

Practicus

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



Maj 2020
43. årgang // 250

TEMA

JUBILÆUM

I EN TID MED CORONA



Corona, side 4-12, 47-49

Jubilæum, side 13-29

3x3: Imran Rashid, side 38-40

INDHOLD

Leder

3 Faglighed først

DSAM

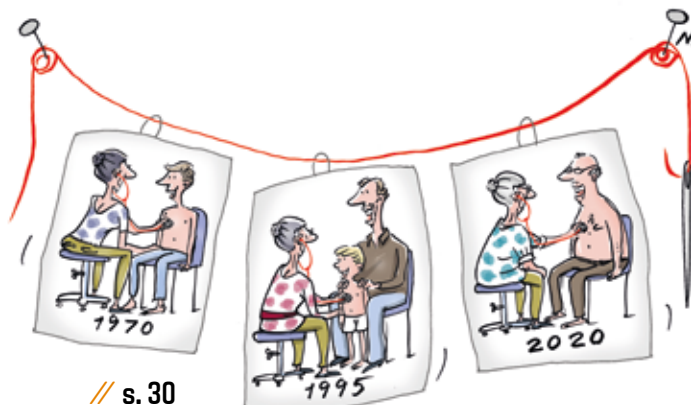
- 4 DSAM kom på medielandkortet under coronakrisen
- 6 Vi kommer aldrig til at glemme marts og april 2020

Artikler

- 11 På børnemodtagelsen under coronapandemiens frembrud
- 13 Faget almen medicin
- 16 Jubilæum 2020
- 18 DSAM's start for 50 år siden
- 24 Almenmedicinsk videnskabsteori
- 28 De syv pejlemærker
- 34 Opsporing af obstruktiv lungesygdom
- 36 Livet som sololæge er det rigtige for mig
- 38 3x3: En videodoktors bekendelser
- 41 Enorm opbakning til unge læger i Thy og på Mors

FYAM

- 44 Tilbage på skolebænken og frem med HU-stilling



// s. 30

SAMS

- 46 En medicinstuderendes tanker om fremtiden

Debat

- 47 Supertanker fra stolen
- 50 Dømmekraft kan kun udøves i et fællesskab

Opslag

- 15 Honorering af dataindsamling, ansøgningsfrist
- 30 Årsmøde 2020: Relation og kontinuitet
- 45 PLU-fonden, ansøgningsfrist
- 51 Mødekalendar
- 52 Samtidig i almen praksis, lidt for sjov



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

Nr. 252
Frist for artikler: 7. september 2020
Udgivelsesuge: 45, 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

FORSIDEFOTO
Sygekasselæge Mathias Agerleys
klinik fra Augustenborg på Als.
Her arbejdede han fra 1911 til sin
død i 1978. Klinikken kan lige nu
ses på Steno Museet, Aarhus
Universitet. Foto: Kristian Frost

OPLAG
4.900

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin



FAGLIGHED FØRST:

2020 vil for altid stå som noget helt særligt

Gad vide, hvad vores kolleger vil sige om os om 25 år.

Vil de tale om, hvordan DSAM's 50-års jubilæum og synlighedskampagnen om vigtigheden af den nære relation mellem lægen og patienten druknede i en syndflod af en pandemi, der efterlod de praktiserende læger og faget almen medicin som en flok nærdrukne i et oprørt hav af pressemøder, nye vejledninger og et langsomt udviklet, men med tiden massivt stormløb af patienter, der zigzaggede mellem retningslinjer, længe inden blækket var tørt på de nyeste af slagsen? Og hvor hver dag føltes som et langt spidsrodsmaraton mellem SSI, STPS, SUM og patienterne?

Det tror vi ikke.

For ud af asken af den nøje tilrettelagte og velproducerede synlighedskampagne ser det ud til, at der er mening med galskaben. DSAM har undervejs i pandemien befæstet sin position som fagvidenskabeligt selskab for de praktiserende læger, på en måde som ingen synlighedskampagne kunne have gjort bedre. Og vores søsterorganisation, PLO, kan smykke sig med et nyt alias: Praktiserende Omstillingsparate Læger.

Det er da meget godt gået. Sagt på jysk.

I andre landsdele vil man nok sige, at det er fantastisk.

En lille gruppe på fire med opbakning fra sekretariat og bestyrelse i DSAM har sikret, at vi andre har kunnet passe vores arbejde i tryghed og vished om, at uanset hvad

de finder på inde på parnasset, så spiser vi lige brød til ude i praksis og omsætter flotte ord til noget, der kan håndteres i den virkelige verden, som de fleste af os færdes i. Vi insisterer på at læne os op ad vores egne kollegers forskning. Og andres. Vi insisterer på, at mangel på værnemidler ikke skal medføre, at ingen værnemidler pludselig er "god latin".

Vi prioriterer med gul-grøn-lister de opgaver, som er aller mest essentielle.

Og vi siger også, at videokonsultationer egentlig burde afskaffes. Indtil vi ved mere om, hvordan vi skal bruge det, og hvordan det virker. Koster det mon noget på "relationskontoen" til patienten? Det ved vi ikke. I årtier har vi mødt vores patienter face to face. Og opbygget en relation. Det er vel rettidig omhu lige at interessere sig for, om relationen kan bevares på film?

Vi er enormt stolte af det, som DSAM har bedrevet her i 2020. Og vi synes, at det er på sin plads at hylde de mennesker, som har båret ved til udviklingen.

2020 er et år, som vil indgyde fremtidige generationer mod, og vi har lært en vigtig lektie: Vi skal holde fast i fagligheden og justere inden for det muliges kunst. Ikke omvendt. //



I DSAM's jubilæumsår udkommer Practicus nr. 250. I den anledning er lederen forfattet af chefredaktøren og FYAM-redaktøren i fællesskab. Lederen udtrykker ikke nødvendigvis DSAM's holdning.

DSAM I PRESSEN:

DSAM kom på medielandkortet under coronakrisen



"STOP! Gå ikke bare ind."
Det var hovedbudskabet i et rødt stopskilt, som DSAM sendte ud til alle medlemmer den 26. februar til at hænge på indgangsdøren i almen praksis. Skiltet kom sammen med en række forslag til, hvordan almen praksis skulle håndtere situationen med COVID-19.

Hovedbudskabet var, at hvis patienterne blot havde mistanke om coronavirus, skulle de gå hjem og ringe til deres læge. Efter få timer gik stopskiltet viralt på nettet og landede i stort set alle landets aviser. Bevar familielægen på Facebook fik over 2000 delinger i løbet af ganske kort tid.

Pressetelefonen blev kimet ned hele dagen af TV- og dagbladsjournalister, som ville i kontakt med formand Anders Beich. Det blev hurtigt klart, at den kommende tid ville blive ekstremt travl for formandskabet. I skrivende stund, en måneds tid inde i coronakrisen, er de mange pressehenvendelser nærmest utællelige.

Flere hænder til at håndtere krisen

Vi indså hurtigt, at det krævede flere lægefaglige hænder at håndtere krisen. Heldigvis sprang bestyrelsesmedlem Anne Møller ind i det lægefaglige ekspertpanel (og taskforcen) og kastede sig modigt ind foran kameraerne. Selv om hun var relativt uprøvet med den store medieopmærksomhed og de mange (virkelig mange) spørgsmål fra journalisterne, så fremstod

hun imponerende rolig og præcis på skærmen. Næstformand Bolette Frederichsen tog også fat på presseopgaven med ildhu og fik leveret både debatindlæg og tv-præstationer, og hun supplerede sjællænderne fint fra den nordjyske region.

Før coronavirussen kom til Danmark, havde DSAM fulgt udviklingen af det storsmittende virus fra Kina et stykke tid, og det stod efterhånden klart, at selskabet ville komme til at spille en afgørende rolle i håndteringen af virussen i almen praksis og blandt befolkningen. Da statsminister Mette Frederiksen på et pressemøde den 11. marts lukkede landet delvist ned, opstod der et nærmest umætteligt behov for lægefaglig ekspertviden i medierne.

