

Practicus

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



December 2019
42. årgang // 248

TEMA UDDANNELSE

Lægedage, Mahlerpris og podcast, side 25-29

Livets universitet, Rusland, England, Danmark, side 35

Lægeboliger som rekruttering, side 44

Samarbejde med kommunerne, debat, side 48

INDHOLD

Leder

- 3 Lad os vende skuden, Magnus

DSAM

- 4 Fra fritløbende ildsjæle til samlet energibundt
6 Tre nyvalgte bestyrelsesmedlemmer
9 Skal man spørge sin læge om lov til at dø?
10 50-års jubilæum ... Det skal da fejres!

Artikler

- 12 Bærer alle patienter samme risiko for apopleksi?
14 Sårbare unge, hvor skal man sende dem hen?
16 Årskontroller ved AFLI-patienter
18 Kvalitetsudvikling skal understøtte det daglige arbejde
20 Sololæge i Ry
22 Ny PLO-kampagne: Få lov til det hele
24 Lægedage 2019: Populationsomsorg i almen praksis
26 Lægedage 2019: Mahlerprisen
27 Lægedage 2019: Practicus podcast
28 Point-of-care ultralyd, indtryk fra kongress
30 Besøg fra Singapore
32 Kan 14 dage i Rwanda gøre en forskel
35 Livets universitet, Rusland, England, Danmark
38 Samfundslitteraturs Lærebogspris 2019

FYAM

- 41 Kursus for tillidsrepræsentanter - hvorfor?
42 Ad hoc-supervision: Den skjulte undervisning?
44 Flere lægeboliger til provinsen

SAMS

- 46 Året, der gik, i SAMS Aarhus

Debat

- 47 Mindre kan næppe gøre det
48 Faglighed i det samarbejdende sundhedsvæsen
50 Stærekasser og lægemangel

Opslag

- 23 Videnskabeligt møde 23. marts 2020
40 PLU-fonden, ansøgningsfrist
40 Mødekalender
43 Find inspiration til kvalitetsprojekter
52 Glædelig jul og godt nytår

// s. 32



**PRACTICUS UDGIVES SOM MEDLEMSBLAD
TIL MEDLEMMER AF DSAM**
Stockholmsgade 55
2100 København Ø
Tlf. 7070 7431
www.practicus.dk

ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR
Ellen Louise Kristensen
redaktoer@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR
Jonas Fynboe Ebert
jonasebert@dsam.dk

REDAKTIONSSEKRETÆR
Annette Scharff Gehrs
asg@dsam.dk

NÆSTE NUMRE
Nr. 249
Frist for artikler: 10. januar 2020
Udgivelsesuge: 11, 2020

Nr. 250
Frist for artikler: 8. marts 2020
Udgivelsesuge: 19, 2020

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

Lad os vende skuden, Magnus

Der var høje forventninger, da sundhedsministeren traditionen tro åbnede Lægedage 2019. Magnus Heunicke indtog selvsikkert talerstolen og brugte godt 15 minutter på at italesætte sundhedsvæsenets åbenlyse udfordringer og på at understrege, hvor vigtig en medspiller almen praksis er i et velfungerende sundhedsvæsen. Allerede da sundhedsministeren trådte ned fra talerstolen og i særdeleshed i den efterfølgende pause, summede salen af uindfrie forventninger. På trods af en lind strøm af superlativer om vores fag og dets medarbejdere glimrede talen ved sit fravær af konkret indhold. Det er et klart plus, at der over de næste to år er planlagt 100 ekstra uddannelsespladser til almen praksis, men det er ikke ligefrem ny politik. Har regeringen en plan for at imødekomme den øgede arbejdsbyrde for almen praksis som følge af den stigende opgaveglidning fra sygehus til praksis? Og ligger det fortsat i kortene, at nyuddannede læger skal tvinges til lægedæknings-truede områder for at aftjene en "værnepligt" i almen praksis?

Practicus har sendt en invitation afsted til ministeren om at uddybe sine holdninger i en Practicus podcast.

Konkrete udmeldinger var der til gengæld nok af fra åbningssessionens andre deltagere. Især Mads Koch-Hansen, direktør for Sygehus Lillebælt og tidligere formand

for Lægeforeningen, gjorde sig positivt bemærket. Han står i spidsen for et sygehus, der gør en ekstra indsats for at styrke samarbejdet med primærsektoren, som han mener, er den vigtigste hjørnesten i et velfungerende sundhedsvæsen. Der er ingen tvivl om, at øget tilgængelighed til sygehusets speciallæger er et vigtigt redskab for praksislægerne, når det øgede antal type 2-diabetikere, KOL-patienter og mange andre strømmer ud i primærsektoren, og Sygehus Lillebælts indstilling til denne "service" er forbilledlig. Hvis alle ledere og politikere i sundhedsvæsenet udviste samme initiativ og handlekraft, f.eks. i de kommende overenskomstforhandlinger, skulle vi nok få vendt den skude, der er det danske sundhedsvæsen.

Redaktionen ønsker alle læsere rigtig god jul og godt nytår – og tak til alle jer, som har skrevet til os i årets løb. //



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



BESTYRELSENS KLUMME:

Fra fritløbende ildsjæle til samlet energibundt

DSAM før og nu. Hvad er der sket i almen praksis, og hvad har det betydet for arbejdet i bestyrelsen?

Det er knapt 20 år siden, jeg etablerede mig i praksis i en relativt sen alder med baggrund i bl.a. en vis skepsis i forhold til det at skulle være klinikejer og ikke mindst, om jeg ville savne et fagligt fællesskab derude. Jeg har ikke fortrudt et sekund. Godt nok byder klinikejerrollen på udfordringer, der ikke er blevet mindre med årene, men også på muligheder. Faglige fællesskaber er til stede, selv i en lille praksis som min med én kompagnon og delelevkår, hvor vi som oftest er ene læge på skansen sammen med vores personale. Faglig udveksling opnår vi på klinikkonferencer og behovsrelaterede samtaler om konkrete patienter. Vi føler os ikke fagligt isolerede i dagligdagen; her er fokus på patienterne. Ved behov kan kolleger i andre specialer og på sygehuse ne spørges til råd, ligesom der er diverse DSAM-vejledninger, lærebøger og regionale forløbsbeskrivelser at konsultere. Vi bliver holdt til ilden af vores patienter, som jævnligt udfordrer vores faglige viden med sympto-

mer, som ikke står beskrevet i lærebøgerne. Vi bliver holdt til ilden af vores uddannelseslæger og personale og de øvrige faglige fællesskaber, vi indgår i; det være sig efteruddannelsesgrupper, supervision, det lokale lægelaug og/eller deltagelse på diverse kurser og for mit eget vedkomme nde af organisatorisk arbejde.

Viden med afsæt i almen praksis' hverdag

Selvom nogle måske vil hævde det modsatte, er det min opfattelse, at vi er et fag af overvejende fagligt aktive sjæle, som via vores organisationer har opbygget et solidt tilbud om faglige fællesskaber som videndeler; tilbud, som er blevet mere og mere kvalificerede, hvor den tilbudte viden i stigende grad tager afsæt i almen praksis' hverdag og ikke i sygehusets selekterede patientgrupper. Vi har udviklet os som speciale siden dets formelle etablering i 1993 (og før det). Seneste skud på stammen er kvalitetsarbejde i klynger, hvor vi nu mere struktureret kan bygge videre på de

erfaringer, muligheder og udfordringer, vi oplever i klinikken. I modsætning til tidligere, hvor datagrundlaget for kvalitetsudvikling ofte var vores egne fortællinger (patientcases) og generel ekstrapoleret viden fra andre specialer, kan vi nu (snart) gøre det på et datadrevet grundlag, som tager afsæt i vores virkelighed og patienter. Ikke fordi der er noget i vejen med vores fortællinger; de er nøglen til forståelse af den enkelte patient. Men fordi vi ved systematisk indsamlede data kan hæve os op over den enkelte patient og os selv. Vi kan få overblik over vores indsats i forhold til alle patienter, som er tilknyttet praksis og sikre den samlede kvalitet.

Det faglige fællesskab er mere komplekst

Vort fag har været og er drevet af ildsjæle, hvor også flere og flere bliver ansat i diverse konsulentstillinger, som er knopskudt over de seneste 10-20 år. Da jeg var "ung", kendte alle kasketfolkene hinanden inden for de enkelte faglige fællesskaber som forsk-

ning, efteruddannelse og kvalitetsudvikling. Det gør vi ikke mere. Der er også kommet flere ikke-læger til i de regionale kvalitetsenheder for almen praksis. Det hele er blevet mere komplekst, og organisatoriske grænser, som tidligere har givet mening, står for skud. Senest oplever vi, at kvalitetsudviklingsarbejdet i klyngerne efterspørger data, efteruddannelse og praksisanvendelig forskningsbaseret viden, som ikke umiddelbart er tilgængelig. Med sundhedsreformen i 2007 og satsningen på udvikling af det specialiserede sygehusvæsen samtidig med en dominerende Public Management-tankegang er der også sket meget i det sundhedsvæsen, vi er en del af. Der er bud efter os. Det er positivt, selvom vi for øjeblikket ikke er nok til at dække behovene. Man vil også gerne kunne styre os noget mere.

Vi skal sikre faget en praksisrelevant stemme

Om noget har almen praksis brug for en stærk og samlet faglig og fagpolitisk stemme. Det er ikke nok, at enkelte ildsjæle taler for faget – uden

Selvom nogle måske vil hævde det modsatte, er det min opfattelse, at vi er et fag af overvejende fagligt aktive sjæle, som via vores organisationer har opbygget et solidt tilbud om faglige fællesskaber som videndeler.

mandat. Hertil er sagerne for komplekse. Vi har som enkelte klinikejere forskellige interesser alt efter vores driftsform, patientgrundlag/geografi og interesser. Vi er også forskellige som mennesker med egne holdninger og værdier. Vores organisationer skal have organisatoriske rammer, der kan matche nutidens vilkår og behov. Vi skal være klædt på for at sikre faget en praksisrelevant stemme, der har opbakning blandt medlemmerne. Vi har som bekendt foretaget organisatoriske ændringer i DSAM's sekretariat gennem de seneste år for at matche den aktuelle virkelighed. Vi er ved at få overblik over alle vores aktiviteter, som vi forsøger at prioritere. Bestyrelsen har været aktiv i forhold til at udforme pejlemærker for faget og

for DSAM's faglige virke. Vi har udformet politikker inden for forskellige områder, f.eks. vejledningsområdet og dataområdet, så de ildsjæle, vi sender i byen, har mandat og forhåbentlig også kan få og levere feedback. Vi forsøger at gøre os gældende i den offentlige sundhedspolitiske debat. Set i bakspejlet er der sket meget. Vi kan blive endnu bedre - ikke mindst til at nå ud til og inddrage flere medlemmer. //

DSAM's bestyrelse anno 2019. Fra venstre: Lasse Eck, Anne Møller, Bolette Friederichsen, Roar Maagaard, Anders Beich, Claus Rendtorff, Daniel Kaminski Rotenberg, Jesper Bossel Holst Christensen og Lise Dyhr. Foto: Imagebureauet.





I sidste nummer blev FYAM's nye formand præsenteret. Men han var ikke den eneste nyvalgte. Practicus præsenterer på disse sider de tre andre nyvalgte bestyrelsesmedlemmer.

Daniel Kaminski Rotenberg, Region Syddanmark: Ansvarlighed på lægemiddel- området er fortsat vigtigt

Jeg vil i DSAM's bestyrelse fortsætte mit mangeårige arbejde for kvalitet og ansvarlighed på lægemiddelområdet.

Jeg er kandidat fra år 2000, speciallæge fra 2007, og fra 2011 fuldtidspraktiserende læge i en veldrevet 5-lægeklinik i Odense, aktiv i lægevagten og i PLO. Jeg har tidligere været afdelingslæge på skadestuen på Odense Universitetshospital, og vikarieret i en del praksis i Danmark, Grønland, Norge og Sverige.

Mit arbejde i DSAM har hidtil bestået i deltagelse af udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer vedrørende lægemidler, kost og motion samt formuleringen af projektet "Fælles Diagnosekort", et "Add-On" til FMK, hvor visse faste diagnoser vil fremgå, og ordinations- og seponeringsårsager kan anføres, som er bundet til ATC-kode og visse andre oplysninger.

Jeg har skrevet en del om ordinationsansvar i MPL og UFL og deltaget i møder om emnet; noget, jeg håber vil resultere i "generisk ordinationslængde", så vi som læger ikke længe-

re skal skrive pakningsstørrelse, men behandlingslængde på recepten. Dette vil øge kvaliteten af behandlingen, idet mange receptfornyelser uden lægelig vurdering øger risikoen for, at en patient går for længe uden sygdomskontrol. I stedet bør alle læger selv udstede recepter på de behandlinger, de kontrollerer, med løbetid frem til næste kontrol. Det sikrer, at patienten kommer til kontrol, og forebygger tidsspilde ved receptfornyelser, hvor patienten ikke trænger til vurdering.

Overordnet set mener jeg, at DSAM bør understøtte den udvikling, faget ser i disse år, med udflytning af opgaver fra sygehuset og med kvalitetsar-

bejdet i klyngerne. Uanset hvad man måtte mene om fornuften i disse tiltag i en tid med lægemangel, sker de nu, og så må de hellere ske med vejledning fra DSAM. I den forbindelse mener jeg, at vi proaktivt bør definere vores fag – ikke som alt det, de andre ikke vil lave, men ud fra det, vi mener, er almen medicin. Vi bør ikke være bange for at frasige os serviceopgaver for andre aktører og i stedet fokusere på vores kernekompetencer. Lægevagtsarbejdet er en kerneopgave for vores fag ligesom chirurgia minor og den lettere del af skadestuearbejdet. Det sidste kan i øvrigt integreres i lægevagten, som det gøres i en af regionerne. //

Overordnet set mener jeg, at DSAM bør understøtte den udvikling, faget ser i disse år, med udflytning af opgaver fra sygehuset og med kvalitetsarbejdet i klyngerne.



Anne Møller, Region Sjælland:

Vi har behov for klinisk funderet forskning

Et rigt og varieret arbejdsliv

Jeg er praktiserende læge i Rønnede, syd for Køge, hvor jeg har været kom-pagnon i knap to år. Jeg var vikar i samme praksis i en del år, mens jeg ledte efter en kollega, som ville dele kapaciteten med mig. Det lykkedes desværre ikke at finde en partner, men jeg har heldigvis efter flere års søgen fundet en vikar til at dække den tid, hvor jeg ikke er til stede i praksis. Jeg arbejder nemlig hver anden dag som forsker (postdoc, som er en forskerstilling efter ph.d.) på Forskningsenheden for Almen Praksis i København. Det er en udfordring, men også et privilegium, at få lov til at arbejde klinisk med patienter den ene dag og den næste dag få lov til at nørde med forskning om multimorbiditet, artrose, muskelskeletbesvær og arbejdsdeltagelse – og ikke mindst deltage i faglige diskussioner med kolleger og andre samarbejdspartnere og undervise medicinstuderende og læger på vej i praksis. Klinisk arbejde, forskning og fagligt arbejde går hånd i hånd, jeg har et varieret og rigt arbejdsliv, men det er selvfølgelig også travlt. Jeg har altid været engageret i den faglige udvikling, og jeg har i de sidste fire år været med i bestyrelsen i DSAM Sjælland, de sidste tre år

som formand. Jeg har ligeledes i de sidste tre år været den danske repræsentant i EGPRN (det europæiske netværk af forskere inden for almen medicin), men giver nu stafetten videre for at koncentrere mig om det nationale arbejde.

Formand for Forskningsudvalget

Som nyvalgt bestyrelsesmedlem i den centrale bestyrelse er jeg blevet forskningsansvarlig og formand for Forskningsudvalget. Det giver god mening ift. min baggrund, og det giver mig mulighed for fortsat at præge udviklingen inden for integration af forskning i den almenmedicinske dagligdag over hele landet. Jeg vil på alle måder arbejde for, at vi får bedre vilkår for forskning i almen praksis i de kommende år. Vi har behov for klinisk funderet forskning, og der er mange kompetente kolleger, som kan bidrage til forskningen.

Netværksdannelse er vigtig

Ud over forskning er der behov for netværksdannelse på tværs af landet – både blandt og mellem praktiserende læger og forskere inden for området. Hvad er mere oplagt end at dyrke dette netværk på vores årlige årsmøde?

Jeg har troligt deltaget på årsmødet, siden jeg startede som uddannelseslæge, og jeg mener, det er vigtigt, at vi holder fast i traditionen med at mødes en gang om året og være faglige og sociale sammen. Jeg glæder mig til at være en del af årsmødegruppen, der arrangerer årsmødet i 2020 – som desuden markerer DSAM's 50-års jubilæum.

Så der er mange gode ting at se frem mod – som formand i DSAM Sjælland og bestyrelsesmedlem centralt – men også som fagligt aktiv praktiserende læge. Jeg glæder mig til arbejdet og til at diskutere faget med DSAM's medlemmer i forskellige fora. Så jeg håber, at du, som medlem, også vil deltage i debatten – på møder, på Facebook og til årsmødet den 2. oktober 2020! //

Jeg glæder mig til arbejdet og til at diskutere faget med DSAM's medlemmer i forskellige fora.



Roar Maagaard, Region Midtjylland:

Jeg vil fokusere på uddannelse, det internationale og patienterne

Patienterne er vores *raison d'être*

Roar Maagaard, 65 år og gennem 31 år læge i Skødstrup Lægepraksis. Jeg er havnet i DSAM's bestyrelse igen (var jo for ikke så længe siden formand for selskabet i seks år), idet der ikke var andre blandt de valgte i regionsbestyrelsen i Midtjylland, der kunne motiveres til at indtræde i bestyrelsen. Når det er sagt, så er jeg naturligvis parat til at påtage mig opgaver for vores videnskabelige selskab. Unge, nye kræfter må da så for pokker melde sig næste gang.

Det har formet sig sådan for mig, at det faglige arbejde i DSAM altid har været mere tillokkende end at være med til at få gode overenskomster i hus – men jeg er taknemlig for det store arbejde, andre lægger i PLO.

Mit fokus i DSAM-arbejdet vil være på tre områder: uddannelsen, det internationale og patienterne.

Fokus på uddannelse

Speciallægeuddannelsens kvalitet er altafgørende for vores virke, vores anseelse og helt aktuelt også for rekrut-

teringen – og det vil jeg fortsat arbejde på i Videreuddannelses-udvalget. Rekruttering har topprioritet de kommende år. På efteruddannelsesområdet sker der meget spændende for tiden. Nye modeller for vores efteruddannelse er skabt og prøves af. Fremtiden vil bringe mere kliniknær efteruddannelse til hele klinikken – en udvikling, jeg synes, DSAM skal støtte.

Vi kan lære fra udenlandske kolleger

Almen praksis i Danmark har så meget at lære fra gode kolleger i andre lande. Omvendt har vi en forpligtigelse til at bidrage til udviklingen uden for landets grænser. Jeg har i en del år været en del af dette internationale

samarbejde – og gør det meget gerne fortsat.

Initiativerne skal sikre bedre behandling

Jeg har for vane at minde vores uddannelseslæger i praksis om, at patienterne er såvel lægehusets som lægernes *raison d'être* – og sådan er det efter min mening også for DSAM. Jeg vil gerne være med til at tænke patienterne mere ind i vores faglige arbejde i DSAM. Lakmusprøven for alle vores initiativer bør være, at disse ultimativt sikrer bedre behandling til vores patienter. Det vil så betyde, at fokus måske skal flyttes en lille smule fra vores egne navler – for nu at sige det meget klart og lidt provokerende. //

Det har formet sig sådan for mig, at det faglige arbejde i DSAM altid har været mere tillokkende end at være med til at få gode overenskomster i hus – men jeg er taknemlig for det store arbejde, andre lægger i PLO.



DSAM I PRESSEN:

Skal man spørge sin læge om lov til at dø?



Retten til at dø er et af livets store spørgsmål, som pressen ofte skriver om.

Det har været et par travle måneder på pressefronten i DSAM, og selskabets formand har været en del i medierne på forskellige lægefaglige pressehistorier.

For eksempel historien om Sundhedsstyrelsens nye vejledning om genoplivning og livsforlængende behandling, der indskrænker muligheden for, at habile – men svage – ældre kan sige nej til at blive genoplivet. Det er et problem, siger DSAM's formand til Dagens Medicin. For det handler om at respektere borgerens ønske, og en borger skal lov til at afgøre, hvornår nok er nok.

