

Practicus

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



Marts 2020
43. årgang // 249

TEMA

REKRUTTERING

Side 10-19

Gør din praksisskærm en forskel?, side 8

Den gode læges forankring anno 2020, side 34

Sårbare børn og datadeling, side 48

VI HAR BRUG
FOR DIG!

INDHOLD

Leder

- 3 Kender du Bent Østergaard?

DSAM

- 4 Bestyrelsens klumme: Hej læge...
7 DSAM i pressen: Jubilæumsår - kampagneår
8 Gør din praksisskærm en forskel?
9 Vidensbanken. Din genvej til kvalitetsprojekter

Artikler

- 10 Rekruttering: Code rollemodeller er afgørende
12 Prægraduater undervisning ved Syddansk Universitet
14 Almen medicin på medicinstudiet i Aalborg
18 Almen praksis – er valget en familietradition?
20 Sololæge på Østerbro – ish
22 Mellemøsten som inspirationskilde
26 Undervisning i almen medicin gentænkes
28 Statin-behandling til ældre danskere
31 Realistisk medicin: Hvad kan vi lære...?
34 Den gode læges forankring anno 2020 ...
36 De syv pejlemærker, pejlemærke 5
38 Point-of-care-ultralyd, del 2
40 EQuIP-konference om akutbetjeningens udfordringer
42 3x3: Farvel og tak – 100 år er nok

FYAM

- 45 Metakognitiv terapi – det nye sort?

SAMS

- 46 Opråb fra en medicinstuderende

Debat

- 47 Returdage til læger i Sundhedsstyrelsen
48 Sårbare børn og datadeling
50 Sandhedskriterium og almen praksis' rolle

Opslag

- 6 WONCA Europe Conference
17 DSAM's årsmøde 2020
30 PLU-fonden, ansøgningsfrist
30 Mødekalender
52 Practicus podcast

// s. 10



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. 250
Udgivelsesuge: 19, 2020

Nr. 251
Frist for artikler: 29. maj 2020
Udgivelsesuge: 30, 2020

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT

Tilladt med kildeangivelse

LAYOUT/TRYK

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

FORSIDETEGNING

Niels Poulsen

OPLAG
4.900

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin



Kender du Bent Østergaard?

Det spørgsmål mødte mig her for ikke så længe siden. Og nej, det gør jeg ikke. Og sandsynligvis kender du ham heller ikke. Men lige om lidt er der rettet op på det, for han er en af dem, som vi alle skal kende til. Daværende praktiserende læge i Hørve, Odsherred Kommune.

Det var nemlig ham, som sendte invitationen ud til det møde i Nyborg i 1966, hvor Dansk Selskab for Forskning i Almen Lægepraksis blev stiftet. Og du har selvfølgelig gættet, at vi taler om en af dem, som vi står på skuldrene af. En af dem, som har været med til at grundlægge DSAM, som førnævnte selskab blev til efter nogle år. Og det er derfor, at vi i år fejrer 50-års jubilæum, selvom vi i virkeligheden nok fylder 54. Jeg har fornøjet mig med at læse jubilæumsskriftet fra 1995 og har tænkt "sikke en flok amatører". Nogle af skriftets forfattere skriver det faktisk selv. Og så alligevel. Der er nogle, som har tænkt de dybe tanker før os. Der er nogle, som har set, at vores fag kan beskrives og analyseres og vurderes, fuldstændig som andre lægespecialer kan det. Og der er nogle, som har set, at forskning og senere kvalitetsudvikling sammen med uddannelse og internationalt arbejde er den nødvendige forudsætning, for at vi kan udvikle os og være en grundsten eller hjørnesten i det primære sundhedsvæsen. Det er alligevel værd at dvæle lidt ved. For hvad hvis de ikke havde haft modet og de glade amatørers frygtløshed den dag i 1966?

Vi står på skuldrene af deres arbejde og deres tanker

om, hvad almen medicin er. Det er en gave og en opgave, for nu at blive i det lidt højtidelige. For sandheden er jo, at vi hver dag modtager små gaver i form af gode patientforløb, men også at det er svært at løfte opgaven med at være nogens egen læge. Vi er for få, og det tager tid, før vi bliver flere. Vi møder udfordringer alle steder fra. Der er meget, som truer vores kerneværdier, kontinuiteten og kendskabet til vores medmennesker, den tillid, der udvises os, og den tryghed, vi kan være med til at skabe. Og det kan godt være, at det er fristende at skippe værdierne og hytte sit eget skind. Men i stedet skal vi se os tilbage over skulderen, tilbage til Bent Østergaard og de andre fra 1966. De havde fat i den lange ende den dag i Nyborg. Det er pga. deres arbejde, og det, som det førte med sig, at vi har fast grund under fødderne, når vi siger, at det gør en forskel, at vi kender hinanden. Lægens og patientens kendskab til hinanden kan gøre den afgørende forskel i et behandlingsforløb.

Det kan synes banalt og ligetil og ikke særlig sofistikeret. Men den indsigt er resultatet af godt og vel 50 års arbejde, og den har da også mødt modstand på sin vej. Fra nogle, som troede – og tror – at almenmedicinske speciallæger kan erstattes af nyuddannede læger og andre faggrupper. Men sådan forholder det sig ikke. Det ved vi. Det er der ingen grund til at skjule.

Her fra Practicusredaktionen skal lyde et stort tillykke til DSAM med jubilæet. Vi kommer til at fejre det i hele 2020. //

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:

"Hej læge, hvad siger tallene så?" Eller... "Hej læge, der er noget jeg, har tænkt over, kan jeg fortælle?"

Siden oldtiden har vi set os selv som den behandler, patienten opsøger ved sygdom og behov for lægehjælp. Så lytter vi til, hvad patienten fortæller, spørger ind, undersøger og ordinerer en behandling, der passer til den enkelte. Men almen praksis er under forandring. De seneste år er der sket en afgørende ændring i visse af vores konsultationer: patienten kommer nu på lægens opfordring til "kontrol" af en "kronisk sygdom". Vi skal jo kunne stå inde for den medicin, vi ordinerer, og løbende søge at optimere behandlingen.

Hvad betyder det for konsultationsprocessen, at det nu er lægens dagsorden – og ikke patientens dagsorden, der sætter agendaen? Sidder patienten mon sommetider og brænder inde med et spørgsmål? Kigger på den effektive læge og spekulerer på, om det ville forstyrre meget at fortælle om et symptom eller en bekymring, som ikke har med dagens emne at gøre?

"Nu, jeg er her" kan give nervøse

tics hos den overbelastede læge, det ved patienten godt. Så den mavepine eller det vægttab må vente til en anden gang – der måske aldrig kommer!

Hvorfor løber vi stærkere, når befolkningen bliver mere friske?

Mens vi løber stærkere og stærkere for at nå det hele, har vores sygehuskolleger også haft travlt. Nye behandlingsmuligheder og ventelistegarantier gør, at flere af de mere almindelige kroniske sygdomme skal følges hos os. Efterhånden også flere ualmindelige. Vi oplever at få en epikrise med en "kogebogsopskrift", vi skal følge, når patienten afsluttes til proliabehandling hos os, eller til optitrering af ADHD-

behandling hos barnet i voksenalderen, eller til årlig opfølgning for gastric bypass eller prostatakræft. Nogle gange er der lokale aftaler forbundet med opgaveuddelegeringen. Andre gange er det vist bare ureguleret opgaveglidning.

Det er blevet sagt, at den ændrede demografi er årsagen til, at vi har fået så utroligt travlt i sundhedsvæsenet. Ja, ja, det stigende antal gamle ... det er sikkert rigtigt nok, men det er ikke forklaring nok. For selvom de har flere forskellige diagnoser, så er de 70-årige ikke, hvad de har været. De er meget mere friske end for 20-30 år siden. Men 50-årige er heller ikke, hvad de har været, for efterhånden er der også stadig

DSAM arbejder med tanken om en årlig overblikskonsultation, hvor formålet er at få et samlet overblik over alle patientens forskellige kroniske sygdomme og tilstande.

NR. 249 • MARTS 2020 5

Alle nye tiltag tager tid,
men prøv at finde en eller
to af dine multisyge
patienter, der trænger
til lidt overblik.

helbred, så vi sammen med patienten får en fælles forståelse af, hvad konsultationen skal fokusere på.

Årlig overblikskonsultation

Det er et vilkår for speciallæger i almen medicin, at vi behandler mennesker, der fejler flere ting på en gang. Vores udfordring er at få gjort tingene i den rigtige rækkefølge, at sætte mål og prioritere indsatsen.

I mødet med patienten med mange diagnoser har vi i lige så høj grad brug for at vurdere patientens samlede situation på tværs af diagnoserne som

at forholde os tilbundsående til den enkelte diagnose. Spørgsmålet er i høj grad, hvad der betyder noget og fylder for patienten, og hvor vi lægefagligt kan gøre den største forskel.

DSAM arbejder med tanken om en årlig overblikskonsultation, hvor **formålet** er at få et samlet overblik over alle patientens forskellige kroniske sygdomme og tilstande.

Forslag til struktur:

- at få overblik over patientens kroniske sygdomme, er der kommet nye siden sidst?
- at afklare (med støtte i FMK), hvilken medicin patienten indtager, og på hvilken indikation
- at afklare, om behandlingsansvaret for den enkelte sygdom ligger hos egen læge eller sygehus/anden speciallæge, herunder receptfornyelser
- at aftale, at receptfornyelser udføres af den behandlingsansvarlige læge

- at prioritere indsatsområder (sammen med patienten): Hvad betyder mest for patientens liv og helbred?
- at aftale, hvad vi skal følge op på det næste år i lægehuset, herunder om der er behov for årsstatus for en eller flere separate diagnoser
- at overveje rækkefølgen, for sommetider skal ét problem løses, før et andet kan behandles
- at planlægge næste kontakt.

Alle nye tiltag tager tid, men prøv at finde en eller to af dine multisyge patienter, der trænger til lidt overblik. Lad dig inspirere af ovenstående, og find din egen stil. Vi tror godt, vi tør love: Det vil gøre de næste mange kontakter meget nemmere! //

Se oversigt over de 87 vejledninger her (bemærk flere faneblade): <http://bit.ly/324HDPX>



DSAM I PRESSEN:

Jubilæumsår – kampagneår

DSAM er klar



DSAM fylder 50 år i år, og i skrivende stund er der kun en lille uge til, at selskabet lancerer sin første landsdækkende kampagne for almen praksis til borgerne. Kampagnen skal synliggøre, at den relation, som bliver bygget op over tid mellem læge og patient, giver den bedste behandling. Kampagnen bygger på nyere forskning, som viser, at en personlig relation og kontinuitet i sundhedsvæsenet kan redde liv og forebygge indlæggelser. Kampagnen består blandt andet af en film, som skal vises i størstedelen af alle landets biografer, samt på de praktiserende lægers praksisskærme fra uge ni og to uger frem. I en pressemeddelelse siger formand Anders Beich:

”Den praktiserende læge er nøgle-spilleren i det primære sundhedsvæsen. Hver eneste dag mærker vi, hvordan kontinuitet, som bygger på relation og tillid, er et helt centralt element for inddragelse og fælles forståelse og samarbejde mellem behandler og patient. I sidste ende er det den kontinuitet, der gør det muligt at udøve evidensbaseret praksis, hvor patientens værdier og præferencer bliver hørt.”

På pressefronten har Politiken senest skrevet historien om forældede

synstavler. Et nyt, stort forskningsprojekt, hvor næsten 500 danske børn i alderen fire til syv år har deltaget, viser, at en stor del af de børn, der har brug for briller, slet ikke bliver opdaget. Faktisk går to ud af tre børn med dårligt syn glat igennem synsprøven. Den mest benyttede tavle, 'Østerberg' – med en svane øverst, blev designet i 1934 og er efter sigende ikke længere tidssvarende og bruges heller ikke længere i andre lande. Forskerne peger i stedet på en tavle baseret på det såkaldte LogMAR-princip, hvor man kan finde 85 pct. af de børn, der skal have briller.

I januar skriver Dagens Medicin, at hundredvis af praksislæger har indhentet udleveringstilladelse til fnat-medicin. Anders Beich udtaler, at det overordnet set har været ”et langt og frustrerende forløb for os indtil nu. Fnat er jo ikke et problem, vi som udgangspunkt skal belaste hudlægerne med, men de mange forhindringer såsom tilskudssystemet, restordre- og resistensproblematikker samt udleveringstilladelser har gjort, at en del af os praktiserende læger helt forståeligt er resigneret i en travl hverdag og har valgt at henvise til hudlægen.” Han glæder sig over, at processen nu er gjort mere smidig med den generelle udleveringstilladelse, men un-

derstreger, at papirarbejdet fortsat er unødigt tungt.

Jeg håber, at du har sat kryds i kalenderen den 2. oktober, hvor DSAM holder årsmøde. Her fejrer vi selskabets fødselsdag med manér. Læs mere herom andetsteds i bladet. //

Vi ses i næste Practicus!



Foto: Mads-Peter Eusebius Jøhansen



Gør din praksisskærm en forskel?

www.vikenderhinanden.dk

Indrømmet, artiklens overskrift var for at få dig til at læse videre. Dette er ikke en quickguide til, hvordan du måler, om din praksisskærm gør en forskel. Men i hvert fald håber vi her fra maskinrummet i selskabet, at du har husket at tilvælge den film, der indgår i DSAM's jubilæumskampagne **"Det gør en forskel, at vi kender hinanden"**. Filmen har kørt automatisk et par uger på alle praksisskærme. Herefter skal du selv tilvælge den i systemet.

Har du været i biografen de seneste uger, har du måske også set filmen i reklameblokken? Den har nemlig været vist i størstedelen af landets biografer de seneste uger og er nået ud til over 400.000 biografgængere.

Kampagnen sætter fokus på relation og kontinuitet i almen praksis. I

2016 vedtog DSAM syv pejlemærker for faget almen medicin og særligt pejlemærke 1 er bragt i spil i denne kampagne.

Pejlemærke 1

Vi holder læge-patient-relationen i hævd

- Læge-patient-relationen er en grundsten i fagets fundament
- Læge-patient-relationen opbygges på nærvær, fortrolighed, gensidig tillid og kontinuitet.

På kampagnesiden www.vikenderhinanden.dk kan du læse mere om tanker bag kampagnen, se filmen og læse forskningsartikler, som bekræfter, at når læge og patient kender hinanden, så gør det en forskel for patienternes sundhed og dødelighed.

Formand for DSAM Anders Beich har skrevet en kronik, hvor du kan

læse mere om baggrunden for kampagnen. Her et lille udpluk:

"Det gør en forskel, at vi kender hinanden, når du konsulterer din læge. Forskningen i disse forhold viser, at det mest effektive sundhedsvæsen fås, når det primære sundhedsvæsen er bygget op om den personlige kontinuitet mellem patient og læge. Kendskabet til patientens historie, familie, situation, måde at kommunikere og være i verden på gør lægens arbejde mere præcist. Lægen kan bedre bruge sin empati, sine kommunikationsfærdigheder og sin dømmekraft – og dermed også udfolde sin viden om sygdomme og deres behandling til gunst for patienten."

Ud over biograf, praksisskærm og kampagneside har vi som del af kampagnen også benyttet os af kommunikation via Twitter, LinkedIn, mails til samarbejdspartnere, DSAM's hjemmeside, Facebook, T-shirts, presseindsats og meget mere.

Vi håber, at du vil bakke op om kampagnen og sprede budskabet, hvor du kan, f.eks. på din praksisskærm eller via de sociale medier. //





VIDENSBANKEN

Din genvej til kvalitetsprojekter i almen praksis

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) er i færd med at oprette en vidensbank, der skal indeholde kvalitetsprojekter fra almen praksis, herunder spirekasse- og græsrodsprojekter.

Hvad er formålet?

Formålet er at give klynger og praksisser inspiration til kvalitetsprojekter, som er nemme at kopiere og arbejde videre med.

Hvem opdaterer Vidensbank for kvalitetsprojekter?

Det er de praktiserende læger og

klynger selv, der løbende lægger egne projekter i Vidensbanken via en fastlagt skabelon. En arbejdsgruppe ved DSAM indsamler og opretter dog nogle i forvejen kendte projekter fra regionernes kvalitets- og forskningsenheder, så databasen allerede har indhold, når den går i luften.

Hvad er baggrunden?

Efter den sidste overenskomst for almen praksis blev der oprettet et landsdækkende netværk af kvalitetsklynger af praktiserende læger. Kvalitetsklyngerne skal arbejde

med kvalitetsudvikling i almen praksis både i egen klinik og lokalt i forbindelse med populationsomsorg. På den måde samles den eksisterende viden om kvalitetsudviklingsprojekter og deres opbygning, som i dag kun findes sporadisk i de enkelte regioner.

Hvorfor bliver vidensbanken etableret?

Af hensyn til udviklingen i klyngerne er det en ressource, at projekterne fra klyngerne løbende bliver registreret i en database til fælles anvendelse og inspiration. Det er denne database, som nu næsten er klar.

Hvor finder jeg Vidensbanken?

Vidensbanken får sin egen webadresse: www.vidensbank.dsam.dk. Senere vil den kunne tilgås via hjemmesiderne for DSAM, KiAP og MediBOX. Arbejdsgruppen bag vidensbanken kan kontaktes på vidensbank@dsam.dk.





Rekruttering: Code rollemodeller er afgørende

Rekrutteringen til almen praksis er et varmt emne i den offentlige debat. Men hvordan mener de praktiserende læger selv, at vi bedst lokker nye til faget? Practicus har fået et par bud fra Roar Maagaard, som gennem sit arbejde i DSAM og PLO's Rekrutteringsudvalg og Videreuddannelsesudvalg har en særlig indsigt i rekrutteringen af læger til almen medicin.