Med utallige optrædener i TV-programmer og nyhedsindslag fik DSAM for alvor sat sig på medielandkortet. DSAM er blevet nævnt igen og igen. TV2 lancerede bl.a. det nye program "Spørg om corona", som hver dag tog nye spørgsmål op om COVID-19 fra seerne. Kan et hårstrå smitte, hvis det flyver ind i min mund? Kan man sterilisere et mundbind i mikroovnen?



Skal familier med udsatte borgere isolere sig, indtil der kommer en vaccine? Det var blot nogle af de spørgsmål, som DSAM's eksperter kunne svare på.

Koordinering af ekspertudsagn

Det var en gigantisk stor opgave for DSAM's lægefaglige eksperter og sekretariat at sætte sig ind i de retningslinjer, som blev udstukket fra myndighederne og oversætte dem til konkrete lægefaglige anbefalinger til medlemmerne og pressen. Men det lykkedes ret godt, især hvis man ser på den pludseligt stigende medlemstilgang, de mange hundrede nye likes på Facebook og de mange rosende mails.

Min rolle var bl.a. at overvåge medierne dagligt og at følge med i diverse pressekonferencer, et hav af lægefaglige facebookgrupper og den nyeste udvikling. Jeg holdt f.eks. øje med andre organisationers ekspertudtalelser for at sikre, at ekspertudsagnene ikke stak i forskellige retninger. Det ville blot føre til mere forvirring hos borgerne. Men samtidig var det også uundgåeligt, at der kom forskellige råd og nuancer frem, da vi stod med en virus, som vi til dato stadig ikke ved særlig meget om. Derudover gav jeg medierådgivning til taskforcens medlemmer, når der skulle performes på tv eller godkendes citater. Vi fandt det vigtigt at rose befolkningen for den store lydhørhed over for myndighedernes retningslinjer, som indskrænkede borgernes liv og færdens radikalt, men også at komme med opfordringer, hvis det var nødvendigt – set med lægefaglige øjne. Vi kontaktede bl.a. Ritzaus Bureau søndag aften den 29. marts, så vi næste morgen



DSAM's formand svarer på danskernes spørgsmål om coronavirus. Foto: DSAM's sekretariat.

kunne gå ud med en opfordring til borgerne om at huske at kontakte deres læge, da man jo godt kan fejle noget andet end COVID-19. Mange praktiserende læger oplevede et markant fald i henvendelser og var bekymrede for, om patienterne var blevet skræmt fra at bruge sundhedsvæsenet og ikke henvendte sig med alvorlige symptomer. Det ville kunne få fatale konsekvenser senere.

DR og TV2 kørte non-stop i flere uger i min stue, samtidig med hjemmeskoleundervisning i matematik og dansk (sekretariatet arbejdede hjemme). Vi lagde relevante nyheder og information på DSAM's facebookside, og hver uge kom der flere og flere nye likes. Selvom det kan lyde beregnende, gav det en enestående mulighed for at brande faget og sætte almen praksis på det sundhedsfaglige landkort over for politikere, patienter, medier og embedsværket. Det er efter min mening lykkedes til UG og 13 med pil op.

Det GØR en forskel, at vi kender hinanden

Måske husker nogen, at DSAM satte en national kampagne i søen, et par uger før coronakrisen ramte? Hoved-

budskabet er mere aktuelt end nogensinde: Det gør en forskel, at vi kender hinanden. For at undgå smittespredning måtte de praktiserende læger behandle patienterne gennem den virtuelle verden. I skrivende stund er der gennemført over 19.000 videokonsultationer via appen Min Læge, og 1.134 klinikker (ydernumre) har brugt løsningen.

Det kræver et stort kendskab til patienterne at kommunikere gennem video. Når det nu skulle være, fungerer videosamtaler bedst med de mennesker, vi kender i forvejen. Og de praktiserende læger kender de fleste af deres patienter godt. Vi må alligevel håbe, at den bratte indførsel af videokonsultationer følges op af forskning om, hvordan det virker, specielt hvis lægen og patienten ikke kender hinanden i forvejen. Man kan tænke sig til mange faldgruber, f.eks. kan det berømte dørhåndtagsspørgsmål gå tabt.

Det har været en hæsblæsende tid – og vil sikkert være det lidt endnu. Forhåbentlig vender vi snart tilbage til mere rolige tilstande, hvor vi kan få tid til at fordøje og reflektere over den krise, vi har befundet os i. Det glæder vi os til at gøre på DSAM's årsmøde til oktober. //



DSAM'S CORONA-TASKFORCE:

Vi kommer aldrig til at glemme marts og april 2020

Vi ved egentlig ikke, hvordan vi nåede frem til navnet "DSAM's corona-taskforce", men det blev lynhurtigt det, vi kaldte os. Og det passer meget godt, hvis man ser på definitionen: *sammensat styrke, der arbejder frem mod et fælles mål*. Normalt ville man nok bare sætte sig ned og skrive en slags strategi: Hvad er vores rolle? Hvad er vores mål? Men det gjorde vi ikke. Vi gik bare i gang. Og målet blev hurtigt tydeligt: at oversætte, sortere og formidle viden, der kan gøre det lettere for vores medlemmer at agere under en sådan krise, hvor alt med ét er forandret. Og samtidig kommunikere med beslutningstagere og myndigheder – særligt Sundhedsstyrelsen, hvor An-

ders Beich som formand for selskabet hurtigt blev inviteret ind i den faglige arbejdsgruppe, der udarbejder retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet.

Omstrukturering

Louise Hørslev iværksatte en omstrukturering af sekretariatet over få dage, så sekretariatet var gearret til hele tiden at bakke taskforcens arbejde op. Der blev udarbejdet en plan for, hvem der var ansvarlig for hvad. En samlede medlemshenvendelser ind og sørgede for, at der blev svaret på dem – ofte ved hjælp af inddragelse af taskforce. En anden i sekretariatet fik til opgave at bygge et site op – DSAM's coronasite – hvor den relevante gæl-

dende retningslinje for håndtering af COVID-19 i sundhedsvæsenet hele tiden skulle være tilgængelig sammen med det tilhørende resume, som var udarbejdet af taskforcen. Desuden blev sitet hele tiden udbygget med links til relevante hjemmesider, vigtige notater, input fra medlemmer og vejledninger til medlemmerne. Et eksempel på dette var gul-grøn-listen, som bestod af forslag til at begrænse smittespredning i almen praksis ved at dele symptomer og sygdomme op i dem, der bør ses i almen praksis, og dem, der ville kunne klares via telefon-/videokonsultation.

Selskabets presseansvarlige tog imod pressehenvendelser, overvågede medierne og fulgte med i udviklingen fra diverse pressekonferencer samt holdt snor i, hvem af taskforcens tre læger der den pågældende dag skulle på live-TV, og rådgav i forhold til præstationer på TV. Kom budskabet f.eks. tydeligt frem? Alt det kan I læse om i "DSAM i pressen" først i bladet.

Dagligdagen

Som sekretariat er vi vant til at ses dagligt, stikke hovedet ind på hinandens kontorer, spise frokost sammen og alt det uformelle, der gør, at hver-

Selskabets presseansvarlige tog imod pressehenvendelser, overvågede medierne og fulgte med i udviklingen fra diverse pressekonferencer samt holdt snor i, hvem af taskforcens tre læger der den pågældende dag skulle på live-TV, og rådgav i forhold til præstationer på TV.