”Vi er åbenbart så bange for, at vi nærmer os aktiv dødshjælp, så det kommer til at fremstå, som om man næsten skal have lægens tilladelse til at dø. Man kan ikke bare være habil og gammel og bede om, at man ikke vil genoplives. Der mangler noget autonomi for den ældre habile medborger i lovgivningen.”

Flere organisationer er som DSAM kritiske over for de nye vejledninger. Sundhedsminister Magnus Heunicke (S) vil sætte emnet på dagsordenen på



Sundhedsministeren flankeret af vores to lægeformænd. Til venstre i billedet ses undertegnede i bedste paparazzi-stil.
Foto: Claus Boesen

et møde i februar 2020 med bl.a. Folketingets sundhedsordførere.

Lægedage i Bella Centret trak som vanligt overskrifter til hhv. Ugeskriftet og Dagens Medicin. Ministeren kom traditionen tro forbi Lægedage og trykkede hænder med lægeformænd og sekretariatet. Jeg nåede selv at hilse på, før jeg sprang ud som begejstret paparazzi på gåturen ned til auditoriet, hvor åbningen af Lægedage skulle foregå.

Anders Beich bød velkommen, og han introducerede årets tema: ”Hvordan giver vi mest til dem med størst behov og skaber mest mulig sundhed? Populationsomsorg i almen praksis”. På forreste række sad bl.a. sundhedsministeren, som efterfølgende holdt tale for forsamlingen.

Ministeren sagde bl.a., at: ”nøglen

til at bekæmpe ulighed ligger hos jer. Jeg har alle værktøjerne på bordet, men jeg vil også sige til jer, at hvordan de værktøjer skal bruges, det skal vi være sammen om at finde ud af. Det er så vigtigt, at vi samarbejder, for hvis vi står og råber ad hinanden, kommer vi ingen vegne.”

Også de praktiserende lægers ærespris, Mahlerprisen, fik fin omtale. Den gik i år til praktiserende læge Anders Munck for hans mangeårige arbejde indenfor kvalitetssikring, forskning og uddannelse. Du kan også læse om prisvinderen her i dette nummer af Practicus.

Husk, at du altid kan følge med i relevante lægefaglige nyheder fra pressen og DSAM via vores nyhedsbreve og på Facebook. //



50-års jubilæum

... Det skal da fejres!

I DSAM er vi stolte over at blive midaldrende. Det betyder ikke, at vi er blevet gamle og grå, men derimod klogere, mere erfarne, og vi høster godt af den tid, som er gået, siden selskabet så sin begyndelse i 1970. I denne artikel kan du læse lidt om selskabets historie, hvordan du kan være med til at fejre DSAM's 50-års jubilæum og teste dig selv i quizen "Hvor godt kender du dit selskab?"

Lidt om historien

I 25-års jubilæumsskriftet fra 1995 kan man læse, at forløberen til DSAM startede allerede i 1966, hvor Dansk Selskab for Forskning i Almen Lægepraksis blev stiftet - det selskab som altså i 1970 blev omdøbt til Dansk Selskab for Almen Medicin.

DSAM's sekretariat begyndte med at være hjemhørende i en skrivebordskuffe i Vendersgade i København med adgang til en skrivemaskine. Der blev arbejdet med ad hoc-sekretærhjælp til en timeløn på 18,05 kroner. Fra 1977 blev der dog ansat en fast sekretær på halvtid. Siden er det gået fremad, i

takt med at antallet af medlemmer er steget, og vi er i dag ca. 10 ansatte - både administrative og lægefaglige medarbejdere (alle - bortset fra to - er dog ansat på deltid). Vi er i dag suverænt det største lægefaglige specialeselskab i Danmark.

Hvordan fejrer vi DSAM?

Først og fremmest har vi en jubilæumskampagne, og det er vist også første gang i historien og første gang nogensinde i Danmark, at et lægefagligt specialeselskab profilerer sit fag og sin faglighed.

Kampagnen hedder "Det gør en forskel, at vi kender hinanden". Det, at læge og patient kender hinanden - den personlige kontinuitet - betyder rigtig meget for både levetid og sundhed. Hver eneste dag oplever de fleste læger, hvordan kontinuitet, som bygger på relation og tillid, er et helt centralt element for inddragelse, fælles forståelse og samarbejde mellem læge og patient. Nødvendige forandringer i organiseringen af lægepraksis med ansættelse af mere personale gør det endnu vigtigere at bevare og beskyt-

te det, der gør en forskel. Borgeren skal stadig føle, at de har været hos egen læge, selv om de måske har haft en konsultation hos den sygeplejerske, de kender i praksis.

71 sekunders film i biffen

Kampagnen består af en velproduceret kampagnofilm på ca. 70 sekunder, der vises i biograferne i reklameblokken i 2020. Hvis man skal profilere noget, man er god til, så viser undersøgelser, at biografen er det rigtige sted at gøre det.

Derudover lanceres hjemmesiden www.vikenderhinanden.dk, og så fejrer vi selvfølgelig DSAM i stor stil på DSAM's Årsmøde. Du kan allerede nu godt sætte kryds i kalenderen den 2. oktober 2020. Vi vil også fejre DSAM på Lægedage i uge 48/2020, hvor rigtig mange kolleger samles. Og i Practicus vil der løbende i hele 2020 udkomme jubilæumsartikler - og mon ikke også jubilæumspodcasts? DSAM skal selvfølgelig også med til Folke-mødet, hvor vi vil bruge ekstra krudt på at synliggøre værdien af kontinuitet i almen praksis. //

Tag quizzen: Hvor godt kender du dit selskab?

I anledningen af den kommende fødselsdag har vi lavet en lille quiz, hvor du kan teste, hvor godt du kender historien og aktuelle spørgsmål om dit selskab.

1. Hvad hed Practicus frem til 1984?

- A. DSAM Orientering
- B. AP Nyt (APN)
- C. FagNyt

2. Hvad hed selskabets første formand?

- A. Peder Olesgaard
- B. Jacques Gauguin
- C. Paul Backer

3. Hvad finder man i Jubilæumsskriftet fra 1995, hvor DSAM fyldte 25 år?

- A. Annoncer fra lægemiddelindustrien
- B. Et haiku-digt der hylder selskabet
- C. Der blev ikke lavet et jubilæumsskrift

4. Hvor mange medlemmer har DSAM ca.?

- A. 500
- B. 3.000
- C. 5.000

5. Hvad er navnet på den jubilæumskampagne, som løber af stablen i 2020?

- A. Din læge vil dig det godt
- B. Det gør en forskel, at vi kender hinanden
- C. Hvis din læge ikke var her

6. Hvad er IKKE en del af formålet med DSAM (jf. vedtægterne)?

- A. Informere og kommunikere om faget, dets udvikling, kultur og organisation i skrevne og elektroniske medier
- B. Udvikle det almenmedicinske speciale med særlig vægt på uddannelse, kvalitetsudvikling og forskning *for, om og med* praktiserende læger og deres patienter
- C. Beskrive og analysere fordele og ulemper ved polyfarmaci

7. Hvor mange høringer bliver DSAM bedt om at deltage i pr. år?

- A. ca. 20
- B. ca. 100
- C. ca. 200

8. Hvad hed det selskab, der var forgænger for DSAM?

- A. Dansk Selskab for Forskning i Almen Lægepraksis
- B. Klinisk Fagligt Forskningselskab
- C. Dansk Selskab for Almen Praksis (DSAP)

9. Hvem udgør DSAM's øverste myndighed (repræsentantskabet)?

- A. Regionsbestyrelserne
- B. Bestyrelsen
- C. Formanden

10. Hvilke emner har særligt fyldt i pressen i 2019 for DSAM?

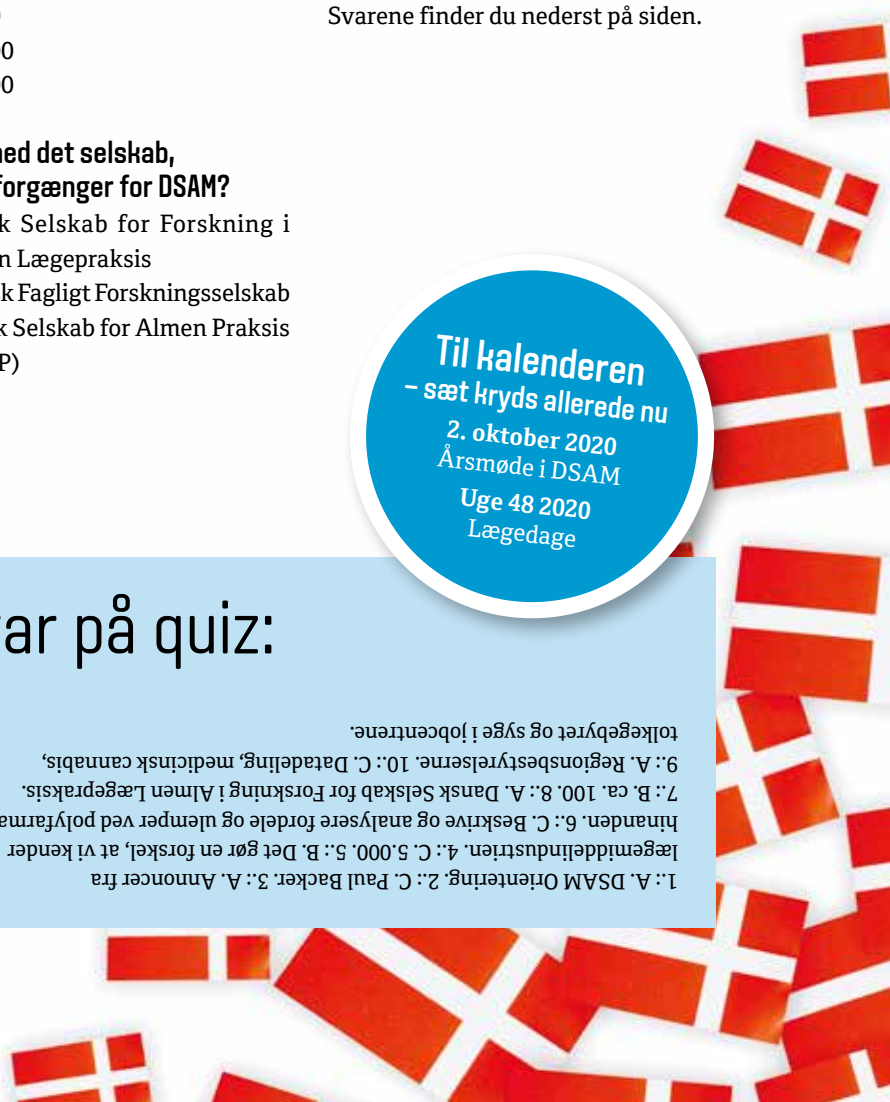
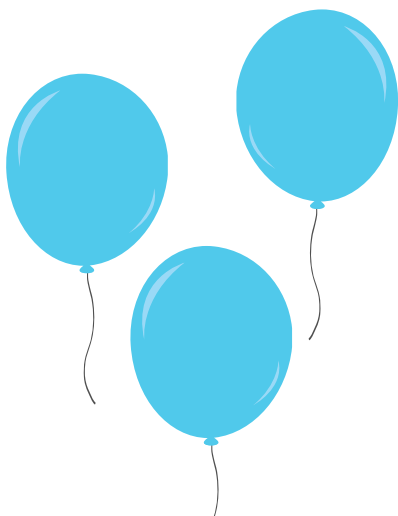
- A. Sunde kostvaner, mere screening, blodprøver og hjemmefødsler
- B. Center for immunterapi, motion på recept, akut-henvisninger og børneundersøgelser
- C. Datadeling, medicinsk cannabis, tolkegebyret og syge i jobcentrene

Svarene finder du nederst på siden.

Til kalenderen
– sæt kryds allerede nu
2. oktober 2020
Årsmøde i DSAM
Uge 48 2020
Lægedage

Svar på quiz:

1.: A. DSAM Orientering, 2.: C. Paul Backer, 3.: A. Annoncer fra lægemiddelindustrien, 4.: C. 5.000, 5.: B. Det gør en forskel, at vi kender hinanden, 6.: C. Beskrive og analysere fordele og ulemper ved polyfarmaci, 7.: B. ca. 100, 8.: A. Dansk Selskab for Forskning i Almen Lægepraksis, 9.: A. Regionsbestyrelserne, 10.: C. Datadeling, medicinsk cannabis, tolkegebyret og syge i jobcentrene.





5 spørgsmål til forskeren: Denne artikelserie omtaler en publiceret forskningsartikel eller et igangværende forskningsprojekt, som har stor relevans for almen praksis.

Bærer alle patienter med atrieflimren og diabetes samme risiko for apopleksi?

1. Hvorfor er det relevant for den alment praktiserende læge?

I Danmark lever flere end 130.000 danskere med atrieflimren, og det tyder på, at forekomsten vil stige i de kommende årtier. Risikoen for at få atrieflimren er større blandt patienter med diabetes, og det er estimeret, at om-

kring 20 pct. af patienter med atrieflimren også har diabetes. Men diabetes øger ikke kun risikoen for at få atrieflimren. Diabetes øger også risikoen for at udvikle apopleksi blandt patienter med atrieflimren. Således er patientgruppen med atrieflimren og diabetes en udbredt og sårbar gruppe. Men spørgsmålet er, om alle patienter med diabetes og atrieflimren bærer samme risiko for at få apopleksi, eller om der er mulighed for at differentiere mellem forskellige risikogrupper. Risikostratificering af patienter med atrieflimren og diabetes har været hovedfokus for mine studier. Dette er relevant for almen praksis, da almen praksis ofte har behandlingsansvaret for denne patientpopulation og således kan have glæde af redskaber som f.eks. risikostratificering til at målrette den forebyggende behandling til højriskopatienter og samtidig undgå overbehandling af lavrisikopatienter.

2. Hvad handler dine studier om?

En central del af behandlingen af atrieflimren handler om at forbygge apopleksi, idet atrieflimren øger risikoen for apopleksi fire til seks gange. Derfor anbefaler europæiske og danske guidelines livslang oral antikoagulerende behandling til patienter, som har høj risiko for apopleksi. Men behandlingen er ikke omkostningsfri, idet den øger risikoen for alvorlige blødningstilfælde. Derfor hviler beslutningen om at påbegynde oral antikoagulerende behandling på risikostratifikation, der har til formål at identificere de patienter, hvor den forventede reduktion af risikoen for apopleksi overstiger den forventede inducerede blødningsrisiko. I dag er det foretrukne risikostratificeringsværktøj CHA₂DS₂-VASc-scoren, hvor D'et i denne score står for diabetes. Med tanke på at scoren anvendes til at påbegynde en livslang og potentielt skadelig behandling, har vi udfordret og

FAKTA

- Ph.d.-projekt: Diabetes mellitus og kardiovaskulær sygdom: Prædiktorer for iskæmisk apopleksi.
- Forsvaret: Oktober 2019
- Vejledere: Martin Bach Jensen, Jette Kolding Kristensen, Peter Brønnum Nielsen og Torben Bjerregaard Larsen.
- Link til artikler: <https://bit.ly/3331AC2> og <https://bit.ly/37ry406>

udforsket antagelsen om, at det er rimeligt at betragte alle patienter med diabetes og atrieflimren som en enhed, der bærer samme risiko for apopleksi. Vi har undersøgt, om der er forskel i risikoen for at få en apopleksi, afhængig af om patienter med atrieflimren har type 1- eller type 2-diabetes, og om der er forskel i risikoen for at udvikle apopleksi, afhængig af om patienterne har et velreguleret, moderat reguleret eller dårligt reguleret blodsukker.

3. Hvordan er dine studier udført?

Vi udførte kohortestudier baseret på data fra landsdækkende danske registre. I studierne inkluderede vi patienter med nydiagnosticeret atrieflimren, som samtidig havde en forudgående diabetesdiagnose i perioden 2005 til 2015. Patienterne blev identificeret på baggrund af hospitalskontakter i Landspatientregistret. I første studie opdelte vi patienterne i henholdsvis type 1- og type 2-diabetes, baseret på en algoritme fra Sundhedsdatastyrelsen, der anvender information om diabetesdiagnoser i Landspatientregistret og koder for glukosesænkende medicin i Lægemiddelstatistikregistret. I et efterfølgende studie blev patienterne inddeelt i henhold til deres blodsukkerniveau i de tre blodsukkerkategorier: $HbA1c \leq 48$, $HbA1c = 48-58$ mmol/mol og $HbA1c > 58$ mmol/mol. Information vedrørende blodsukkerniveauet blev indhentet via Dansk Voksen Diabetes Database. Efterfølgende fulgte vi patienterne i op til fem år, for at se om de udviklede apopleksi.

4. Hvad er de vigtigste resultater?

Overordnet set viste vores første studie, at der ikke er forskel i risikoen for at få en apopleksi, afhængig af om man har type 1- eller type 2-diabetes. Ikke desto mindre viste en underanalyse af patienter i alderen under 65 år, at type 2-diabetes var forbundet

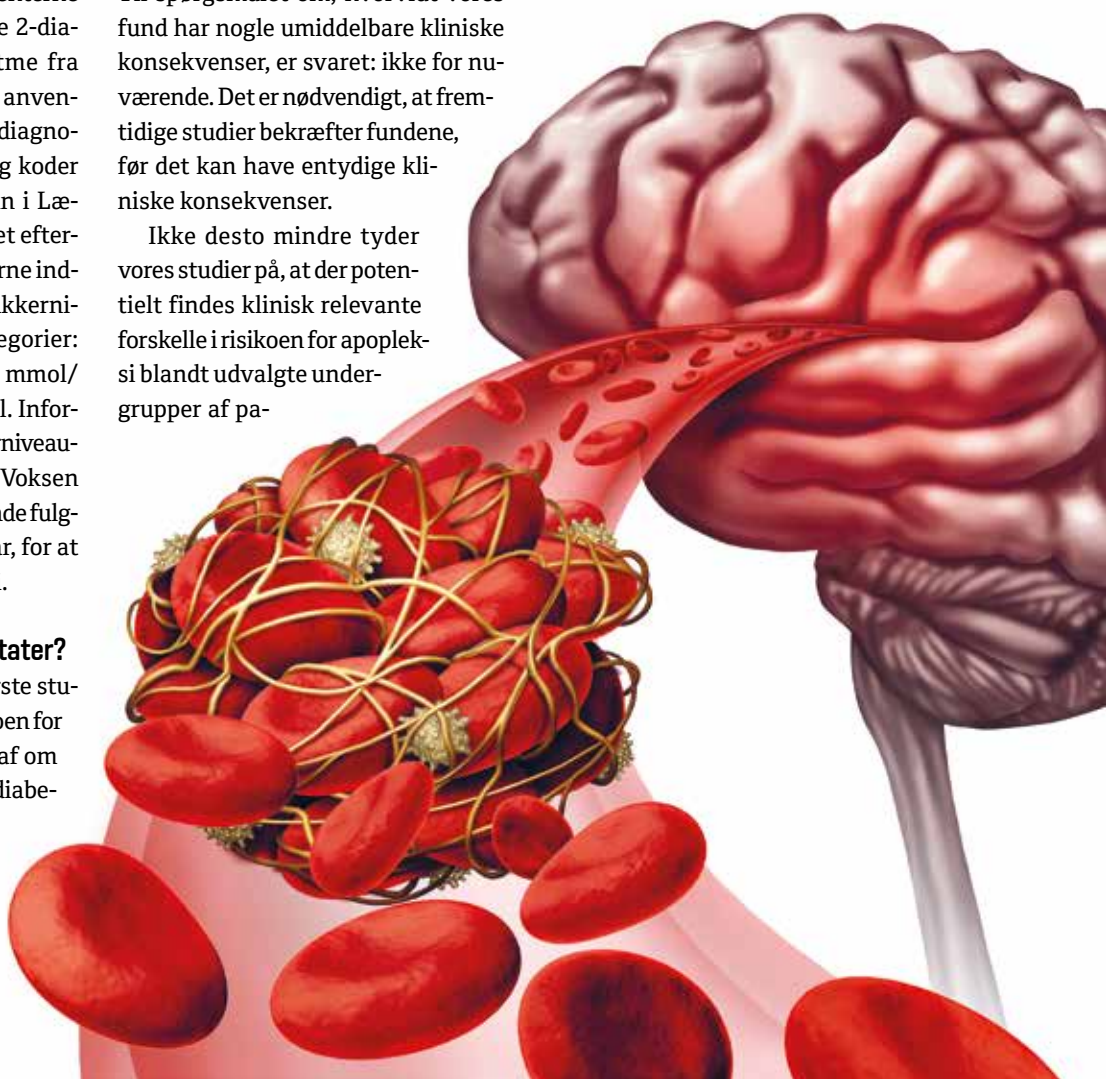
med dobbelt så høj risiko for at få en apopleksi. I andet studie fandt vi en dosis-respons-sammenhæng mellem blodsukkerniveauet og risikoen for apopleksi. Men vi fandt også, at denne dosis-respons-sammenhæng var fuldstændig afhængig af, hvor længe patienterne havde haft diabetes. Det viste sig, at der blandt patienter med diabetesvarighed over 10 år ikke var forskel i risikoen for apopleksi afhængig af blodsukkerniveauet. Derimod var der blandt patienter med diabetesvarighed under 10 år mere end dobbelt så høj risiko for apopleksi, både blandt patienter med moderat og dårligt reguleret blodsukker sammenlignet med patienter med velreguleret blodsukker.