DSAM har for nylig afgivet høringssvar til Sundhedsstyrelsen om den næste dimensioneringsplan for speciallægeuddannelsen (2021-2025). Anbefalingen er, at de nuværende 350 hoveduddannelsesstillinger øges til 400 stillinger årligt. Ifølge Roar Maagaard skal vi have uddannet langt flere praktiserende læger, hvis almen praksis skal varetage de opgaver, som sandsynligvis lander der i de kommende år. Og gode rollemodeller er helt afgørende for rekrutteringen, mener han.

Det første indtryk er vigtigt

Når medicinstuderende og unge læger møder specialet for første gang, f.eks. på klinikophold, er det første indtryk

vigtigt. Dygtige og engagerede praktiserende læger i velfungerende klinikker kan være en helt afgørende øjenåbner for dem.

"Jeg har hørt mange beretninger fra unge læger om, hvordan det første møde har haft afgørende betydning for specialevalget. Mange har allerede her mødt stærke rollemodeller. Det kan slet ikke overvurderes, hvor vigtigt det er, at medicinstuderende og unge læger møder dygtige og entusiastiske læger i almen praksis. Omvendt ved vi også, at hvis de opfatter mødet – f.eks. i en KBU-ansættelse – helt anderledes, kan det for altid slukke drømmen om at bli-

ve praktiserende læge. Engagerede tutorlæger er klart den afgørende rekrutteringsfaktor", siger Roar Maagaard.

De unge læger vælger dog også speciale ud fra, hvad de ser ved både det "korte" og det "lange" lys. Videreuddannelsesudvalget og Rekrutteringsudvalget har fokus på begge perspektiver.

Det korte lys: uddannelsen

Det korte lys dækker selve uddannelsens udformning og opfattelsen af den. Ses det som en god uddannelse? Koster den mange personlige ofre? Kan familien fungere, hvis jeg vælger at tage denne speciallægeuddannelse?

I forhold til uddannelsesområdet er der særligt fokus på tre punkter: en god basisuddannelse, KBU i almen praksis



for alle og en exceptionel specialeuddannelse.

”Det er uhyre vigtigt, at vi har en god uddannelse i almen medicin. De studerende skal tidligt introduceres for patienter i almen praksis og gerne hyppigt gennem hele studiet. Helt optimalt skulle de også have et længere ophold sidst i uddannelsen. Internationale studier viser, at det er helt afgørende i forhold til rekruttering”, siger Roar Maagaard.

Han fremhæver også den gode supervision i almen praksis som et særligt godt kort på hånden. Dygtige tutorlæger – både fagligt og pædagogisk – er gode rollemodeller for de unge læger.

Det lange lys: udsigten

Det lange lys drejer sig om de mere langsigtede perspektiver. Hvilke jobmuligheder er der? Er det steder, hvor jeg vil bo? Hvordan er arbejdsbelastningen? Kan jeg se mig selv i specialet gennem hele karrieren? Er der udviklingsmuligheder?

For de mere langsigtede perspektiver arbejdes der aktivt med fremtidsudsigterne i almen praksis. Danske Regioner og PLO er netop blevet enige om en fælles vision for almen praksis frem mod 2030. Visionen indebærer, at de praktiserende lægers rolle udvides i fremtidens sundhedsvæsen, og at de er regionernes førstevalg, når det drejer sig om at sikre lægedækning for alle borgere.

Den nye fælles vision sender et tydeligt signal til de unge om, at samfundet prioriterer almen praksis – ikke bare nu, men også på længere sigt ... og det skulle gerne få flere til at gå den vej. //

5 SKARPE til Maagaard



Hvad er det ved vores speciale, der tiltrækker de unge?

Det er de kendte værdier og karakteristika. Den tætte relation med patienterne over tid. Det afvekslende arbejde med forskellige henvendelsesårsager og aldersgrupper. For nogle er det også muligheden for at blive selvstændig erhvervsdrivende. For andre kan det være glæden ved det kollegiale samarbejde. Det centrale er muligheden for selv at kunne præge sin egen arbejdsdag.

Hvordan spiller geografien ind på rekrutteringen?

Geografien er en speciel udfordring i almen praksis, fordi vi – i modsætning til alle øvrige medicinske specialer – skal dække hver en krog i Danmark. Det er op ad bakke at overbevise unge læger og deres familier om, at de skal drage derhen, hvor andre flytter fra. Vi ser en generel trend i form af urbanisering og en flytning mod øst. Og det kræver alle mulige understøttende samfundsmæssige tiltag at løse dette problem for alvor. Det kan vi ikke gøre alene.

Hvordan sikrer vi lægedækning i hele landet?

Regioner, kommuner og det lokale erhvervsliv er vigtige medspillere. I Rekrutteringsudvalget vil vi gerne dele de gode lokale og regionale historier om initiativer, der er med til at understøtte lægespredning – f.eks. har man i Sønderjylland lavet fælles event for praksislægerne og de unge læger, som er på vej til specialet. Vi har endnu for få erfaringer

med sammenhængende uddannelsesforløb, hvor man som ung læge kan få tilbudt ”hele uddannelsespakken”, hvis man flytter til et lægedækningstruet område fra starten af. Men vi håber, at det vil vise en god effekt.

Er der tutorlæger nok?

De kommende år vil give ekstra tryk på uddannelsen i almen medicin. Derfor bør stort set alle være tutorlæge. Det kræver også, at de eksisterende tutorlæger udviser stor kreativitet for at kunne finde plads – både lokalemæssigt og pædagogisk – til endnu flere uddannelseslæger. Det er vigtigt, at vi er mange kolleger, der står sammen om at løfte denne opgave, som er helt central for vores speciale, men jeg håber da også, at PLO i de kommende overenskomstforhandlinger vil overveje at se på nye løsninger og en justering af tutorlægeaftalen.

Mange yngre læger ønsker nedsat arbejdstid. Er det et problem?

I vores speciale – og faktisk også i ret mange andre specialer – tramper der en elefant rundt i lokalet. Vi skal vedkende os realiteterne: Rigtig mange læger ønsker nedsat arbejdstid i forhold til den arbejdstid, som en typisk praktiserende læge i dag har i både dag- og vagttiden. Ønsket om nedsat tid er allerede nu en stor udfordring, og jeg er ret sikker på, at tendensen vil blive forstærket fremover. Der er absolut behov for 400 stillinger til næste år.



Foto: Colourbox



Prægraduats undervisning

i almen medicin ved Syddansk Universitet – hvad er det?

Da jeg læste medicin i Odense (for ca. 100 år siden), havde vi et fag, der hed almen medicin. Vi blev undervist af almenmedicinere og var til eksamen i almen medicin. Nu er det anderledes, men hvorfor – og hvordan? Og hvad betyder det mon for rekruttering til faget?

For en række år siden valgte man at bryde medicinstudiet på SDU op i modulbaseret undervisning. Det var blandt andet med baggrund i et ønske om i højere grad at kombinere teori og praksis – både i undervisning og i patientorienterede eksamensformer, der afspejler lægens virkelighed.

Uddannelsen er inddelt i tre spor, som løber parallelt igennem hele uddannelsen: det biomedicinske/kliniksporet, akademikersporet og professionssporet.

I kliniksporet undervises i sygdomme, deres opståen, patofysiologi, epidemiologi, symptomer, udredning, behandling samt forebyggelse og meget mere. Undervisningen er opbygget i tværfaglige moduler, hvor underviserne har baggrund i alle relevante kliniske specialer – herunder også almen medicin.

En væsentlig del af læringsmiljøet består af læringsformer, hvor de studerende skal tage ansvar for egen læring og medansvar for deres holdkammeraters læring. Det sker i gruppeinddelte læringsmiljøer, hvor teambaseret læring (TBL) i særlig grad indgår. Her præsenteres de studerende bl.a. for en klinisk tværfaglig problemstilling, der skal løses i grupper.

I professionssporet tilegnes bl.a. færdigheder i undersøgelsesteknikker og kommunikation. Ultralyd er nyligt blevet et fokusområde ved SDU. Klinikopholdene på syge-

husafdelinger og i almen praksis er også en del af dette spor. Alle studerende har to ugers klinikophold i almen praksis.

I akademikersporet skal de studerende undervises i videnskabsteori og metode, herunder søgning og formidling af ny viden. Kandidatspecialet er en del af akademikersporet. Også her møder vi de studerende, når de opsøger Forskningsenheden for Almen Praksis for at skrive speciale eller prægraduats forskningsårsopgave.

Eksamensformer: Som noget specielt ved SDU har vi igennem mere end 10 år afholdt OSCE-kandidateksamen. OSCE står for Objective Structured Clinical Examination. De studerende er til afsluttende eksamen, der er fordelt på fire dage – to med skriftlige opgaver og to med mundtlige eksaminer. Den mundtlige eksamen er opdelt i stationer med en patientcase på hver station. Eksaminationen foregår ved, at casen spilles, som var den virkelighed, men blot med en skuespiller som patient. Der testes primært viden og færdigheder, der kan forventes af en læge i den første tid efter endt studium. Almen medicin deltager stort set altid med en mundtlig stand, og nogle gange også med en skriftlig stand. Vi finder inspiration til eksamensopgaverne i de kliniske problemstillinger, vi som undervisere møder i almen praksis, og vi tester de studerende i konsultationsformen, kommunikation og faglighed.



Hvordan møder de studerende faget almen medicin?

Vi møder de studerende med undervisning i almen medicin flere gange i løbet af deres studie. Først på bachelor-delen, hvor vi introducerer til mødet med patienten i almen praksis, arbejds-gange, kommunikation, patientpopulationen i almen praksis m.v.

På kandidatdelen møder vi de studerende flere gange på de tværfaglige moduler gennem alle tre år, hvor vi har forelæsninger og holdtimer – både alene og sammen med undervisere fra de andre specialer. Vi gør meget ud af at sætte scenen for arbejdet i almen praksis – en opgave, der er utrolig vigtig, når de studerende samtidig bliver mødt af de kliniske sygehusspecialer.

Lad mig give et eksempel på, hvordan de studerende kan møde os: På modulet "Kvinde, mor og barn", der ligger på 10. semester, undervises de studerende på hold i bl.a. svangreundersøgelser, børneundersøgelser og gynækologiske problemstillinger. Vi har fokus på, hvad vi kan behandle i praksis, og hvornår vi skal henvise patienterne. Vi har børn med til undervisningen i børneundersøgelser, hvor de studerende skal prøve kræfter med selv at undersøge og tale med børn og forældre, hvilket de studerende er rigtig glade for.

Derudover har vi en række temaundervisningssessioner, bl.a. sammen med obstetrikere om svangreomsorg i praksis og på sygehuset. Vi underviser om det febrile barn sammen med pædiater, radiolog og klinisk mikrobiolog og om det truede barn sammen med socialpædiater. Vi laver teambaseret læring (TBL) om blødningsforstyrrelser sammen med gynækologerne, og vi har en TBL om barnet med mavesmerter sammen med pædiater og børnepsykiater. Som supplement til undervisningen har vi lavet en række podcasts, hvor vi kommer omkring nogle af de emner, vi

ikke berører i undervisningen, og hvor vi adresserer det, der er særkende ved almen praksis – det uvisiterede møde med patienten.

Er undervisningsformen rekrutterende for faget?

Det er svært at svare på. Vi har de senere år haft mange henvendelser fra studerende, der gerne vil skrive kandidatspeciale hos os. Mange af de studerende fortæller os, at de gerne vil almen praksis, og vi forsøger at give dem en god oplevelse og indføring til faget.

I virkeligheden tror jeg, at de to ugers klinikophold i almen praksis i lige så høj grad er rekrutterende til faget, HVIS vi giver de unge mennesker en god oplevelse. De studerende oplever det positivt, når de inddrages i arbejdet og får fornemmelsen af, hvordan det er selv at håndtere patienterne. Når det lykkes, gør vi noget godt for rekrutteringen til faget.

Bliver vi klemt mellem de andre kliniske specialer?

Det er et vedvarende arbejde at fastholde den almenmedicinske undervisning på medicinstudiet. Det kræver, at vi er nærværende, troværdige og kompetente i vores undervisning. De studerende er benhårde i evalueringerne. Hvis de ikke synes, de får noget ud af undervisningen, får vi det at vide.

Jeg oplever generelt en god dialog og korte afstande mellem specialerne med respekt for hinandens arbejdsområde, patientpopulation og kompetencer. Vi forsøger – og det er vigtigt – at lære de studerende, at vores vilkår for mødet med patienten er forskellige, og at det ikke nytter at skælde ud på hinanden. Det gavner aldrig patienten. Jeg tænker, at vores samundervisning er med til at bygge bro mellem primær- og sekundærsektoren. //



Af: Jette Holding Kristensen, praktiserende læge og professor ved Aalborg Universitet, og Annette Engsig, praktiserende læge, ekstern lektor ved Aalborg Universitet – jhk@dcu.aau.dk

Almen medicin på medicinstudiet i Aalborg

Rekruttering til almen medicin starter på medicinstudiet. I Nordjylland er de studerende i klinisk ophold i lægepraksis to gange på kandidatuddannelsen, og de er til den ultimative eksamen – kandidateksamen – i en almen lægepraksis. Håbet er at trække læger til specialet.

Hvorfor er det vigtigt?

Lægeuddannelsen i Aalborg er siden starten i 2010 vokset fra et optag på ca. 50 studerende om året til nu 170 studerende på bachelordelen. Der kommer i løbet af de næste par år en stor udfordring med at videreudvikle undervisningen, så fokus på almen medicin og nærheden til almen praksis

bevares, selvom mange flere skal igennem uddannelsesforløb. Den undervisning, vi leverer på medicinstudiet, skal tage udgangspunkt i den praktiserende læges kliniske hverdag og give den medicinstuderende en forståelse for fagets karakteristika samt færdigheder til at håndtere såvel uvisiterede helbredsproblemer som plan-

lagte kroniske sygdomsforløb, som patienter henvender sig med til den praktiserende læge. Medicinstuderende skal gerne blive så interesserede i almen medicin, at de vælger det som speciale – for senere at blive praktiserende læger. Vores mål er at skabe gode rammer for uddannelsen, så de studerende oplever, at almen medicin er et interessant og spændende fagområde og et fag med mange faglige udfordringer.

HVAD SIGER DE STUDERENDE OM OPHOLDET I PRAKSIS?

- Fik lov til at møde patienterne alene først og komme med mit bud på diagnose, hvorefter praksislæreren bekræftede min teori eller hjalp mig på vej, hvis jeg var lidt forkert på den. Super læring!
- Både tutorlægen og det øvrige personale var også rigtig gode til at tage fat i mig, hvis de havde noget spændende på programmet.

HVAD SIGER LÆGERNE?

- De studerende er nysgerrige på specialet, og flere har tilkendegivet, at de er positivt overraskede over fagets kompleksitet.
- De er ivrige efter at prøve selvstændige konsultationer, er gode til at kommunikere og finde frem til, hvad problemet er, og patienterne hjælper gerne, så de kan hjælpe de kommende læger på vej.

Stor støtte fra hele regionen

De studerende skal i klinisk ophold i almen praksis både i begyndelsen og i slutningen af deres kandidatuddannelse. De studerende har derfor forskellige kompetencer med sig. Når man møder de studerende både på det tidlige og sene klinikophold, vil man opleve en spændende udvikling (se Figur 1)

Vi sender de medicinstuderende i klinikophold i hele regionen. De skal også ud i klinikkerne langt fra Aalborg og opleve, at geografien ikke er en be-



Festlig dag til embedseksamen i en nordjysk lægepraksis. På sidelinjen eksaminator Annette Engsig, praktiserende læge Mette Bolvig og censor Jens Søndergaard. Privatfoto.

grænsning for stor faglighed og gode kolleger. Ikke sjældent har vi oplevet, at den studerende har været frustreret og ked af at skulle så langt væk. For så efter det kliniske ophold begejstret at fortælle de medstuderende, at det var et fantastisk ophold. I flere tilfælde har det kliniske ophold medført, at den medicinstuderende har fået ansættelse i klinikken og senere har søgt KBU. Og nu, hvor

Vores mål er at skabe gode rammer for uddannelsen, så de studerende oplever, at almen medicin er et interessant og spændende fagområde og et fag med mange faglige udfordringer.

der ikke længere er frit KBU-valg, har de søgt introstilling i den på gældende praksis – trods afstanden fra egen bopæl.

Vi ved, arbejdsdagene er pressede i almen praksis, at klinikkerne skal modtage flere uddannelseslæger og måske også satser på at have mere personale. På trods af dette har de praktiserende læger i regionen bakket op om at tage imod de unge mennesker. Det er første led i fødekæden af mulige kommende kolleger, og vi oplever, at de praktiserende læger er opmærksomme på det og planlægger et rigtigt berigende ophold, der viser, hvor god en arbejdsplads, og hvor godt et arbejdsliv vi har.

For at de enkelte praksis får feedback på opholdet, sendes evalueringen efterfølgende også til den praksis, den studerende har evalueret. Omvendt opfordres praksis til at tage kontakt til os, hvis de oplever studerende, der ikke fungerer som forventet.

Hvad forventer vi af den praktiserende læge?

Den praktiserende læge bliver ansat som "praksislærer"

Det vigtigste er, at den studerende får prøvet kræfter med egne konsultationer, og at den praktiserende læge og patienten er tryk, når patienten går ud ad døren.

og aflønnes pr. studerende. Opgaven er at introducere den studerende til livet og opgaver i almen praksis, også det vores personale laver. Der må meget gerne indgå hjemmebesøg og evt. også vagtlægearbejde, men de studerende informeres om, at det ikke er et krav.

For alle forventes, at den studerende har en til to "egne" konsultationer pr. dag alene sammen med en patient, før praksislæreren ser patienten. Det vil ikke altid være muligt, at den studerende har "egnet" konsultationsrum hele dagen, men den studerende skal have adgang til et rum, hvor den studerende uforstyrret et par gange om dagen kan have en konsultation med en patient. I forbindelse med hver konsultation superviserer praksislæreren den konkrete konsultation, enten ved at komme ind og snakke med den studerende og patienten, eller den studerende kommer ind og snakker med praksislæreren alene. Det er desuden helt i orden at involvere praksispersonalet, og hoveduddannelseslæger må også gerne stå for supervisionen. Det vigtigste er, at den studerende får prøvet kræfter med egne konsultationer, og at den praktiserende læge og patienten er tryk, når patienten går ud ad døren.

