuderende inden for almen praksis, f.eks. som tutorlæge, eller hvis du har kendskab til sundhedsforhold i Afrika. Men det vigtigste er, at du følger dig motiveret for at facilitere et læringsforløb for rwandiske lægestuderende, og at du er nysgerrig efter selv at lære om forholdene i Rwanda og høre, hvad de studerende selv ved.