5. Hvordan kan det implementeres, og hvilke udfordringer kan der være i forbindelse med implementeringen?

Til spørgsmålet om, hvorvidt vores fund har nogle umiddelbare kliniske konsekvenser, er svaret: ikke for nuværende. Det er nødvendigt, at fremtidige studier bekræfter fundene, før det kan have entydige kliniske konsekvenser.

Ikke desto mindre tyder vores studier på, at der potentielt findes klinisk relevante forskelle i risikoen for apopleksi blandt udvalgte undergrupper af pa-

tienter med diabetes og atrieflimren, som kan medtænkes, når man overvejer at indlede en livslang antikoagulationsbehandling. For eksempel er patienter under 65 år den patientgruppe, hvor der er lavest risiko for apopleksi og dermed også den gruppe, hvor vi er mest i tvivl, om vi skal tilbyde antikoagulationsbehandling. I denne gruppe peger vores studie på, at patienter med type 2-diabetes er i en højere risikogruppe end type 1-diabetespatienter. Ligeledes peger vores studie på, at der blandt undergruppen af patienter med en diabetesvarighed under 10 år og med et moderat eller dårligt reguleret blodsukker er en højere risiko for apopleksi. Både diabetesstype og blodsukkerniveau er nemt tilgængelige karakteristika at indtænke i den kliniske hverdag og i de overvejelser, man som kliniker har sammen med patienten. //





Sårbare unge

Ind i mellem kan det være svært at vide, hvor man skal sende sine patienter hen

Praktiserende lægers arbejde med unge, der har komplekse psykosociale problemer, er fokus i Julie Høgsgaard Andersens ph.d.-afhandling.

Psykisk mistrivsel blandt unge er et varmt diskussionsemne i den offentlige debat. I den internationale litteratur omtales almen praksis som en central aktør i forhold til at adressere unges psykiske helbred, men vi ved meget lidt om, hvordan danske prak-

tiserende læger oplever at arbejde med unge, der har det psykisk dårligt.

I forbindelse med mit ph.d.-projekt har jeg undersøgt, hvordan praktiserende læger oplever at arbejde med unge, der har komplekse psykosociale problemer og har svært ved at færdiggøre en uddannelse eller opnå en stabil tilknytning til arbejdsmarkedet. Mit studie viser blandt andet, at lægerne oplevede udfordringer med at få adgang til psykiatrisk behandling til de unge, og at de ikke altid var enige med kommunerne i, hvilke unge der burde udredes psykiatrisk. Derudover passede disse unges komplekse problemer ofte ikke til de eksisterende behandlings- og beskæftigelsestilbud.

Hvordan er studiet udført?

Mit ph.d.-projekt foregik i to kommuner i Region Sjælland og omhandlede unge, der har en kombination af sociale og ikke-psykotiske psykiske lidelser, og hverken er i uddannelse eller job. Jeg interviewede 16 unge og 36 professionelle, heraf 11 praktise-

rende læger. Derudover fulgte jeg to kommunale aktiveringsprogrammer, besøgte et værested og deltog i møder i tværsektorielle samarbejdsfora. Interviewene med de praktiserende læger var semi-strukturerede og fokuserede på lægernes opfattelse af de unges problemer, lægernes rolle i behandlingen af de unge, samt lægernes samarbejde med psykiatrien og kommunerne om de unge.

Svært at få psykiatrisk behandling

Det var en påtrængende problemstilling hos lægerne, at det var endog meget svært at få adgang til psykiatrisk behandling til unge med ikke-psykotiske psykiske lidelser. De privatpraktiserende psykiatere havde månedlange ventetider, og hos de regionale psykiatriske klinikker blev de unge ofte afvist, enten fordi de ikke passede i en diagnostisk kategori, eller fordi de blev vurderet til ikke at være syge nok.

Problemstillingen med at få adgang til psykiatrisk behandling blev des-

FAKTABOKS

- **Ph.d-projekt:** QUESTIONING CARE.

Anthropological perspectives on the care provided to young adults with psychosocial problems and common mental disorders.

- **Forsvaret:** september 2019

- **Vejledere:** Annette Sofie Davidsen, Tine Tjørnhøj-Thomsen, Susanne Reventlow

- **Link til oprindelig artikel:** Artiklen her bygger på den 3. artikel i ph.d.-afhandlingen, som kan findes her: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1363459319874100> (ikke open access).

uden kompliceret af, at de unge hyppigt udeblev fra konsultationer, ikke mindst hvis de skulle vente længe på at blive set første gang eller transportere sig langt. Hvis de udeblev et par gange i streg, blev de som regel afsluttet og sendt tilbage til egen læge.

En læge gav et eksempel med en ung mand med voldsom angst og depression, som hun uden held havde forsøgt at få i behandling. Først blev han afvist af psykiatrisk klinik med den begrundelse, at patienten alene havde behov for psykologhjælp. Dernæst blev patienten set af en psykolog, som mente, at der var behov for både medicin og terapi. Den praktiserende læge henviste til slut patienten til en privatpraktiserende psykiater, men da patienten langt om længe var rykket op ad ventelisten og havde fået en tid, udeblev han nogle gange og blev afsluttet. Patienten kom derefter ind i mellem i praksis og havde ikke fået det bedre, og som den praktiserende læge sagde *"det er jo rigtig svært en gang imellem helt at vide, hvor man skal sende sine patienter hen."*

Samarbejdet med kommunen

Samtidig med at lægerne oplevede store udfordringer med at få psykiatrisk udredning og behandling til de unge, der havde behov for det, gav de udtryk for, at der i kommunerne var et problematisk fokus på netop psykiatriske diagnoser. Nogle praktiserende læger fortalte, at kommunerne indimellem efterspurgte psykiatriske udredninger af patienter, som lægerne selv mente havde brug for psykosocial støtte, ikke psykiatrisk behandling. Lægerne tolkede disse anmodninger som et udtryk for, at kommunernes muligheder for at tilbyde hjælp var bedre, hvis den unge fik en diagnose. Men lægerne var bekymrede for, at de unge ville blive unødigt sygeliggjorte, og at presset på psykiatrien blev endnu større, hvis de henviste dem. Derfor afviste lægerne ofte at

Mit studie viser blandt andet, at lægerne oplevede udfordringer med at få adgang til psykiatrisk behandling til de unge...

henvise disse unge. Indimellem imødekømt lægerne dog kommunens ønsker om en henvisning, i håbet om at den unge derved ville kunne få en bedre hjælp fra kommunen.

Indsatserne passer ikke til problemerne

Et sidste væsentligt tema i interviewene med lægerne var, at både psykiatriens pakkeforløb og de kommunale aktiveringsprogrammer ofte ikke passede til de unges komplekse problemer. Ifølge nogle læger var der en del unge, som ikke profiterede af psykiatriens pakkeforløb, fordi forløbene var for standardiserede og for korte. Som en læge sagde, betød det, at de unge kom 'halvfærdige ud'. Med hensyn til de kommunale aktiveringsforløb var alle lægerne enige om, at aktivering i princippet var en god ting, men at der var stor forskel på kvaliteten i forløbene, og at de unge indimellem blev presset ud

i noget, hvor der ikke blev taget hensyn til deres udfordringer.

Egen læges dør er altid åben

Set fra lægernes perspektiv er der altså væsentlige udfordringer med at håndtere de unges komplekse problemer i social- og sundhedssystemet. Den praktiserende læges dør er imidlertid altid åben. Det betyder, at egen læge ikke bare er gatekeeper, men også mellem- eller endestation for de unge, der ikke bliver hjulpet af de indsatser, de modtager andre steder i systemet – også selv om det kan være begrænset, hvad egen læge kan gøre for disse unge. //





Af: Maibrit Petri Christensen og Katrine Bunk, med baggrund i forskningstræningsopgave skrevet af førstnævnte samt Mia Kamp Jensen og Lise Wittrup Lindeloff, alle uddannelseslæger i fase 3, maibritpetri@gmail.com

Årskontroller ved AFLI-patienter: Hvor godt gør vi det?

Auditprojekt sigter mod at optimere håndtering af AFLI-patienter i NOAK-behandling gennem strukturerede årskontroller.

Atrieflimmer (AFLI) øger risikoen for stroke betydeligt, og tilstrækkelig tromboseprofylakse reducerer den relative risiko for iskæmisk apopleksi med 67 pct. Ca. 120.000 danskere har AFLI, og med mere end 18.000 nye tilfælde årligt udgør denne patientgruppe ca. 2 pct. af de samlede sundhedsudgifter. Vi ser altså rigtig mange med AFLI i almen praksis, og derfor er det vigtigt at have styr på behandlingen. Non-vitamin K antagonist orale antikoagulantia (NOAK) anbefales i nationale guidelines frem for Vitamin K antagonist som tromboseprofylakse ved AFLI, såfremt der ikke er kontraindikationer.

Enkle retningslinjer for NOAK

Der er enkle retningslinjer for brugen

af NOAK. Ifølge Dansk Cardiologisk Selskab og Medicinerrådet bør der ved årskontrollen tages stilling til fortsat indikation, blødningsrisiko, bivirkninger, medicininteraktioner og plan for fremtidig behandling og opfølgning. Specielt skal der udfærdiges en individuel plan for kontrol af nyrefunktion ud over kontrol i risikosituationer, f.eks. ved dehydrering.

Men hvordan ser det ud i den daglige klinik med kontrollen hos patienter med AFLI i behandling med NOAK?

Som led i vores forskningstræningsopgave under vejledning af professor og praktiserende læge Bo Christensen gennemførte vi et auditprojekt med data fra i alt 100 patienter med AFLI i NOAK-behandling for at kunne belyse, hvordan vi kontrollerer patienter i forhold til retningslinjerne for kontrol af AFLI.

Ved hjælp af statistikprogrammer udvalgte vi 25 patienter fra hver af de fire praksis i Region Midtjylland, som vi var tilknyttet som uddannelseslæger.

Resultaterne viste, at der var stor forskel på indholdet i årskontrollerne,

herunder hvordan behandlingen med NOAK hos AFLI-patienter blev grebet an.

Hvor mange havde fået årskontrol det seneste år?

67 pct. af de identificerede patienter havde fået foretaget årskontrol inden for det seneste år (Figur 1). Auditpopulationen bestod særligt af ældre patienter, hhv. 39 pct. i aldersgruppen 65-74 år og 55 pct. > 75 år.

Hvad var indholdet i årskontrollen?

I de enkelte praksis var der generelt stor variation i, hvorledes årskontrollerne blev håndteret, hvad indholdet var, og hvordan dokumentationen blev foretaget i journalen.

Kun 51 pct. af patienterne havde et fået blodtrykket dokumenteret, og ved kun 10 pct. var der taget stilling til interaktioner. Det var muligt, at der ved "ajourføring" af FMK også indirekte var taget stilling hertil.

55 pct. af patienterne havde en plan noteret i forbindelse med årskontrollerne. Der var dog stor variation mellem de fire praksis. Vi mener, at den-

ne del af årskontrollen er meget vigtig af hensyn til opfølgning, videreformidling og internt samarbejde mellem lægerne og på tværs af faggrupperne i praksis.

Henholdsvis 22 pct. og 15 pct. af patienterne blev vurderet og dokumenteret i forhold til CHA2DS2-VASc-score og HAS-BLED-score ved årskontrollen. Igen var der stor variation mellem de fire praksis.

Hvordan gør vi det bedre?

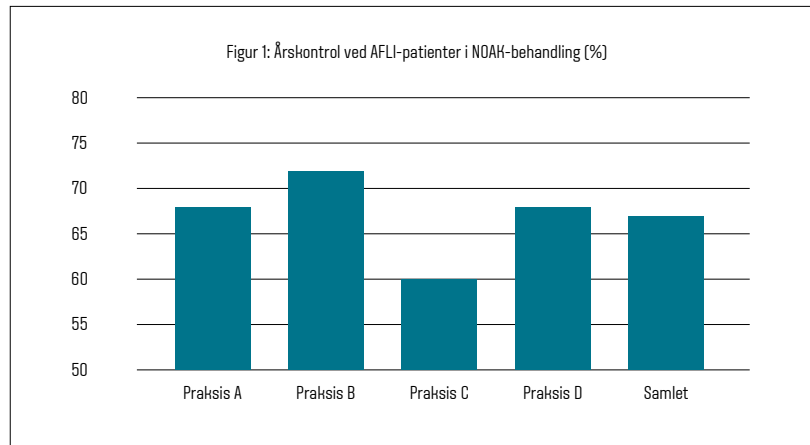
To af fire praksis havde haft fokus på netop denne patientgruppe og havde ligeledes en frase tilknyttet årskontrollerne for AFLI-patienter. I vores data kunne vi ikke se, at disse praksis adskilte sig i forhold til antallet af årskontroller og indholdet heri. Dog med den undtagelse, at der var markant flere beregnede CHA2DS2-VASc-scores og HAS-BLED-scores i de pågældende to praksis.

Manglen på dokumentation af arbejdet anskueliggør, hvor svært det kan være at se, om årskontrollen var korrekt udført, hvis ikke det var dokumenteret i journalen.

Det er vores vurdering, at der for flere af indikatorernes vedkommende var en underdokumentation i forhold til, hvad der reelt blev foretaget til årskontrollen. Dette vurderede vi ud fra den daglige diskussion i de forskellige klinikker. Variationen i de forskellige indikatorer viser med tydelighed, hvor stor forskel der er i de forskellige praksis' rutiner, både i forhold til indholdet i årskontrollerne og dokumentationen heraf.

Med udgangspunkt i vores undersøgelse forslår vi, at hver enkelt praksis tager stilling til en måde, hvorpå kontrollerne varetages, og på denne måde ensarter behandlingen, hvilket blandt andet kunne opnås ved at bruge en frase.

AFLI-patienter, som særligt er ældre mennesker, er en sårbar gruppe, da de er præget af mange komorbidi-



teter og af forskellige årsager kan have svigtende compliance. Det er også muligt, at de har udfordringer med at komme til lægen. For at imødegå denne problematik kunne et alternativ være at arrangere et opsøgende hjemmebesøg.

Praksispersonalet, herunder sekretæren, spiller en central rolle i forhold til at "indfange" patienterne til årskontroller i det daglige, f.eks. i forbindelse med receptfornyelse.

Måske var tidspres eller faglig udfordring i forhold til polyfarmaci årsag til, at der ved årskontrollen ikke blev taget stilling? Såfremt dette var tilfældet, kunne praksis overveje at tage imod tilbud om "Medicintjek i praksis", via Region Midtjylland, hvor den praktiserende læge har mulighed for at få hjælp af en farmaceut til medicingennemgang på patienter. Dette med formålet at reducere antallet af ældre, der får mange lægemidler.

Systematisk tilgang kan løfte kvaliteten

Ud fra vores undersøgelse mener vi, at det vil være en fordel, at der i den enkelte praksis tages stilling til en ensretning i indholdet af årskontroller for AFLI-patienter i overensstemmelse med nationale guidelines. Systematikken herfra kan ligeledes med fordel overføres til de øvrige kronikergrupper og dermed løfte kvaliteten på flere områder.

Perspektivering

Fremtidens sundhedssystem lægger op til at videreudvikle almen praksis som en integreret del af hele sundhedssystemet. Det skal både være moderne og nært, og samtidig skal der lægges flere opgaver ud til almen praksis.

Almen praksis skal være kendetegnet ved høj faglig kvalitet, og ikke mindst kunne tilbyde en effektiv, optimeret service. Tilsammen betyder det, at flere syge og komorbide patienter skal kunne håndteres i almen praksis i fremtiden.

Fokus på kvalitetsudvikling i almen praksis vil derfor ikke alene kunne ensrette behandlingen og sætte fokus på guidelines, men ligeledes bidrage til og sikre en høj faglig kvalitet i en travl hverdag. Arbejdet med kvalitetssikring tilvejebringer desuden en stor faglig tilfredshed, som giver motivation i det daglige virke.

Arbejdet med dette auditprojekt har henledt vores opmærksomhed på klyngearbejdet, som gør det muligt at arbejde med data praksis imellem. Her bidrages til en god faglig standard, der medvirker til, at de enkelte praksis får fokus på aktuelle indsatsområder.

Vi kan kun anbefale at anvende auditprojekter som redskab til at få fokus på bestemte patientgrupper og dermed højne kvaliteten i behandlingen i almen praksis. //



Kvalitetsudvikling

skal understøtte det daglige arbejde med patientbehandlingen

Dataindsamling til de kliniske kvalitetsdatabaser var til debat på temadagen ved Det Medicinske Selskab i København den 25. oktober 2019. Trine Jeppesen deltog og præsenterede et oplæg om dataindsamling til kvalitetsarbejdet i almen praksis.

Med OK18 har vi taget hul på et helt nyt kapitel i almen praksis' historie. Faglige fællesskaber eller klynger, hvor alle vi praktiserende læger og samarbejdspartnere kan mødes og arbejde med selvvalgt, meningsfuld, datadrevet kvalitetsudvikling uden kontrol.

Klyngerne er blevet populære på kort tid. Næste alle landets praktiserende læger tilhører nu en klynge. Vi har allerede set nogle utroligt flotte projekter, som sågar har skabt lokal medieopmærksomhed. Der er meget at være stolt af.

Omverdenen har lynhurtigt fået øje på og kan se og forstå klyngernes potentiale. Køen af bejlere, der kunne ønske sig, at deres specifikke emne blev taget op af klyngen, vokser. Almen praksis rummer alle patienter, så der er sådan set ingen begrænsninger i, hvilke emner vi kan kaste os over.

Indsatser, der flytter noget

Hvis det er vores ambition, at vi vil skabe indsatser, der flytter noget for vores patienter og samfundet, så er det bestemt ikke ligegyldigt, hvad vi har fokus på i den sparsomme tid, vi har sammen som kollegaer og med vores patienter. Almen praksis og klyngerne har potentiale til at blive et nøgleforum i hele den nødvendige omstilling,

vi står overfor i det nære sundhedsvæsen, hvor Realistic Medicine skal i fokus, ressourcer skal anvendes, hvor de giver mest mening og gavn, der skal rettes op på uligheden i sundhed, vi skal lade de raske være raske og holde op med at bruge tid og ydelser på aktiviteter, der ikke gør en forskel eller måske gør mere skade end gavn.

Der skal derfor fokus på de områder, hvor evidensen viser, at almen praksis kan have afgørende indflydelse på at skabe effekter og forbedre outcome for den enkelte patient i den individuelle behandling og påvirke effektivitet og ressourceudnyttelse i sundhedsvæsenet.

Der er tre områder, som går igen og igen i både national og international forskning, hvor man kan demonstrere evidens for, at almen praksis kan gøre en stor forskel.

- 1. Kontinuitet:** Det betyder noget, at vi kender hinanden – over tid. Det har signifikant betydning for forbedret patientoverlevelse, tilfredshed og livskvalitet, når patienten kender sine behandlere. Lægen bliver en mere cost-effektiv gatekeeper.
- 2. Individualiseret behandling:** Vi kan ikke standardisere os ud af behandlingsvalg. Multimorbiditet og polyfarmaci nødvendiggør en helhedsorienteret tilgang på tværs af diagnoser. Patienterne skal informeres og inddrages i risici og gevinster, og der skal tages højde for personlige præferencer. Der skal skabes et overblik

over den kompleksitet, som den moderne medicinske behandling er blevet til. En individuel tilgang mindsker forbrug af overflødige sundhedsydelser, og patienterne tager mindre medicin, oplever færre bivirkninger, har færre indlæggelser og er mere tilfredse.