Eksamen består af to prøver

Den studerende skal igennem to prøver i almen medicin i løbet af kandidatdelen (se Figur 1). Efter det første kliniske ophold er der en gruppeprøve, hvor den medicinstuderende med afsæt i egne optagelser af en konsultation med en patient skal demonstrere evnen til at reflektere over konsultationsprocessen, herunder hvem patienten er, hvilken betydning henvendelsen har for patienten, og hvordan baggrunden kan forstås.

Kandidateksamenen foregår i forskellige almen praksis rundt om i hele regionen. Der eksamineres i den personcentrerede konsultation ved hjælp af ganske almindelige patienter, og den studerende møder den mangfoldighed af symptomer og diagnoser, vi ser i almen praksis.

Dette er en festdag, hvor den studerende bliver læge ved – som de selv siger – den ultimative eksamen. De sætter sig i vores stol med en på forhånd ukendt patient og problematik, hvorefter de skal bruge alle de færdigheder, de har lært. Udenfor venter familie og venner med fejring. //

KANDIDATDELEN (1.-6. SEMESTER)

1. eller 2. semester: Gruppeprøven

5 dages teoretisk undervisning + 10 dages klinisk ophold fordelt over tre uger.

Mål: At træne de studerendes kompetencer i forhold til mødet med den uvisiterede patient og patienten med kronisk sygdom i almen praksis. De træner den personcentrerede konsultation. Der er primært fokus på patientens del i konsultationsprocessen. Derudover er der fokus på at træne PSOAP-journalnotatet.

Form: Undervisning i mindre grupper på 8-9 studerende, er delvist baseret på videooptagelser af egne konsultationer med tilhørende PSOAP-notat. Afsluttes med en prøve, hvor videooptagelser indgår.

3. semester:

Almen medicin indgår med 2 halve dage i løbet af et 2-ugers kursus i akutmedicin.

4. semester:

Symposieundervisning sammen med gynækologer om blødningsforstyrrelser og prævention.

5. semester:

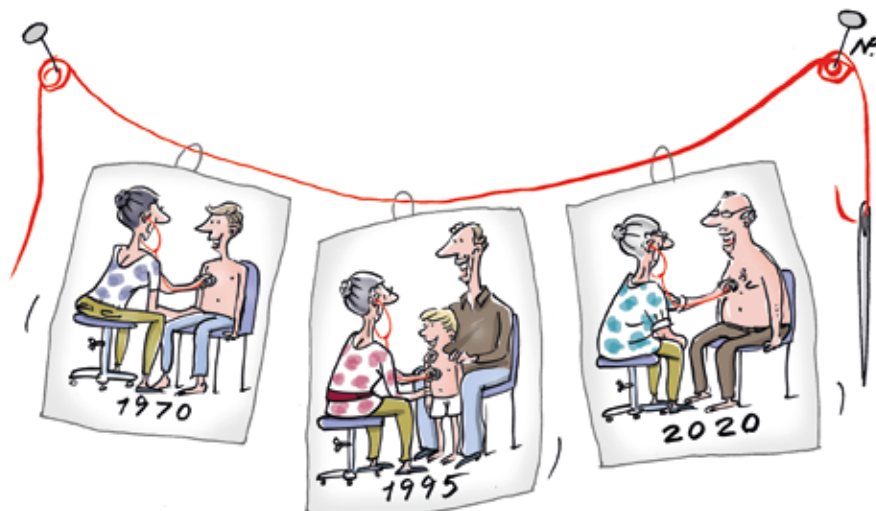
De studerende arbejder med et forskningsprojekt. Vi har sædvanligvis 4-8 studerende tilknyttet almen medicin.

6. semester: Kandidateksamen

5 dages teoretisk undervisning + 5 dages klinisk ophold i en praksis.

Mål: At genopfriske deres kompetencer i forhold til den personcentrerede konsultation, herunder at integrere tidligere indlært biomedicinsk viden fra andre specialers undervisning. Vi træner den diagnostiske tankegang, og den studerende skal kunne begrunde og forklare hensigtsmæssig objektiv undersøgelse, parakliniske prøver/henvisninger og aftale fornuftig plan med sikkerhedsnet. På dette semester trænes patientens del, lægens del og fællesdelen af konsultationen.

Figur 1. Hvor møder den studerende specialet almen medicin i Aalborg?



DSAM's årsmøde 2020

Relation og kontinuitet – i fortid, nutid og fremtid?

DSAM fejrer i år 50-års jubilæum, blandt andet med kampagnen "Det gør en forskel, at vi kender hinanden". Det er et særdeles vigtigt tema i en tid, hvor almen praksis er presset af lægemangel, flere opgaver, ændret demografi, øget kontrol, markedsgørelse af sundhedsvæsenet og mange andre forhold. Vi har derfor valgt at udfordre udsagnet og spørger således, hvilken forskel det gør, at vi kender hinanden; at relation og kontinuitet kendetegner almen praksis. Og hvordan vil det se ud i fremtiden?

Vi ved, at lægen kan være det mest effektive lægemiddel i sig selv, og at relationen har store potentialer. Hvis man ser den samme læge over tid, er man som patient mere tilfreds, man har nemmere ved at modtage og omsætte råd om sundhed, man bliver bedre til at tage sin medicin som aftalt, og man bliver sjældnere indlagt på hospitalet. I sidste ende betyder det tilmed noget for, hvor længe vi lever. Selvfølgelig skal lægen være medicinsk op-

dateret og besidde god faglig dømmekraft. Det er en forudsætning.

Hvordan forholder vi os til de kendte gevinster ved, at læge og patient lærer hinanden at kende over tid, og at patienten ikke har mange skiftende behandlere. Kan der være risici forbundet med at blive set af den samme læge hver gang?

Plenumsessioner

Som keynotespeaker har vi inviteret Margaret McCartney til at tale om kontinuitet med fokus på fremtidens udfordringer for almen praksis. Margaret McCartney, som er praktiserende læge i Glasgow, har en brændende interesse for evidensbaseret medicin, hun er forfatter til flere bøger og broadcaster til radio. Nogle husker måske Margaret fra Nordisk Kongres på Island i 2017, hvor hun også var keynotespeaker.

Og da vi også skal fejre vores 50-års jubilæum, får vi besøg af Niels Bentzen, speciallæge i almen medicin, professor emeritus ved Aalborg Universitet, der – også med fokus på kontinui-

tet – kaster et blik tilbage på de forgangne 50 år og måske giver os et par tips til de kommende 50 år.

Parallelle sessioner

Som vanligt vil der være to runder med parallelle sessioner efter en fælles indledning. Der vil kunne vælges mellem klassiske emner som forskning, vejledninger og uddannelse samt oppe-i-tiden-emner som diagnostiske udfordringer, multisygdom og defensiv medicin, og vi tager fat på helt konkrete emner som søvn, sex og rygestop. Der bliver helt sikkert noget for enhver smag.

Reserver både dag og aften

Vi håber også, at vi rammer alles smag til festen om aftenen. Det er for tidligt at afsløre programmet, men igen... det skal kunne mærkes, at DSAM fylder 50 år.

Så reserver allerede nu dagen og tag med til et brag af en berigende dag og en underholdende aften fredag, **den 2. oktober på Comwell Kolding. //**



Almen praksis – er valget en familietradition?

Som fjerde generation af en familie af praktiserende læger har jeg i det meste af mit voksenliv vidst, hvilket speciale jeg ville vælge. Og jeg møder ofte kollegaer, der blev inspireret af et nært familiemedlem til at vælge almen praksis. Har vi tendens til at vælge almen praksis, hvis vi har et dybt kendskab til specialet – f.eks. gennem et familiemedlem eller en inspirerende tutor?

Ien meningsmåling, som jeg udførte på FYAM's Facebookside i januar, viste det sig, at 60 ud af de 336 (18 pct.) medlemmer, der valgte at deltage i undersøgelsen, var i familie med en læge. Ud af de 60 svarede 45 (75 pct.), at dette familiemedlem var uddannet i almen praksis. Hele 35 ud af 50 (70 pct.) havde forældre eller bedsteforældre, der havde valgt almen praksis som speciale. Går valget af almen praksis i arv?

Jeg besluttede at dykke ned i min egen familiehistorie for at finde en mulig forklaring på, hvorfor flere generationer af familien Fynboe har valgt livet som praktiserende læge. Samtaler med min bedstefar, Klaus Fynboe, og min mor, Anne Fynboe, hjalp mig lidt nærmere et svar.

alvorligt syg, vendte han i 1968 hjem til sin barndomsby, Skjern, for at passe den lægepraksis, som faren havde åbnet i Østergade i 1949.

"Da min far drev sin praksis i 1950'erne, havde han normalt 8-12 sygebesøg om dagen. Og lørdag var en halv arbejdsdag", fortæller Klaus Fynboe.

Klaus nåede at arbejde sammen med sin far i lægehuset på Østergade i Skjern i knap halvandet år, inden han måtte tage afsked med den gamle Doktor Fynboe for i de mange følgende år selv at gå under navnet "unge Fynboe".

"Dengang var der ingen speciallægeuddannelse i almen medicin, så jeg kunne uden videre overtage min fars praksis efter blot halvandet år i mesterlære hos ham", forklarer Klaus Fynboe.

Hjem til Skjern

Da Klaus Fynboe bestod sin kandidateksamen i medicin fra Aarhus Universitet i 1965, begyndte han lægelivet på sygehuset i Hjørring. Men da hans far blev

Tid til familien

Inden sin død havde Klaus' far bygget et hus til sin søns familie, der bestod af en hustru og fire børn, så de kunne bo side om side kun adskilt af deres fælles lægepraksis. Men den fordelagtige indretning kunne måske også føles som et pres – en forventning om, at Klaus skulle slå sig ned som praktiserende læge sammen med sin far?

"Nej, jeg så det som en naturlig ting at gøre. Jeg forbandt almen praksis med et godt liv. Jeg havde haft en god barndom, hvor begge mine forældre var meget til stede, selvom de begge arbejdede i min fars praksis. Det var fordelene ved at have praksissen lige inde ved siden af. Og så var jeg bevidst



Klaus Fynboe var praktiserende læge i Skjern i 1968-2005. Privatfoto.



Klaus Fynboe oplærer den unge uddannelseslæge in spe (Jonas) på klinikens kontor. Privatfoto.

Anne Fynboe undersøger "patienten" i et skoleskuespil i 6. klasse. Privatfoto.



om, at arbejdet ikke måtte fylde for meget. Der skulle være tid til at se mine børn og til at lade op med gode fritidsaktiviteter", siger Klaus Fynboe, som mindes eftermiddage med kroket i haven og billard med sin far i konsultationstiden – nogle gange afbrudt af patienter.

Kendskab til specialet og en formodning om, at det kunne forenes med tid og overskud til børn og fritid, var afgørende for Klaus' valg af specialet.

Mulighed for selv at bestemme

Cirka 30 år efter Klaus begyndte i almen praksis, blev hans datter, Anne Fynboe, færdig som cand.med. fra Aarhus Universitet. Og efter at have afprøvet pædiatrien og kardiologien valgte hun ligeledes almen medicin.

"Kendskabet til specialet og mindet om, at det hang sammen med en barn-dom med overskud og glæde, betød helt sikkert meget for mit specialevalg. Men muligheden for selv at bestemme over min hverdag, selv at kunne vælge mine

kollegaer og være med til at sætte mit eget præg på min arbejdsplads var også en stor faktor", siger Anne Fynboe.

Tæt kontakt med patienterne

Jeg selv har haft en naturlig interesse for almen medicin, lige siden jeg startede på medicinstudiet i 2006. Jeg fandt hurtigt interesse for stort set alle internmedicinske specialer og nød at blive udfordret af de mange forskellige problemstillinger, man kunne møde i almen praksis, hvor et bredt kendskab til flere medicinske specialer er en fordel.

Det afgørende for mit valg af speciale var ønsket om at have tæt kontakt med patienterne. Min erfaring fra sygehusene er, at man bruger relativt mere tid på dokumentation, praktiske opgaver og konferencer. Der er mere reel patientkontakt i almen praksis.

Rollemodel har stor betydning

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd (VIVE) udgav i 2013 en rapport, som fastslår, at for-

udgående kendskab til specialet gennem familie eller venner, et studiejob, kliniske ophold eller en lægefaglig rollemodel har stor betydning for et senere valg af speciale.

"Jeg hører tit fra kollegaer, som er ansat på sygehuse, at de ikke vil anbefale deres egne børn at blive læge. Sådan har jeg aldrig haft det. Jeg synes selv, at jeg har verdens bedste job", tilføjer Anne Fynboe.

Mange klinikker i almen praksis vælger i dag at ansætte medicinstuderende til administrative opgaver eller simple lægefaglige opgaver som blodprøvetagning eller EKG. Jeg tror, at netop denne tendens kan få stor betydning for de kommende årganges specialevalg. Gode klinikophold, inspirerende tutorlæger og et åbent fagligt miljø vil påvirke rekrutteringen til vores fag i positiv retning. Selvom det er oplagt at lade sig inspirere af sine nærmeste, behøver valget af speciale ikke at bero alene på en familietradition. Det er trods alt tydeligt, at det er verdens bedste job. //



Sololæge på Østerbro – ish



Antallet af sololæger falder. Politisk har der været en trend væk fra sololægen og hen imod større praksisformer. Men måske skal den udvikling vendes? 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. Flere nye læger har overtaget solopraksis og videreført dem som solopraksis. I kan møde en af dem her.

Første dag i stolen. Ud gik min forgænger – ind kom jeg, Gazelle Maghsoudi. Den 3. søn i rækken var lige kørt ind i vuggestuen efter endt barsel. Femten minutters kørsel derfra åbnede jeg døren til mit kontor – mit helt eget kontor med karnap og udsigt til liv på gaden.

Det var forår. De nyudsprungne blade matchede de mintgrønne dobbelte plisségardiner mod nysgerrige øjne. Børnehjørne med svømmende isbjørne på tapetet og 'Authentic mo-

dels' luftballoner hængende fra loftet i forskellige farver. Det hele var genemtænkt og efter min smag – kun min. Det skulle være et rart sted at være – både for mig og patienterne.

Jeg tog en dobbelt kop Nespresso – høj prioritet i egen praksis – og satte mig i stolen, min stol.

Stol på mavefornemmelsen

Det er ikke mere end knap to år siden, speciallægeanerkendelsen landede i min indbakke.

Men jeg kunne ikke få mig selv til

at søge flere ansættelser, hverken på sygehus eller i praksis. Jeg undrede mig over, hvorfor så mange valgte at forblive ansat som vikar i praksis. For mindre administrationsarbejde? For at kunne holde barns sygedag? For at få mere erfaring? Men jeg havde jo valgt almen medicin, fordi jeg gerne ville være egen læge for mine patienter. Patienter i generationer med personlige finurligheder, som jeg kunne følge og behandle – kun mig – på bedst mulig vis. Nej, det var på tide at gå imod strømmen og stole på min egen mavefornemmelse.

Hvis du havde spurgt mig for 10 år siden, ville jeg have sagt, at jeg ville ende i en stor praksis med mange læger i kompagniskab for at kunne pleje mit sociale gen og ikke føle mig alene eller usikker. Men vejen igennem hoveduddannelsen fik mine øjne op for både fordele og ulemper ved for-

Gazelle Maghsoudi har været praktiserende læge siden 2018. Hun har indrettet klinik på Østerbro i København, to år efter hun blev speciallæge. Hun er en af Danmarks sololæger, og hun driver klinik i samarbejdspraksis med to kolleger. De har fælles personale, en sygeplejerske, en sekretær og et hold af medicinstuderende.

skellige praksisformer. Jeg ville nu kun være gift med min egen mand – så jeg landede på stor egen bestemmelse med til dels økonomisk frihed og samtidig fordeling af ansvar med mulighed for faglig sparing.

Solo – sammen

Chef i eget hus – næsten. For jeg var jo heldigvis ikke alene. "Godmorgen Gazelle," kom der fra kontoret fra den anden siden af gangen. Min kollega var mødt ind og sad klar ved telefonen.

En samarbejdsklinik med to jævnaldrende kolleger i kompagniskab, som havde købt sig ind to år tidligere. Det var jo den perfekte konstellation – endda akkrediteret.

Vi var sammen blevet arbejdsgivere for en lægesekretær, en sygeplejerske og et hold af medicinstuderende. Egne patienter – men med fælles lægehus, personale, retningslinjer og styresystem.

"Læge Gazelle D. Maghsoudi," sagde jeg i telefonen. "Nåh, så du er en kvinde," blev der sagt i den anden ende. Jeg grinede højt, og der gik ikke længe, før der kom billede på hjemmesiden. Et professionelt billede uden jantelov. For sådan kan jeg bedst lide det.

Ydernummeret var forsinket, Web-Req drillede, FMK ville ikke åbne – og hvordan får man et lokationsnummer? Hotline i telefonen, e-boksen fyldt med afviste regninger, og tidsplanen svær at holde med listelange patienter – men jeg var glad og på rette hylde.

En efter én satte jeg flueben, og efterhånden lyste lampen, når der blev sagt lønsumsafgift, momsregistrering og ferieregnskab. Jeg lærte at uddelegere opgaver og få sat revisoren i sving.

Så spiste jeg heller ikke frokost i dag – men jeg fandt ud af, hvad fru Jensen egentlig kom med af bekymringer, og jeg fik lavet mit yndlingsnotat – det flydende. Snart er bøtten af patienter vendt, og det bliver lettere.