Nyhedsbreve		
COVID-19: COVID-patienten i almen praksis	11. maj '20	
COVID-19: Notater fra DSAM til SST's seneste udgivelser	7. maj '20	
COVID-19: Notat fra DSAM om test, testusikkerhed og testsvær	30. apr '20	
COVID-19: Opdateret gul-grøn-liste og nyt om LFU	27. apr '20	
Talentpris og valg i DSAM	29. apr '20	
COVID-19: DSAM-kommentarer til ny retningslinje	22. apr '20	
COVID-19: Opgaverne i almen praksis, idékataloger vedr. sårbare patienter og til tæller og uddannelseslæger	17. apr '20	
COVID-19: Ny vejledning om behandling af plejehjemssyge med COVID-19, opdateret dokument om risikogrupper, ny hjemmeside om coronamedicin	15. apr '20	
COVID-19: Risikogrupper og smittetorebygge ved gradvis oplukning samt dokumentation af risikogrupper	13. apr '20	
COVID-19: Håndtering af negative podesvar og idékatalog til tæller og uddannelseslæger	9. apr '20	
COVID-19: Hvem skal testes? Hvem skal henvises? Opdateret retningslinje fra SST	2. apr '20	
COVID-19: Opdaterede retningslinjer og nyt resume fra DSAM	26. mar '20	
COVID-19: Hvordan vi kan begrænse smitte i almen praksis: Gul-grøn-liste	22. mar '20	
COVID-19: Kritiske og ikke-kritiske funktioner i almen praksis	20. mar '20	
COVID-19: Orientering til alle medlemmer	16. mar '20	
COVID-19: Pandemien nu i næste fase	12. mar '20	
COVID-19: Revideret STOP skilt, dansk og engelsk	8. mar '20	
COVID-19: Udmelding vedr. Coronavirus	7. mar '20	
Hvem skal have DSAM's talentpris 2020?	5. mar '20	
COVID-19: DSAM forslag til håndtering af COVID-19	26. feb '20	

Nyhedsbreve fra DSAM's sekretariat strømmer ud til medlemmerne.

Coronavirus

Seneste retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen

- Retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedssektoren, 06-05-20
- DSAM notat om kommentarer til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for håndtering af COVID-19 i sundhedssektoren, 31.05.20
- Retningslinjer for anvendelse af praksis, 20.05.20 i almen praksis, 23.05.2020

Udgivelser fra DSAM

- 11-05-20
 - Velegende til behandling af plejehjemssyge med COVID-19 - opdateret
 - Notat om test, testusikkerhed og testsvær
- 17-05-20
 - Notat om personer med eget risiko
 - Notat om genoplivning på plejehjem
- 17-04-20
 - Opdateret gul-grøn-liste
- 20-04-20
 - Hvem skal blive hjemme, når samfundet gradvis lukkes op? (opdateret udgave for grunde fra 20. april 2020)
- 02-04-20
 - Idékatalog til opfølgning på sårbare patienter
 - Idékatalog til tæller og uddannelseslæger i forbindelse med ændret praksis - opdateret
- 22-04-20
 - Dokumentation af, at patienter tilhører en risikogrupper, revideret forslag

Øvrige nyheder

- 04-05-20
 - SST: Hvem er lavest risiko ved sygdom med COVID-19?
- 04-04-20
 - SST: Præcise retningslinjer for brug for værnemidler
- 22-04-20
 - SST: Mange flere skal testes for COVID-19
- 04-04-20
 - Plan for smittet og gradvis øget aktivitet i sundhedssektoren
- 06-04-20
 - SST-notat: Informations-PCR-test for COVID-19 i almen praksis

Nyt om medicin og COVID-19

Se nyhedsbrev fra DSAM

Se flere nyheder

Relevante hjemmesider

RUDI: Corona (COVID-19) og almen praksis

SST: Alt om coronavirus/COVID-19

Artikler fra Lægebladet

Litteratur og information

SST's samling af videnskabelige udgivelser om coronavirus COVID-19

Artikler fra Lægebladet

Har du en aftale? - Så er du velkommen

Ring altid først

English

Download grafik

En ny coronafane fik hurtigt sin plads på DSAM's hjemmeside.

dagen glider nemmere. Dette blev med ét forandret. Nu arbejdede vi alle hjemmefra ligesom rigtig mange andre danskere. Heldigvis havde vi i forvejen udstyret til det, og vi fik hurtigt købt nogle ekstra virtuelle møderum, som både blev brugt til møder for sekretariatet, de daglige faste møder i DSAM's corona-taskforce samt øvrig mødeaktivitet i selskabet. Det var ikke det samme som at ses fysisk, men alle ydede noget ekstra og gjorde deres til, at det lykkedes både at klare de driftsopgaver, der ikke lå stille, og bakke taskforcen op.

Møder i taskforcen

Taskforcen mødtes fast to gange om dagen – formiddag og eftermiddag. Det første møde var altid med en dagsorden, hvor der blev samlet op på aktuelle sager og med en afstemning af

dagens indsatser. Eftermiddagsmødet var lidt mere uformelt og med plads til mere faglig snak og måske en tilbagemelding på et møde i Sundhedsstyrelsen, presseindsatsen i løbet af dagen etc.

Hvad kan vi bruge coronakrisen til?

Den har uden tvivl lært os, at vi er omstillingsparate og med ét kan vende fokus til det, der gælder. Her er det måske også en fordel, at vi er en mindre organisation, og det altså ikke er en supertanker, vi drejer. Når det er sagt, vil vi formodentlig tage en masse god erfaring med fra denne specielle situation. Medlemmerne er derude og kontakter os og bruger vores service på alle måder. Den positive feedback fra medlemmerne og ros – både på Facebook, i mails og ved telefonopkald – har vist os, at vi tog

den rigtige beslutning, da vi oprettede corona-taskforcen og omorganiserede sekretariatet. Vi nyder på alle måder interessen for det videnskabelige selskab, som aldrig har været lig dette – hvilket blandt andet ses ved adskillige flere følgere på Facebook og et stigende antal medlemmer.

DSAM's rolle under coronakrisen

I begyndelsen af krisen oplevede vi en stor interesse fra medierne omkring vores lægefaglige synspunkter. Det er ikke uvant for formand Anders Beich at stille sig frem og præsentere de faglige vinkler på aktuelle sager, der kommer op i pressen. På et nyligt internati i DSAM var bestyrelsen blevet præsenteret for strategien for mediehåndteringen i selskabet. Og den fik vi virkelig brug for – også for at få den rettet til undervejs.

Talrige anmodninger om interviews, deltagelse i debatter, kommentator på pressemøder osv. skulle pludselig håndteres fra dag til dag og nogle gange time til time.

Formidling

Og dette fokus på pressen har faktisk været essentielt for DSAM's opgave under krisen. I taskforcen så vi det som vores vigtigste opgave at formidle viden. Det gælder formidling af viden om primærsektor og især almen praksis til myndighederne for på den måde at påvirke retningslinjer og mål for indsatsen, men i høj grad også at formidle den viden, vi brugte alle vores vågne timer på at tilegne os, til vores medlemmer, så vi forhåbentlig kunne hjælpe dem med at manøvrere i en udfordrende tid med omstillinger i praksis på daglig basis.

Formidling til befolkningen så vi også som en stor og vigtig opgave. Vi mener, at vi som praktiserende læger er gode (måske de bedste) til at forstå befolkningens spørgsmål, som meldte sig i en krisetid som denne. Vi er vant til at tale med raske og med de bekymrede patienter med få symptomer, og derfor ser vi det som en del af populationsansvaret at stille op og forklare, hvad der foregår. Vi er

ikke specialister i epidemier, men vi er speciallæger i almen medicin og formidler fra det udgangspunkt. DSAM's pejlemærker giver også utrolig god mening under en epidemi, og det har givet os faglig rygdækning.

Samarbejde

I den sundhedsfaglige COVID-19-arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen skrives den overordnede retningslinje. Den omskrives cirka en gang om ugen. Man kan kalde dette COVID-19-dokument "alle dokumenters moder", for alle andre retningslinjer er underlagt denne. Her er STPS, regionerne, infektionsmedicinere, pædiater, epidemiologer og DSAM repræsenteret med Søren Brostrøm for bordenden. Anders Beich var eneste repræsentant for primærsektoren, og perspektivet var i begyndelsen næsten udelukkende rettet mod sygehusfunktionerne. Men som altid viser det sig, at sundhedsvæsenet hænger sammen. Hvis vi skal blive på den grønne kurve, hvor antallet af respiratorpladser kan følge med, så må primærsektoren danne værn. Visitere og rådgive. Undgå at danne smittekæder. Og fortsat passe de mange forskellige opgaver for befolkningen, både akutte, forbyggende og opfølgende. Skønt det i begyndelsen var svært at få fokus over på primærsektoren, så oplevede vi, at vedholdenhed også i denne sammenhæng trods alt lønner sig.