- 3. Populationsomsorg:** At kunne identificere sårbare risikopatienter, at være opsøgende og at levere fokuseret intervention mindsker ulighed i sundhed, forbedrer resourceudnyttelsen og giver stor gevinst hos de patienter, hvor der er mest at hente.

Det skal vi

De tre nævnte områder viser, at vi især skal blive gode til at arbejde på tre forskellige niveauer.

Vi skal have et individuelt overblik over den enkelte patient, der trækker essensen ud af det, der er væsentligt for patienten i den kliniske hverdag og hjælper os med et relevant fokus. Dette overblik skal samtidig understøtte og lette det tværsektorielle samarbejde.

Vi skal let og enkelt kunne identificere den gruppe patienter, det kunne være relevant at have særlig fokus på og måske levere opsøgende adfærd for.

Og vi skal sammen i klyngerne let og enkelt kunne lave aggregerede datatræk, der er relevante for den kliniske hverdag og de overordnede problemstillinger, vi sidder med.

En ny måde at bruge data på

Almen praksis er omgivet af et utal af databaser, der hver især indeholder utrolig mange data om den enkelte patient. En patientjournal i dag er i sig selv et kæmpestort og i mange tilfælde uoverskueligt dokument. Men uanset hvilken patient der træder ind ad døren i vores klinikker, er der nogle håndgreb, vi benytter os af igen og igen i den kliniske hverdag. Det er de

samme få laboratorieprøver, de samme diagnostiske test, de samme ydelser, de samme diagnoser, der går igen, og som vi anvender på kryds og tværs.

Vi skal arbejde for, at de data, vi rent faktisk anvender hyppigst i den kliniske hverdag, bliver dokumenteret ensartet og sammenligneligt, så de kan bruges i vores fælles arbejde og i vores kliniksystemer. Det er spild af tid, når vi sidder og dobbeltdokumenterer eller forpligtes til at indbetrette helt enslydende data til mange forskellige databaser, der kun kan bruges til en diagnose, men ikke kan genbruges til den helhedsorienterede og individuelle indsats, vi skal levere til patienten.

Den enkelte læge vil på samme datasæt let og enkelt kunne populationsfremsøge og identificere patienter med særlig risiko. Det individuelle patientoverblik vil kunne give et hurtigt overblik og fokus på eventuel sårbarhed og behov for intervention hos den enkelte. Introducerede vi nogle nye, enkle dataenheder om patientens aktivitet i andre dele af sundhedsvæsenet, f.eks. åbne ambulante forløb og

hjemmeplejeydelser med kontaktnumre, vil vi kunne bringe et helt nyt og væsentligt perspektiv i samarbejdet på tværs.

Keep it simple

Så lad os ikke gøre datadiskussionen stor og kompleks. Lad os fokusere på de data, vi allerede anvender og dokumenterer i hverdagen, i stedet for at finde på nye data, der er mere komplekse, uensartede og usammenlignelige. Lad os koncentrere os om at gøre de mest almindeligt anvendte data i hverdagen sammenlignelige på tværs af systemer. Lad almen praksis få indblik i patientens aktiviteter i det øvrige sundhedsvæsen, f.eks. indlæggelser, åbne ambulante forløb, hjemmeplejeydelser og forbrug af lægevagten. Lad os optimere FMK-samarbejdet. Det vil gøre vores daglige og tværsektorielle arbejde meget nemmere og mere sikkert.

Vi bør altid have for øje, at kvalitetsudvikling i almen praksis skal understøtte det daglige faglige arbejde med patientbehandlingen. //



Foto: Colourbox



Sololæge i RY

Sidse Kjærholm har været praktiserende læge siden 2015. Hun indrettede klinik i Ry Sundhedshus, straks efter hun blev speciallæge. Hun er en af Danmarks sololæger, og hun har tre ansatte personaler og en uddannelseslæge.

Antallet af sololæger falder. Politisk har der været en trend væk fra sololægen og hen imod større praksisformer. Men måske er den udvikling ved at vende? PLO's undersøgelse fra 2019 gør op med forestillingen om, at sololægen ikke kan imødekomme fremtidens behov for udvikling og lægedækning. Undersøgelsen viser, at sololæger har meget høj patienttilfredshed, sololæger har mange patienter, og de har mere praksispersonale end læger i flerlægepraksis. I kan møde en af dem her.

Mandag morgen efter efterårsferien. Svigerdatter Betina ringer og fortæller, at Harry er død i nat. Det er kun tre uger siden, at fru Karen tog i forvejen. Jeg indlagde hende den eftermiddag. Hun havde ifølge hjemmeplejen haft blod i afføringen i nogle dage. Hun sad stille i sin stol og sagde ikke meget. Jeg talte med Harry og med Betina, som altid var til stede. Hver dag besøgte børnene de kære gamle, som netop havde haft krondiamantbryllup og havde fået kasketter og kuglepenne med deres bryllupsbillede på.

Vi satte os i sofaen og kom omkring Harrys medicin, som Betina tog sig af. Vi blev enige om, at det var på tide at

seponere Harrys Simvastatin, så han ikke skulle have så meget forskelligt.

Da jeg overtog det søde par som patienter efter min forgænger, var det svært for Karen. Hun græd allerede, når jeg hentede dem i venteværelset. Var forvirret over de nye praksislokaler i sundhedshuset og kunne ikke forstå, hvad al denne hurlumhej skulle til for. Vi opdagede, at hun havde en depression men også nogen demens. Da hun fik Sertralin vendte hele situationen, og hun talte som et vandfald, om de søde ansatte og om mit fine røde hår, som hun lige måtte mærke på. De fortalte om det store nisselandskab, som de satte op hver jul, og inviterede os til at komme forbi. Det gjorde alle fire den 23. december, da vi gik på juleferie.

Jeg var taknemlig over, at jeg den dag, jeg indlagde Karen, havde taget snakken. Hvad skulle der ske, hvis Karen fik hjertestop under indlæggelsen? Jeg noterede i henvisningen, at familien ikke ønskede genoplivning, og at livsforlængende behandling kun skulle iværksættes i begrænset omfang.

Få dage efter ringede Betina. Karen var død på sygehuset. Betina talte udelukkende med Tina, min sekretær, den dag, men jeg havde det indtryk, at det var tilstrækkeligt, for Tina kendte familien godt.

Relation og kontinuitet

Vi er så få i klinikken, at vi alle kender patienterne godt. Vi kender familiehistorierne ligeså vel som sygehistorierne, og mange af patienterne er tilmeldt i flere generationer. Patienterne er glade for det. De mærker den tydelige kontinuitet, der er, når de har været ved sygeplejersken, som deler og forstår min opfattelse af, hvor behandlingsniveauet ligger for den enkelte patient. Vi behøver ikke flyde-notater i journalen for at kunne "møde patienten der, hvor patienten er", som det hed sig på medicinstudiet.



Sidse Kjærholm (nr. 2 fra venstre) omgivet af sit personale: Tina Hovdal, Laila Dalstrøm, Tanja Lyngsø og Johanne Commerou.
Foto: Kristian Kjærholm

I virkeligheden handler det vel blot om at have forståelse for, at Michael, som netop har fået konstateret diabetes, og som kommer i klinikken med sin bostøtte, ikke kan opstartes i Metformin, Atorvastatin og Losartan på én gang, men har brug for et forløb, hvor vi de første gange blot taler om, hvad det betyder for ham, at han har fået sukkersyge, og hvorfor det er vigtigt, at han spiser fornuftigt og måske undgår nogle af de 5-6 skiver franskbrød, han får dagligt, også selvom der er kerner i. Det håndterer sygeplejersken, og hun ved, hvornår det er relevant at inddrage mig, for vi har allerede talt om de udfordringer, der kunne være med Michael.

Et lille sammentømret team

Det har været overraskende nemt at holde styr på de tusind hyppigst besøgende i klinikken, og det har givet en stor værdi for mig som læge, at både jeg og mine ansatte kender patienterne godt og bekymrer sig om dem. Vi kan drøfte patientbehandling løbende, nogle gange også i frokostpausen, og det er en fordel, både når det er svært, og når der er finurligheder, som vi kan smile ad.

De ansatte engagerer sig også i virksomhedens drift. De ved godt, at det økonomisk kan være sværere at

drive en solopraksis. De bekymrer sig over, om vi bruger for mange penge, og de sætter himmel og hav i bevægelse for ikke at få sygedage.

Tina, sekretæren, har fået en meniskskade. Hun har konstante smerter og kommer ikke udenom operation. Da hun kom for at informere mig, havde hun allerede udtænkt en plan for, hvordan hun kan oplære Tobias, vores medicinstuderende, i at passe skranken de dage, hun skal være hjemme. Samtidig bad hun om XMO-opkobling til sin private computer, så hun kan arbejde hjemmefra i stedet for at blive sygemeldt.

Jeg er meget taknemlig. Tina styrer alt med sikker hånd, så jeg udelukkende kan lave lægearbejde. Hun tjekker alle korrespondancer, mails og medicinbestillinger, så kun meget lidt kommer omkring mit bord. Hun indberetter løn og laver bogføring. Når vi er ude med klinikken, står hun klar og beder om kvitteringen i det øjeblik, der er betalt. Jeg plejer at sige til hende, at jeg stoler mere på hende end på mig selv.

Ingen kan undværes

Blomster til jul og et personligt kort er en af de måder, som jeg kan anerkende mine ansattes store engagement på. De kommer også hyppigt på

kursus, og vi har traditionelt taget på Lægedage hvert år alle fire. Så kan vi også "ryste os lidt sammen", komme ud at spise godt og bo på et dejligt hotel. Når vi holder arrangementer, er det ofte med ægtefæller, og det er absolut aldrig kedeligt. Det betyder noget, at vi har det godt sammen, og at "påhængen" passer ind i selskabet. De ansatte er langt mere end bare ansatte. De er mine vigtigste og nærmeste kolleger, og det er dem, der holder mig oppe på en dårlig dag.

Den årlige julefest og sommerfest holder vi sammen med fysioterapeuterne, psykologen og kiropraktoren, som vi deler hus, venteværelse og personalestue med. Det er store begivenheder, som alle sætter sig op til på den gode måde. Der bliver heller ikke lagt fingre imellem, når først festen er i gang.

Min familie er tæt engageret i klinikken. Vi har tilbragt hele og halve weekender i "Sundhedshuset". Min mand er desuden klinikken IT-mand. Jeg har indrettet et børneventeværelse, som til dagligt bruges af børnefamilierne. Når mine egne børn er syge, kommer de med i klinikken med dyne og pude og har så rummet for sig selv.

Vi har netop afholdt planlægningsmøde i ferieringen. Vi er tre klinikker med i alt fem ydernumre, der hjælper hinanden med ferier, lukkedage, sygdom og pasning af telefonen fra klokken 14 til 16 hver dag. Det fungerer upåklageligt.

Efter mødet skrev jeg en sms til Tina, Tanja og Laila, der er vores nye sygeplejerske:

"Halløj, de damer. Vi passer butikken i julen i år, hhv. den 27/12 og den 30/12. Til gengæld holder vi fri den 23/12 og får så alligevel seks dages juleferie, fri op til påske, dagen efter Kristi Himmelfart, vinterferie uge 7, sommerferie uge 29, 30 og 31, efterårsferie uge 42 og ferie hele julen 2020. Kærlig hilsen jeres yndlingschef." Det med chefen var de enige i. //



Ny kampagne:

Få lov til det hele – bliv praktiserende læge

PLO vurderer, at vi i 2030 får brug for ca. 5.000 praktiserende læger mod de ca. 3.400, vi er i dag. Det kræver, at der i en årrække skal uddannes ca. 400 speciallæger i almen medicin – om året.

Behovet for praktiserende læger er stigende. Allerede i dag er vi for få, og dertil kommer, at store årgange af kolleger i disse år går på pension, mens befolkningen bliver ældre, og indlæggelsestiderne på sygehusene bliver ved med at falde.

Heldigvis ser det ud til, at de politiske beslutningstagere omsider har fået øjnene op for, at der skal ske noget. Regeringen har taget initiativ til, at der de næste to år årligt bliver oprettet 50 nye hoveduddannelsesforløb i almen medicin. Det betyder, at der allerede fra næste år vil blive oprettet 350 uddannelsesforløb årligt. Selv om det i PLO's optik ikke helt er tilstrækkeligt, er det et historisk højt antal og et stort skridt i den rigtige retning.

Kampagnen skal fange de unge læger

Nu bliver det så afgørende, at de mange nye uddannelsesforløb rent faktisk bliver besat. Derfor er PLO sammen med Danske Regioner gået i luften med en fælles rekrutteringskampagne, som bærer overskriften "Få lov til det hele – bliv praktiserende læge". Kampagnen bakkes op af Sundheds- og Ældreministeriet. Målgrupperne for kampagnen

er medicinstuderende, nyuddannede læger, læger under uddannelse i almen medicin samt nyuddannede almenmedicinere, der måske lige tøver med at etablere sig med egen praksis.

Konkret består kampagnen af en række korte videofilm med fem forholdsvis unge praktiserende læger, der fortæller om deres hverdag, samt fem plakater, hvor en række af deres udsagn er sat sammen. Plakaterne er desuden blevet trykt som roll-ups og som postkort, der kan deles ud.

Du kan se alle filmene, plakaterne og postkortene på PLO's hjemmeside: <https://www.laeger.dk/faa-lov-til-det-hele-bliv-praktiserende-laeger>

Gavner også praktiserende læger

Kampagnen skal ses i sammenhæng med PLO's vedvarende indsats gennem en del år for at italesætte mangel på praktiserende læger som et problem, der skal tages hånd om. Vi føler et samfundsansvar for at bidrage til, at der findes løsninger på dette problem.

Samtidigt er det oplagt i de praktiserende lægers egen interesse, at der kommer flere læger i almen praksis. Flere praktiserende læger betyder, at vi alle sammen får en mere rimelig arbejdsdag og kan give en bedre hjælp til vores patienter – ligesom det øger chancen for, at vi hver især kan få afhændet vores ydernummer til en yngre kollega, når vi en dag skal på pension.

Positivt og realistisk billede

I og med der er tale om en rekrutteringskampagne, fokuserer udsagnene i kampagnen på kvalitetene og glæder-



ne ved tilværelsen som praktiserende læge og ikke på problemerne. Dog mener jeg trods dette fokus, at vi med kampagnen tegner et realistisk billede af tilværelsen som praktiserende læge. Med en hverdag, der er travl, men også stærkt varieret og fuld af fagligt spændende udfordringer.

Hvis man kan tale om et underliggende budskab i ud-sagnene fra de fem læger, er det vel netop dette: At livet som praktiserende læge er afvekslende og fuldt af spændende faglige udfordringer – samt at man som kliniker har en høj grad af indflydelse på, hvordan ens daglige arbejdsdag ser ud.

Spred budskabet

Tanken er, at videoerne i den kommende tid skal ud og ligge på diverse hjemmesider og deles i facebookgrupper for medicinstuderende, unge læger og lignende. Plakaterne skal hænges op rundt om på de medicinske fakulteter på universiteterne, på hospitaler og andre steder, hvor målgrupperne befinder sig. Desuden vil vi distribuere kampagnens materialer, når der afholdes uddannelsesdage, karrieredage og lignende for unge læger.

Er du aktiv på sociale medier, må du meget gerne hjælpe med at dele, like og kommentere på indholdet, når du møder det, så vi kan få spredt det positive budskab om almen praksis. Hvis du har kontakt med lægestuderende og/eller uddannelseslæger og gerne vil have tilsendt et antal postkort eller plakater, som du vil dele ud eller hænge op på relevante steder, kan du kontakte PLO's sekretariat på: plo@dadl.dk //

Er der gået inflation i sygdom og diagnoser?

Kan man i grunden være sund, rask, velbefindende, normal eller ...?

24. marts 2020 kl. 16-20 holder Dansk Selskab for Medicinsk Filosofi, Etik og Metode (DSMFEM) i samarbejde med Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) et videnskabeligt møde på Panum Institutet i København.

'Sygdom er hver mands herre' – og kan således tjene som undskyldning for ikke at komme til en kusines fødselsdag eller ikke at komme på arbejde i morgen. Sygdom er jo også en adgangsбилет til sundhedsvæsenet og mange andre offentlige ydelser. Hvad er det, som afgør, om noget er en sygdom eller ej? Hvem bestemmer?

Vi har inviteret 5 oplægsholdere, med forskellig konkrete emner og tilgang til spørgsmålene:

- Klemens Kappel, professor, Humanistisk Fakultet, Københavns Universitet
- Ezio Di Nucci, professor i bioetik, Københavns Universitet
- Anders Petersen, lektor, Samfundsvidenskabeligt Fakultet, Aalborg Universitet
- Janne Rothmar Herrmann, professor MSO, Juridisk Fakultet, Københavns Universitet
- Anders Beich, praktiserende læge, fmd. Dansk Selskab for Almen Medicin.

Reservér foreløbig dagen, og find flere detaljer i løbet af januar 2020 på www.dsmfem.dk.



Populationsomsorg i almen praksis

Lægedage 2019: Hvordan giver vi mest til dem med størst behov og skaber mest mulig sundhed?

Et 'fremragende forslag' og en 'blown away' KL-direktør – det var var nogle af reaktionerne på Trine Jeppesens oplæg ved årets Lægedage, som stillede skarpt på populationsomsorg i almen praksis.

Temaet for Lægedage var i år populationsomsorg i almen praksis. Tre en halv time var dedikeret til en temasession om, hvordan almen praksis tager sig af de svageste borgere. For hvordan gør vi det i praksis? Hvordan sørger vi for, at tilgængelighed og ressourcer bliver kanaliseret derhen, hvor

de potentielt kan gøre størst gavn, og til de patienter, der har størst behov – vel at mærke på en mere systematisk måde end i dag? Har vi data, der kan understøtte os i den proces? Og hvordan skaber vi mere tid til kerneopgaven i almen praksis: at finde de syge og lade de raske forblive raske?

Temasessionen bød blandt andet på et oplæg ved Trine Jeppesen, bestyrelsesmedlem af PLO. Det handlede om, hvordan data og it-systemer kan understøtte arbejdet med at tage sig af de svageste patienter i praksis, og engagementet i salen var tydelig.

"Jeg synes, det er en knaldgod idé, og hvis I også synes det som praktiserende læger, så vil jeg gerne være med til at bære den videre," udbød Erik Jylling, sundhedspolitisk direktør i Danske Regioner, efter Trine Jeppesens oplæg. Og Christian Harsløf, direktør i KL,

supplerede begejstret: *"Jeg synes, vi kan kalde det patientoverblik, og jeg er egentlig lidt 'blown away'. Jeg har været med i rigtig mange arbejdsgrupper, som har prøvet at lave det der, og det er suverænt det mest seriøse bud, jeg har set faktisk gennem ti år."*

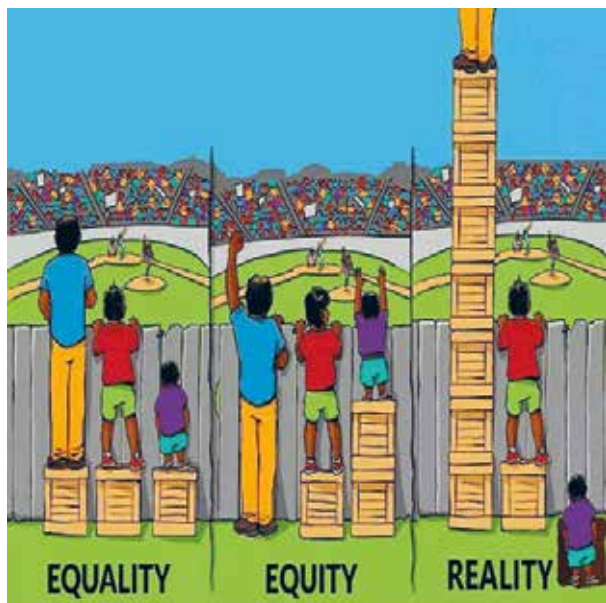
Der er ingen tvivl om, at længere levealder, flere patienter med kroniske lidelser, en bedre overlevelse efter kritiske sygdomme som kræft og nye behandlingsmetoder fremover vil øge behovet for at prioritere ressourcerne i sundhedsvæsenet.