Egen læge – og mere endnu

Peter på seks år kommer ind med mor. Han har hostet og haft feber. "Peter, det er Gazelle, din læge," siger Peters



Fra Venstre: Ditte Hvidt-Nielsen og Claes Carson (de 2 andre læger i kompagniskab). Heidi Lykke (lægesekretær) og Susanne Arlund Nørgaard (sygeplejerske). Foto: Hiltrine Tidemand.

mor. Peter kigger på mig. "Er du min læge? Min helt egen læge?" Ja, Peter, jeg er din og aldeles kun din helt egen læge," siger jeg og beder en stille bøn om at måtte få lov at beholde søde Peter i min praksis – lidt endnu – indtil hans forældre måske beslutter sig for at købe hus og flytte væk.

Klokken er 15.30. Jeg må hellere hente de tre små, inden jeg rammer trafikken. De resterende epikriser og attester må jeg lave i aften. 16-20 børnetid. 20-23 arbejdstid. Gud bevare VPN og hjemmearbejdsplads.

Sådan gik de første seks måneder. Kiloene raslede af. Jeg mærkede en spænding i maven, men det var ikke i nærheden af stress. Aldrig havde jeg arbejdet så meget og samtidig med så stor arbejdsglæde.

Opskriften på et drømmescenarie

Min forgænger var flink til at hjælpe. Han havde jo også fået en god pris – for livet er da for kort til at prutte om 100.000kr., når man har fundet den rigtige praksis.

Vi aftalte en fast arbejdsdag om ugen og stuegang på plejehjem. For ikke nok med at jeg havde overtaget 2000 patienter, jeg var også blevet plejehjemslæge.

Det var jo nærmest et drømmescenarie. En god blanding af Østerbrogængsere med børnefamilier, studerende, kronikere og ældre plejehjemsbeboere.

"Jeg kommer gerne ind og hjælper dig, hvis du har barn syg," sagde min forgænger med en rolig praktiseret stemme igennem 20 år. Det sagde jeg ikke nej til.

Efter et år deltes vi om plejehjemsarbejdet – en passende langsom overgang.

Bøtten af patienter er nu vendt. Forløbsplaner oprettet. Kronikerlister lavet. Lægehuset renoveret, og det 1. årsregnskab gav ro i maven.

Nu, efter snart to år, er jeg glad for, at jeg stolede på min maveførmelse. Stor egen bestemmelse, kort transporttid til arbejde, søde og dygtige kolleger, dygtigt og fleksibelt personale og venlige patienter – som har fundet ud af, at jeg er en kvinde.

Det kunne ikke være bedre. //



Mellemøsten

som inspirationskilde til organisering af fremtidens nære sundhedsvæsen

Studieture til Israel og en konference med præsentation af israelske erfaringer sætter tanker i gang om fremtidens nære sundhedsvæsen.

Alle ved, at det danske sundhedsvæsen står over for store udfordringer, ikke mindst på grund af den demografiske udvikling; vores ældre bliver flere og lever længere med et stigende antal kroniske sygdomme. Det kalder på nye måder at gøre ting-

ne på, hvis vi vil opretholde et højt service- og behandlingsniveau.

”Der er brug for, at vi viser mod”, var de afsluttende ord fra PLO’s formand, Christian Freitag, på konferencen den 14. januar 2020, arrangeret af Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Foreningen Af Praktiserende Speciallæger (FAPS) i fællesskab. Formålet var at skabe fokus på det nære sundhedsvæsen og fremtidens praksissektor. Ud over lægestanden var der flot fremmøde fra ”Beslutningsdanmark”, patientforeninger, sundhedsøkonomer, journalister og meningsdannere m.v.

Et af budskaberne fra PLO-formanden var, at vi skal samle os *mod* til at

kigge ud over danske landegrænser for at indhente inspiration til, hvordan sundhedsudfordringerne tackles andre steder, som f.eks. i Israel. Her har man siden 1995 satset massivt på primærsektoren.

Forestil dig et tankeeksperiment, hvor langt flere patienter i det danske sundhedsvæsen behandles i nærmiljøet, tæt på eget hjem – hos egen læge og uden for sygehusene. Det er et scenarie, hvor primærsektoren får tillagt en fornyet og central rolle med den praktiserende læge som ”frontliner”.

Israels sundhedssystem

Kendskabet til og interessen for Isra-

el skal ses i lyset af tre studieture, der fandt sted i 2019 og starten af 2020 under medvirken af både lægepolitikere fra PLO's bestyrelse, PLO's direktør og repræsentanter fra Danske Regioner.

Israel har et universelt og skattebetalt sundhedsvæsen med fire landsdækkende non-profit sygekasser (Clalit, Maccabi, Mauhedet og Leumit), der tilbyder en af regeringen fastlagt "pakke" af primære og sekundære sundhedsydelser. Sygekasserne tildeles midler efter en statslig fordelingsnøgle, der afhænger af patientgrundlag. Hospitalerne modtager ingen direkte finansiering, men honoreres af sygekasserne ved indlæggelse. Måden, hvorpå regeringen sikrer høj vækst i primærsektoren, er ved at lægge et loft med knækgrænser på sygehusenes aktivitet. Herved vokster primærsektorens økonomi år for år mere end sygehusenes. Dette er en bevidst politik, da den økonomi, som staten årligt tilfører sundhedsvæsenet, ikke tager højde for aldring og befolkningsvækst. Økonomistyringen tilskynder til, at alle "low risk"-ydelser håndteres uden for sygehusregi, hvor udgifterne er lavest, mens udelukkende "high risk"-ydelser leveres på sygehuset.

Frontliner frem for gate-keeper

Keynotespeaker på PLO og FAPS' konference var den israelske sundhedsekspert Nadav Shimoni, der til daglig er udviklingsdirektør i Israels største sygekasse Clalit. Nadav Shimoni forklarede, at den praktiserende læge i

Israel indtager rollen som "frontliner", nærmere end gatekeeper, og er hovedperson i en fortælling, der kredser om at gribe ind over for rette patient på rette tidspunkt for at hindre alvorlig sygdom og indlæggelse. Timingen er helt afgørende, og tidlig opsporing er vigtigt for at leve op til det pålagte populationsansvar.

Samarbejde mellem specialister

En af grundene til, at der opfanges og behandles så mange patienter i primærsektoren i Israel, er angiveligt, at der er et tæt samarbejde mellem praktiserende læger og øvrige specialister uden for sygehusene. I Israel sidder mange specialister samlet i fysiske "community care clinics", som i Danmark kan sammenlignes med sundhedshuse. Det vil sige, at der ud over almenmedicinere og speciallæger i pædiatri (som i Israel agerer i almen medicinernes funktion over for børn og mindreårige), indgår f.eks. neurolog, internmedicinere, ortopæd og psykiater. Disse specialer har ikke fuldtidsstillinger i sundhedshuset, da mange også er ansat på sygehuset, men de bemande klinikken i aftalte tidsrum på bestemte ugedage afhængigt af behov.

Sundhedshuset behandler både den type patienter, der normalt ses hos danske praktiserende læger, og den patientgruppe, der normalt ses hos praktiserende speciallæge, i ambulatorierne og daghospitaler på de danske sygehuse. Der behandles skader, udføres operationer, laves kikkertundersøgelser og gives IV-behandling.

I Israel kan patienter uden egen læges henvisning henvende sig til en gynækolog, hudlæge, psykiater, ørenæse-hals-læge, øjenlæge og ortopædkirurg. Generelt har de praktiserende læger i Israel et godt kendskab til øvrige speciallæger i lokalområdet.

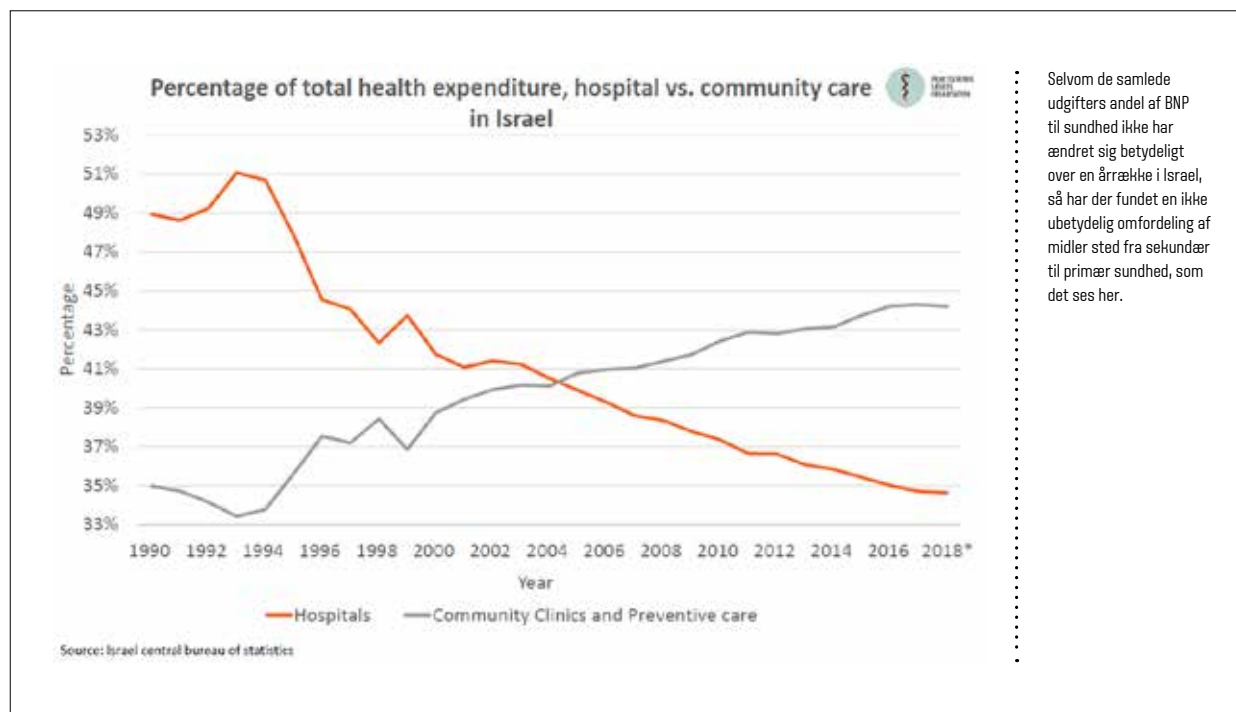
Forestil dig et tankeeksperiment, hvor såvel antal som spredning af speciallæger sikrer let og lige adgang til primære sundhedsydelser for patienter i hele Danmark. Dette ville kunne reducere en del af den ulighed i sundhed, som vi ser i udkantsdanmark, fordi patienterne ville undgå at skulle rejse langt for at møde op til forebyggende og vedligeholdende ambulant behandling på sygehuset.

IT og data som en del af løsningen

Et nyere studie viser, at vi i Danmark rangerer højt blandt europæiske lande, når det kommer til brugen af eHealth, hvor andelen af praktiserende læger, der bakker op om brugen af eHealth, har vist en fordobling fra 2013 til 2018. Alligevel viser det sig, at Israel er et af de lande, der befinder sig længst fremme i overhalingsbanen, når det gælder brugen af IT og data i sundhedsvæsenet.

Kontorchef med ansvar for sundheds-IT og databrug i Sundheds- og Ældreministeriet, Nanna Skovgaard, mindede på konferencen om, at udvikling af det nære sundhedsvæsen nødvendigvis går hånd i hånd med udnyttelsen af det potentiale, der følger med teknologiske løsninger. Hun fremhævede de mange IT- og dataprojekter, der allerede er i støbeskeen





i den danske praksissektor, herunder appen "Min Læge" og muligheden for at afholde videokonsultationer. Samtidig hæftede hun sig ved israelske erfaringer med didaktiske løsninger i sundhedsapps som virksomme hjælpemidler til at opnå adfærdsændringer.

Maccabi, som er den sygekasse med næstflest borgere er tilmeldt, tilbyder en "Uber"-lignende platform via appen *Maccabi Red*, hvor patienter og læger nemt og hurtigt kan komme i kontakt med praktiserende speciallæger i nærområdet. Har patienten f.eks. brug for en kardiolog, en gynækolog eller lignende for videre udred-

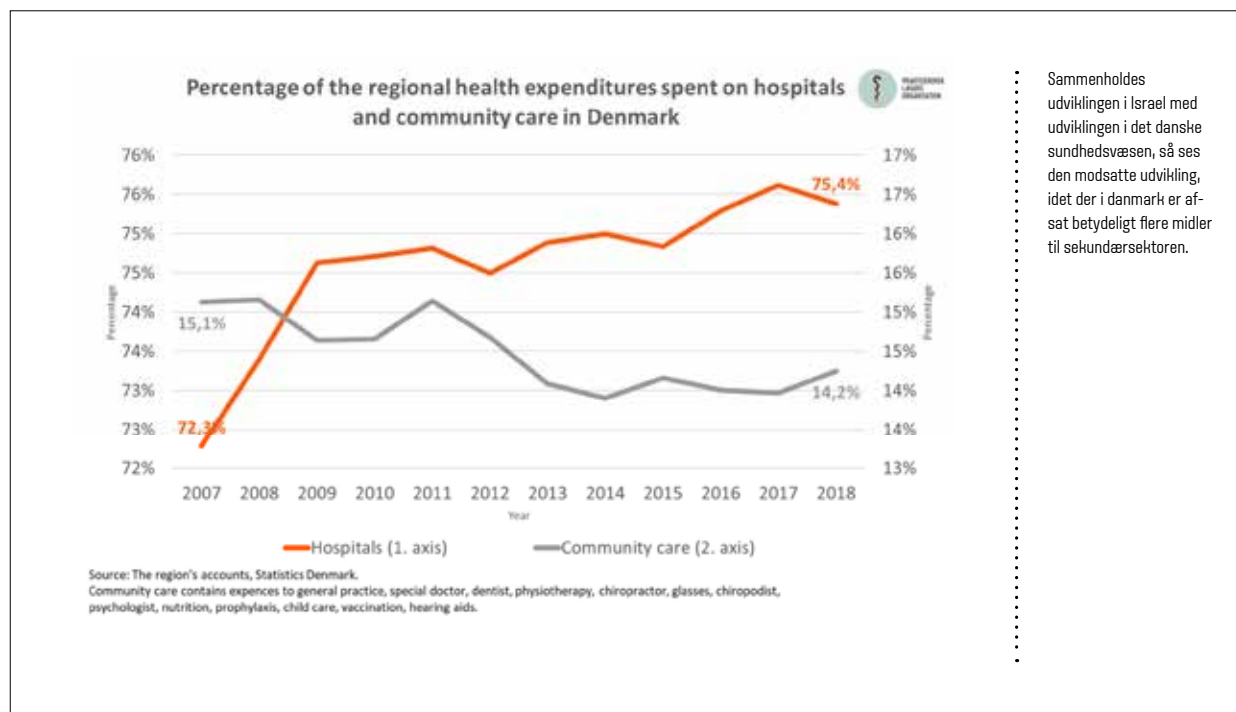
ning, før en behandling igangsættes, vil patienten enten selv eller med hjælp fra den praktiserende læges personale let kunne afsøge, hvilken speciallæge der hurtigst har en lægetid.

Konklusion: Inspiration at hente

Konferencen om udvikling af det nære sundhedsvæsen var rammesættende for en reel diskussion blandt sundhedsvæsenets topfigurer og eksperter om alt fra ændring af samarbejdsstrukturer til reel sundhedsøkonomi. PLO-formand Christian Freitag og hans formandskollega i FAPS, Kirsten Ilkjær, kridtede banen op ved at minde om, at regeringen fortsat ikke er

kommet med sit bud på en sundhedsaftale, der skal udvikle det nære og sammenhængende sundhedsvæsen, og at dette kalder på handling fra andre medansvarlige aktører på området.

Administrerende direktør i Danske Regioner, Adam Wolf, kommunikerede i sit oplæg velvilje til at udvikle praksissektoren, men understregede samtidig, at der med udflytning af opgaver følger udflytning af kvalitetskrav. Styrket samarbejde på tværs og en arbejdsdeling, der ikke er støbt i beton, men er modellerbar, er en forudsætning for høj patientoplevelse og kvalitet. Men budskabet var en opfordring



til at indgå konstruktivt samarbejde om at bane vejen for fremtidens nære sundhedsvæsen.

Sikkert og vist er det, at vi næppe skal duplikere det israelske sundhedsvæsen, og man skal være varsom med landesammenligninger. Det er der skrevet videnskabelige artikler om. Ser vi bort fra de åbenlyse kulturelle forskelle og fra negative aspekter, som f.eks. overdiagnostik og overbelagte sygehuse, så er der bestemt positiv inspiration at hente i det israelske sundhedsvæsen.

Når det er sagt, så lad os vende tilbage til Christian Freitags bevingede ord om at vise mod. For her handler

det mere om at sætte åbenheden for inspiration og andres erfaringer i højsædet; herunder åbenheden for de israelske erfaringer med en grundlæggende ændring af den politiske vægtning mellem primære og sekundære sundhedsydelser.

Lad os derfor en sidste gang dvæle ved mit tankeeksperiment, hvor:

- langt flere patienter i det danske sundhedsvæsen behandles i nærmiljøet, tæt på eget hjem – hos deres egen læge og uden for sygehuse.
- primærsektoren får en ny central rolle med den praktiserende læge som "frontliner".

- den praktiserende læge leverer ydelser i tæt samarbejde med specialister inden for andre lægefaglige specialer, fordi det er nemt og hurtigt at rådføre sig om konkrete patientcases.
- opsporing og vedligeholdelse af behandling hjælpes på vej af teknologiske løsninger, som på en nem og overskuelig måde bistår lægen i sit arbejde og borgeren i sin dagligdag. //



Af: **Lene Maria Ørts**, ekstern lektor i almen medicin ved Aarhus Universitet, hoveduddannelseslæge, ph.d.-studerende, og **Mette Højgaard Nielsen**, ekstern lektor i almen medicin ved Aarhus Universitet, postdoc ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og hoveduddannelseslæge – lmo@ph.au.dk

Undervisning i almen medicin gentænkes

Aarhus Universitet har bevilget 100.000 kroner til udvikling af et 12. semesters kursus for medicinstuderende i almen medicin ved Aarhus Universitet – input fra tutorlæger ønskes!