Ens og alligevel forskellige

Vores rolle i forhold til PLO har også ændret sig undervejs, og samarbejdet udviklede sig. Men krisen viste også, at vi er to meget forskellige organisationer med forskelligt formål, netværk og struktur, og at det har betydning for vores handlerum og handlemåder. Der er bestemt store overlap, og ofte kan en opgave lige så vel løses af den ene som af den anden part. Men grundlæggende har der vist sig at være en god opdeling, og det gør det nemmere at holde fokus på den faglige del af opgaven. Vi har den fordel i DSAM, at vi kan tillade os at komme med de faglige argumenter og refleksioner over betydningen af de vejledninger, der udsendes. Vi er ikke som PLO afhængige af, at aftalerne forhandles på plads. Vi kan på den måde tillade os at være mere vedholdende kritiske over for nogle af de tiltag, der besluttet fra centralt hold, når der ikke er fagligt belæg for dem.

Tak for medlemsopbakning

En stor tak til vores medlemmer – rigtig mange gode medlemshenvendelser har hjulpet os til at forstå, hvor skoen trykker i det daglige patientarbejde. Mange har hjulpet med bidrag til ad-hoc-vejledninger, COVID-palliation, lokale vejledninger, sårbare grupper med mere. Og ikke kun medlemmer – også samarbejdspartnere og søsterorgani-



DSAM's taskforce holdt møde hver formiddag og eftermiddag



Anne Møller (tv) og Bolette Friderichsen (th) på landsdækkende TV under coronakrisen. Foto: DSAM's sekretariat.

sationer har ønsket at danne alliancer med DSAM og lave udvidet samarbejde med os i denne tid.

Hvad sker der så "bagefter"?

Vi har i taskeforcen oplevet stor opbakning fra bestyrelsen. Selvom det planlagte forårsrepræsentantskabsmøde blev aflyst, oplever vi fortsat besty-

relsens fulde opbakning. Men vi skal også tænke fremad og se på selskabets opgaver, efter at første bølge af epidemien er overstået. Vi ved ikke på nuværende tidspunkt, hvor længe vores taskeforce skal bestå, men vi har planer om, at vi på sigt kan begynde at give os selv en fridag indimellem – det er ved at være tiltrængt.

Vi glæder os imidlertid til at kunne diskutere med bestyrelsen, hvad vi har lært af denne krise, og måske på den måde ruste os til at være endnu stærkere som fagligt selskab. Hvordan holder vi fast i den store interesse for faget? Hvordan gør vi vores medlemmer interesserede i at bidrage til selskabet i de kommende år?

PERSONLIGE BERETNINGER

Bolette

Vi satte stopskilte på dørene. Men COVID-19 lod sig ikke stoppe, ligegyldigt hvor mange nye lande og regioner vi skrev på skiltet. Vi fik i første fase kun lov at teste efter meget rigide retningslinjer. Jeg tror stadig, vi kunne have gjort større gavn i inddæmningsfasen, hvis SST havde tilladt os en mere individuel vurdering. På et tidspunkt omkring uge 8 fik jeg fysisk kvalme og gåsehud. Mange af jer kloge læsere har sikkert haft den oplevelse endnu tidligere. "Den er ude. Den kravler ikke ind i sin flagermus

igen. Den kan ikke inddæmme længere." Hallo, Batman, kom og red Gotham City. Men det skete ikke. Og så væltede de ind fra Østrig.

Statsminister Mette holdt sin lukke-ned-tale onsdag aften den 11. marts. Herfra gik det stærkt. Vi skal følge den nationale retning og strategi, men vi kan ikke sidde passivt og vente på detaljerede retningslinjer fra myndighederne. Vi må selv tage ansvar i egen branche. I den erkendelse skrev PLO og DSAM samme nat det første nyhedsbrev til medlemmerne for at begrænse smittede kæderne i al-

men praksis. Siden har vi været i tæt dialog med hinanden om mål og retning. Vi i almen praksis har nu en central position i forhold til sundhedsvæsen, samfund og befolkning. Det anerkendes fra myndighedernes side, og det styrker i hvert fald mine kræfter.

En god kollega har sagt det sådan: "I 2013 fik vi smadret vores selvtillid. Nu får vi genoprejsning."



Anders

Jeg fyldte 60 år, lige da landet blev lukket ned, men jeg tog det ikke personligt. Der er dog morgener, hvor jeg ovenpå et døgn med møder, læsning, skriverier, klinikken og pressearbejde føler mig mere som en på 80. Så kan man tanke op i coronakvartetten (DSAM's corona-taskforce, red.), hvor der altid er frisk mod og engagement at hente.



Louise

På en eller anden måde var det lidt surrealistisk. Selv om vi jo havde hørt om og fulgt med i, hvad der skete i Kina og omegn, blev samfundet med ét delt i to.

Os, der f.eks. arbejdede (meget) i sundhedsvæsenet, detailbranchen og transportsektoren, og så de andre, som blev sendt hjem uden noget at lave, f.eks. dem i rejse- og oplevelsesbranchen. Jeg tilhørte 1. kategori, og det er jeg glad og tak-



nemlig for. At få lov at stå i næsten 1. række til en af verdenshistoriens begivenheder, selv om det er på en trist baggrund. Og at få lov at bidrage med det, jeg kan. Det giver mening. Samtidig var det en gave at få lov at arbejde tæt sammen med tre så engagerede læger, der hele tiden går det ekstra for i sidste ende at gøre det nemmere for kollegerne – og dermed patienterne. Og ikke mindst erfare, at sekretariatet – også selv om vi ikke fysisk var sammen – som altid bakkede op og rykkede på det, der nu var vigtigst i det pågældende øjeblik.

Anne

"Det rigtige sted på det rigtige tidspunkt." Da Anders Beich kontaktede mig 9. marts, var jeg ikke klar over, hvilken betydning mit "ja, det tror jeg godt, jeg kan" fik for den kommende tid. Jeg arbejdede hjemme den dag pga. aflysning af forskningsenhedernes fælles forskningsworkshop. Anders fyldte rundt den 10. marts og ville høre, om jeg kunne deltage i stedet for ham i det ugentlige møde i den faglige gruppe i Sundhedsstyrelsen.

Det ville jeg gerne – og siden har jeg ikke haft et vågent øjeblik uden fokus på corona. Da der den 10. marts om formiddagen blev varslet pressemøde, skyndte jeg mig over til mine nye kolleger i DSAM. Lynhurtigt stod det klart for os, at det her blev stort. Jeg måtte med kort varsel aflyse et møde i Forskningsudvalget samme eftermiddag for at forberede mig til mødet i Sundhedsstyrelsen.

Så gik det slag i slag. Først mødet med alle eksperterne i Sundhedsstyrelsen – jeg var ene om at repræsentere og forsvare primærsektoren – og derefter vi-

dere i TV2 til kommentarer efter mødet. Det blev så min hverdag i de kommende uger. Da jeg desværre for nylig var trådt ud af min praksis, havde jeg mulighed for at lægge et større stykke arbejde i det videnskabelige selskab, og vi fik bestyrelsens accept af, at jeg kunne honoreres lidt for mit arbejde sideløbende med min deltidsforskningsansættelse. Så nu er retningslinjer, medlemshenvendelser, formidling til kolleger og møder med pressen blevet hverdag. Og sikke en spændende og varieret hverdag på en trist baggrund – men med muligheder for at tænke fagligt og organisatorisk. Personligt tror jeg, at vi kan lære rigtig meget af denne krise, både i forhold til hvad almen praksis skal være i fremtiden, og hvordan vi udøver populationsansvar og -omsorg i en epidemitid, men også forskningsmæssigt, hvor jeg har involveret mig i en række projekter, der ser på krisens betydning for vores fag. //





AP-uddannelseslæge på børnemodtagelsen under corona-pandemiens frembrud

”Kære alle. Det er i dag blevet bestemt, at det er forbudt at tage på kongresser i både ind- og udland for ansatte på Aalborg Universitetshospital (AAUH). Dette gælder foreløbigt på ubestemt tid.”