Jakob Kjellberg, professor ved VIVE, sagde det kort og præcist: *"Det går værre og værre med den sociale ulighed. Den stiger år for år. Så hvis vi vil måle os på, om vi har været en succes, så har vi det ikke."* Eller som Gunver Lillevang, formand for Styregruppen for Efteruddannelse i PLO, udtrykte det: *"I bund og grund handler det om, at patienterne populært sagt skal behandles forskelligt for at blive stillet mest muligt lige i sundhedsvæsenet."*

En mangfoldighed af nye kurser

Lægedage bød i år også på 25 helt nye kurser. Lægerne kunne f.eks. komme på kursus i "Metakognitiv terapi", "At leve med sorg" og "Endometriose". Til praksispersonalet var der kurser som

Det er ikke hver dag, jeg har chancen for at stå overfor nogle af landets allerbedste – og det er jo præcis det, I er. I gør en afgørende forskel for patienter i Danmark. Det er en utrolig vigtig forpost i hele sundhedsvæsenet



Equality, Equity og Reality i sundhedsvæsenet - illustreret ved en række tilskuere til en fodboldkamp. Nogle har nemmere ved at se kampen end andre. Illustration: Interaction Institute for Social Change, artist: Angus Maguire.



Der var stor interesse for færdighedsværkstederne i år. Foto: Claus Boesen.

f.eks. "Tidlig opsporing af demens", "De 10 hyppigste infektionssygdomme", "Obstipation i praksis" og "Patienter i behandling med vanedannende medicin". Det højaktuelle emne var i år BED – Binge Eating Disorder. Det er et emne, der har været diskuteret en del i medierne, og som nogle læger var skeptiske overfor. Skal vi nu have flere nye lidelser og diagnoser? Som noget helt nyt var færdighedsværkstederne en del af kursusudbudet. Det var meget populært og blev hurtigt fuldttegnet. På to timer kom kursisterne rundt på fire værksteder, hvor de fik en introduktion og derefter fik mulighed for selv at give sig i kast med praktisk at udføre en spirometri, lave småkirurgi, urinmikroskopi og øve injektionsteknik.

Equity, equality og reality

Mandag eftermiddag blev Lægedage officielt åbnet af sundhedsminister Magnus Heunicke (S). "Det er ikke hver dag, jeg har chancen for at stå over for nogle af landets allerbedste – og det er jo præcis det, I er. I gør en afgørende for-

skel for patienter i Danmark. Det er en utrolig vigtig forpost i hele sundhedsvæsenet," lød det fra sundhedsministeren.

Forinden havde Anders Beich, formand for DSAM, sat scenen for årets tema på Lægedage og ved hjælp af billeder anskueliggjort, hvordan problematikken kan ses. Godt hjulpet af et oplagt publikum gav han en hæsblæsende tour gennem begreberne "Equality" – når man giver det samme til alle – og "Equity" – når nogen skal have mere end andre for at kunne se lige godt ind over hegnet til fodboldbanen (sundhedsvæsenet). "Reality" dækker over, at nogen i dag får enten for meget eller for lidt i sundhedsvæsenet. Når kasserne vakler under en, og man løber risikoen for f.eks. overdiagnostik, er det for meget. Og det er for lidt, når man slet ikke kan benytte sundhedsvæsenets tilbud, hvilket kan illustreres ved drengen, som er gravet ned. Anders Beich gav tolkegebyret som eksempel: "Man starter under jordniveau, hvis ikke man kan få lov til at kommunikere med sin læge."

Det var også under åbningsseancen, at årets Mahlerpris blev uddelt. Læs mere herom på de følgende sider.

En uge med fokus på efteruddannelse

Lægedage er med 136 kurser og ca. 3000 deltagere først og fremmest en uge med fokus på efteruddannelse. Ugen er ligeledes krydret med sundhedspolitiske debatter og sociale arrangementer.

Derudover kan man i løbet af dagen på Lægetorvet, et stort messeområde, træffe 105 forskellige udstillere, f.eks. producenter af inventar til klinikker, forskellige lægesystemer og telefonsystemer, men også revisionsfirmaer, patientforeninger og Sundhedsstyrelsen.

Hvis du ikke fik hørt temasessionen på Lægedage, kan du finde en videooptagelse af Trine Jeppesens oplæg og resten af sessionen på PLO's hjemmeside. Samme sted finder du også videooptagelser fra åbningen.//



Mahlerprisen

Der var stående klapsalver, da praktiserende læge Anders Munck gik på scenen på Lægedages åbningsaften for at modtage de praktiserende lægers ærespris, Mahlerprisen. Prisen blev givet for hans mangeårige arbejde inden for kvalitetssikring, forskning og uddannelse.

Anders Munck har siden 1978 arbejdet som praktiserende læge og modtager Mahlerprisen på

FAKTA OM PRISVINDEREN:

Anders Munck er praktiserende læge i en kompagniskabspraksis i Brendstrup på Fyn. Han er desuden seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet (SDU). Anders Munck var med til at danne Audit Projekt Odense (APO), som senere har bredt sig til resten af Danmark, mange andre lande og til andre faggrupper.

baggrund af sit arbejde med Audit Projekt Odense (APO), der gennem mange år har hjulpet til at kvalitetssikre almen praksis og bidraget til forskning og uddannelse. Han har ledet projektet fra 1991 til 2018. Projektet har fra begyndelsen haft fokus på at tage udgangspunkt i den kliniske dagligdag og skabe værdi for de involverede klinikker.

Redaktionen spurgte, hvad det betød for ham at modtage prisen, og om han har et budskab til sine kolleger.

"Det gør mig både glad og stolt her på slutningen af min karriere at få dette rygklap fra mine kolleger. Det er vigtigt at huske på, at det på trods af udfordringer er et privilegium at være praktiserende læge. Ikke andre specialer får et så tæt og fortroligt forhold til deres patienter," siger han.

Formand for PLO, Christian Freitag, overrakte Mahlerprisen med ordene: *"Anders Munck har igennem mange år gjort et stort og værdifuldt arbejde inden for kvalitetsudvikling, forskning og uddannelse. Han har samtidig en forbløffende evne til at få andre engageret i sine projekter. Det arbejde, Anders Munck har udført i regi af APO, har haft stor betydning for kvalitetsudviklingen*

på mange områder såvel nationalt som internationalt."

Anders Munck kvitterede i sin taketale med at fortælle, at et af de første APO-projekter, som virkelig flyttede noget, var et projekt om antibiotikabehandling til de svære pneumokok-pneumonier. Her ændrede deltagerne i projektet behandlingsstrategi fra de bredspektrede penicilliner og makrolider til helt almindeligt penicillin, som viste sig, at være den mest effektive behandling.

Den danske model

Over årene er APO gået fra at være et

FAKTA OM APO:

APO er et ressourcecenter for kvalitetsudvikling og efteruddannelse i almen praksis, der også henvender sig til andre personalekategorier i den primære sundhedstjeneste, f.eks. praktiserende speciallæger, praktiserende fysioterapeuter og praksispersonale. Læs mere her: <http://www.apo-danmark.dk/>



Af: Jonas Fynboe Ebert, FYAM-redaktør, jonas.ebert@dsam.dk
Fotos: Claus Boesen/Jonas Fynboe Ebert

lille dansk privatejet selskab til at være et selvstændigt projekt ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense. Fundamentet for det hele, nemlig det registreringskema, som anvendes under audit, har ikke ændret sig meget gennem tiden.

I dag findes der i store dele af verden lignende auditprojekter, som er baseret på den danske model. En af forklaringerne er ifølge Anders Munck, at "det er simpelt at gå til", og derfor er det nemt at eksportere.

I dag kører APO videre med projekter om bl.a. dårlig ryg, defensiv medicin og tidlig opsporing af kræft.

Fremtiden byder bl.a. på et projekt om de nye epikriser. Og så skal der udvikles en ny IT-plattform og iværksættes samarbejde med klyngerne.

Der er ingen tvivl om, at det var en glad prisvinder, som modtog kollegernes hyldest, og dermed føjede sig til rækken af tidligere modtagere. //

FAKTA OM MAHLERPRISEN:

Mahlerprisen er opkaldt efter Dr. Halfdan Mahler, der var generalsekretær for WHO i 1973-88. Prisen uddeles hvert år til en praktiserende læge, der har ydet en særlig indsats for at fremme praksissektorens deltagelse i enten det forebyggende arbejde i Danmark, inden for kvalitetsudvikling eller inden for undervisning, som profilerer almen praksis. Det er 29. gang, at Mahlerprisen uddeles.

Practicus podcast til Lægedage 2019



Practicus podcast var på Lægedage 2019, og det blev til flere spændende interviews. Lyt med, når vi snakker med en ny praksisejer, der var på Lægedage for at blive inspireret til, hvilket udstyr han skulle indrette sin nye praksis med. Hør, hvordan PLO-formand Christian Freitag og DSAM-formand Anders Beich forbereder sig på at tage imod sundhedsministeren i minutterne før hans ankomst. Og få et indblik i tidligere sundhedsminister Sophie Løhdes syn på fremtiden for almen praksis.

Du kan også høre Shlomo Vinker fortælle om det israelske sundhedsvæsen og om, hvordan primærsektoren spiller en stor rolle i deres system.

Til slut runder tidligere formand for Lægeforeningen og nu direktør for Sygehus Lillebælt, Mads Koch-Hansen, af med sit bud på, hvordan sygehuset kan assistere almen praksis i fremtidens flytning af opgaver ud i primærsektoren. //



Anders Beich, formand for DSAM, og Christian Freitag, formand for PLO.



Tidligere sundhedsminister Sophie Løhde.



Direktør for Sygehus Lillebælt, tidligere formand for Lægeforeningen, Mads Koch-Hansen.



Prof. Medical Director Shlomo Vinker, MD MHA, Leumit, Israel.



Point-of-care ultralyd

Indtryk fra 7th World Congress of Ultrasound in Medical Education (WCUME).

Den teknologiske udvikling går hurtigt. Det anslås, at mellem 2-300 praktiserende læger i Danmark anvender ultralyd. Brugen af ultralyd blandt praktiserende læger fører automatisk til flere spørgsmål. Kan og skal vi implementere denne teknologi i almen praksis? Og i givet fald, hvordan skal vi så lære at anvende den korrekt?

Var man ikke begejstret for ultralyd, inden man kom til kongressen, så blev man det helt sikkert ved åbningen af WCUME. Ud af højtalere strømmer et tungt hiphop-beat, og op på scenen springer en kittelklædt sanger, der får forsamlin-

gen til at rejse sig og klappe begejstret med. På scenen står arrangøren for kongressen, professor Chris Fox, som til forveksling ligner Phil Collins, med et backingkor af 10 kittelklædte kolleger og danser, mens tilhørerne opfordres til at være med. Omkvædet lyder: "You've got to insonate, innovate, and integrate", og det gentages, så ingen er i tvivl om, at det er hér, det foregår. "It's awesome", siger min sidemand, og jeg giver ham tøvende ret.

Som uddannelsesansvarlig i Dansk Almenmedicinsk Ultralydsselskab (DAUS) deltog jeg i "7th World Congress of Ultrasound in Medical Education" på University of California at Irvine, dels for selv at fremlægge et forskningsprojekt, som jeg har udført i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg og Copenhagen Academy of Medical Education and Simulation, og dels for at få inspiration til, hvordan man kan uddanne praktiserende læger i ultralyd. Kongressen var arrangeret af the Society of Ultrasound in Medical Education, og den samler ledende kapaciteter i primært Nordamerika (the world!) inden for uddannelse i ultralyd på både præ- og postgraduate niveau. Deltagerne var akutmedicinere, praktiserende læger, medicinstuderende og uddannelsesansvarlige repræsentanter fra præ- og postgraduate uddannelsesinstitutioner.

En forlængelse af vores sanser

Efter den hårdtslående indledning sammenfattede professor Chris Fox fra University of California at Irvine i sin introduktion essensen af kongressens formål ved at citere en artikel i New England Journal of Medicine fra 2014: "A generation of physicians will need to be trained to view this technology as an extension of their senses just as



Der var rig lejlighed til at afprøve sine egne færdigheder på kongressen.
Foto: Thomas Løkkegaard.

many generations have viewed the stethoscope. That development will require the medical education community to embrace and incorporate the technology throughout the curriculum”.

Fremtiden:

Hjertets "ejection fraction" på fem minutter

”Lige et øjeblik, så er den dér”, siger repræsentanten for firmaet, der sælger en af de flere håndholdte skannere, der findes på markedet. Jeg står med en transducer, som er tilsluttet en tabletcomputer. Transducere hviler på patientens bryst, og på tabletcomputerens skærm ser jeg hjertet slå. Computeren har nu godkendt min projektion og kan på basis af denne beregne hjertets ejection fraction, som angives med store tal på skærmen. Det tager ca. fem minutter. ”Kan det bruges i almen praksis af en novice?”, spørger jeg skeptisk. ”Inden længe kommer skanneren med en softwareopdatering, der viser brugeren, hvordan transducere skal holdes, mens han skanner, så den korrekte projektion opnås”, fortæller sælgeren. Pris: ca. 25.000 kr.

Når få skal uddanne mange

Der eksisterer mange barrierer for implementering af ultralyd. Kongressen havde fokus på de uddannelsesmæssige aspekter. Mangel på kvalificerede undervisere og supervisorer var et gennemgående tema. Dette blev illustreret meget tydeligt med et lille regnestykke, som også er relevant for danske forhold. På UCI har man ca. 600 medicinstuderende per år, der skal lære point-of-care ultralyd (POCUS). Hver studerende skal have evalueret 10 skanninger hvert år i de fire år, de studerer. Det betyder, at i alt 6.000 skanninger skal evalueres årligt. Spørgsmålet er, hvem der skal undervise, supervisere og evaluere alle disse studerende?

Flere oplæg på kongressen forsøgte at komme med løsninger på dette.

- ”Peer-to-peer”-undervisning blev nævnt som et effektivt middel. Princippet er, at læger, der har gennemgået et kursus i ultralyd og fået nogen praktisk erfaring, vil være i stand til at undervise kolleger, der ikke har brugt ultralyd før. Eksempelvis findes der evidens for, at medicinstuderende kan undervise hinanden i basale ultralydskompetencer lige så effektivt som speciallæger i radiologi.
- Inddragelse af andre faggrupper som undervisere er også en mulighed. Sonografer bruges for eksempel på flere amerikanske uddannelsesinstitutioner og hospitaler både som undervisere og supervisorer.
- Undervisningskonceptet ”Flipped classroom” blev nævnt som et eksempel på, hvordan man kan udnytte lærertimer bedre. Kursisten forbereder sig hjemmefra



Fagre nye verden, hjerteskaninger på 5 minutter. Foto: Thomas Løkkegaard

inden kurset ved at se en instruktionsvideo. Kursisten er derefter klar til at gå direkte i gang med at skanne, så dyrebare tid ved ultralydsskanneren ikke spildes på teoriundervisning.

- Simulationstræning på avancerede computerbaserede skanningsfantomer kan frigive flere lærerressourcer. Simulatoren underviser brugeren i, hvordan han opnår de korrekte projektioner, samtidig med at brugerens kompetencer bliver evalueret. Skanneren ”underviser” brugeren ved med pile og instruktioner at vise, hvordan transducere skal holdes for at opnå det optimale skanningsbillede. Når brugeren har opnået de korrekte projektioner, bliver billederne gemt på en cloudbaseret server, som kan tilgås af en supervisor enten på samme tid eller ved en senere lejlighed.
- Telemedicinske platforme blev demonstreret som eksempler på, hvordan begrænsede lærerressourcer kan bredes ud til flere kursister. Underviseren og kursisten mødes virtuelt med hinanden på en computer. De kan begge se det skanningsbillede, som kursisten producerer, og underviseren kan på skærmen anviser kursisten i at udføre de korrekte projektioner.

Kompetencerne skal vedligeholdes

Andre oplagte barrierer i forhold til uddannelse i ultralyd blev også nævnt. Mangel på ultralydsskannere til undervisning og til brug i almen praksis er ofte et problem. Og selvom skannerne skulle være til stede, kan det være et problem at få tid til at øve sig. Ressourcerne til at vedligeholde kompetencerne i form af genopfriskningskurser og løbende supervision prioriteres ofte ikke i fornødent omfang. Anvendes ultralyd ikke regelmæssigt, sker der et signifikant tab af kompetencer allerede efter ét år.

Almen praksis har særlige uddannelsesmæssige udfordringer, da undervisning og supervision ikke er så let tilgængelig som på hospitalerne. Det kalder på innovative løsninger, der kunne involvere telemedicin, virtuelle, cloud-baserede læringsrum og lokale uddannelsesgrupper. //



Besøg fra Singapore

Delegation fra Singapore fik veltilrettelagt tour de force i udvikling og udøvelse af dansk almen medicin på en tougers rundtur i det ganske land.

En del af DSAM's formål er at etablere og udbygge internationale kontakter med henblik på fagets udvikling både nationalt og internationalt. Det betyder, at udpegede af DSAM nogle gange rejser ud i verden for at få inspiration, og andre gange er vi værter og tager imod, når nogle ønsker inspiration fra os. DSAM har mange internationale kontakter, bl.a. fordi selskabet er medlem af en række nordiske, europæiske og internationale sammenslutninger, herunder WONCA og Nordic Federation of General Practice.

For nylig var det os, der var værter, da en delegation fra Singapore med ansvar for organisering af almen praksis/primærsektoren besøgte Danmark.

Delegationen havde de seneste par uger været på tur rundt i Danmark for at besøge næsten alle afkroge af det primære sundhedsvæsen.

Sidste stop var DSAM, hvor formand for Internationalt Udvalg Roar Maagaard og sekretariatschef Louise Hørslev tog imod og bød på frokost.

Delegationen fra Singapore på seks personer blev ledet af dr. Irwin Chung Huang, og de havde for et års tid siden anmodet Roar Maagaard om at sammensætte et tougers program i Danmark. Delegationen kendte på forhånd en del til vores sundhedsvæsen og ville meget gerne have yderligere inspiration til udvikling af deres organisering og tilbud til befolkningen i Singapore, hvor de står for tilbuddet

til ca. en tredjedel af befolkningen i et tilsvarende geografisk område af østaten.

Et tætpakket program med fokus på innovation og samarbejde

De var specielt interesserede i innovative tiltag, vores indsats på kroniker- og ældreområdet og samspillet mellem primærsektor og almen praksis. Deres program bød derfor på besøg hos de to forskningsenheder i Aarhus og Odense, lægepraksis i Vejle og Skødstrup, akutafdelingen på Aarhus Universitetshospital, Sundhedsforvaltningen i Aarhus Kommune, et stort plejehjem og et innovativt lokalcen-ter, lægevagten i Region Midtjylland, Steno Diabetes Center i Aarhus, KIAP, PLO, PLO-E, CIMT (Center for Innovativ Medicinsk Teknologi på OUH), Inno X Health i Aarhus (under Institut for Klinisk Medicin i Aarhus) og et fællesmøde med repræsentanter fra Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen. Hos DSAM ville de bl.a. gerne høre om vores kliniske vejledninger.

Delegationen fra Singapore på seks personer blev ledet af dr. Irwin Chung Huang, og de havde for et års tid siden anmodet Roar Maagaard om at sammensætte et tougers program i Danmark.



Gæster og værter iklædt DSAMs kampagne-T-shirts. Foto: Sine Barrett-Madsen.

De fik masser af inspiration med hjem

Besøgets længde og de mange udsendte deltagere vidner om, at de satsede meget på at få værdifuld inspiration med hjem fra besøget. Det fik de så afgjort, var meldingen fra dem, men skulle de fremhæve bestemte elementer som særligt inspirerende og overraskende, så var der meget på denne liste:

- Vores stærke organisering i PLO, DSAM, KIAP – en organisering, der sikrer kvalitet og udvikling – og hvordan denne var understøttet og drevet af almenmedicinsk forskning, som de så på forskningsenhederne.
- Den innovation, som de mødte på CIMT og Inno X Health.
- I praksis var det samarbejdet mellem personalegrupperne, den tætte relation mellem patienter og vores klinikker plus den gode tid, de følte, der var i konsultationerne.
- Steno Diabetes Centers tilbud og samspil med resten af væsenet; og da diabetes er dobbelt så hyppigt i Singapore som i Danmark, er det meget relevant.
- Samspillet mellem dagtid, Lægevagten i Region Midtjylland og Akutafdelingen på AUH gav inspiration til en ny organisering af deres eget akutsystem.