Hvorfor lave ændringer?

I evalueringerne fra de seneste semestre har de studerende ytret ønske om muligheden for at kunne tilgå online materiale, når de sidder ude i almen praksis. Dette kunne f.eks. være en kort video, der gennemgår de overordnede principper ved en tolket samtale, eller hvordan man laver en henvisning til en fysioterapeut. Andre emner kunne være: Hvad skal man være opmærksom på i det tværsektorielle samarbejde? Hvordan strukturerer man en konsultationsproces, så man når omkring det hele på 15 minutter? Emnerne kan lyde banale for den rutinerede praktiserende læge, men de studerende er udfordrede, da det er første gang, de er i klinik uden for hospitalets trygge rammer.

I evalueringerne pointerer de studerende også, at de har svært ved at afslutte de ukomplicerede konsultationer, f.eks. huddimser og øvre luftvejsinfektioner.

Hvordan understøtter vi læringen?

Vi har længe haft lyst til at nytænke kurset på baggrund af de studerendes evalueringer og underviserteamets erfaringer. Med bevillingen på 100.000 kr. fra Aarhus Universitets edu-IT-pulje skal vi i gang med at redesigne kurset, så de studerendes læring om måden at arbejde på i almen praksis bliver optimal. Der foregår en rivende udvikling inden for brugen af IT-baserede værktøjer i undervisningen. Vi er bl.a. inspirerede af andre medicinske specialer, der anvender alternati-

ve undervisningsformer. Et populært værktøj er online videoer som led i et såkaldt "flipped classroom"-undervisningsforløb. Her tilegner de studerende sig teoretisk viden, før de møder op til uddybning og refleksion i klasseundervisningen.

Kurset i almen medicin ligger på 12. semester, lige inden de studerende skal ud at fungere som færdiguddannede læger. Derfor er der med kurset i almen medicin også en oplagt mulighed for at rekruttere og reklamere for vores speciale.

Hvordan er det opbygget nu?

I Aarhus består kurset i almen medicin af tre uger med en kombination af teoretisk klasseundervisning og 10 klinikdage i en almen praksis. På kli-



nikdagene optager de studerende videoer af patientkonsultationer, som anvendes til supervision i mindre grupper til klasseundervisning. I slutningen af kurset skal de udvælge to videoer, der skal anvendes til deres eksamen.

Hvordan bliver det fremover?

Vi skyder et pilotprojekt i gang i foråret 2020 med omstrukturering af den teoretiske undervisning inklusive inddragelse af videoinformation og præsentation af almen praksis. Klinikophold og optagelse af videoer til gruppesupervision og eksamen forbliver uændret. Afhængig af hvordan det fungerer, vil vi tilrette kurset, herunder udvide sortimentet af videoer i efteråret 2020.

Hvorfor er det relevant for praktiserende læger?

Input modtages med kyshånd. Hvis du er tutorlæge og har gode ideer til, hvad de studerende mangler undervisning i, hører vi gerne fra dig. Tutorlægerne i Region Midtjylland får stor ros af de studerende, men vi mangler klinikpladser. Dette betyder bl.a., at nogle studerende bliver sendt

Kurset i almen medicin ligger på 12. semester, lige inden de studerende skal ud at fungere som færdiguddannede læger. Derfor giver kurset i almen medicin også en oplagt mulighed for at rekruttere og reklamere for vores speciale.

afsted i par og må dele konsultationsrum, hvilket giver et suboptimalt indtryk af almen praksis. Meld dig endelig, hvis du har et ledigt lokale. Det er sjovt, lærerigt og inspirerende at være med til at udvikle vores fag og rekruttere kommende praktiserende læger. //



Af: **Peter Fentz Haastrup**, hoveduddannelseslæge i almen medicin, ph.d., og **Wade Thompson**, postdoc, farmaceut, ph.d.-stud., Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, SDU – phaastруп@health.sdu.dk

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

Statin-behandling til ældre danskere. Hvem ophører med behandling?

En tredjedel af alle danskere over 70 år får kolesterolsænkende behandling med statiner. I et studie af Peter Fentz Haastrup og Wade Thompson undersøges, hvem der får medicinen, og hvem der stopper med den igen.

Hvorfor er studiet relevant for den alment praktiserende læge?

Statinbehandling er hyppigt forekommende på trods af usikkerhed om den gavnlige effekt hos ældre. Den praktiserende læge vil ofte skulle vurdere, hvilke fordele og ulemper der vil være for patienten ved at seponere frem for at fortsætte behandlingen. Det er derfor relevant at få yderligere viden om statinforbruget hos ældre i Danmark.

Hvad handler artiklen om?

Vi har i forskellige artikler undersøgt omfanget af statinbehandling hos danskere over 70 år, samt hvor mange af de ældre der ophører med behandlingen igen. Herudover har vi analyseret, om der er bestemte karakteristika for de ældre, der får seponeret statinbehandling.

Hvordan er studiet udført?

Studierne er registerbaserede, dvs. vi har anvendt data fra landsdækkende sundhedsregistre, såsom oplysninger om receptindløsninger fra Lægemeddelelsesregisteret, diagnoser fra Landspatientregisteret og befolkningsdata fra Danmarks Statistik.



Hvad er de vigtigste resultater?

Vi fandt, at statinbehandling hos ældre er ganske hyppig. Hver tredje dansker over 70 år er i behandling.

Der er dog sket et fald i andelen af nye statinbrugere over 80 år gennem de senere år samt et mindre fald i antallet af nye brugere, hvor indikationen var primær profylakse (dvs. patienter uden manifest hjerte-kar-sygdom).

En del af patienterne stopper imidlertid med statin igen. Hver tredje statinbruger stopper inden for de første fire år, og mere end hver tiende ældre ophører med behandlingen i løbet af det første år, efter behandlingen er påbegyndt.

Også blandt dem, der har været i statinbehandling gennem længere tid, stopper en betydelig del igen. I perioden 2014-2016 ophørte hver femte ældre, der ellers havde brugt statin gennem længere tid.

Dem, der hyppigst ophører med statinbehandling, er henholdsvis de ældste, dem med megen komorbidi-

tet/polyfarmaci og dem uden kendt hjerte-kar-sygdom.

Det er endnu ikke belyst, hvor mange af patienterne der er stoppet på egen hånd eller efter aftale med deres læge.

Hvordan kan det implementeres? Og hvilke udfordringer kan der være i forbindelse med implementeringen?

På baggrund af ovenstående kan vi konkludere, at statinbehandling af ældre er hyppigt forekommende i Danmark, men også at behandlingen ofte seponeres hos de ældre. Det giver anledning til videre undersøgelser af, hvordan der i mødet med den enkelte patient tales om og træffes beslutninger om seponering af statiner, og hvordan patientens mål og værdier indrages i beslutningsprocessen. Til at belyse det vil vi udføre kvalitative interviews med patienter og praktiserende læger samt senere på året udsende et spørgeskema til alle landets praktiserende læger om, hvilke ele-

FAKTA

Artiklen henviser til resultater fra to artikler:

- <http://bit.ly/2HIVjfU>
- <http://bit.ly/38y9db6>

Studierne indgår i Wade Thompsons ph.d.-projekt:

- Statins in the oldest old: clinical effectiveness and approaches to shared decision making

Vejledere:

- Hovedvejleder: Dorte Jarbøl.
- Medvejledere: Peter Fentz Haastrup, Jesper Bo Nielsen og Anton Pottegaard

menter de foretrækker skal indgå i en drøftelse med en ældre patient om seponering af statinbehandling.

På grund af usikkerheden om effekten af statiner til ældre vil vi ligeledes udføre et opfølgningsstudie, der skal belyse, hvilken indflydelse seponering af statin har på de ældres risiko for udvikling af hjerte-kar-sygdom.

Med det samlede projekt vil vi generere ny viden om statinbehandling af ældre, som den praktiserende læge kan anvende i beslutningsprocessen med patienten om, hvorvidt behandlingen skal fortsætte eller ej. //

PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i maj 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 maj 2020:

Onsdag den 6. maj 2020.

Nærmere oplysninger kan indhentes i PLU's sekretariat på tlf. 35 26 67 85.

MØDEKALENDER

EQUIP CONFERENCE

7.-9. maj 2020, Utrecht, Holland
www.scholamedica.nl/equip2020

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 REPRÆSENTANTSKABSMØDE

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

LÆGEDAGE

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

23RD WONCA WORLD CONFERENCE

25.-29. november 2020
Abu Dhabi, UAE
www.wonca2020.com





Af: Anne Møller, praktiserende læge og medlem af DSAM's bestyrelse, og Lone Niedziella, sprogmedarbejder ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus – annemoller1972@gmail.com

Realistisk medicin: Hvad kan vi lære i Danmark?

Det skotske sundhedsvæsen har gjort begrebet "realistic medicine" til et nyt paradigme. Tanken er, at befolkningen skal have mest mulig sundhed inden for de sparsomme økonomiske rammer. Hvad kan vi lære i Danmark af skotternes erfaring? Det var emnet, da en lang række centrale sundhedsinteressenter mødtes i København i slutningen af januar 2020 til en fælles temadag.

Skotterne har kurs mod et mere realistisk sundhedsvæsen. Men hvor langt er vi i Danmark? Og hvad kan vi lære af skotterne? Det var nogle af de spørgsmål, som blev diskuteret tirsdag den 28. januar 2020 på en temadag, som var arrangeret af bl.a. DSAM, Danske Regioner, Lægeforeningen og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Værdi for patienten

Grundtanken i realistisk medicin er at give behandling af ægte værdi for patienterne og at begrænse unødvendig medicin. Kerne-elementer er patientinddragelse, fælles beslutningstagning og personcentreret omsorg. Begrebet blev introduceret af Catherine Calderwood, da hun tiltrådte som CEO for den skotske sundhedsstyrelse i 2016. Siden da har det været et fokuspunkt i det skotske sundhedssystem, og idéen har bredt sig til en lang række lande – også Danmark.

Fra kontrol til inddragelse

Da Andreas Rudkøbing, formand for Lægeforeningen, havde budt velkommen, skitserede Erik Jylling fra Danske Regioner, hvordan det danske kva-

litetsarbejde i sundhedsvæsenet har bevæget sig væk fra akkreditering og kontrol og over mod større fokus på kvalitetsudvikling og en højere grad af involvering af medarbejderne i



Overlæge Ove Gaardboe, Dansk Selskab for Patientsikkerhed: Hvis vi inddrager patienterne mere, nedsætter vi risikoen for overbehandling. Foto: Frits Bredal.



Figur 1: Kampagneplakat om realistisk medicin fra NHS, Skotland.



Bolette Friderichsen: Der er mange ligheder mellem DSAM's pejlemærker og tankerne bag realistisk medicin. Foto: Ove Gaardboe.

sundhedsvæsenet. Regionerne vil i de kommende år fokusere på øget patientinvolvering i beslutninger og kvalitetsarbejdet på tværs af sektorer.

Ikke bare "sund fornuft"

Temadagen bød også på præsentationer fra Gregor Smith og Shobhan Thakore fra Skotland. Gregor Smith er et kendt ansigt i Danmark, hvor han ved flere andre lejligheder har talt om "realistic medicine". Han har gennem mange år været med til at udforme Skotlands nationale kampagne, som har seks fokuspunkter (se Figur 1). Han gav et meget konkret eksempel på, hvordan det virker i praksis. En patient kom i Gregors praksis hver 4. uge med knæsmærter. Besøget handlede dog lige så meget om, at patienten følte sig ensom. Turen til lægehuset, snakken med personalet, de andre patienter i vente-

værelset og med lægen var med til at holde hende i gang. Den opmærksomhed, som besøget giver, har en helt særlig værdi. Pointen var, at uden det personlige møde kommer vi let til at give patienterne unødigt medicin, som da patienten med knæsmærter blev indlagt med symptomer, som måske i ligeså høj grad som smerter og hjertekrampe skyldtes ensomhed.

Casen fører os gennem kampagnens indhold, og Gregor Smith beskriver, hvordan kampagnen er skabt nedfra i systemet og derfor virker. En hyppig kritik af realistisk medicin er, at det jo bare er "common sense". Men det er mere præcist at sige, at det er at give den rigtige behandling til den rette patient. Eksempelvis kan det være det rigtige ikke at følge en guideline i en bestemt situation. Det afhænger af konteksten. En anden vigtig

pointe er, at det er afgørende, at der er ledere, der kan facilitere ændringer i systemet, men at medarbejderne er dem, der identificerer, hvilke ændringer der er nødvendige, og at medarbejdernes arbejdsglæde værdsættes og støttes. Ellers kan en ændring – både i forhold til den enkelte patient og i håndteringen af hele patientgrupper – i værste fald ende med "hitting the target, but missing the point".

En fælles forståelse

Det specielle ved den skotske kampagne er, at de har formået at skabe et fælles brand, som alle skotter kender fra kampagnen. Det har sikret stort engagement i hele befolkningen, og det har haft betydning for kampagnens store effekt på sundhedsvæsenet. Shobhan Thakore fortalte om erfaringerne fra sit arbejde som læge på en skadestue



Gregor Smith, Shobhan Thakore og Mads Koch Hansen i dialog om ligheder og forskelle i det danske og det skotske sundhedsvæsen. Foto: Frits Bredal.



Gregor Smith: Realistic Medicine er at give den rigtige behandling til den rette patient. Foto: Frits Bredal.

i Dundee i Skotland. Han gav eksempler på, hvordan projekter under kampagnen er skabt af medarbejderne, og hvordan det har givet ejerskab og større udbytte af ændringer. Han fortalte også, hvordan arbejdsstolthed og ros kan føre til bedre patientbehandling, og han nævnte specifikke projekter, som er blevet til under kampagnen i hans afdeling. Brandingen af kampagnen har kort sagt været helt afgørende for den store succes.

Efter de to skotske oplæg var der en del debat i salen om valget af navnet "realistic medicine", og de udfordringer oversættelsen til dansk og norsk giver. Der var bred enighed om, at "health" eller "care" måske ville have været et bedre og mere bredt favnende valg af term end "medicine".

Fokus på prioritering

Formiddagens session blev afsluttet med Sundhedsstyrelsens coronavirus-travle Søren Brostrøm. Han fremhævede en lang række initiativer om "realistic medicine", der allerede eksisterer i Danmark. Han mener ikke, at en

samlet kampagne er oplagt i en dansk kontekst, selvom det er afgørende at have alle med ombord. Vi skal snarere lade os inspirere af skotterne og fokusere på prioriteringen i sundhedsvæsenet, som har stor betydning for kvaliteten af arbejdet.

Bolette Friderichsen fra DSAM fortalte efter frokost om, hvordan DSAM's pejlemærker kan være med til at sikre, at der gives mest til dem med størst behov, og lede os væk fra guideline-baseret og defensiv medicin i almen praksis. Den afgående lægelige direktør Mads Koch Hansen beskrev, hvordan Sygehus Lillebælt har arbejdet med fælles beslutningstagning og bedre tværsektorielt samarbejde. En væsentlig pointe var, at sygehusene skal sørge for at være servicestationer for primærsektoren, og han undrede sig over fordelingen af ressourcer til nybyggeri i henholdsvis sekundær- og primærsektoren.

En opløftende dag

Det var alt i alt en opløftende dag. Konklusionen er, at vi kan lære noget

i Danmark af skotterne – men vi kan ikke bare overtage deres kampagne. Vi er allerede langt i Danmark, som flere andre af eftermiddagens oplæg også tydeligt vidnede om. Vi arbejder dog ikke med fælles front som i Skotland, men på mange forskellige niveauer i de forskellige sektorer.

Sammenhængen, dialogen på tværs af samfundet og en større fælles forståelse i befolkningen – den tilgang kan vi lade os inspirere af. Det er vigtigt, at danskerne forstår, at det er nødvendigt at prioritere, at de selv kan være med til at vælge, hvilken behandling de skal have (om nogen), og at der er andre end de oplagte økonomiske ulemper ved at undersøge og behandle mere. Vi mangler først og fremmest at få engageret befolkningen og ikke kun klinikere og sundhedspersoner i dette arbejde. Ændringer i de professionelle adfærd kan påvirke befolkningens holdninger, og det vil være med til at sikre, at vi fremover kan "bruge vores sunde fornuft" til at vælge både klogt og realistisk. //



Den gode læges forankring ANNO 2020 er den refleksive dømmekraft

Et bud på almenmedicinens særlige bidrag til Det Nye Nære Sundhedsvæsen, og hvad personlig medicin dækker over, er vores evne og mod til med vores refleksive dømmekraft sammen med patienterne at foretage sundhedsmæssige valg.

Den gode læge

En dag i begyndelse af oktober 2019 befinder jeg mig sammen med en snes praktiserende læger, en filosof, en an-

tropolog og en etnolog i en krypt under et gammelt nonnekloster i Rom. I en uge har vi på PLO's kursus 'Den gode læge' vendt og drejet lægens rolle i dag, og hvad det er, der former den og udfordrer den. Hver især er vi kommet med vores viden og erfaring og med vores blik på, hvad der gør en god læge. Lægerne, som kommer direkte fra maskinrummet, hvor læge møder patient, kan fortælle om, hvordan lugten er i det rum, og hvordan det opleves at sidde i den varme stol – nogle

af os oplever den endda som meget varm. Og humanisterne er landet med helikopteren fra de filosofiske luftlag for at fortælle om, hvordan almen praksis anno 2020 tager sig ud på afstand.