Sådan lød det i en e-mail fra ledende overlæge på pædiatrisk afdeling den første fredag eftermiddag i marts på min første uge som AP-uddannelseslæge på pædiatrisk afdeling.

Mine tanker bevægede sig hurtigt væk fra blodprøvesvarene i vinduet, der var åbnet side om side med e-mailen, hen mod op til flere skemalagte arrangementer, jeg havde planlagt i den nærmeste fremtid. Alene i marts måned skulle jeg holde oplæg om børn med smerter i almen praksis, jeg skulle på en to-dages workshop, på ph.d.-kursus i Norge og om to måneder til konference i Sverige. Alt planlagt på mine fridage fra pædiatrisk afdeling.

Der gik ikke længe, før jeg svarede den ledende overlæges e-mail med en beskrivelse af mine planer, og her fik jeg klar besked: ”Du skal ikke regne med, at du kan deltage i konferencen eller dine planlagte møder.”

Således begyndte det.

I dagene, der fulgte, udgjorde e-mails fra afdelingsledelsen, hospitalsledelsen, regionen og uddannelsessekretariatet tilsammen et højtråbende, klart budskab om, at

coronavirus har ramt landet, og at vi, os, der passer de syge på sygehuset, skal slippe, hvad vi har i hænderne og tage os af folket. Retur dage i vores tilhørsklinikker, temadage og obligatoriske kursusdage under hoveduddannelsen – alt aflyst.

Hyppige ændringer i vagtskema

I dag mødte jeg på arbejde kl. 08.00, klar til at tage forvagten i børnemodtagelsen, da en kollega i forbifarten nævner, at der er kommet en ny version af marts måneds arbejdsplan. Jeg tror, vi er oppe på fjerde version, og vi er endnu ikke halvvejs igennem måneden. Jeg åbner skemaet og ser, at min funktion for dagen er ændret. Siden jeg gik hjem fra arbejde i går eftermiddag, er der udsendt et nyt vagtskema med nytilkomne funktioner. Det er usædvanligt. Jeg har fået en af de nye coronavirus-foranledigede funktioner og skal have vagten i aften. Jeg må gå hjem med den halvtunge madpakke, som jeg pakkede i rygsækken, med den formodning at falafel-stedet over for sygehuset havde lukket fra i dag efter statsministerens forbud i går aftes.

Jeg cykler igennem midtbyen. Der er ikke en sjæl at se, og klokken er 8.30. Jeg går forbi havnen og cykler en omvej forbi Østre Anlæg, som er befolket af ænder som sædvanlig. Dejligt at se. Den spontane fridag bruges på produktivt domicilarbejde (læs: vasketøj og støvsugning), og jeg møder på arbejde kl. 15, hvor tre patienter er klar til mig. Jeg skal være coronavagt i aften og tage imod syge børn i coronateltet foran børnemodtagelsen. Udenfor. Det

er første gang, jeg har denne funktion. Syge børn med symptomer, som inkluderer halsonde og feber, skal ses uden for sygehusets bygning for at undgå corona-smitte-spredning til indlagte børn på børneafdelingen.

Værnemidlerne skjuler personligheden

Coronateltet er forsynet af Tommy Telt, og inden for er der gasblus til opvarmning og ventilationsanlæg med henblik på udluftning. På et rullebord står to kander kaffe og et glas med cantuccini, og jeg tænker: "Vidste de på forhånd, det er mig, der har vagten i dag? Det skal nok blive godt." Det er begrænset, hvor træls et arbejde kan blive, når rammerne for hygge er skabt, allerede inden vagten påbegyndes. På et andet langt bord står diverse værnemidler; engangskitler, visir, handsker, mundbind, hånet og alt sammen i store mængder, og jeg tænker, man vil være forberedt.

Jeg ikklæder mig det hele, tager to mundbind i hænderne og går ud ad teltets hoveddør mod parkeringspladsen og de ventende biler med forhåbningsfulde, bekymrede ansigter indeni. Mit syn sløres af det duggede visir, men jeg kan sagtens se bekymringen i de ventende forældres øjne. Det er noget særligt at møde folk for første gang med mundbind og visir på ansigtet. Jeg føler mig ikke som mit vanlige jeg, men en mindre menneskelig version af mig selv. Værnemidlerne skjuler personligheden og den gode energi, og jeg må finde på en anden måde at lade dette mærke for det syge barn. Det er vigtigt også i denne særlige situation. Jeg skanner p-pladsen videre efter en sort Audi A4, som sygeplejersken har informeret mig om, at den første patient sidder i. Hun noterer, hvilket bilmærke patienterne ankommer i, når hun over telefonen tager imod dem. Jeg banker på ruden og rækker de to mundbind frem mod forælderen og siger: "Et mundbind til barnet og et til den medfølgende voksen." Patienten må nemlig ikke selv komme ind i teltet og skal iføre sig mundbindet sidende i bilen.

De eneste mennesker på kloden

Vi går ind på en af de fire stuer i coronateltet, og jeg indleder undersøgelsen af det febrile barn med tanken, der ikke vil slippe; hvor må jeg se frygtindgydende ud for det lille væsen! Foruden rumdragten og handsker på hænderne er mit ansigt dækket til, og kun min øjne er synlige igennem visirets bøjede lag plastik. Jeg prøver at smile overdrevet til barnet i håb om, at han kan se mit smil helt oppe i mine øjne. Jeg har ingenting på mig og intet udstyr på stuen. Jeg skal bede sygeplejersken om udstyr, så hun kan overholde hygiejneretningslinjerne. Stetoskopet, som



Iklædt coronavagt-uniform står jeg her foran coronateltet, klar til at tage imod de små syge mennesker. Hvad der ikke afbildes på billedet, er den helt skyfrie, mørkeblå himmel, som matcher min uniform. Foto: Helle Nicolaisen.

altid har været lige ved hånden, i kittellommen, skal jeg nu bede sygeplejersken om at komme ind på stuen med. Hver eneste gang jeg skal se en patient.

Således undersøges og udredes efterfølgende flere pædiatriske patienter i teltet, og i begyndelsen af hver undersøgelse tænker jeg, hvor forkert det ser ud, at et spædbarn skal holdes et mundbind for munden. Der kommer til at gå et par vagter i teltet, før dette syn normaliseres.

Det helt særlige ved denne patientgruppe, jeg ser, er jo, at de er de eneste mennesker på kloden, der ikke kender til – eller frygter – coronavirussen. Deres lave alder indebærer privilegiet om en fin uvidenhed, som desværre fratages, i det øjeblik masken påføres deres ansigt og erstattes af utryghed over for situationen, som jeg som læge vil – og bør – modarbejde. De helt små vil ikke have maske på, bortset fra når en snotklat fungerer som lim, så går det lettere ubemærket hen.

Klokken bliver 20.45, og min vagt slutter om lidt. Jeg skal hjem og hvile før morgendagen, hvor jeg skal være forvagt i børnemodtagelsen. Eller skal jeg? //



FAGET almen medicin

Vi taler ofte om DSAM som fagets selskab, og om pejlemærkerne som fagets pejlemærker. Men hvad er FAGET almen medicin egentlig? Ordet fagvidenskabelig har sneget sig ind for at understrege, at der er noget mere på spil end teoretisk viden, når vi taler om den kliniske udøvelse af vores speciale.

Det er vist det, der kaldes et revolverspørgsmål, når Practicus' redaktør spørger: "Hvad er det vi kan i almen praksis? Hvordan udvikler vi vores fag - og hvordan værner vi om det?"

Lidt af en mundfuld, men relevant i en tid, hvor DSAM gerne taler om "faget" og om "fagets" pejlemærker, som skal være en rettesnor for de udøvende almenmedicinske speciallæger. For hvad ER faget egentlig?