Men allermest opløftede var de nok af at opleve indsatsen for vores ældre i Aarhus Kommune. Dels den overordnede tankegang men især udfoldelsen med akutsygeplejersker, lokalcentre, hjemmepleje og et fantastisk plejehjem med sansehave, kærlig omsorg for beboerne og med oktoberfest, hvor de hørte, at chefen kom i München outfit, og der var udskænkning af øl til beboerne. Det tog de i den grad med sig hjem!

Værdifulde relationer – kloden rundt

IDSAM sluttede Roar og Louise af med at fortælle om kampagnen "Det gør en forskel, at vi kender hinanden", som DSAM sætter i søen efter nytår, og som skal synliggøre faget og gøre opmærksom på værdien af den professionelle relation mellem patient og læge, som kan bidrage til kontinuiteten i sundhedsvæsenet. De har hidtil ikke satset på denne relation – men vil gøre det fremover med små teams omkring den enkelte patient med to læger og en til to sygeplejersker. Delegationen lyttede interesseret og tog også en kampagne-T-shirt på til ære for fotografen. Besøget var til gensidig inspiration, og der er ikke tvivl om, at på tværs af landegrænser gør det også en forskel, at vi kender hinanden. //



Kan 14 dage i Rwanda gøre en forskel?

Giver det mening at sende en dansk almenmediciner til en provinsby i Rwanda og undervise medicinstuderende i 14 dage? Det er et spørgsmål, som kun kan besvares, hvis man pakker kufferten og tager af sted – så det gjorde jeg.



Der lyttes og arbejdes.
Forelæsning for unge medicinstuderende.
Privatfoto.



DSAM's internationale udviklingsprogram Partners in Practice (PiP) har kontakt til universitetsmiljøet i byen Huye i Rwanda, og det var disse kontakter, der anmodede PiP om assistance. Et opslag i Practicus december 2018 fra PiP vakte min interesse. Opgaven var at assistere ved undervisningen af rwandiske medicinstuderende i faget "Social and Community Medicine".

Min viden om Rwanda på dette tidspunkt var begrænset til, at det var et land et sted i Afrika med et folkemord i fortiden. En af mine mere belæste venner kunne supplere med, at der fandtes gorillaer i Rwanda.

Rwanda er et fattigt landbrugsland, men det er politisk stabilt og på mange måder meget velorganiseret. Til forskel fra nabolandene er kriminalitet og korruption ikke udbredt.

Om mig

Efter 20 år i almen praksis, havde jeg lige solgt min andel af en kompagniskabspraksis i Københavns indre by. Nu var jeg fri som fuglen, og at tage til Rwanda kunne være en måde at bruge min frihed på. Som 56-årig var jeg ikke moden til pension, men til at få afprøvet og måske udvidet min lægerolle.

Huye

Jeg tog afsted til Rwanda sidst i juli 2019. Man kan flyve fra Kastrup til

Rwandas hovedstad Kigali på ca. 11-12 timer med en mellemlanding.

Mit mål var universitetsbyen Huye, der ligger cirka 2-3 timers kørsel fra Kigali. Huye er Rwandas næststørste by og har knap 90.000 indbyggere. Det er en provinsby med en stolt fortid, men som nu er meget provinsiel sammenlignet med den internationale storby Kigali. Naturligvis bor der europæere og amerikanere i Huye, men der kunne godt gå 2-3 dage, uden at jeg mødte europæere eller amerikanere.

Opgaven

Min opgave var sammen med lokale undervisere at stå for undervisning i "Social and Community Medicine part 2". Det er et 14-dages kursus for andetårs medicinstuderende, som afsluttes med en eksamen. Kurset består af adskillige emner, hvoraf nogle har stor relation til faget almen medicin.

Jeg valgte selv de emner, jeg ville undervise i ud fra en liste. Det blev emnerne "patient-centered communication", "personal role" (lægens forskellige roller), "palliative medicine", "adherence" (svarer til hvad vi forstår ved compliance) og "critical appraisal" (kritisk tilgang til videnskabelige artikler).

Sprog

Al undervisning og alle eksaminer på det medicinske fakultet foregår på engelsk, og det var derfor ingen overra-

OM RWANDA

- Areal: 26.388 km², dvs. lidt mindre end Jylland
- Indbyggere: 12,6 millioner
- Hovedstad: Kigali med 1.095.000 indbyggere
- Præsident siden folkemordet: Paul Kagame
- 61 % af parlamentsmedlemmerne er kvinder
- Religion: overvejende kristne
- BNP: 826 USD pr. pers. sv. til ca. 5.555 DKK.

skelse for de studerende, at jeg underviste på engelsk. Alt undervisningsmateriale, som jeg fik stillet til rådighed, var på engelsk, ligesom læreplan, hjemmesider m.m. på universitetet var på engelsk.

Kolleger

Undervisningen blev planlagt af og varetaget af universitetsansatte undervisere, der var yderst velkvalificerede, og som havde bred international erfaring. De udgjorde også min primære kontakt på stedet. Jeg tager hatten af for disse, mine kolleger, der sled hårdt med undervisning og planlægning, samtidig med at de hjalp mig til rette. Jeg tilbragte den to timer lange frokostpause sammen med en eller flere kolleger, som foruden at spise og være social med mig også brugte frokostpausen til at tilrettelægge undervisning, eksaminer m.m.



Tid til at diskutere almen medicin, også uden for undervisningslokalerne. Privatfoto.

SUNDHED I RWANDA

- I 2015 var 41 % af befolkningen under 15 år
- Forventet levetid: 67 år
- 93 % af 12-årige piger er HPV-vaccinerede
- HIV-prævalens: 3 % (uændret siden 2005)
- Antal læger pr. 1.000 indbyggere: 0,13

De studerende

Det hold, jeg underviste, bestod af 123 studerende, der alle medbragte en bærbar computer, hvilket var et krav og en nødvendighed for at deltage i undervisningen.

De studerende var næsten alle cirka 20 år, videbegærlige, velbegavede og var kommet ind på medicinstudiet pga. gode karakterer. Mange af dem finansierede medicinstudiet via statslige studielån, som åbenbart var til at få. Mit indtryk var, at de fleste var ganske fattige og kom fra familier uden akademisk baggrund.

Rwanda er ikke bare et lille fattigt land med en grum fortid. Det er også et spændende, stabilt og på mange måder trygt land i en rivende udvikling, hvilket gør det velegnet til samarbejde fremover.

Mange af de studerende boede på universitetets campus, og jeg fik god kontakt til flere af dem. Jeg fik set, hvordan de boede på campus, jeg spiste mad i deres kantine, deltog i aftnemøder og gik i kirke med nogle af dem. De studerende var ikke så fortravlede som mine lærerkolleger, hvorfor de havde tid at hjælpe mig med praktiske ting og ledsagede mig, når jeg ville udforske Huye og omgivelser. Som tak bød jeg på kaffe eller mad.

Almen medicin

Der uddannes i øjeblikket ikke almenmedicinere i Rwanda, og sundhedsvæsenet er ikke opbygget med læger i det primære sundhedsvæsen. Rent praktisk betød det, at de studerende ikke havde noget kendskab til faget almen medicin.

Jeg fortalte om faget almen medicin både i og uden for undervisningslokalet, da der var stor interesse for dette. Især den grundige uddannelse, som almenmedicinere har i Danmark, vakte respekt og mange spørgsmål.

I det hele taget oplevede jeg meget positiv respons på min tilstedeværelse og undervisning, både fra kolleger og studerende.

Hvad opnåede jeg så på de 14 dage?

Rent praktisk kunne jeg aflaste lokale undervisere og supplere undervisningen af de medicinstuderende. Jeg kunne bringe en klinisk, almenmedicinsk vinkel på undervisningen og styrke interessen for almen medicin, hvilket netop var efterspurgt af mine lokale kolleger. Lidt mere overordnet var min tilstedeværelse et udtryk for akademisk åbenhed og samarbejde over kontinenterne, som er vigtigt – ikke mindst for et afrikansk land. Både de studerende og de lokale lærere værdsatte, ligesom jeg, den faglige og kulturelle udveksling, som opholdet indebærer.

Rwanda er ikke bare et lille fattigt land med en grum fortid. Det er også et spændende, stabilt og på mange måder trygt land i en rivende udvikling, hvilket gør det velegnet til samarbejde fremover.

Måske kan man ikke forandre verden på 14 dage, men man kan godt skubbe til den i den rigtige retning. Hvis ikke andet så har mit ophold i Rwanda forandret mig på en positiv måde. //



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, en keynote session ved en konference eller, som her, en tilknytning til og indtryk fra tre meget forskellige lande og deres befolkning.



3 x 3

Rusland – England – Danmark

At være praktiserende læge til man bliver 88 år er noget af en bedrift. Edgar Dahlin har prøvet det- og rigtig meget andet i **livets universitet**.

Rusland

Wuaw – wow – waw, siger et utilfreds russisk barn i svøb.

En af mine første erindringer i den rolle – en forårsdag i 1931 på Nevskij Prospekt, Sct. Petersborg. I en fornem lejlighed, stor som en balsal, med kig direkte ud til boulevarden og katedralen.

Vi var tre i familien – dansk fader, ansat i det Store Nordiske Telegraf-Selskab; russisk moder, historiker, bekendt med bl.a. maleren Bruni, der tegnede hendes portræt – med farvekridt – samt ovennævnte meget højtelskede barn. Som ellers næppe var sluppet levende fra det (overladt til mig selv ved spisebordet – spis op!)



Lille Edgar med sin mor. Foto: Privat.



Edgar med sin far - i trygge hænder og alligevel på kanten. Foto: Privat.

efter at have hældt min lunkne rødbedesuppe (ugh) ud i det mørkeste garderobeskab, jeg kunne finde. Med sko og den slags i bunden. Se det var kærlighed!

England

1938 var vi så heldige at måtte rejse til udlandet, medbringe lidt kunst og et kæmpe skrivebord, som ovenikøbet havde tilhørt tsaren – ifølge min fader, vistnok. Ankomst til Newcastle på den engelske nordkyst, som husede den over 400 år gamle Royal Grammar School (RGS). Som, viste det sig, havde forberedt sig i den grad, at hele skolen var klar til at flytte 150 km vestpå den 1. september 1939 (samme dag som den ventede krigserklæring overfor Tyskland kom) på grund af bombefaren.

Vi ankom med tog og bus til vores nye kvarterer i byen Penrith, beliggende midt i det skønne Lake District, til hvad der blev til et seks-årigt kostskoleophold sammen med flere end 800 drenge, hvoraf de fleste holdt hjemve-
en ud og fik en oplevelse for livet.

Sommer- og vinterferier var dog velkomne – sammen med de med længsel ventede pakker hjemmefra (så forstår man lidt bedre det med Røde Kors-pakker – sans comparaison). Min far flyttede til London med ny kone, hvor jeg under ferieophold oplevede de tyske V1-raketter: Så længe man kunne høre dem, kunne man trække vejret. Værre var det med V2, der faldt uden varsel.

Somrene med min elskede moder i Skotlands Øhav, hvor jeg lærte at ro og fiske med flue. Sol og hav, i en lille hytte oppe i den duftende skov, med musikorgel og Heinz tomat-suppe. Lykke!

Inden hun døde i 1944, lærte min moder mig, at det bedste i livet er at sprede lys og glæde blandt mennesker. Hvilket hun selv gjorde i rigt mål, har mange siden fortalt mig.

Underviste i russisk sprog og kultur om dagen, kørte ambulance ved de oftest natlige luftangreb. Og røg alt for meget.

England – ånden fra communitas

Da jeg skulle til London på besøg, fik jeg af hende en pose med fem appelsiner til rejsen med toget. Som hurtigt blev uddelt til de lidt forbavsede medpassagerer, og der kom gang i snakken!

Tilbage til naturen – og Penrith. Hvor pensum – ud over obligatoriske skolefag – bestod rigeligt meget af motion. Ud over rugby, cricket og boksning også mange, lange gå- og løbeture, mest i regnvej, som man kun slap for, hvis det var ens tur til at skrælle kartofler eller andet husligt. Efter middag med sagesuppe tilbage til lektierne, indtil i seng og lyseslukning i det fælles soverum. Hvorefter de heldige med lommelygte kunne genoptage privatstudier under dynen.

Alt i alt en herlig tid for de fleste med skabelse af den i antropologien kendte communitas ånd, som præger tætte samfundsgrupper i forskellig grad og kan vare livet ud. In casu er et nyligt engelsk eksempel, Brexit, baseret på århundreders indforståede tradition hos overklassen at "we are the best."

Med krigsafslutning 1945 tilbage til RGS og normal skolegang i Newcastle, mindre motion og flere undervisnings-timer, fulgt op af Higher School Certificate (HSC) i 1947.

Danmark – livets universitet – og en afstikker til Grønland

Hvad med fremtiden? Min far havde masser af familie, men kun i Danmark – som jeg ikke kendte lige så lidt som sproget. Fødelandet? Ikke talt russisk i 6 år. Blive i England? Og blive ægte engelsk gentleman, klart det bedste nogen kunne vælge. Det føltes jo så rigtigt; jeg var en meget habil cricketspiller, på 1.-holdet, og kendt for et stærkt højrekryds i ringen.

Og dog ... Copenhagen – eller var det ikke Oslo?, som enkelte venner mente – kunne være noget nyt og spændende. Med en masse fætre og kønne kusiner vistnok.

Så da jeg var færdig på HSC, begyndte jeg efter sommerferien på nysprogligt studenterkursus i København for at lære dansk (og Storm P., som jeg ikke forstod). Det gik meget godt efter et par år (tak far!), og så var der brug for råd til at afprøve livets universitet. Værnepligten kaldte – den gav stort kørekort og nul genindkald. Noget med politik vistnok. Et job på skole for såkaldte vanskelige børn en overgang. Jord- og beton: rensede beton på Frederiksberg Rådhus' tårn inden Cu-belægning en lang, hed sommer – lige ved at falde 30 meter en morgen pga. løst stils-lads. Opvasker på Hovedbanegården – gratis mad. En-



Edgar på Thulebasen, hvor der skal tjenes penge til medicinstudiet.
Foto: Privat.

gelsklærer på aftenskole. Så fik vi børn – og det var alvor. Jeg kørte lastbil i et par år og tænkte videre, læste psykologi og besluttede mig for at blive læge.

For at få råd tog jeg til Thule i to år som arbejdsmand, 13 timer i døgnet, syv dage om ugen, mens jeg meldte mig til studiet og købte bøger. Efter 1. del var formuen brugt, men på 2. del af lægestudiet kunne man tage vikariat og få løn.

Danmark, Norrland og Lapland – overlægens vikar – og klogere

Jeg startede hurtigt på psykiatrisk sygehus, hvor mine faglige interesser lå, og fortsatte de følgende år med vikariat på mange forskellige afdelinger i København, provinsen og flere steder i Sverige, hvor man blev tituleret med hr. doktor og De, og hvor man i øvrigt kunne få frie hænder til en del.

I Norrland fik jeg den psykiatriske overlæge til at give mig LSD inj. under stuegang, medfølgende eneværelse og jævnlig kontrol. En stor oplevelse? – Er du sindssyg, mand? Jeg blev det i hvert fald, forbigående altså. Og blev så meget klogere.

Senere tog jeg til Lapland, et års tid inden afsluttende eksamen i København, på et seks-ugers vikariat, blev mødt af overlægen i hans vandflyver få km fra ankomstlufthavnen. Fik lov til at flyve den også en del af vejen. Så lærte jeg noget nyt – igen. 10 dage efter ankomsten fik overlægen besked om at tage på militærtjeneste en måneds tid. Hans vikar?

Tja, jeg fik et lille lazaret på et dusin patienter samt akut døgn-tjeneste. – Bare rolig, du klarer den. Jeg havde jo "Nattens Dronning", dvs. oversygeplejersken. Og jo, hun fik klaret min akutte gastrit. Og så var jeg ellers klar. Præputium i klemme i lynlås hos 6-årig? Jo, en god tang i kælderen. Ondt i armen hos ældre mand i 10 dage? Nå ja, klart, tværbrud. Man er vel ikke pivet – ambulance til sygehuset. Akut ondt i h. fossa? Var ret sikker på app.ac. – helikopter, tak. Diagnosen bekræftet ved ankomst – mange tak!

Ellers bare såkaldt almindeligt skadestuearbejde. Ved hjælp af passende telefonkons. over et par hundrede km gik det fint.

Så var der skovarbejderen, der kom gående en aften med en rulle stålwire i den ene hånd. Den sad meget fast omkring de tre fingre. Sygeplejersken holdt min lærebog, mens jeg ledte efter nerver og blodkar. Telefonkons. med kirurgisk afdeling: fortsæt, det lyder OK. Amputation lykkedes.

Danmark – tid til at snakke med folk og et ægte VENTEværelse

Tilbage til KU, i 1970 fik jeg bevis på, at jeg kunne fungere som læge. Efterfulgt af den livsvarige efteruddannelse, som er fagets privilegium. Nåede bl.a. uddannelse i specialet pædiatri med allergologi, indtil almen praksis på landet i Himmerland trak mere end hospital. 1982 afløse en lille solopraksis på Amager, København. I ældre

lejlighed uden plads til sekretær eller sygeplejerske. Det var svært at finde lokaler dengang. Og da jeg var vant til at klare mig selv, så fortsatte det sådan. Jeg kunne lide at snakke med folk og at bestemme, hvor længe og hvornår. Venteværelset måtte leve op til sit navn, men det vænnede folk sig jo til. Grundlæggende har jeg altid haft en interesse både i samfundet og i dets mennesker, og alt det ind imellem, dvs. politik i bred forstand. En interesse, som har fået lov til at udfolde sig, ikke mindst i almen praksis, hvor den gensidige forståelse gennem dialogen og navnlig den nødvendige tid til denne er helt central.

Min interesse for allergi og indeklima førte videre til Det Kgl. Teater, hvor jeg fandt et par patienter med indeklima-symptomer, som blev til mange flere efter husets ombygning. Hvilket førte til en privat ansættelse som læge for stort set alle personalegrupper på teatret i et år. Omfattende bl.a. frisør, costumier, ballet og kapel. Hvilket man ikke blev populær af. Så året efter valgte ledelsen selv en teaterlæge (med flyvemaskine).

Man kunne spørge, efter at have prøvet så meget forskelligt og interessant i vores fag: Hvorfor blive i almen praksis? Jamen simpelt nok, fordi du er så vigtig. Det er dig, de fleste patienter ser først. Og fordi det er så stor en udfordring. Du ved aldrig, hvem der kommer næst ind ad døren, og hvad problemet er.

Elementary, my dear colleague! //



Samfundslitteraturs Lærebogspris 2019 sætter fokus på overdiagnostik: Snart er vi alle patienter

Bogforum i Bella Center er en årlig begivenhed, hvor man kan høre sine yndlingsforfattere debattere med andre forfattere om dette og hint, gøre et kup eller to ved forlagenes stande og få signeret sine nyindkøbte bøger. Det var også på årets Bogforum, at Samfundslitteraturs Lærebogspris 2019 blev uddelt, så den 15. november kunne postdoc, antropolog Alexandra Brandt Ryborg Jønsson og professor, praktiserende læge John Brodersen, begge fra Center for Forskning og Uddannelse i Almen Medicin, gå på Bella Scenen og akkompagneret af store klapsalver modtage en velfortjent pris for deres forslag til en kommende læ-

rebog om overdiagnostik, målrettet nuværende og kommende studerende inden for sundhedsfagene – og i øvrigt alle inden for sundhedssektoren. Prisen for bogforslaget med titlen *Snart er vi alle patienter: Overdiagnostik i et samfundsfagligt perspektiv* blev overrakt af Zetlands chefredaktør Lea Korsgaard.

Den ukendte trussel

Alexandras og Johns kommende lærebog handler om en markant trussel mod velfærdssamfundet, som forbavsende få kender til, nemlig overdiagnostik. Begrebet dækker over diagnosticeringen af tilstande, som aldrig ville have skadet patienten, hvis de ikke var blevet opdaget, men som – fordi de opdages – behandles unødigt. Dermed gøres raske mennesker til patienter, og dette har selvsagt både personlige følger for individet og økonomiske følger for samfundet.

Begrebet er højaktuelt i et samfund, hvor man kan blive testet, monitoreret og screenet for snart sagt alle lidelser. Landvindingerne inden for den medicinske teknologi kan præventivt afsløre alt, hvad vi potentielt kan komme til at fejle. Desværre afsløres også alle de småting, der må-

ske aldrig ville være kommet til at udgøre nogen reel helbredsrisiko. Nogle ville være forsvundet igen af sig selv, nogle ville være forløbet symptomfrit, og nogle ville have udviklet sig så langsomt, at opdagelsen af dem kun tjener til at sygeliggøre ellers raske mennesker.