Sammen søger vi svar på flere spørgsmål: Hvad er værdien af at være nogens 'egen' læge i dagens Danmark? Hvad forventes der af os? Og hvor har vi mest at bidrage med? Sygdom, dysfunktion, skavank, lidelse – hvordan er det, billedet ser ud i dag? Risikant, forebyggelse og optimering af sundhed – hvilken rolle skal vi have i almen praksis? Relationslæge eller populationslæge? Spørgsmålene står i kø for at få en tur i meta-helikopteren, der i løbet af ugen kommer omkring lægen som historisk figur, lægevidenskabens fundament, medikalisering, diagnosekultur, individualisering, autoritetstab, informationsoverload, det accelererede liv, forandring og rutine, dannelse, modernitet og individualisering. Og hvad er meningen med det hele i øvrigt?

Den refleksive dømmekraft

Men i løbet af ugen vender vi flere gange tilbage til "den refleksive dømmekraft".



Refleksiv dømmekraft indgår som vigtigt arbejdsredskab i lægens konsultation. Foto: Lars Kruse, AU foto.

mekraft”, der er et begreb, som filosofen Anders Fog Jensen på et tidspunkt introducerer i forbindelse med et Kant-inspireret oplæg om dannelse og personlig myndighed. Der opstår gennem diskussionen en fælles forståelse af, at en refleksiv dømmekraft måske er et af de centrale bidrag, vi har til patienterne og samfundet – og at vi bliver i stand til at bruge en sådan refleksiv dømmekraft, når vi bliver myndige, forstået som at vi ”vo-
ver at bruge vores forstands evner”, som filosofen udtrykker det. Sådan som det helt konkret sker i forhold til den enkelte patient i en bestemt situation, når vi foretager en klinisk vurdering og med patienten beslutter, hvad der skal ske.

Et delvist uoplyst grundlag

Sådanne beslutninger og refleksioner vil altid ske på et delvist uoplyst grundlag og underlagt alle mulige begrænsninger, inklusive lægens personlige hvide og sorte pletter, men med sikkerhed for at refleksionen foretages af en fagperson, der står på et solidt lægevidenskabeligt fundament og en fagprofessionel helhedsforståelse. Begge er formet gennem den dannelsesproces, læger konstant er på vej igennem, helt fra de indskrives sig på lægestudiet, og afhængige af den personlige myndighed, vi socialiseres til at tage på os hver især og som lægeligt kollektiv. Hverken beslutningsprocessen eller resultatet af den er selvsagt ufejlbarlig, men vi kan som almenmedicinere tilbyde patienterne lidt stoisk ro og kvalificeret hjælp til fortolkning og beslutning midt på et uroligt sundhedshav. Det er det, vi kan og er gode til.

Når den refleksive dømmekraft er vores adelsmærke, må vi også gøre alt, hvad der står i vores magt, for at sikre at kraften er stærk og hele tiden udvikles. Det sker først og fremmest ved at være i faget og i mødet med patienter, men det kræver også tid og



Smukke omgivelser til kurset på Casa di Santa Brigida, Rom. Kilde: www.wikimedia.org

rum til at løfte snuden af sporet. Både for at tænke over vores fag sammen med vores almenmedicinske fæller, men også for at lytte til andres opfattelse af os og vores rolle.

En synlig kraft

Værdien af vores refleksive dømmekraft er måske indlysende for os selv, men usynlig for andre. Patienterne tager det for givet, at vi er højt kvalificerede læger, der repræsenterer og er indgang til resten af sundhedsvæsenet – hvad ellers? Kollegerne på sygehusene (især dem, der har været i almen praksis) kan nok godt se fidusen i en høj grad af almenmedicinsk dømmekraft, men de har jo deres egne sli-
loer at passe. Og politikere og administratorer oplever nok kompleksiteten i beslutningerne, der konstant træffes i løbet af en dag, når de med års mellemrum følger med en dag i en praksis. Men aldrig så snart er de hjemme igen, før problemer med sygehusene igen fylder det hele, og praksis glider i baggrunden, så længe der ikke er ildebrande, der skal slukkes.

Med ved bordet

Efter årtiers skåltaler om almen praksis som krumtappen ser der måske nu ud til at indfinde sig en erkendelse af behovet for at opruste almen praksis. Det sker først og fremmest som en reaktion på udfordringerne, der tegner sig i forhold til at få sygehusene til at fungere. Mekanismerne, der skal sikre en helhedstænkning på tværs af sundhedsvæsenet, udvikles forhåbentligt, men er ikke på plads. Hvis ikke vi skal ende med at sælge sten for brød (læs: blive sygehusspecialernes forlængede guideline-forvaltere), er vi nødt til at gøre alt, hvad vi kan, for at komme til at sidde med ved og gerne tæt på enden af bordet, når stregerne skal slås til Det Nye Nære Sundhedsvæsen, så vi kan fortsætte med at give patienterne det, de har brug for – en læge med refleksiv dømmekraft. //

Bliv inspireret:

- <https://www.maanedsskriftet.dk/mpl/2018/280/12096/>
- www.Filosoffen.dk



Af: **Troels Mengel-Jørgensen**, praktiserende læge i Vodskov, repræsentant i DSAM Nordjylland og formand for DAUS (Dansk Almenmedicinsk UltralydsSelskab) – tmengelj@gmail.com

De syv pejlemærker

DSAM tager ofte udgangspunkt i pejlemærkerne fra 2016, f.eks. i vejledninger og FAQta-ark, i høringssvar til lovforslag, i vores videreuddannelse og i offentlige debatter. De syv pejlemærker er efterhånden kommet ind under huden på os alle. **Hvilket af de syv pejlemærker er dit yndlingspejlemærke – og hvorfor?** Det spørgsmål har Practicus stillet til en kollega fra Nordjylland. Vi vil også gerne have svar fra dig ...

Egentlig er det svært at finde en favorit blandt pejlemærkerne, da de alle mere eller mindre er essensen af almen praksis. Det pejlemærke, jeg har valgt at fremhæve, er punkt 5: **Vi deltager i uddannelse, forskning og udvikling af kvalitet.**

Forskning skal udspringe af den kliniske hverdag

Jeg har altid være 100 pct. kliniker og har egentlig altid syntes, at forskning var noget tørt og kedeligt noget. Indtil jeg ved et tilfælde blev "fanget ind" i det selv! Som de fleste, der kender mig, nok ved, var det ultralyden, der

blev min indgangsvinkel til forskningen. Jeg blev grebet af fascinationen af, at ultralydsscanning kunne bidrage med så meget anatomisk indblik og acceleration af sygdomsforløb, at jeg følte, der måtte graves dybere i emnet. Jeg var så heldig at få lov til at få assistance af min mentor, professor Martin Bach Jensen, samtidig med at Forskningsenheden for Almen Praksis (FEA) blev etableret i Aalborg. Martin og FEA har fra starten af lagt meget vægt på, at forskning skal udspringe fra den kliniske hverdag, og at forskning kan bruges i den kliniske hverdag. Dette ramte mig meget som kliniker og har givet mig meget inspiration sidenhen.

Samarbejde er essentielt

Samarbejdet mellem FEA i Aalborg (aka Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet (CAM AAU)) og ultralydsgruppen under DSAM (som siden blev til DAUS) har været essentielt for, at vi har kunnet udforske og dokumentere, hvad det er, der virker



Troels Mengel-Jørgensen demonstrerer brugen af ultralyd i almen praksis.
Foto: Søren Kæsel Andersen.

ved brugen af ultralyd i almen praksis. I takt med at vi har kunnet fremlægge flere resultater, og vi har udviklet uddannelsesprogrammer, har vi oplevet en stigende interesse fra flere og flere kolleger, og spørgsmålene har ændret sig fra "hvorfor skal vi ...?" til "hvordan kan vi selv scanne?"

DSAM og PLO er vigtige samarbejdspartnere i dette spil. Jeg har oplevet åbne arme fra DSAM, og jeg er selv gået ind i DSAM's repræsentantskab med formålet at udbrede kendskab til ultralyd i almen praksis ved at sikre forskning, kvalitetssikring og uddannelsesprogrammer. PLO har lyttet, men med en del skepsis. Men nu på randen til OK21 er der endelig åbnet for en lille flig, og ultralyd er kommet med i kataloget til OK21. Dette er sket primært på grund af et kæmpe arbejde fra dygtige folk i CAM AAU i Aalborg og DAUS' bestyrelse. Der er dog lang vej endnu, og før vi har en ydelse for ultralyd i OK21, bliver champagne ikke åbnet.

Ultralyd skal sikre bedre diagnostik

Arbejdet slutter heller ikke med en ydelse for ultralyd. Der vil stadig være forhold, der skal undersøges, og udfordringen bliver sandsynligvis også, at flere skal undervises, hvis ultralyd inkluderes i OK21. Men selv det har vi en plan for!

Grundlæggende er det et spørgsmål om at bruge ultralyd til at sikre en hurtigere og bedre diagnostik til gavn for vores patienter og til glæde for den enkelte læge. Og i sidste ende synes jeg faktisk, at synergien mellem den kliniske hverdag og forskningen pænt opsummerer alle de andre pejlemærker tilsammen. //

Pejlemærker for faget almen medicin

Almen medicin er et videnskabeligt funderet lægespecialt baseret på metoder og viden fra de tre klassiske videnskabsområder natur, samfund og kultur. Pejlemærkerne skal bidrage til, at vi som udøvende almenmedicinske speciallæger:

- skaber mest mulig sundhed og velbefindende for den enkelte patient
- har en indramning af vores fælles faglige identitet og vores faglige diskussioner
- har fælles referencer i forhold til grund-, videre- og efteruddannelse
- har et ensartet filter for samfundets forventninger til os.



Vi holder læge-patient-relationen i hævd

- Læge-patient-relationen er en grundsten i fagets fundament.
- Læge-patient-relationen opbygges på nærvær, fortrolighed, gensidig tillid og kontinuitet.



Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske

- Vi følger patient og pårørende gennem livsforløb, lidelse og sygdom og er primærbehandlere for udvalgte lidelser.
- Vi har fokus på den enkelte patients fysiske og mentale sundhed og forebyggelse af funktionstab.
- Vi arbejder bevidst på rettidig diagnostik og på at undgå overdiagnostik.



Vi giver mest til dem, som har størst behov

- Vi tilrettelægger arbejdet på en måde, så vi tilstræber at mindske ulighed i sundhedsvæsenet.
- Vi skaber tid og rum til dem, der har størst behov for støtte, hjælp og behandling.



Vi skaber en dialog, der fremmer sundhed hos den enkelte

- Vi kommunikerer på en måde, der giver syge og raske øget forventning og evne til at kunne mestre egen sundhed.
- Vi inddrager patientens tanker, bekymringer og ønsker og behandler derved hver enkelt patient forskelligt.
- Vi medtager patientens ressourcer, særligt familie og netværk, i en løsning tilpasset den enkelte.



Vi deltager i uddannelse, forskning og udvikling af kvalitet

- Vi tager ansvar for, at vores evidens- og færdigheds-baserede faglighed løbende vedligeholdes og udvikles.
- Vi forholder os konstruktivt og kritisk til ny viden og forslag til nye løsninger for faget.
- Vi deltager i uddannelsen af kommende kolleger.



Vi tager ansvar lokalt, tværfagligt og tværsektorielt

- Vi tager ansvar for at fremme samarbejdet med og mellem relevante sundhedsaktører.
- Vi vurderer, hvordan nye opgaver og løsninger bedst tilpasses klinikkens aktuelle patientsammensætning.



Vi beskriver og bruger erfaringerne fra praksis

- Vi samarbejder med fagets institutioner indenfor forskning og kvalitetsudvikling, som genererer specifik almenmedicinsk viden og stiller den til rådighed for fagets udøvere.
- Vi er opmærksomme på vores ytringspligt ift. særlige forhold, der fremkalder sygdom, øger ulighed i sundhed eller medfører uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Læs mere på dsam.dk/flx/pejlemaerker



Uddannelse af praktiserende læger i point-of-care ultralyd

A goal without a plan is a wish

Indtryk fra 7th World Congress of Ultrasound in Medical Education (WCUME), del 2.
Del 1 er bragt i Practicus nr. 248.

Hvis ultralyd ikke anvendes regelmæssigt, sker der et signifikant tab af kompetencer allerede efter ét år. Det var en af kongressens vigtige konklusioner.

Spørgsmålet er så, hvordan man sikrer, at kompetencerne i håndtering af ultralyd vedligeholdes og bruges på en sikker måde? Det var der også fokus på.

Kompetenceevaluering

Hvordan sikrer man sig, at de praktiserende læger kan finde ud af at anvende de erhvervede kompetencer på en sikker måde?

En keynotespeaker havde dette budskab: "Lack of ultrasound competency will limit adoption due to failure to demonstrate improved clinical outcomes. Standardized assessment is critical to the future of POCUS".

Flere oplægsholdere efterlyste validerede måleinstrumenter til at evaluere, om en kompetence er blevet opnået. Nogle få specialer, f.eks. gynækologi/obstetrik, har publiceret deltaljerede ultralydscurricula og anvist, hvorledes de fastsatte kompetencer skal opnås og evalueres. Der var enighed om, at dette burde gælde inden for alle specialer, der ønsker at anvende ultralyd, herunder også praktiserende læger. Til brug for vurdering af kompetencer blev det danskudviklede "Objective Structured Assessment of Ultrasound Skills" (OSAUS) instrument fremhævet som det bedst validerede. Her vurderes kursisten inden for syv

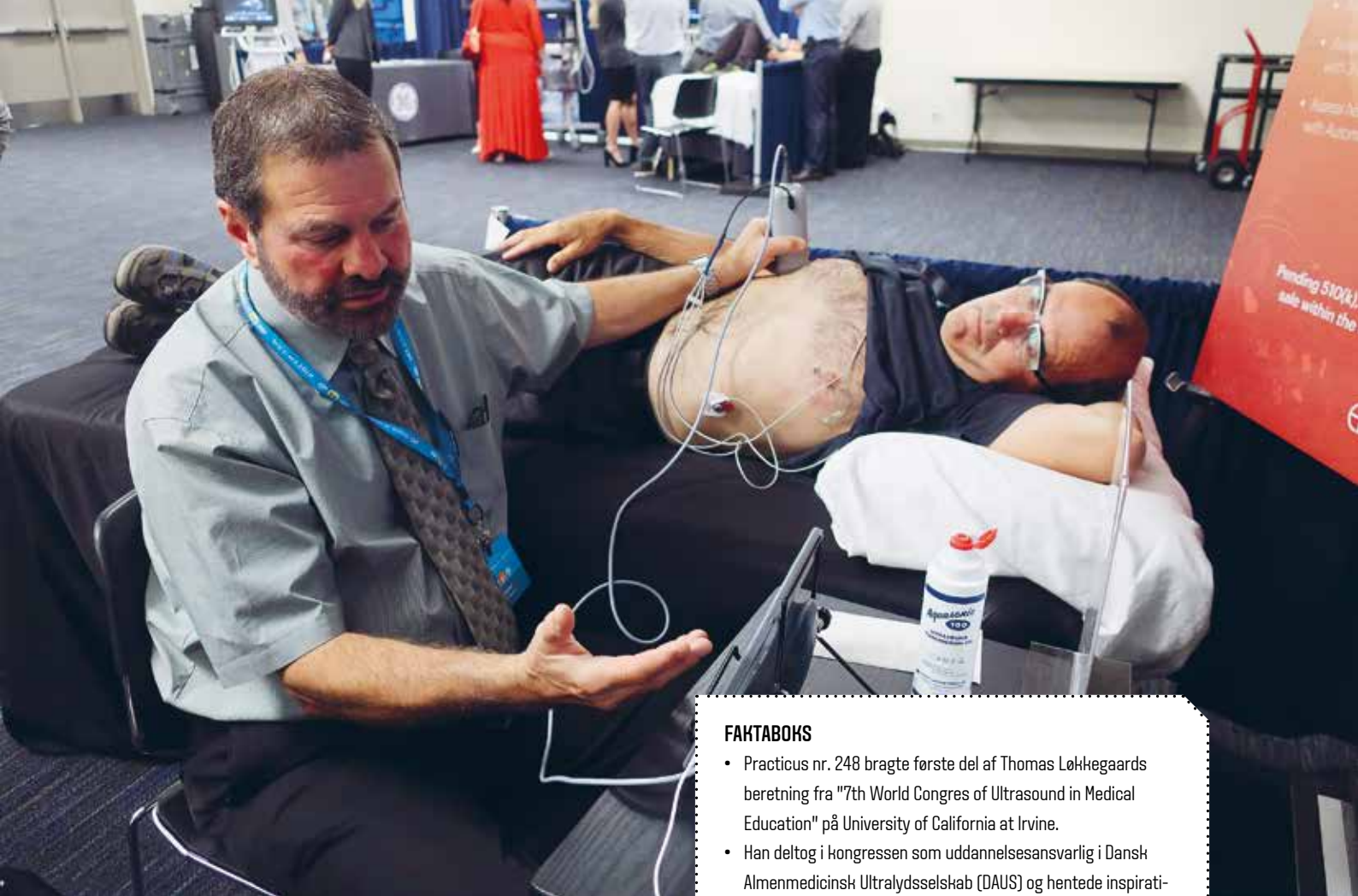
forskellige domæner, eksempelvis fortrolighed med ultralydsudstyret, billedoptimering og systematisk undersøgelsesteknik. Den samlede score afgør, hvorvidt kursisten består testen. Et af problemerne ved testen er dog, at der er stor inter-rater variabilitet, og der arbejdes derfor med at objektivisere måden, hvorpå man vurderer testpersonens motoriske og visuospatiale evne ved hjælp af computerteknologi.

Kursusmodeller

Forskellige kursusmodeller for praktiserende læger blev fremlagt på kongressen. Den mest gennemarbejdede kom fra McGill University i Canada. Praktiserende læge Peter Steinmetz redegjorde for deres uddannelsesprogram for ultralyd for praktiserende læger. Det består af et dagskursus, som efterfølges af to dage, hvor kursisten skal lave 50 superviserede ultralydsskanninger inden for forskellige anatomiske områder. Derefter bliver kursisten eksamineret ved hjælp af en skriftlig test, en spot-test på skanningsbilleder og en praktisk prøve. Kursisten skal re-certificeres årligt.