Mit bud på et svar efter 25 år som praktiserende læge baserer sig bl.a. på min ansættelse i DSAM's sekretariat med ansvaret for kontakten til de mange engagerede og uundværlige kolleger, der repræsenterer DSAM i forskellige arbejdsgrupper. Det har givet et godt indblik i, hvad der forventes af os, og hvad vi kan bidrage med, når det handler om rådgivning med udgangspunkt i vores fag. Erfaringen er heldigvis, at der lyttes, når vores repræsentanter fortæller om "det virkelige liv". Selvfølgelig er der gange, hvor en politisk dagsorden ikke levner plads til argumenter fra primærsektoren, eller at andre specialister mener at "de alene vide", men det er heldigvis sjældent.

For selv om andre har grundigt kendskab til den sygdom eller tilstand, der er på dagsordenen, så mangler der viden om, hvordan det er at arbejde i frontlinjen, dér, hvor patienterne kommer uvisiterede og tidligt i forløbet. Dér, hvor tilstanden endnu er uafklaret og hoste kan vise sig at være en almindelig forkølelse, en coronainfektion eller det første symptom på lungekræft.

Et fag er både et vidensområde og et håndværk

Men har rådgivning om vores måde at gøre tingene på noget med *faglighed* at gøre? Selvfølgelig er det værdifuldt, hvis vi kan underbygge vores udtalelser med forskningsbaseret viden, men det kan være ligeså vigtigt, at vi kan forklare noget ved hjælp af en case fra hverdagen.

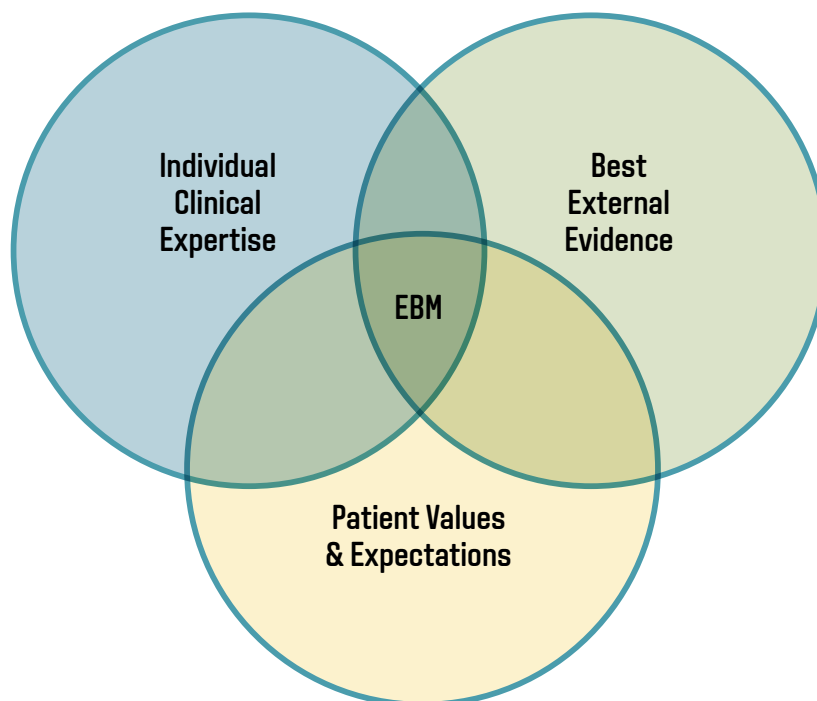
Slår man "fag" op i Nudansk Ordbog, står der, at et fag er:

1. Et afgrænset vidensområde, der studeres eller undervises i på en skole, et universitet eller en anden læreanstalt
2. Et håndværk eller erhverv, der forudsætter specialiseret viden, handelag eller færdigheder af sin udøver.

Todelingen genfinder vi på DSAM's hjemmeside om faget almen medicins karakteristika: "Almen medicin er en akademisk og videnskabelig disciplin med sin egen uddannelse, forskning, evidensbase, klinisk indhold og er et klinisk speciale inden for den primære sundhedstjeneste." Altså: Faget almen medicin er *både* en videnskabelig disciplin *og* et klinisk speciale. Og begge dele er vigtige og kan ikke undværes.

Selv om de to måder at se faget på er to sider af samme mønt, så bruger vi normalt mere tid på at tale om den aka-

Figur 1: David Sacketts oprindelige beskrivelse af EBM (The evidence-based medicine triad).



demiske almenmedicin i forhold til den "håndværksmæssige" del af faget, som kræver specialiseret viden, handel og færdigheder i udøvelsen. Det er ofte "tavs viden" – noget, vi bare gør, men uden at tale så meget om det. Den manglende italesættelse bevirker ofte, at udenforstående har svært ved at forstå kernen i vores arbejde og derfor ikke tillægger det værdi. I sidste ende gør vi det måske ikke en gang selv?

Andetsteds i dette blad omtales den akademiske almenmedicin, så jeg vil her fokusere på vigtige elementer, når det handler om den "håndværksmæssige" del af faget.

Usikkerhed og kompleksitet

Som sundhedsvæsenets forpost er en af de vigtigste egenskaber at kunne håndtere usikkerhed og turde tage beslutninger, også når der ikke foreligger et facit. Der er selvfølgelig en lang række nemme beslutninger, som ligger lige til højrebænet – og som af samme grund ofte kan uddelegeres. Der, hvor der kaldes på den almenmedicinske spidskompetence, er i de mange situationer, hvor vi skal navigere i

et komplekst og ukendt farvand. Med stigende erfaring er det nøjagtigt det, vi kan, og som efterspørges af os. Den skotske almenlæge Margaret McCartney, som er hovedtaler ved DSAM's årsmøde i oktober, skriver så smukt i en artikel i Lancet: "*General practitioners deal in uncertainty: it is our stock in trade.*"

Skøn og dømmekraft

En afgørende forudsætning for at tage beslutninger i en kompleks og usikker hverdag er evnen til – og muligheden for – at kunne udøve skøn og dømmekraft. Det handler ikke om usikre begreber som f.eks. "mavefor-nemmelser" og "intuition", men om at tage beslutninger på et så informeret grundlag som muligt ved hjælp af en klinisk ekspertise, der bygger på viden, erfaring og refleksion.

Personcentreret almen medicin

Vores specielle funktion i almen praksis kan måske bedst sammenfattes i, at vi arbejder personcentreret og benytter en tilgang, som bygger på relation og kontinuitet. Fagligt råd un-

der Fonden for Almen Praksis skriver, at "Den personcentrerede tilgang bygger på, at lægen kan sin sygdoms- og sundhedslære og samtidig er i stand til at anvende og omsætte denne i en form, der tager afsæt i og er centreret omkring det enkelte menneskes livssituation og -forståelse." Igen dukker todelingen op, hvor vi både skal kunne vores stof og samtidig være i stand til at oversætte en stigende mængde evidens til den enkelte patient, hvis liv og historier er unikke og afspejler forskellige holdninger og værdier, der skal tages hensyn til.

Ikke hokus-pokus, men klinisk ekspertise

Den kliniske ekspertise, hvor vi udnytter evnen til at lytte til og inddrage patientens historie, er vel at mærke hverken "langhåret" eller hokus pokus. Det er en faglighed, der også følger David Sacketts oprindelige beskrivelse af evidensbaseret medicin (figur 1) som en måde at integrere de tre faktorer: den bedste videnskabelige evidens, patientens præferencer og lægens kliniske ekspertise.

Hvordan udvikler og værner vi om vores "håndværksfaglighed"?