Når begrebet er så relativt ukendt i vores samfund, skyldes det især, at det nødvendigvis skal løftes op over individniveau. Det enkelte menneske, der ved en screening får opdaget en kræftknode, vil formentlig føle sig heldig og med glæde modtage behandling. Man vil aldrig i det enkelte tilfælde kunne sige, om behandlingen var overflødig, for når abnormiteten fjernes, forsvinder også muligheden for at tjekke, om den nogensinde ville have været forbundet med helbredsrisici. Skaden sker på samfunds niveau, hvor der spildes ressourcer på unødvendig behandling, og hvor en stor mængde mennesker unødigt oplever sygeliggørelse og senfølger. Denne medicinske problemstilling kan kun løses med hjælp fra samfundsfagene, og det er forfatternes mål, at deres lærebog skal kombinere deres to vidensfelter og introducere et voksende problem, som der er stigende interesse



Alexandra Jønsson jubler efter prisoverrækkelsen.
Foto: Katalin Broholm.

BELLA SCENEN



Zetlands chefredaktør Lea Korsgaard motiverer prisen. Foto: Katalin Broholm.

for, men som der endnu ikke findes nogen lærebøger om.

Et svært emne

At juryen havde været begejstret for bogforslaget kom tydeligt frem i Lea Korsgaards motivering, hvor det bl.a. lød: *"Her er et forfatterteam, der tør, kan og vil noget! Sådan lød det enstemmigt fra juryens otte medlemmer efter at have læst Alexandra Brandt Ryborg Jønsson og John Brodersens solide og stærkt relevante forslag til en ny bog."* I den efterfølgende snak kom det dog også frem, at det ikke bliver nogen nem bog at skrive, og at forfatterne godt er klar over, at det er et kontroversielt emne, de beskæftiger sig med. Alexandra nævnte, at en af grundene til dette er, at vi alle sammen 'kender den gode historie om den ene' – den ene, der for eksempel fik konstateret kræft ved screening, og som derfor føler sig heldig og taget godt vare på, uden at vide om den fundne kræft nogensinde vil have betydet noget, hvis den var forblevet uopdaget. Alexandra fortalte: *"Jeg tror, det bliver rigtig svært at formidle præcist og fagligt ind i et meget brandfarligt emne! Vi skal faktisk ud og ændre hele måden, man taler om og forstår det her på – uden, at vi skal*

ud og moralisere og sige, 'det er sådan her, det skal være!' Vi er faktisk bare ude på at oplyse de studerende, og hvem der ellers kan have interesse for det."

John tilføjede, at han synes, at evidensen har trange kår i øjeblikket, hvilket også besværliggør formidlingen af overdiagnostik. Det medicinske område politiseres, når læger får besked på at ordinere cannabisolie, uden at vide hvor godt det gavner – eller hvor meget det eventuelt skader – og når det besluttet i Folketinget, at en tilstand som kronisk træthedssyndrom fra nu af tilhører biomedicin og ikke er et psykosocialt felt. Det, John ser som en udfordring i forbindelse med denne bogs tilblivelse, er, at forfatterparret på trods af deres evidens kommer til at tale op imod stærke for forståelser, følelser og holdninger: *"Så står vi som videnskabsfolk og siger, 'ja-men, virkeligheden er faktisk en anden!', og så kan vi ikke andet end provokere!"*

Alligevel er det forfatternes dybfølte ønske, at de med deres bog kan oplyse samfundet om denne bagside af teknologimedaljen. Det er ikke kun den faglige nødvendighed, der driver værket for John, som ved prisuddelingen fortalte: *"For mig som læge handler det om en indignation over at se, at*

OM LÆREBOGSPRISEN

- Prisen på 100.000 kroner uddeles hvert år af forlaget Samfundslitteratur for det bedste forslag til en lærebog, som er rettet mod de videregående uddannelser.
- Prisen inkluderer en aftale om samarbejde og udgivelse af den foreslåede lærebog.
- I 2019 var det 15. gang, at prisen blev uddelt.
- Der blev i år også uddelt to særpri- ser på hver 25.000 kroner. De gik til Mette Stentoft og Martin Vestergaard, undervisere ved DMJX, for deres bogforslag *Journalistik for let øvede*, og til Krishna Husted Vijayarankan og Lillian Sølvsten, undervisere ved socialrådgiveruddannelsen på VIA i Holstebro, for deres bogforslag *Tavshedspligt og tværprofessionelt samarbejde – på det sociale område*.

mennesker unødvendigt bliver gjort til patienter, og over at se den skade, der sker med dem. Det er sådan en inderlig smerte og forståelse af, at det her – det er simpelthen så forkert!"

Mange tusinde mennesker i Danmark lever med fysiske og psykiske skader, som er blevet påført dem unødigt pga. overdiagnostik. Derfor brænder Alexandra og John for at få gang i debatten om de sundhedsyndelser, der gør mere skade end gavn. //

PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i marts 2020.

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 i marts 2020:

Onsdag den 4. marts 2020. Nærmere oplysninger kan indhentes i PLU's sekretariat på tlf. 35 26 67 85.

MØDEKALENDER

FOLKEMØDE

11.-14. juni 2020
Allinge, Bornholm
www.folkemoedet.dk

25th WONCA Europe Conference

24.-27. juni 2020
Berlin, Tyskland
www.woncaeurope2020.org

ÅRSMØDE OG REPRÆSENTANT- SKABSMØDE

2.-3. oktober 2020
Comwell Kolding
www.dsam.dk

LÆGEDAGE

23.-27. november 2020
Bella Center, København
www.plo-e.dk





Kursus for tillidsrepræsentanter i almen praksis – hvorfor?

I slutningen af oktober var hele landets DYNAMUer (den yngre almenmedicinske uddannelseskoordinator) og tillidsrepræsentanter (TR) fra almen praksis inviteret til Yngre Lægers (YL) TR-internat. I to dage diskuterede vi bl.a. synliggørelsen af TR i almen praksis, tillidsrepræsentantens rettigheder og pligter samt ansættelsesvilkår for vikarer, fase 2- og fase 3-læger.

TR

Vi er spredt for alle vinde, når vi har vores uddannelsesophold i praksis, og ofte er vi den eneste uddannelseslæge på matriklen. Det betyder, at det for mange tillidsrepræsentanter er svært at være synlig for kolleger. Dette er særligt et problem for de af vores kolleger, som har brug for bistand, når uddannelses- og ansættelsesforhold ikke forløber som planlagt. Diskussionen vedrørende synliggørelsen af TR i almen praksis medførte flere ideer, der skal arbejdes med og forhåbentlig kan ende ud i tiltag, der vil øge synligheden af TR, og hvad han eller hun kan bruges til.

Når vi starter fase 2 og 3, skal vi forhandle en ansættelseskontrakt på plads med vores uddannelsessted – et uddannelsessted, som ikke længere blot er uddannelsessted, men også arbejdsgiver. Oplægget angående ansættelsesvilkår for fase 2- og 3-læger klædte deltagerne bedre på til at kunne rådgive andre i sådanne spørgsmål.

Fremtiden som almenmediciner

Speciallægeuddannelsen i almen medicin lægger i høj grad op til, at man ikke blot uddanner sig som almenmediciner, men uddanner sig til at blive alment praktiserende læge. Gunver Lillevang fra PLO's bestyrelse gav tirsdag aften sit

bud på "de unge lægers ønsker og fremtidens almen praksis" i et oplæg, hvor vi diskuterede rekruttering og fastholdelse, work-life-balance, karrieremuligheder og tiltag, der skal sikre, at vi kommer lægemanglen i Danmark til livs.

Nye YL-kurser er skræddersyet til almen praksis

Med afsæt i YL's arbejdsmiljøundersøgelse fra 2018 har YL udarbejdet to nye kurser, der er skræddersyet til yngre læger i almen praksis med håb om at højne deres trivsel. De to kurser "Trivsel i praksis" og "Kollegial sparring i almen praksis" kan rekvireres via Yngre Læger, ligesom andre "+10-kurser" for grupper på over 10 deltagere, og vi havde fornøjelsen af at få en smagsprøve på kurserne i løbet af TR-internatet ved psykolog Mette Krøigaard.

Vi havde to gode dage med et tætpakket program og gode diskussioner. Kurset udbydes årligt, og man har mulighed for at deltage flere gange. //



I oktober blev der afholdt TR-internat for landets DYNAMUer og tillidsrepræsentanter i almen praksis. Foto: Sara Radl Mortensen.



Ad hoc-supervision: Den skjulte undervisning?

Mesterlære er en af grundstenene i den kliniske del af uddannelsen som speciallæge i almen medicin. Under dette princip udgør supervision en central komponent. Men tæller den daglige ad hoc-supervision som undervisning, eller er det blot et redskab i processen for at få uddannelseslægen igennem sit forløb på en måde, der er sikker for patienterne?

Tredive minutter dagligt lyder anbefalingen vedrørende supervision. På FYAMs hjemmeside defineres supervision som den daglige faglige vejledning, støtte og refleksion med det formål at udvikle professionelle færdigheder. Spørgsmålet er, om vi i vores dagligdag medregner det som undervisning, eller om vi blot ser det som et essentielt værktøj for at komme igennem arbejdsdagen?

Mødet med behovet for supervision i dagligdagen

Majoriteten af yngre læger med almenmedicinsk erfaring har med stor sandsynlighed prøvet at stå og vente uden for deres tutorlæges lukkede dør. Samtidigt med at man står der og lurer, sidder en patient inde på kontoret og venter, hvorpå man oven i sin faglige usikkerhed og trang til sparing også føler et tidspres. De fleste seniorlæger med en uddannelseslæge kan ligeledes sikkert nikke genkendende til, at de dagligt bliver forstyrret af deres yngre kolleger, som har brug for et erfarent øje eller et godt råd. Heldigvis mødes man oftest med et smil, men visse dage må det utvivlsomt være en belastning. Ovenstående scenarie er dagligdag for langt de fleste yngre læger og deres vejledere i begyndelsen af en uddannelseslæges rejse ind i specialet.

Men hvad er egentlig formålet med ad hoc-supervision? Er det for at sikre patienternes sikkerhed? Skal det hjælpe de yngre læger med at komme igennem dagen med ro i sinde? Er det en undervisningsform? Burde den berammes, så den bliver mindst muligt forstyr-

rende og mest muligt tidseffektiv? Eller skal den have lov til at blomstre i sin egen form i hver enkelt praksis?

Man kommer hurtigt til at sidde alene i situationer med patienter, hvor de forventer en diagnose og behandling. Derfor er og skal mesterlæren være en hjørnesten i uddannelsen af en dygtig alment praktiserende læge. Særligt fordi man i det første lange stykke tid som uerfaren læge i praksis nærmest dagligt møder noget nyt, som man aldrig nogensinde tidligere har set eller læst om. Det er ikke rart at sidde over for patienter uden at have en anelse om, hvad de fejler, eller om hvordan man kan hjælpe dem. Det gør noget ved selvtilliden. Derfor er det ekstra vigtigt, at der findes et velfungerende læringsforum med en åben dør, hvor man kan trække på den ekspertise, man ikke selv besidder.

Ad hoc-supervision som undervisningsform

Ad hoc-supervision kan defineres på mange måder; på FYAMs hjemmeside står der, at formålet med supervision er, at det skal medvirke til at udvikle de professionelle færdigheder. Med den påstand in mente er det tydeligt, at supervision er relateret til læring og dermed en form for undervisning. Mange yngre læger går dog ikke ind til deres tutor med en tanke om, at der lige er opstået et undervisningsmulighed, men i stedet med et håb om at få nogle gode råd med på vejen om, hvordan de kan hjælpe deres patient bedst muligt.

Supervision bygger på gensidig tillid mellem tutorlæge og uddannelseslæge. I det øjeblik, der spørges om råd, overtager seniorlægen delvist ansvaret for den plan, som bliver lagt for patienten. Informationen, som videregives fra ud-



dannelseslægen, er essentiel for at kunne lægge den bedst mulige plan. At blive god til at videregive præcise og relevante oplysninger er en proces under vedvarende udvikling hos den yngre læge, men det er også en proces, som skal tilpasses den ældre kollega, man har foran sig. De har ofte forskellige måder, de gerne vil have informationen serveret på. Derfor kan det være en fordel, hvis man udvikler en fælles køreplan for, hvordan en ad hoc-session skal forløbe.

Der findes flere forskellige færdige modeller, som kan anvendes i forbindelse med supervision. Eksempler omfatter bl.a. PQRS-modellen og mini-CEX m.v. i diverse udgaver. Alternativt kan man som tutorlæge og yngre læge, bevidst eller ubevidst, strikke sin egen model sammen og sætte rammer for, hvordan og hvornår ad hoc-supervisionen skal afholdes. Det vigtige er, at det fungerer for alle involverede parter.

Er ad hoc-supervision "kun" undervisning?

I dagligdagen hører man primært om ad hoc-supervision som en platform for undervisning og læring. Men der er også mange andre facetter, der måske ikke omtales i lige så stor grad, herunder dens funktion som sikkerhed for, at patienten får den bedst mulige be-



handling. En anden del af supervisionen, som ikke så ofte bliver belyst, er, at det er et forum, hvor den yngre læge viser sine faglige huller, og hvor de fleste er bevidste om, at man i et eller andet omfang bliver bedømt på sin faglighed af sin ældre kollega. Dette kan potentielt resultere i, at man til en vis grad vælger sine supervisionstilfælde med omhu.

Det er vigtigt, at man føler sig tryk i situationen, men også at man bliver mødt med forståelse og rummelighed fra sin tutor, helst et par gange mere, end man har fortjent, netop for at man skal turde at komme og spørge igen. Det er unægteligt vigtigt, at man bliver ved med at spørge, både for sin egen læring, men ikke mindst for patienternes bedste.

Supervision er en kompleks størrelse, der hele tiden er i bevægelse, idet der er forskellige medvirkende konstellationer af individer og situationer. Derfor findes der ikke et entydigt svar på hvordan, hvornår eller hvorfor. Måske kan man ligefrem se det som en sammensat triade bestående af undervisning, patientsikring og en form for tilsyn af yngre læger for at sikre den mest hensigtsmæssige behandling af patienterne og udvikling af specialet. For et par år siden kunne en meget grøn yngre læge i forbindelse med en ad hoc-supervisionssession høre sin tutorlæge ironisk sige "og husk nu, dette var ikke undervisning". Det er netop sådan en sætning, som gør, at man forstår, at det jo er lige præcis dét, det er: undervisning i sin allerbedste form. //

Find inspiration til kvalitetsprojekter

Snart lancerer DSAM sin Vidensbank, en landsdækkende database for græsrodsprojekter. Skal vi have dit projekt med? Skriv til vidensbank@dsam.dk, hvis du vil høre mere om Vidensbanken, og hvordan du får dit projekt med.





Flere lægeboliger til provinsen

- det oversete springbræt væk fra de store universitetsbyer

”Det var her, hun kom til verden. Her sad jeg og holdt hende i mine arme for første gang. Det var mit livs bedste øjeblik”. Ditte viser rundt i det lille rækkehus, hvor hun og ægtemanden, deres to-årige datter og snart barn nummer to bor.

Et lille rækkehus på Sjælland

Tilbuddet om at kunne bo her, tæt på sygehuset og lige ved siden af en masse andre lægefamilier som dem selv, gjorde helt klart valget nemmere, da Ditte for tre år siden skulle vælge KBU-forløb. Nu siger hun om fremtiden:

”Jeg har ikke planlagt i detaljer, men her er trygt og godt. Vi har efterhånden et netværk og et godt tilhørsforhold til byen. På et tidspunkt vokser vi nok ud af rækkehuset, men til den tid har vi forhåbentlig også endnu bedre forudsætninger, bedre økonomi og mere styr på præferencer til at købe vores eget hus”.

Ditte og familien bor i en af landets lægeboliger. Dette tilbud på landets sygehuse uden for Storkøbenhavn gør

det bl.a. økonomisk og praktisk muligt for unge læger med deres ofte ny-startede familier at flytte i eget hus eller lejlighed tæt på deres nye arbejdsplads. Desuden er lægeboligerne en unik mulighed for at prøve livet som hus(l)ejler i provinsen af, inden man selv køber bolig, gældsætter sig, og det hele bliver noget mere permanent og alvorligt.

Ditte er ikke den eneste, der har haft gavn af de lægeboliger. Her er min historie om at rykke familien ud af København og til Vandkantsdanmark. For jeg synes, at debatten om lægemangel savner fokus på potentialet i lægeboliger og på tilfælde som Ditte og jeg; unge læger med familie, der blev lokket til at forlade storbyen for at bosætte os i provinsen.

Få år tidligere i København

”NEJ!”, brøler hun og sætter sig ned på det plettede gulv ved siden af 15 par slidte og lugtende kondisko og gummistøvler i alle størrelser. Vi er ikke engang nået forbi storfamilien i stueetagen. Min datter på to gider som sædvanlig ikke gå op ad trappen. Undervejs på den langsommelige tur til anden sal tænker jeg på dengang, hun fandt en brugt kanyler på selvsamme trappe – formentlig var det overboen

til højre, der havde tabt den. Han var i en af sine dårlige perioder.

Endelig inde i vores alt for lille lejlighed, hvor gang nærmest smelter sammen med toilet, køkken og stue, forsøger jeg at hænge hendes mudrede overtøj op ovenpå alt det andet. Snart kommer min mand og den lille hjem, og vi skal på mirakuløs vis skabe plads til endnu mere vintertøj i den ikke-eksisterende entré.

Efterår og vinter er klart det mest anstrengende her. I byen. På stenbroen. På 2. sal i en lille 58-kvadratmeter stor lejlighed i en bygning fra 1930. Fire personer, flere af dem af den højlydt protesterende type. Med en væg af halm (vi har set det med egne øjne) ind til naboens, som kører en natlig geschäft (hash, vil jeg tro ud fra lugten), så hoveddøren smækker sådan cirka 10-15 gange hver nat og får vores egen dør til at klapre og billederne til at falde ned fra væggen. Er der stille i boksen en nat, kan man med lidt held sove nogenlunde uforstyrret helt frem til klokken 5.20 på hverdagsmorgener, hvor bus 76 stopper lige foran vores opgangsdør. Og i weekenderne har vi endvidere de larmende unge mennesker med flasker og musik i parken overfor til at minde os om, hvor undervurderet uafbrudt søvn egentlig er. Af samme grund er min øre-

gangshud tyndslidt af den hyppige brug af ørepropper. Ak! Livet i byen er ... ja, fuld af liv. Og meget tæt på, når man inderst inde ikke selv er et bymenneske.

Et provinseventyr

Derfor var jeg selv en af dem, der slog til og straks skrev mig op, da muligheden for at flytte ind i en lægebolig i forbindelse med min KBU bød sig. Jeg kunne med mit nummer have valgt noget geografisk tættere på uden mulighed for lægebolig, men min mand og jeg var enige om, at sidstnævnte var mest attraktivt. Og det viste sig også at være den bedste beslutning, vi længe havde taget. Pludselig fik vi plads. Og have. Og en lukket vej med låge. Og naboer, som vi kun kunne høre, når de var udenfor og legede med deres egne børn, og som i øvrigt var stort set i samme situation og livsfase som os selv. Vi kunne vende alle mulige kvaler fra lægelivet og familielivet med dem. Vi havde madklubber og fejrede fødselsdage sammen. Vores børn kom i hinandens hjem. Sygehuset, min nye og ellers lidt overvældende arbejdsplads, var nærmest en forlænget del af min baghave og blev noget trygt og hjemligt. Selv nattevagterne blev næsten overkommelige med kun fem minutters transporttid. Det var virkelig næsten for godt til at være sandt.

Vi nåede at bo i huset i et år og mistede desværre muligheden for at blive boende, da jeg gik på barsel et par dage efter, min KBU endte. Så vi måtte med en ikke ubetydelig grad af melankoli sige farvel til vores hjem; vores første hus, som på så kort tid havde nået at betyde så meget i vores families liv og dannet ramme om så mange gode øjeblikke. Som havde gjort flugten fra storbyen så meningsfyldt.

En rekrutteringsstrategi, der virker

Så hvorfor er der ikke flere af dem? Lægeboligerne?