Curriculum

Det er ikke velbeskrevet, hvilke kompetencer man som praktiserende skal kunne beherske. Mens der inden for nogle andre specialer er veldefinerede ultralydscurricula, eksisterer dette kun i meget begrænset omfang inden for almen medicin. I mange tilfælde er de almenmedicinske ultralydskompetencer ekstrapoleret fra andre specialers curricula, f.eks. akutmedicin, ud fra en antagelse om, at det formentligt dækker brugen af ultralyd i almen praksis. Et systematisk review, der blev præsenteret, konkluderede således, at der på nuværende tidspunkt ikke findes evidensbaserede ultralydscurricula for praktiserende læ-



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

ger. I relation til dette indlæg præsenterede jeg et forskningsprojekt, hvor vi har spurgt 41 ultralydskompetente praktiserende læger i Skandinavien om, hvilke typer af skanninger og ultralydsvejledte procedurer de fandt mest anvendelige i deres dagligdag. Det kom der 26 skannings-typer og fire ultralydsvejledte procedurer ud af. Resultaterne fra denne undersøgelse blev underbygget af et fransk studie fra Sorbonne Universitet, der viste, at praktiserende læger også her anvendte mange af de samme skanningstyper og procedurer i deres arbejde.

Implementering

En hel session på kongressen var afsat til en diskussion af, hvordan man kunne integrere ultralyd i den allerede eksisterende medicinske uddannelse. Hvordan skabes der rum for ultralyd i et allerede presset curriculum på specialeuddannelsen eller på medicinstudiet? Mange helt lavpraktiske problemer blev nævnt. Hvordan får man adgang til skannere? Hvordan skabes de fysiske rammer? Hvor finder man undervisere? Hvordan skal kompetencen evalueres? Og hvor skal pengene komme fra?

“A goal without a plan is a wish”, sammenfattede en

FAKTABOKS

- Practicus nr. 248 bragte første del af Thomas Løkkegaards beretning fra "7th World Congress of Ultrasound in Medical Education" på University of California at Irvine.
- Han deltog i kongressen som uddannelsesansvarlig i Dansk Almenmedicinsk Ultralydsselskab (DAUS) og hentede inspiration til, hvordan man kan uddanne praktiserende læger i ultralyd.
- Første del fokuserer på, hvordan man kan imødegå udfordringerne ved, at der er for få undervisere til at uddanne læger og andre i brug af ultralyd. Der var bl.a. eksempler på telemedicinske løsninger og ultralydsapparater, der kan vejlede brugeren i korrekt brug af skanner, og erfaringer fra studerende på samme niveau, der underviser hinanden. Ideerne var mange.

oplægsholder, hvordan man kommer i gang. En del af planen er at få administratorene på uddannelsesinstitutionerne i tale, tilvejebringe midlerne, samarbejde med andre specialer, lave forskning og udvikling – særligt inden for områder, hvor man kan vise, at ultralyd gør en forskel. Lad være med at slå for store brød op, men opstil realistiske delmål, lød nogle af rådene.

“It’s a tough act to follow”, måtte oplægsholderen erkende. Det samme gør sig gældende med den nuværende udvikling inden for ultralyd. Der er en stor diskrepans mellem de teknologiske muligheder og de reelle forhold i den kliniske hverdag. Det bliver vores opgave at få forenet disse muligheder til gavn for vores patienter. Kongressen gav mange bud på dette, men stillede også mange spørgsmål, der forsat skal arbejdes videre med. //



EQuIP-konference

om akutbetjeningens udfordringer: Skal du også med?

Den praktiserende læges rolle i akutbetjeningen undergår forandring i disse år i flere europæiske lande. Omstruktureringen er et resultat af et faldende antal praktiserende læger, et højere arbejdspress i dagtiden og en aldrende population. I Holland skaber det stigende antal ansatte læger udfordringer i vagtdækningen, da de ikke har samme forplig-

telse i forhold til det kollektive ansvar for vagten, som de selvstændige praktiserende læger har efter deres overenskomst.

I flere lande ses en tendens til at inddrage akutbetjeningen i sygehusenes arbejdsfelt. Samtidig påvirker den ændrede sygehusstruktur med færre og større sygehuseheder de praktiserende lægers arbejde med akutvagten i dag- og vagttiden. Det skaber nye samarbejdsflader, men det giver også mange udfordringer for de praktiserende læger.

"European Society for Quality and Safety in Family Practice" (EQuiP) sætter fokus på akutbetjeningens aktuelle udfordringer ved en konference i Holland i maj 2020.

OM EQuiP

- European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQuiP) er netværksorganisation under WONCA Europe.
- EQuiP har medlemmer fra 24 lande, herunder Danmark.
- Formålet er at bidrage til at opnå et højt niveau af sikkerhed og kvalitet for patienter i almen praksis i alle europæiske lande.
- Organisationen afholder konference hvert andet år på skift i medlemslandene.
- Næste konference afholdes den 7.-9. maj 2020 i Utrecht, Holland. Emnet er "Quality and safety of urgent care in Europe".



Centrale emner i en dansk kontekst

Konferencen vil fokusere på nogle af de organisatoriske løsninger og modeller, som er valgt for akutbetjeningen i almen praksis forskellige steder i Europa. Emnet har stor interesse i en dansk kontekst, da almen praksis i Danmark også er ved at få en ny rolle i akutbetjeningen.

Akutarbejdets snitflader til andre institutioner vil være et særligt tema, herunder samarbejdet med politi, socialarbejdere og kommunale misbrugscentre. En god koordinering er væsentlig for effektiviteten og helt central for patientsikkerheden. Et andet emne vil være migranter og patientgrupper fra andre kulturer, som er en udfordring alle steder i Europa. Dette tema vil også indgå i kvalitetsdiskussionen og uddannelsestemaet. En workshop vil beskrive, hvordan visitationen i akutbetjeningen kan optimeres og kvalitetssikres. En anden workshop vil fokusere på patientsikkerhed, da risikoen for fejlvisitation og -behandling er større i akutbetjeningen.

Begrebet populationsomsorg er for nylig introduceret i almen praksis – ikke blot i Danmark, men også i andre europæiske lande. Det ændrer den praktiserende læges

ansvar for de patienter, der er i lokalområdet, og udfordrer de traditionelle samarbejdsrelationer i almen praksis. Det medfører blandt andet, at almen praksis fremover forventes i højere grad end tidligere at indgå i et kollektivt samarbejde om akutvagten for patienterne i lokalområdet.

Tag med og bliv inspireret

Konferencen er for alle, der gerne vil vide mere om fremtidens akutbetjening. Det kan være praktiserende læger, der arbejder med organisering af lægevagten, men også politikere og administratorer med interesse for området.

Hvordan former fremtidens akutte betjening i almen praksis sig? Hvilke krav er der til kvaliteten? Hvordan kan vi bedre og hurtigere yde den rette behandling i akutte situationer i almen praksis? Det er bare nogle af de spørgsmål, der bliver taget op på konferencen. Tag med og få svar... //

Nærmere oplysninger og tilmelding:

<http://www.equip2020.nl/>





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

Farvel og tak – 100 år er nok

Den 1. september 2019 afhændede jeg min praksis i Aars. Jeg sluttede som den 3. i rækken af læge Bjørnshave i Aars og omegn med et farvel og tak – 100 år er nok.

Gennem min opvækst har jeg været med min far på talrige sygebesøg. Far kunne berette om de mange familiers livsvilkår og helbredsudfordringer, når vi kørte i bilen og uforstyrret kunne tale sammen på vej til og fra sygebesøg. Det gjorde stort indtryk på mig. Det store kendskab til flere generationers fortællinger om deres liv på godt og ondt vakte min interesse.

Jeg blev af far tidligt gjort opmærk-

som på Søren Kierkegaard, som i 'Brudstykker af en ligefrem meddelelse' skriver:

'At man, når det i Sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er og begynde der. Dette er Hemmeligheden i al Hjælpekunst. For i Sandhed at kunne hjælpe en anden må jeg forstå mere end han – men dog vel først og fremmest forstå det, han forstår'.

Dette Kierkegaard-citat i forkortet udgave har været en vigtig rettesnor for mit arbejde som praktiserende læge, tutorlæge og uddannelseskoordinator for yngre læger i Nordjylland.



Lægens Hus på Banegårdsvej i Aars.

*Lægen, Banegårdsvej i Aars
11. oktober 73.*



Thomas ved det 1. sygehus i Nanortalik, januar 2020. Foto: Hanne Knoblauch.

Mine samtaler med patienterne er med årene blevet mere og mere centreret om at blive bevidst om patienternes og deres familiers fortællinger; deres narrativer.

To do anything with nothing

Kort tid efter min embedseksamen blev jeg U-landsfrivillig i Zambia efterfulgt af en måned som Field Officer i Zimbabwe, som supplement til den toårige kontrakt med Mellemfolkeligt Samvirke.

I Matebeleland i den vestlige del af Zimbabwe mødte jeg og min hustru Dr. Pugh, som var den regionale Medical Officer in Charge. Dr. Pugh var uddannet læge fra Sydafrika og havde mange års erfaring. Han løftede vores opmærksomhed på:

'We, the willing, led by the unknowing, are doing the impossible for the ungrateful. We have done so much for so long with so little. We are now qualified to do anything with nothing.'

Efter vores to år i Zambia var det meget rammende for vores virke netop at høre Dr. Pugh give os denne påmindelse om, hvordan det er at arbejde med sundhedsproble-



Thomas som Medical Officer Preventive, juli 1981. Foto: Torben Bjørnshave.

mer i Afrika. Vores tid i Zambia har præget os for altid i vores senere virke som læge og fysioterapeut.

Siden dengang har de forebyggende helbredsundersøgelser ved mødet med patienten været en vigtig del af min lægefaglige indsats. I det hele taget har jeg ofte tænkt på Dr. Pughs afsluttende hilsen til os den januardag i 1983.

Med få midler er det muligt at sikre en sundhedsfremmende indsats for patienterne og deres familier. Det gælder både i Afrika og i Danmark.

Med Løgstrup som inspirator

Siden 1994 og 10 år frem har jeg sammen med praktiserende læge Frits O. Christensen haft ansvaret for postgraduat videreuddannelse i Nordjyllands Amt og senere i Region Nordjylland. Frits og jeg havde svært ved at finde kurser, hvor vi kunne kvalificere os til at blive uddannelseskoordinatorer. Vi blev opmærksomme på, at englæn-



Thomas som vikar for kommunelæge på Suderø i 1990. Foto: Hanne Knoblauch.

derne gennem flere år havde kurser for deres uddannelseskoordinatorer. Det lykkedes os at få plads på et af dem. Gennem flere år fik vi udviklet et solidt og gensidigt udviklende samarbejde med englænderne. Vi har flere gange haft gæstelærere fra England til kurser for tutorlæger og uddannelseskoordinatorer i Danmark. Samarbejdet med de engelske læger har været særdeles inspirerende for os og førte til, at vi fik kvalificeret arbejdet inden for postgraduat videreuddannelse i Region Nordjylland.

På et tidspunkt gjorde Frits mig opmærksomhed på den danske filosof Løgstrup fra Aarhus Universitet. Løgstrup har skrevet:

'Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre, uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver; men det kan også være forførende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej'.

Det var et citat, som Frits og jeg har brugt flere gange som afslutning på vores tutorlægekurser. Tutorlægerollen er mangfoldig. Oftest går uddannelsesforløbene særdeles tilfredsstillende. Men det hænder, at der kommer svære forløb, hvor det af og til står og falder med tutorlægens indsats og personlige støtte til den yngre læge.

Behov for en særlig indsats

Som læge har jeg altid haft et særligt fokus på de sårbare familier og patienter med psykiske helbredsudfordringer. En del af disse patienter mister fodfæste på arbejdsmarkedet og gennemgår lange forløb i jobcenterregi.

Jeg har oplevet mange patientforløb i jobcenterregi, hvor det stod og faldt med, om egen læge gjorde en særlig indsats. Jeg har ikke været specielt populær i Vesthimmerlands Kommunes Jobcenter. Jeg blev som en terrier, der bed jobcentret i haserne, når jeg kunne konstatere, at sagsbehandlingen trak ud. Det kunne være slidssomt og tidskrævende for mig som egen læge, men jeg kunne ikke lade være med at gøre min indsats gældende, når jeg vidste, at patienten ikke var i stand til at gøre det nødvendige for at få afgjort sin sag. I de tilfælde er det godt at tænke over Løgstrup-citatet.

Mentorsystemet bør udbygges

I forbindelse med samarbejdet med de engelske praktiserende læger kom jeg i berøring med mentorbegrebet. Tutorlægerne fungerede som mentorer for hinanden. Det var tydeligt et tilbud, som var højt værdsat. Jeg forsøgte at opbygge et lignende projekt i Region Nordjylland. Jeg måtte erkende, at tiden ikke var moden til et sådant tilbud.

Jeg glæder mig over, af Lægeforeningen igennem flere år har mentortilbud til nyuddannede læger. Jeg er tilmeldt som mentor og har haft flere forløb, som har været positive

såvel for mentee som for mig som mentor. Forhåbentlig vil mentorsystemet blive udbygget, idet alle tre søjler kan have glæde af et mentorforløb i perioder.

Selv har jeg som yngre læge ikke haft en mentor tilknyttet. Der var ikke et tilbud om et mentorforløb. Jeg har klart en bevidsthed om vigtige seniorlæger, som på hver deres måde har præget mig og gjort mig til den lægetype, jeg er.

Min far var en afgørende rollemodel for mig. Overlæger på Nykøbing Mors Sygehus, Thisted Sygehus og Landssygehuset i Torshavn har været afgørende vejledere. Jeg kan i dag konstatere, at enkelte har haft en egentlig mentorlignende funktion over for mig.

Vikariat som regionslæge

Jeg har lige nu et to måneders vikariat som regionslæge i Nanortalik – den sydligste by i Grønland. Jeg fortsætter i et to måneders vikariat for regionslægen på den grønlandske østkyst i Tasiilaq.

Måske sluttet mit aktive arbejdsliv derefter – måske ikke. //

OM THOMAS BJØRNSHAVE

Thomas Bjørnshave er mangeårig uddannelseskoordinator, praksiskon-sulent, kursusleder og ekstern lektor og censor i almen medicin. Han er læge fra 1980 og har haft sygehusansættelser i Nykøbing Mors, på Thisted Sygehus og Landssygehuset i Torshavn, inden han blev praktiserende læge i Aars med sin hustru, Hanne Knoblauch, der er fysioterapeut, ved sin side. Sidste år afhændede de praksis, og sammen har de to nu sat kurs mod det nordligste Danmark til et liv som læge og fysioterapeut i Grønland.



Metakognitiv terapi - det nye sort?

Fyraftensarrangement med FYAM midtjylland

”**L**ev mere, tænk mindre.” Titlen på Pia Callesens bog lyder næsten for god til at være sand. Drop grublerierne og slip fri af nedtrykthed og depression med metakognitiv terapi. Mon ikke vi alle har oplevet patienter, der kunne have brug for det?

Metakognitiv terapi har dokumenteret effekt på depression, og studier viser, at helt op mod 80 procent bliver

kureret for depression – og endda på rekordlav tid.

Grubletid

I alt 105 medlemmer af DSAM (herunder SAMS og FYAM) var mødt op for at blive indført i den nye retning inden for terapi.

Pia er ph.d. og specialist i psykoterapi. Hun er uddannet psykolog fra hhv. Bangor University og Københavns Universitet.

Hendes præsentation bar præg af engagement, evidensbaserede resultater og humor.

Der var mange interessante spørgsmål og bidrag undervejs fra lægestandens notoriske skeptikere og en fin balance mellem præsentation og dialog.

Vi fik gode råd til implementering af teknikkerne i almen praksis.

Simple spørgsmål kan anvendes, når vi sidder i en samtalekonsultation med en patient:

1. Hvor meget tid bruger du på dine tanker?
2. Hvad gør du med dine tanker?
3. Vil du gerne være i stand til at kontrollere dine tanker?

Et konkret redskab til at håndtere ovenstående spørgsmål er at indføre grubletid!

Bekymringer plejer ikke
stoppe de dårlige ting i
at ske. Det stopper dig
blot fra at nyde de gode.

Søren Brun

Sindet er en si

Det er en udbredt opfattelse, at den bedste måde at takle kriser på er at bearbejde dem. Pia argumenterer for, at der ikke sker ophobning af fortidens hændelser. Sindet er en si, hvor alt passerer, medmindre vi aktivt vælger at holde fast i det.

Ifølge Pia kan metakognitiv terapi anvendes til alle psykiatriske lidelser, men da metoden ikke er afprøvet i større studier, mangler der resultater inden for flere psykiske sygdomme.

Selv for de dårligste patienter findes dog en række redskaber, der omdirigerer patientens fokus ved hjælp af forskellige naturligt forekomende lyde, således at man kan arbejde videre derfra. Kritikere mener, terapiformen er for overfladisk, og at der mangler resultater.

To timer gik hurtigt, og Pias bøger var udsolgt, inden pausen var omme. //



Pia er ph.d. og specialist i psykoterapi. Hun er uddannet psykolog fra hhv. Bangor University og Københavns Universitet. Foto: Amalie Grooss.



Opråb fra en medicinstuderende

Faget almen medicin fylder for lidt på medicinstudiet i København ifølge SAMS-formand Mads Koch. Hans ønske er, at flere læger ville melde sig som tutorlæger, så klinikdelen kan fylde mere.

Kære praktiserende læger

Vi snakker i disse dage om rekruttering til og om branding af faget almen medicin, men jeg ser et problem allerede ved førstehåndsindtrykket, hvor vi må stramme op.