Vi har allerede nogle gode forudsætninger i Danmark: Vi kan glæde os over at have en god videreuddannelse, der baserer sig på mesterlæreprincipper, som er afgørende, når man skal lære et håndværk. Vi har almenmedicinske forskningsenheder til at hjælpe os og nu også en kvalitetsudviklingsmodel, der baserer sig på arbejdet i klynger. Men herudover vil jeg adressere nogle specifikke punkter:

- Vi er nødt til at have (selv)tilid til at tro på, at dét, vi kan, gør en forskel – både for samfund og for den enkelte patient. Desværre møder jeg ofte praktiserende læger, der ikke selv er klar over værdien af deres erfaring og kunnen, når de bliver bedt om at gå med i en ar-

bejdsgruppe for DSAM. "Jamen, jeg er jo ikke forsker!", lyder det. Men samfundet har behov for læger, der kan vurdere og tage beslutninger, også når grunden er usikker. Og vi skal huske, at for en patient er det afgørende at føle sig set som en person – noget som DSAM formidler i kampagnen: "Det gør en forskel, at vi kender hinanden".

- Efteruddannelse er selvfølgelig *et must*. Det er nødvendigt fortsat at udvikle kurser i klinisk beslutningstagning og kommunikation – uanset om kurserne hedder "Den svære samtale", "Kalygnoskurser", "Narrativ medicin" eller "Den gode læge". Personligt mener jeg - med baggrund som mangeårig underviser - at dele af

disse kurser med fordel kunne indgå som elementer i den systematiske efteruddannelse.

- Vi skal fastholde, at forskning sker i samarbejde med klinikerne. Den almenmedicinske forskning bliver bedst, når den inspireres af de kliniske og "håndværksmæssige" spørgsmål.
- Når vi uddelegerer arbejde, er der to ting at huske: Personalet skal også klædes på til at kunne varetage den relationelle og personcentrerede tilgang, og selv må vi ikke uddelegere så meget, at vi mister kontinuitet og kendskab til den "hele" patient. For de fleste er det netop det, at vi får lov til at lære vores patienter at kende, der gør arbejdet meningsfuldt. //

HUSK ansøgningsfrist for honorering af dataindsamling 7. august 2020

Fredag den 7. august 2020 er der deadline for projektledere, som vil ansøge Fonden for Almen Praksis om dækning af honorar til praktiserende lægers medvirken ved dataindsamling i forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter.

Sådan ansøger du

Se vejledning og download ansøgningsskema fra DSAM's hjemmeside: www.dsam.dk/mpu. Projektet skal være godkendt af MPU-udvalget, før der kan ansøges om honorar. Hvert projekt kan maksimalt tildeles 70.000 kr. pr. år til brug for honorering. Ansøgningsskema, projektprotokol og relevante bilag sendes til mpu@dsam.dk.

Kontaktperson i DSAM

Dorthe Pedersen, dp@dsam.dk, tlf. 5150 1676.





Jubilæum 2020

Peder Olesgaard var formand for DSAM i 1995 og skrev en artikel i jubilæumsskriftet med titlen "DSAM's nuværende stade". Her 25 år senere er det tid til en ny status fra selskabets daværende formand.



Da jeg blev praktiserende læge i Grenå i 1984, syntes jeg, at almen praksis i alt for høj grad lod sig definere af andre. Efteruddannelsen foregik ved, at medicinalindustrien inviterede en flok praktiserende læger til middag, hvor man så blev underholdt og vejledt af en speciallæge fra sekundærsektoren. De fortalte os,

hvad de forventede, at vi gjorde i almen praksis. Vi blev nødt til at definere vores eget fag selv, tænkte jeg.

Da jeg 10 år senere var formand for DSAM, skrev jeg i forbindelse med DSAM's 25-års jubilæum en artikel om DSAM's aktuelle stade i 1995, og jeg citerer herfra:

"For at faget har kunnet udvikle sig, har almenmedicinere nok været

meget egocentrerede, man har været nødt til at finde fagets egen identitet. Tidspunktet er nu inde til, at vi i tiltagende grad åbner os for vore andre specialkolleger og for styrelser og ministerier m.v. Vi tør måle os med andre dele af sundhedsvæsenet og tør vejledes, men føler også, at vi evner at smitte af på vore samarbejdspartnere. Hvis PLO, Sygesikringen og



DSAM trækker på samme hammel, så kan Danmark blive et kraftcenter på det almenmedicinske område internationalt set.”

Hvad skete der så?

Faget almen medicin kom ind i en rigtig god udvikling i samarbejdets ånd. Praktiserende læger lukkede stat og amter ind i deres klinikker på den baggrund. Det kørte derudad.

Men så kom lægemanglen, som jo egentlig var et resultat af nødvendige samfundsbesparelser i 1980'erne. Pludselig blev det svært at nå arbejdet, især på landet. Der var ikke overskud til kvalitetsudvikling. Så svarede samfundet igen ved at indføre tvungen kvalitetsudvikling af ”fluebens” karakter. Det medførte selvfølgelig had til systemet fra lægerne, og man var tæt på en strejke.

Samtidig blev små lokale sygehuse, der fungerede som diagnostiske centre og aflastning for almen praksis, lukket, fordi de bredt uddannede speciallæger i intern medicin og kirurgi ikke fandtes mere. Det betød, at almen praksis på landet også skulle være diagnostiske centre for specialafdelinger. Det havde vi ikke faglig og instrumentel forudsætning for. Det betød, at mange almenmedicinere søgte væk fra praksis og ind på sygehuse. Det betød, at almen praksis blev drænet endnu mere.

I stedet for at hjælpe almen praksis, oprettede man statslige kontrolinstanser, som punkede de fortravlede landlæger, og regionerne benyttede lejligheden til at stjæle de forladte almen praksis, som vi ikke fik betaling for.

Hvad gjorde PLO? De blev ved med at favorisere bylægerne, så de både økonomisk og arbejdshygiejnisk havde det bedre end landlægerne. Det er der ikke noget nyt i, idet bylægerne jo er de fleste og har magten i PLO.

Hvad gjorde DSAM? De fortsatte med at bruge ressourcerne på kvalitetsudvikling og forskning, som om intet var hændt. Hvad skal man med udvikling af ”faget”, hvis der ikke findes en praktiserende læge? Det må dog være den første forudsætning!

Alt det har betydet, at almen praksis er ved at dø på landet.

Så hvad skal vi gøre nu?

DSAM, PLO og RLTN skal gå sammen om at gøre det lukrativt at være landlæge både økonomisk og arbejdsmæssigt. Hvis ikke det sker, vil der sikkert opstå et nyt FADL men med ny betydning, nemlig Foreningen af Danske Landlæger, som vil slå sig sammen og være en magtfaktor, der kan lukke almen praksis på landet, indtil forholdene forbedres. Det vil da være meget bedre at undgå det og i stedet forhandle og udvikle faget på landet sammen.

Man skal stoppe alt ph.d.-arbejde. Alt for meget laves kun af meriteringsmæssige grunde på sygehuse. Det kan vi genoptage, når alle praksis på landet er besat.

Vi skal lave praksisnære diagnostiske centre, så den praktiserende læge kan ”slippe af med” de patienter, de ikke magter. Måske er det rigtigt, at de små kommunehospitaler skal genetableres, så de kan være det første trin ind i sekundærsektoren, men drevet af kommuner, hvor man har:

1. Sekundærsektor på lavpraktisk niveau – diagnostisk og til aflastning og evt. optræning efter større operationer
2. Hjemmepleje
3. Sundhedspleje
4. Psykolog- og socialrådgiverbistand på kommunalt niveau
5. Lokalt udviklings- og forskningscenter på praksisniveau.

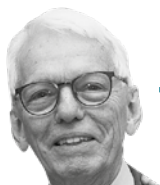
Kan vi så det?

Ja, det kan vi. Vi har for tiden en rigtig god DSAM-bestyrelse og -formand. Vi har for tiden en rigtig god PLO-bestyrelse og -formand. Vi har for tiden en politisk bevågenhed og forståelse for vores fag.

Det vil desuden være nødvendigt at opruste Sundhedsstyrelsen på lokalt plan, så det, der tidligere var embedslæger, bliver lægelige rådgivere for den decentrale sundhedstjeneste. Det betyder, at vi nedrunder den centrale DJØF-styrede kontrol. De vil aldrig opnå føling med, hvad der foregår decentralt i sundhedsvæsenet. Det skal være decentralt og satse mere på hjælp og mindre på kontrol og straf.