Og hvorfor reklamerer man ikke lidt mere med dem i disse trange lægetider fyldt med debat, blandt andet om hvordan man lokker unge læger til provinsen? Kunne man i øvrigt ikke også udbrede konceptet til de almene praksis i områder, hvor uddannelsesstillingerne sjældent bliver søgt? Områder, hvortil transporttiden bliver uoverskuelig

for den unge læge med nystartet familie, som af naturlige grunde oftest er funderet i universitetsbyerne? Hvorfor ikke en slags tilknyttet "lægegård" her i stil med de små sognes dragende præstegårde?

For mig selv og flere andre, jeg har mødt, inklusive mine naboer på den lille lukkede vej ved vandkantssygehuset, har lægebolig været en fantastisk mulighed. Et privilegium. Et minde, der står positivt i bevidstheden. Et lokkemiddel og ikke mindst et springbræt til at søge ud af de små lejligheder i København og til vandkanten.

Havde man på sygehusene/lokalt gjort mere for at lade os blive boende og måske tilbudt os job direkte i forlængelse af KBU'en, var mange af os sikkert også blevet bo-

ende. Formentlig havde vores ægtefæller også til sidst opnået at få job i området (selvfølgelig ikke uden bestræbelser og masser af held for de ikke-lægelige af slag-sen), og stille og roligt kunne man forestille sig vores lægefamilier langsomt slå rødder og fatte mere og mere smag og tilhørsforhold for Vandkantsdanmark, provins-sygehuse og praksis langt fra de store byer.

Det er selvfølgelig ikke noget, man bare lige

kan med et knips. Der er udfordringer ved at skulle skabe flere lægeboliger, er jeg klar over. Primært økonomiske, vil jeg tro. Jeg kender ingen nemme løsninger, og mit formål med denne artikel er ikke et blåøjet forsøg på at løse rekrutteringsproblemet med et trylleslag. Jeg ønsker blot at fortælle om en god oplevelse; om en rekrutteringsstrategi, der i hvert fald har virket på mig selv og flere andre unge lægefamilier i samme situation.

Hjemme i det lille rækkehus får Ditte flere gæster. Det er jordemoderen. De kender snart hinanden godt, for Ditte har ikke set andre jordemødre end hende; hverken under første graviditet eller denne.

"Der er en rigtig god jordemoder- og hjemmefødselsordning her, og jeg elsker vores hus. Selvfølgelig har vi valgt også at føde hjemme her anden gang. På papiret er det måske nok kun en midlertidig lægebolig. Men for os har det indtil nu været den trygge ramme om vores lille families eksistens og mine egne første, måske lidt vaklende skridt i en til tider overvældende virkelighed som nyuddannet læge". //



Lægeboliger i provinsen er godt for rekrutteringen.



Året, der gik, i SAMS Aarhus

Og det skete i de dage, at der udgik en befaling fra dekanen om at holde eksamener for de medicinstuderende i hele landet til jul. Sådan har det været i mange år. Kulden og mørket har lagt sig over landet. De fleste studerende har allerede trukket sig ind på læsesalen i et forsøg på at komme igennem læseferien, godt hjulpet af hjemmebag fra mor og drømmen om lægelivet forude.

Kom, maj, du søde milde

I Aarhus startede 2019 med valget af den nye bestyrelse og foredraget "Den gode epikrise" i samarbejde med Foreningen for Akutmedicin. Fokus var kommunikation mel-

lem modtagelsen og egen læge. På månedsmøderne i foråret var der fokus på forskning - en vinkel, vi sjældent ser på studiet. Vi fik besøg fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Det gav et indblik i mulighederne for at arbejde med forskning.

I maj holdt vi "SAMS Færdighedskursus", der uddanner medicinstuderende til arbejdet i praksis. Det er et kursus med stor tilslutning. Der var over 100 tilmeldte, men desværre kun 20 pladser. Maj bød desuden på vores arrangement "Læge for en aften". Her inviterede vi fire læger til at undervise om et emne, de hver især brændte for. SAMS Aarhus havde også fornøjelsen af at arrangere "Forårsweekenden" på tværs af studiebyerne. Dagene gik med faglige indslag, sociale arrangementer og efterfølgende mulighed for at slå sig løs i nattelivet.

Septembers himmel er så blå

I september startede et nyt semester, og vi oplevede her fornyet tilslutning af medlemmer, særligt fra de tidlige semestre. Vi var nordenfjords for at se, hvad Thy kan tilbyde kommende læger. Det er tredje gang, vi er med, og det skuffer aldrig.

Vær velkommen, Herrens år

Et nyt år er på vej, og vi ser frem til, hvad det bringer med sig. Vi er ved at arrangere en inspirationstur til Vestjylland i håb om at hverve læger dertil. En tak skal lyde til de læger, der har hjulpet de lokale foreninger med diverse arrangementer, de læger, der ansætter studerende i praksis, de læger, der tager os med i lægevagten, de læger, der underviser på universitetet, og de læger, der er med til at gøre almen medicin til det bedste speciale. //

Og til de studerende: Held og lykke med eksamenerne!
Glædelig jul og godt nytår.



En håndfuld af de studerende, der nød høj sol og bølger i Thy. Foto: Kathrine Kjær Bang.



TANKER FRA STOLEN:

Mindre kan næppe gøre det

De fleste DSAM'er er også PLO'er, og de har for nyligt modtaget dette spørgsmål: "Nyt fra bestyrelsen: Hvad er dine ønsker og tanker om den kommende OK21?"

Svaret er, at der er behov for mindst to store ændringer.

PLO-formand Christian Freitag har selv gjort opmærksom på den ene. Han giver udtryk for, at "platformen brænder" i den forstand, at en foruroligende stor del af PLO'erne er på grænsen til at være udbændte. En oplagt løsningsmulighed kan vi få fra vores kolleger i Norge. Med en lukkegrænse på 1.100 patienter (eller er det 900?) har de en indtjening som er på niveau med eller højere end vores. Ved et besøg i (Distrikts-)Norge for nogle uger siden hørte jeg to opmuntrende historier: en mandlig læge havde fortalt de lokale, at han ville fortsætte fem år, omend på lidt nedsat kraft; han er 70 år. En kvindelig læge på 79 år fortalte den lokale avis, at hun "vadede i job-tilbud". Det er naturligvis enkeltstående

de eksempler på alderstegne kolleger, der er ikke-udbrændte, men vi behøver en markant reduktion i arbejdsbyrden ned til norsk niveau. Vel at mærke skal en god del af indtjeningen være opretholdt, ellers er der stor risiko for afvandring, og så er er vi lige vidt.

Den anden nødvendige ændring kan vi læse om i seneste nummer af Practicus. Vores kommende kolleger vil have deltidsansættelse for at gå ind i almen praksis. Det er forståeligt nok. Nye almenpraktikere er mestendels kvinder som aldersmæssigt er i 30'erne, så de rutiner, der er etableret af mænd, der nu er i 60'erne, passer ikke på dem. Får almen praksis ikke mulighed for deltid, vil de nyuddannede søge ind på hospitalerne, når de bliver speciallæger. Man kan notere sig, at de oplever hospitalsansættelse som mere beslægtet med deltidsansættelse end arbejdet i almen praksis. Da de har været begge steder i deres uddannelse, ved de vel, hvad de snakker om.

Regionerne har nu muligheden for at hjælpe med til både at mindske afgangen fra almen praksis og sikre tilgangen.

Det vil kræve store ændringer og stor fasthed fra PLO over for regionerne og samtidig åbenhed over for vores kommende kolleger.

Ellers vil det fremstå som tom snak, når regionerne taler om at bevare almen praksis som en hjørnesten i sundhedsvæsenet, og når PLO taler om en brændende platform.

Så svaret bliver: I OK21 skal indgå både stort set indtjeningsneutral begrænsning af arbejdsbyrden og mulighed for deltid.

Mindre kan næppe gøre det. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk





Af: Marianne Puge, praktiserende læge i Hundested, formand for PLO Hovedstadens Kommune- og projektudvalg, har repræsenteret DSAM i arbejdsgrupper i Sundhedsstyrelsen (kvalitet i kommunale akutfunktioner [2017] og akutindsatsen i Danmark [2018-19]), puge@dadlnet.dk

Almenmedicinsk faglighed i det samarbejdende nære sundhedsvæsen. **Hvordan?**

I takt med den demografiske udvikling vil flere og flere af vores patientkontakter i almen praksis involvere samarbejde med kommunalt og/eller sygehusansat personale. Hvordan gør vi det bedst?

Den udvikling, der sker lige nu, går i retning af at flytte opgaver fra en organisation med læger og sygeplejersker i samarbejde om planlægning, udførelse og justering af opgaveløsningen (sygehuse) til en organisation uden læger (kommunerne). Det vil påvirke planlægningen af og fagligheden i de tilbud, patienten møder, og det vil påvirke den praktiserende læges arbejdsdag og rolle i sundhedsvæsenet.

Der er behov for klare almenmedicinske pejlemærker i det tværsektorielle samarbejde om mennesker med akut opstået sygdom; det handler om alle 7 lægeroller. Hvis vi får dem på plads, vil det bidrage til forventningsafstemning med vores samarbejdspartnere. Det vil også styrke de kolleger, der deltager i organisatorisk udvikling af sundhedsvæsenet nationalt (herunder OK21-forhandlerne), regionalt (sundhedsaftalerne, tværsektorielle fora m.v.) og kommunalt (kommunalt-lægelige udvalg KLU), og det

vil hjælpe os alle sammen i det daglige arbejde med patienterne og i samarbejdet med de øvrige aktører i sundhedsvæsenet.

For at komme dertil er der to ting, som DSAM kan interessere sig for:

- Hvad er god almenmedicinsk faglighed i forhold til patienter med (mistanke om) akut sygdom, når det kommer til samarbejdet med de kommunale sundhedsfaglige medarbejdere?
- Kan DSAM bidrage til faglig afgrænsning af målgruppen? Hvilke patientforløb bør vi i almen praksis påtage os et behandlingsansvar for - og hvilke ikke?

Udviklingen...

I de tværsektorielle planlægningsfora har man længe været optaget af supersygehusbyggeri og forebyggelse af indlæggelser på flere niveauer:

- bedre pleje som forebyggende tiltag (og det er godt!)
- (helt urealistisk store) forventnin-

ger til effekten af opsporing af risikotilstande/-adfærd og relaterede forebyggende tiltag

- behandling af patienter, der har udviklet akut sygdom, i kommunalt regi ved
- tidlig igangsættelse (eller i mindre risikofyldt sygdomsfase) af ikke-avanceret behandling og mere avanceret behandling af de mere syge patienter.

Kommunerne arbejder med opkvalificering af den indsats, som er målrettet akut syge borgere. Denne udvikling følger af *Anbefaling for kvalitet i kommunale akutfunktioner (SST 2017)*. Måske fører de kommunale aktiviteter til en kommunal opfølgningsplan? Og i mange forløb vil de føre til lægekontakt.

Selvom SST anbefaler, at iv-behandling som udgangspunkt bør påbegyndes på sygehus, og behandlingsansvaret bør bibeholdes på sygehus, indtil iv-behandlingen er afsluttet, er der kolleger, der står for iv-behandling

Alle ideer om nye initiativer skal
 vejes på vægten: Vil dette øge
 rekruttering og fastholdelse i almen
 praksis eller have den modsatte
 effekt? Giver det fagligt mening?
 Har vi tiden? Og vil honorering stå mål
 med tidsforbrug og ansvarstagen?

uden for sygehusene. Hvorfor? Fordi det er synd for patienterne at komme på sygehuset? Fordi grænsen for, hvornår iv-behandling er den rette behandling ændres? Fordi sygeplejersken lød overbevisende ("vil du lige ordinere..., det gør dine kolleger")? Fordi nogle læger har særlige kompetencer i forhold til det?

Tværasektoriel planlægning – patienterne skal også inddrages

Heldigvis er der tiltagende forståelse for, at bæredygtig udvikling af patientforløb på tværs af sektorer kræver involvering af alle berørte parter i hele udviklingsprocessen – også af patienterne, som det hele jo handler om. Monofaglig eller monosektoriel planlægning risikerer at føre til udvikling af løsninger, som kun tager hensyn til egen organisation og drift og at skabe problemer i andre sektorer. Vores bidrag til udviklingsarbejdet er værdifuldt for alle. Tid er den væsentligste begrænsende faktor – både i dagligdagens arbejde i klinikkerne og i det organisatoriske/tværasektorielle samarbejde. Vores helt store force er, at vi kender patienterne og de kliniske dilemmaer fra egen hverdag. Det gør de andre omkring det tværasektorielle samarbejdsbord typisk ikke.

I PLO-H har vi engageret os i det tværasektorielle felt og har haft følgende udgangspunkter for vores engagement:

- Alle ideer om nye initiativer skal vejes på vægten: Vil dette øge rekruttering og fastholdelse i almen praksis eller have den modsatte effekt? Giver det fagligt mening? Har vi tiden? Og vil honorering stå mål med tidsforbrug og ansvarstagen?
- Diagnostisk uafklarede akut syge patienter med risiko for hurtig forværring i tilstanden skal som hovedregel indlægges. Ny samarbejdsaftale med kommunal akutfunktion vil give nye muligheder i forhold til diagnostisk afklaring i hjemmet. Patienter med behov for iv-behandling skal indlægges.
- Ud over måleværdier er sygeplejefaglig vurdering af hele patientens situation – og kommunens mulighed for at

varetage tilstrækkelig pleje af patienten – af værdi for den lægefaglige vurdering af en klinisk situation.

- Hvis hospitalskolleger mener, at en patient forsvarligt kan behandles i kommunalt regi ved uddelegering af lægelig behandling/undersøgelse, må det fulde behandlingsansvar forblive på hospitalet, indtil indsatsen er afsluttet. Den læge, der bestiller en undersøgelse, er ansvarlig for svarafgivelse og handling herpå.
- Når kommunalt personale tager imod efter udskrivelse, skal den udskrivende afdeling sørge for, at alle relevante oplysninger følger med ud.
- Uafklarede spørgsmål efter hospitalsindlæggelse (f.eks. FMK-spørgsmål) må afklares mellem kommunalt personale og den udskrivende afdeling.

Sektorerne skal tale sammen

Flere spørgsmål rejser sig og kan kun afklares ved tværasektoriel dialog:

- Hvornår er der behov for lægeinvolvering af observationer, som er gjort kommunalt? Hvad betinger grænsen for lægeinvolvering? Sygeplejefaglighed, faktiske og/eller formodede regler, frygt for repressalier, frygt for, at lægen indlægger?
- Hvornår er der indikation for forskellige diagnostiske tests og behandling på baggrund af oplysninger fra kommunalt personale, og hvornår for direkte læge-patientkontakt?
- Hvordan inddrages patientperspektivet i udviklingen af tilbuddene? Hvordan sikres hensynet til den enkelte patients ønsker i det konkrete tilfælde?
- Bør vi anbefale kommunerne at ansætte læger med behandlingsansvar til en del af opgaveløsningen? Hvor skal de komme fra? Og hvordan skal samarbejdssnitfladen til almen praksis i givet fald være?
- I hvilken grad bør det anbefales, at sygehuse skal bistå med lægelig backup til kommunerne i konkrete forløb – også når patienten ikke har været omkring sygehuset? Bør det anbefales, at kommunerne ansætter praksiskonsulenter til sparring i forhold til udvikling af de kommunale tilbud?

Realistisk medicin - nok at tage fat på

Hvis ja, hvordan sikres da sparring og koordination for disse?

Der er nok at tage fat på. Det drejer sig om realistisk medicin og om at give mest til dem med størst behov.

Der er masser af muligheder for at få indflydelse på, hvordan samarbejdet med kommunerne gøres bedst. Men der er brug for, at DSAM går forrest og definerer pejlemærker for vores fags udøvelse – også i kommunalt-lægeligt samarbejde. //

L ÆG E N S B O G S T A V E R

Stærekasser og lægemangel

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 over faget almen medicin.



Vores fag mangler begrebsmæssig afklaring af, hvad vi skal tilbyde. Det giver ikke mening at tale om lægemangel uden den analyse.

Markedet for sundhedsydelser er umætteligt. Der er tale om "stærekasseeffekten": Jo flere kasser, der sættes op, des flere stære. Med andre ord: Jo flere ydelser, der gives mulighed for, des flere ydelser vil man lave.

I den almindelige tale, herunder også fra PLO og Sundhedsministeriet, lyder det, at der mangler så og så mange praktiserende læger. Der er altså en forestilling om, at hvis bare vi bliver flere, vil vores kapacitetsproblem blive løst. Denne logik vil naturligvis kun virke, hvis der findes en absolut mængde behov X, der vil kunne tilfredsstilles ved en absolut mængde praktiserende læger Y under forudsætning af,

at den gennemsnitlige arbejdsmængde pr. patient er Z (X/Y).

Forestillingen, samfundets og vores egen fælles italesættelse af, at der er brug for flere og flere ydelser, får os til at arbejde mere og mere. Der er ikke ende på, hvad der skal ses og kontrolleres, eller hvad der bliver gjort til medicinske problemstillinger. Diagnoser kommer til og kun få forsvinder.

Set fra et merkantilt synspunkt, lægen som købmand, giver det også en forretningsmæssig fordel. Vi kan sælge flere ydelser, lave større omsætning, blive rigere. Vi kan sætte teknikere med gode manuelle færdigheder, f.eks. sygeplejersker, til at overtage en større og større del af

Der er tale om "stærekasseeffekten": Jo flere kasser, der sættes op, des flere stære. Med andre ord: Jo flere ydelser, der gives mulighed for, des flere ydelser vil man lave.

Teknisk set kan vi uddelegere en række ting, f.eks. blodtryksmåling eller børneundersøgelser, men vurderingen af, hvad der er det rette at gøre i en konkret problemstilling hos den enkelte, er (eller bør være) mere end en teknisk kalkule.

kontakten med patienterne. Der lovprises i disse tider løsninger, hvor lægens rolle bliver tiltagende mere tilbagetrukket, overvågende og superviserende og overlader "produktionen", den direkte patientkontakt og kontinuitet, til andre.

At være håndværker, herunder læge, hviler på en færdighed, der er udviklet til et højt niveau. Der er ikke bare tale om, at lægeteknikken er en mekanisk aktivitet, som følger forskrifter og guidelines. Håndgrebene skal naturligvis læres, og den teoretiske baggrund skal beherskes. Men håndværkerens kendetegn er en særlig menneskelig tilstand, engagement. Det er ikke alene en produktion af ydelser og mekanisk forarbejdning af varer (patienter), der er i centrum. Teknisk set kan vi uddelegere en række ting, f.eks. blodtryksmåling eller børneundersøgelser, men vurderingen af, hvad der er det rette at gøre i en konkret problemstilling hos den enkelte, er (eller bør være) mere end en teknisk kalkule.

Det er kendetegnende for håndværkeren, at denne må bruge sin dømmekraft til at vurdere, hvad der skal gøres i en konkret situation, hvor mange faktorer er på spil, f.eks. alder, socioøkonomiske forhold, sprog, religion, familiemæssige forhold eller personlighed. Her kommer guidelines og evidens til kort. Lægehåndværket kræver livslang og løbende træning. Efterhånden vil erfaringer og færdigheder sive ind som tavs viden og danne en stærkere baggrund for dømmekraften.

Der er brug for, at faget, herunder DSAM og forskningsenhederne, kaster sig ind i arbejdet med, hvad den praktiserende læges rolle skal være i samfundet, og hvilke sygdomsbegreber vi vil stå på mål for. For forestillingen om, at træerne vokser ind i himlen, hvis blot vi bliver flere og uden en grundig analyse af vores arbejdsportefølje, er stærkassetænkning. Vi vil i så fald aldrig blive nok læger. For mængden af stærke vil følge med. //



Glædelig jul

Practicus-redaktionen ønsker alle vores læsere glædelig jul og godt nytår.

TAK til alle forfattere, som har bidraget med artikler og andre input i 2019. Det er Jer, som gør bladet spændende og værd at læse.

I 2020 skal vi fejre DSAM's 50-års jubilæum.

Hvis du har en god historie, en oplevelse eller en refleksion over selskabets lange historie, så SKRIV til Practicus.

Vi står klar til at trykke spændende artikler, og vi vil gerne høre fra dig.

Hvis du har ideer, kommentarer eller forslag til emner, som Practicus Podcast kan tage op, så SKRIV til os.

Vi lytter – også i 2020.

Mange hilsner fra
Practicusredaktionen



Glædelig jul
&
godt nytår

Vi ses i
2020