Faget almen medicin på universiteterne lider under mange problemstillinger, men kerneproblemet ligger i den urimeligt lave mængde af tiden i klinikken.

Det er, i alt fald på KU, ikke helt horribelt, men det er slet ikke godt nok.

Forstå mig ret, jeg er klart farvet. Farvet af en interesse for faget, af en forudsætning om at ville ende med selv at blive praktiserende læge. Jeg er formand for SAMS, og så arbejder jeg i en almen praksis som lægevikar, og jeg glæder mig til selv at blive ejer af min helt egen biks en dag. Så hvorfor er jeg ikke i feststemning over at skulle starte på faget almen medicin?

Almen medicin fylder for lidt

Der, hvor jeg føler, at mine medstuderende bliver snydt, er forløbet af det kliniske ophold. Otte dage i almen praksis fordelt over to uger giver ikke mulighed for at lære patienterne at kende, for at skabe kontinuitet og for at opleve almen praksis, når det er bedst. *Det gør en forskel, at vi kender hinanden*, patienten og lægen. DSAM broadcaster disse ord i disse dage på enhver sendeflade, og det bør bare opleves i stedet for at blive læst. Hvor meget fylder faget så på lægestudiet i Hendes Majestæts egenby? 7,5 ECTS-point kan man allokere til et fag, der skal akkommodere over 40 pct. af arbejdsstyrken, når de er færdige. Det er 2 pct. af de samlede ECTS-point, det kræver at blive læge – eller 5 pct. af de kliniske ECTS-point. 5 pct. af den samlede tid i klinik.

Rekruttering til faget starter med en god tutorlæge

En af forklaringerne på ovenstående problemstillinger er manglende klinikpladser. Alle burde åbne deres praksis op for studerende – som ansatte i klinikken eller som studerende, der kunne komme i forløb.

Jeg er med på, at træerne ikke vokser ind i himlen. Jeg er med på, at det vil lægge utroligt meget arbejde over på de praktiserende læger at skulle

bruge så meget mere energi på at vise deres verden frem, og at den økonomiske gevinst ikke er prangende, som ordningen står.

Fremtidssikring

Jeg ville ønske, at flere læger ville overveje at agere tutorlæge, at flere læger husker, hvor vigtigt det er at tage de unge kommende læger ind under deres vinger og vise, hvor sjovt det kan være at være praktiserende læge.

Jeg har bare ondt af de af mine medstuderende, der ikke får set jeres/vores verden ordentligt. Det er synd.

Og så slutteligt en kæmpe tak og en stor ros til jer, der har ansat studerende i praksis, og til jer, der tager studerende ind. Det er jer, der gør mest for rekrutteringen til specialet. //





TANKER FRA STOLEN:

Returdage til læger i Sundhedsstyrelsen

I skrivende stund er det den 23. januar 2020. Mine næste ledige tider til almindelig konsultation er lidt inde i marts måned 2020. Det er jeg begrænset stolt af.

Alle de lette konsultationer er for længst overtaget af ikke-lægeligt personale, hvilket nogle patienter stadig brokker sig over. Det er mest de raske gamle, som husker de gode gamle dage, hvor de altid blev mødt af lægen i praksis. De unge er glade for at få hurtig hjælp – selv om det ikke er lægen, som hjælper dem. Jeg sidder tilbage med de rigtigt tunge sager, medicinske udredninger, kræftpakker, svært multi-syge, psykisk syge med somatisk sygdom, ustabile kronisk syge, misbrug og overgreb, svigt og tab, depressioner, hurtige udskrivelser af skrøbelige borgere, der er færdigbehandledede på sygehuset, akutte sygebesøg osv.

I dag kom jeg igen udkørt hjem og satte mig i sofaen med nummeret af

Rationel Farmakoterapi fra januar 2020. På bagsiden står der "National informationsindsats om kroniske smerter. På landsplan lever en ud af fem med kroniske smerter." En ud af fem! Så har jeg 450 kroniske smertepatienter i praksis, som jeg deler med min kompagnon gennem 19 år. Og Sundhedsstyrelsen vil gerne have, at "praktiserende læger hjælper med at aflive myter og misforståelser om kroniske smerter samt støtter vores patienter med kroniske smerter til at gå i dialog om deres smerter med deres omgivelser." Gad vide, hvor mange ekstra konsultationer, det vil give mig i 2020, hvis jeg har 450 patienter med kroniske smerter. Ideen om dialog med professionelle er rigtig god. Det er bare som om, at virkeligheden igen ser helt anderledes ud inde i Sundhedsstyrelsen end i Greve, hvor jeg har praksis. Derfor vil jeg foreslå, at læger ansat i administrative stillinger frem-

over skal have obligatoriske returdage til de klinisk arbejdende læger både i primær- og sekundærsektoren. Det kan måske dæmpe op for alle de velmenende ideer, som jeg og mine kolleger bliver konfronteret med, når vi trætte vender hjem fra arbejde – og som en sidste krølle på en lang arbejdsdag lige vil opdateres på, hvad der rører sig for faget uden for matriklen.

Jeg prøver et øjeblik at tage ja-hatten på og overvejer, hvordan min arbejdsdag ser ud, set inde fra Islands Brygge? Svær opgave – helt klart! Så i morgen skipper jeg opdateringen og går en tur i stedet, og i overmorgen... //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk





Sårbare børn og datadeling

I Mette Frederikssens nytårstale og i Socialdemokraternes udspil *Altid på børnenes side* lægges der op til, at flere sårbare børn skal anbringes tidligere. Det er et hjørne af samfundet, der ikke tidligere har været meget politisk fokus på. Men vi, der arbejder inden for sundheds- og socialområdet, kommer ofte i berøring med udsatte familier og sårbare børn. I almen praksis møder vi den gravide til svangreundersøgelserne, og børnene fra de er helt små, til de er teenagere. Kontinuiteten i almen praksis gør, at vi kender vores patienter godt, og ofte kommer hele familier hos os. Det gør os til en særligt kompetent og ansvarssfuld part i sager om sårbarhed og mistrivsel.

Retningslinje som støtteredskab

Hvornår skal man være bekymret for et barn i en udsat familie? Hvornår skal man gribe ind? Det er svære spørgsmål,

og man kan synes, at der mangler hjælperedskaber til os fagprofessionelle, der skal træffe den svære beslutning om underretning i komplicerede familiesager.

Dansk Pædiatrisk Selskabs (DPS) Socialpædiatriske udvalg har udgivet retningslinjer for underretning iht. Servicelovens § 153, hvori der beskrives skærpet underretningspligt, fremgangsmåde for mundtlig og skriftlig underretning, forslag til underretningens indhold og form, indhentning af samtykke og lovhjemmel og pligt til at underrette uden samtykke, og hvad der sker efter en underretning. Retningslinjen fra DPS er brugbar for alle i sundhedsvæsenet.

For lidt selekteret data deles relevant

Jeg synes ofte, at der er for lidt information, der går på tværs i vores samfund. At for lidt information deles mel-

Jeg mener, at der er et stort behov for datadeling mellem læger og institutioner. Det kan være om udeblivelse fra børneundersøgelser, underretninger, skole- eller daginstitutionsfravær, udtalelser fra dagtilbud og skoler, sociale indsatser, tilknytning til arbejdsmarkedet, misbrug, overgreb, fysisk og psykisk vold, straffe- og familieretssager.

lem lægehuse, skole, kommune m.fl. Jeg kan ikke forstå, at information om socialt udsatte familier og sårbare børn ikke deles bedre mellem læger, når patienten eller hele familien skifter læge. Journalen samler støv hos den tidligere læge, og den nye læge aner ikke uråd. Jævnfør journalføringsbekendtgørelsens § 26 skal der være mundtligt eller skriftligt samtykke, før journalen må videregives. Det betyder, at når en patient skifter praktiserende læge, følger journalen ikke per automatik patienten. Hvis patienten ikke ønsker, at journalen skal videreføres til deres nye læge, undlader de at give samtykke til, at lægen kan indhente journalen. Jeg mener, at der er et stort behov for datadeling mellem læger og interinstitutionelt. Det kan være om udeblivelse fra børneundersøgelser, underretninger, skole- eller daginstitutionsfravær, udtalelser fra dagtilbud

og skoler, sociale indsatser, tilknytning til arbejdsmarkedet, misbrug, overgreb, fysisk og psykisk vold, straffe- og familieretssager. Simpelthen for at sikre en kontinuitet i sagsbehandlingen og i kendskabet til patienten og dennes pårørende.

Grundlæggende er mine pointer med denne artikel, at vi som læger skal løfte den fagvidenskabelige del af samfundsdebatten om sårbare børn, at vi skal vide, at der er et hjælperedskab til underretning i retningslinjen fra DPS, og at vi bør have en diskussion i vores selskab og på tværs af sektorer og institutioner om datadeling for at sikre, at socialt udsatte familier og sårbare børn ikke forliser eller forsvinder i Bermudatrekanten mellem blandt andre læge(r), kommune(r) og skole(r). //

Sandheds- kriterium og almen praksis' rolle

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



Vores praksis vil afspejle den organisering, vi har. Er vi til for det enkelte menneske, der kommer til os, eller er vi mekanikere på et menneskeværksted?

Hvis vi mener, at det, vi gør, har et rationelt grundlag, så må vi også forklare for omverdenen og os selv, hvorfor vi ikke handler stringent, forstået på den måde, at der i givet fald til ethvert givet problem findes en løsning.

I den ideelle verden

Set på organisationsniveau er det netop, hvad planlæggende, kontrollerende og overvågende enheder, regnearksfunktionærer i offentlige styrelser og administrationer formoder, der er. I den tankeverden findes en streng logik, og alle skal overholde den, så fejl kan undgås. Fejl findes i en verden, hvor der er entydigt sandt og falsk. Der er noget, der er rigtigt, og noget, der er forkert. Metoden, man da skal arbejde efter, er at deducere og dissekere sig frem til at blotlægge en klar pro-

blemstilling, hvorefter man kan bruge den rigtige ("evidensbaserede") løsning. Det er helt mekanisk. Målet med forskning bliver i den forestilling at blotlægge stadig flere af disse mekanismer, så vi hele tiden nærmer os den ideelle verden, som også Platon forestillede sig, der var.

Man gør præcis, hvad der bliver sagt, hverken mere eller mindre, for det skaber ballade, klager og ubehag. Det er Fords fabrikker, hvor alle har en bestemt opgave, der kan læres til perfektion; alle enkeltdele og procedurer er standardiserede. Ren LEAN.

Opgør med fabrikstænkning

Udfordringen på organisationsniveau er, at dette system ikke er robust. Man er ikke gearret til en virkelighed, der ikke passer ind i det foruddefinerede. Patientforløb bliver f.eks. fastlagt på forhånd og ve den, der ikke passer ind i tingsliggeren. De mø-

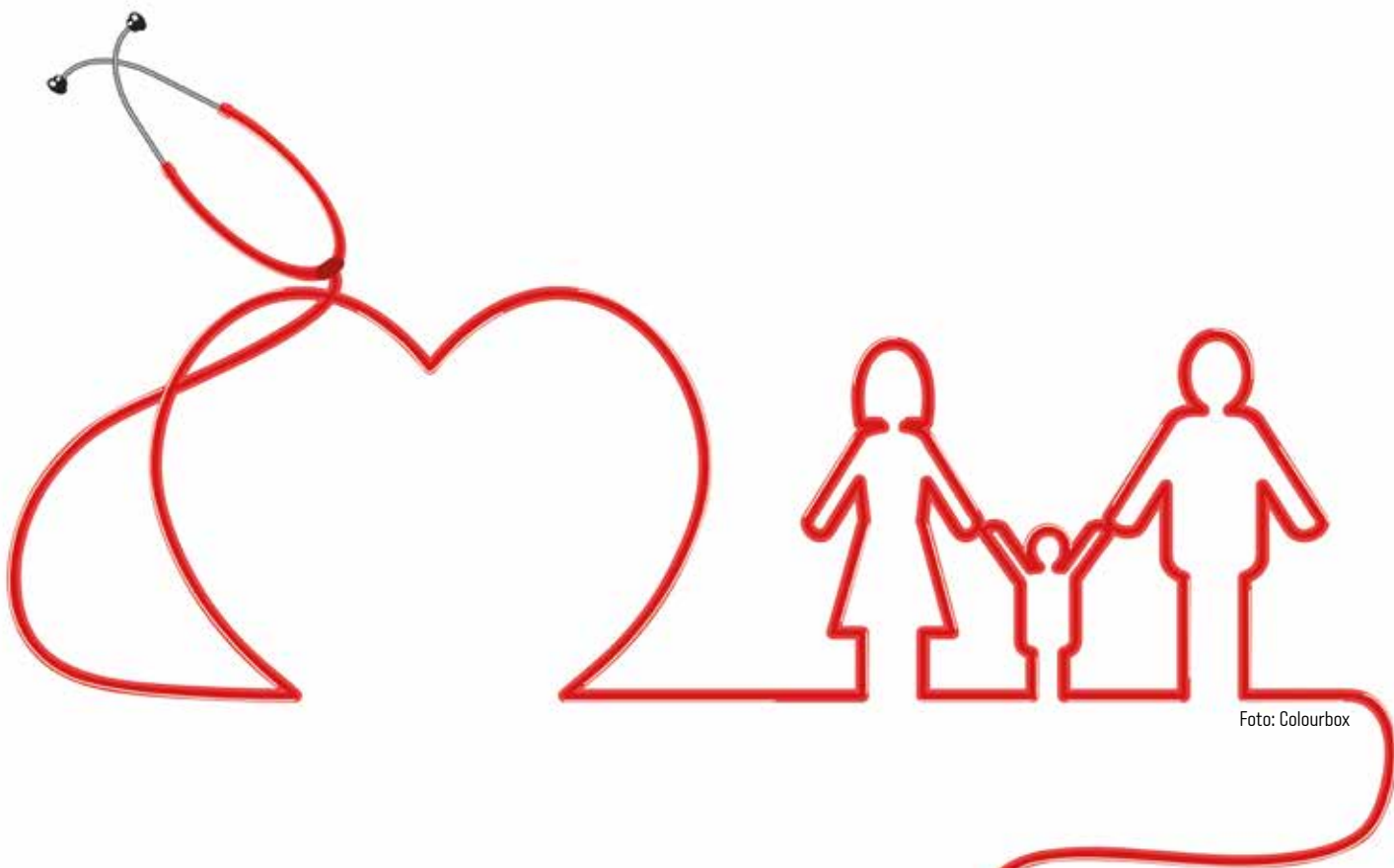


Foto: Colourbox

des med himmelvendte øjne og suk, for de bryder med den rationalitet og den pose tid og penge, der er afsat til dem.

Udfordringen i sygehusvæsenet bliver helt åbenbar med en fabrikstænkning, der dels giver dårlig hjælp til den enkelte med komplekse problemstillinger, dels giver meningsløs overproduktion af f.eks. parakliniske data eller rutineprocedurer. Det er præget af for lidt blik for den enkelte og for meget blik for proceduren. Det giver høj produktion med for lille mening. Det er dyrt både økonomisk og menneskeligt.

Forsvar for vores organisering

Jo mere man tilnærmer almen praksis en klinikform, der ligner sygehusvæsenet, des højere vil der komme et systemkrav om, at patienten skal tilpasse sig de "varer", man har på hylderne. Dette er i modsætning til en tænkning, hvor "alt kan ske", og man tager udgangspunkt i det enkelte menne-

skes præsentation af problemstillingen, herunder deres egen fortælling og de livsbetingelser, de har.

Almen praksis må betjene sig af et sandhedskriterium eller et rum for mulige rigtige måder at angribe en problemstilling på, der er langt bredere end dikotomien sand/falsk. Frem for at sandheden findes i et punkt, findes det i en sky af muligheder for handling. Således er der i parentes bemærket også handlinger uden for skyen, som vil være forkerte. Udgangspunktet må være – både praktisk og etisk – at det enkelte menneske ikke kan være forkert; den årsag, som bringer dem til læge, er relevant, og det er lægens opgave at gå ind i – ikke nødvendigvis løse – denne problemstilling. Vores organisering som lokale og selvstændige små enheder gør, at vi er klar til dette. Men vi skal hele tiden forsvare det og holde fast på det. Dette vil give et begreb om muligheder, der rummer



en langt bredere forståelse af problemstillinger, muligheder og ikke mindst af den praktiserende læges rolle.

Krav om tillid

En organisation af almen praksis, der er lokalt forankret, selvorganiseret, selvejende, i et stort netværk, skaber et organisatorisk system (emergens), der er langt større end summen af de enkelte lægepraksisser; det skaber fleksibilitet – og dermed robusthed. Men det kræver, at der er tillid til, at vi lokalt kan løse opgaverne, at man arbejder selvstændigt under et større sundhedssparadigme og sygdomsbegreb. Det kræver, at vi fortsat er nysgerrige og kritiske over for vores kliniske praksis, og ikke mindst forholder os til den etik, der kan ligge bag: Er vi til for det enkelte menneske, der kommer til os, eller er vi mekanikere på et menneskeværksted? //

Practicus podcast



Vidste du, at Practicus laver podcasts med originalt indhold i forbindelse med hvert blad? I 2019 udgav vi 14 episoder, som i alt blev afspillet mere end 750 gange.

Practicus podcast indeholder oplæsning af artikler fra bladet, så du kan lytte til nogle af de mange gode indlæg, mens du pendler til og fra arbejde. Og til hvert blad laver vi en original podcast, som afdækker et emne, der skrives om i bladet.

Vi er meget interesseret i at høre din mening om Practicus podcast. Hvad bør vi gøre anderledes? Hvad gør vi godt? Og hvad kunne du tænke dig at lytte til næste gang?

Ris, ros og ideer modtages med stor taknemmelighed på practicuspodcast@dsam.dk.



Practicus producerer podcast til hvert eneste nummer. Foto: Jonas Ebert