Bliver det nemt at gennemføre?

Nej, ikke nemt, men spændende og udfordrende og sjovt. Det bliver godt, især for patienterne, så den praktiserende læge igen kan indtage den rolle som en af grundlæggerne af faget almen medicin Dr. Ian R. McWhinney foreslog: ”Don’t correct the patient telling him what to do – walk with the patient when he needs you to”. //



Artiklen er trykt første gang i Practicus nummer 231, 2016, 50-året for stiftelsen af selskabet som kom før DSAM: Dansk Selskab for Forskning i Almen Lægepraksis. Nu kan den genlæses i let revideret form.



Vores selskab kom først DSAM's start for 50 år siden

I maj 1966 blev det første skridt taget i udviklingen af almen praksis til et akademisk speciale med uddannelse og forskning som en aktiv del af den internationale videns- og erfaringsudveksling. Det skete ved stiftelsen af det videnskabelige selskab med det lange navn: Dansk Selskab for Forskning i Almen Lægepraksis, starten på DSAM.

GERT ALMIND

- 1965 Læge
- 1970-00 Praktiserende læge i Holbæk
- 2000-09 Direktør i Novo Nordisk Fonden
- 1969 Deltog i et par bestyrelsesmøder i DSAM som yngre læge
- 1970 Knyttet til bestyrelsen som bisidder
- 1971 Ordinært medlem af DSAM
- 2005 Begyndte at sikre bevarelsen af arkivalier om selskabets historie. Disse er nu samlet på Medicinsk Museum/Rigsarkivet, hvor de er ordnet og registreret.

I almen praksis' selvforståelse indgår oplevelsen af en århundredelang historie, hvor kerneydelsen er den personlige kontakt mellem patient og læge i konsultationen eller i den syges hjem, hvor lægen undersøger og behandler – og hvor nutidens elektroniske kommunikation kun er en teknisk variant over dette grundelement. Kernen er uændret, men det er de ydre omstændigheder så sandelig ikke.

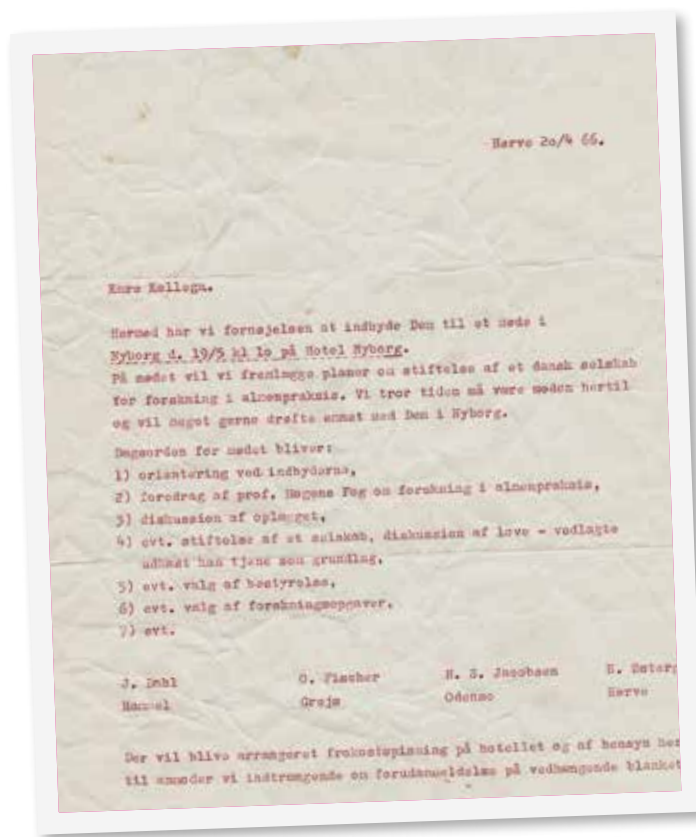
For mange må det lyde uforståeligt, at stort set alle de institutioner og begreber, som i dag er en del af almen medicin, ikke eksisterede i 1966. Det kan synes længe siden og dog ikke fjernere, end at forfatteren til denne artikel netop i maj det år havde sit før-

ste vikariat som alment praktiserende læge.

Alt det, der ikke var

Til almen praksis var der ingen formaliseret grund-, videre- eller efteruddannelse, ingen forskning eller kvalitetssikring. Der var intet PLO og altså heller ikke noget videnskabeligt selskab. Almen medicin var ikke et speciale. Ja, ordene *almen medicin* kendtes ikke i nutidig betydning.

De praktiserende læger sad næsten udelukkende i enkeltmandspraksis, geografisk væsentligt mere spredt end i dag. Over 90 procent var mænd – gifte mænd; at passe praksis krævede to personer det meste af døgnet. Ægtefællen var ofte en sygeple-



Invitation til stiftende møde 19. maj 1966
i Dansk Selskab for Forskning i Almen
Lægepraksis, starten på DSAM.

Bent Østergaard tog initiativ til det stiftende møde
i Dansk Selskab for Forskning i Almen Lægepraksis
i 1966. Invitation og billede opbevares i Medicinsk
Museum, København.



gerske eller lægesekretær. Men uanset uddannelse bistod hun sin mand som telefonpasser, sekretær, assistent, visitator og midlertidig stedfortræder. Lægekoner var et vigtigt begreb, slet ikke en nedladende titel. Var hun læge, hed det ægteparpraksis; næsten de eneste kompagniskaber, der fandtes. Hun kunne have egne patienter, ofte gravide og børn. Ganske få arbejdede på lige fod. Selvstændige kvindelige læger fandtes dog, overvejende i København, hvor man ikke måtte have kompagniskaber. Konsultationen var indrettet i lægens hus eller lejlighed. Spisestuen eller entreen fungerede som venteværelse. En del havde held og økonomi til at disponere over to lejligheder i samme opgang. Tidsbestilling gjaldt kun selvbetalere.

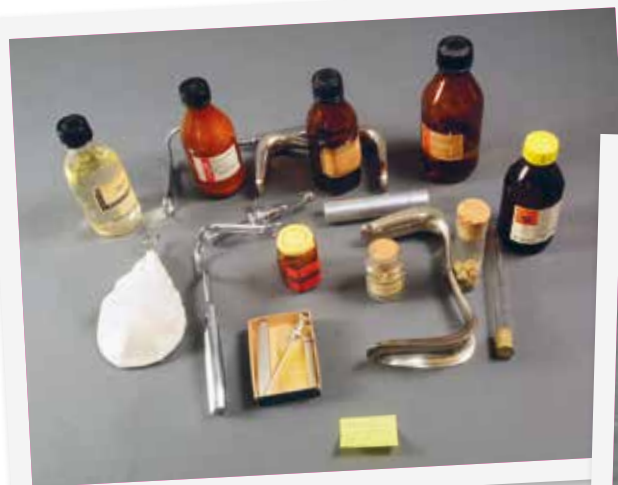
Der var ingen sygesikring. Landets sygekasser havde en sammenslutning, som forhandlede med lægerne om,

hvad de skulle betale for lægehjælp til deres medlemmer. Var man ikke medlem af en sygekasse, måtte man selv betale eller prøve at få sin opholdskommune til det. Mange konsultationer og sygebesøg fik lægen aldrig penge for.

Reelt anede man ikke, hvad praktiserende læger foretog sig. Myndighederne var ikke interesserede, lægerne lavede ikke opgørelser, hver

holdt kortene tæt til kroppen. At overvære en kollega arbejde var yderst sjældent. Nogle få modige tilbød praktikantophold til studenter. Praktiserende læger forventedes ikke at kunne undervise selvstændigt. I København inviterede professor i medicin Brøchner-Mortensen dog af og til en praktiserende læge ind til en forelæsning, som så foregik som en dialog mellem de to.

Der var ingen sygesikring. Landets sygekasser havde en sammenslutning, som forhandlede med lægerne om, hvad de skulle betale for lægehjælp til deres medlemmer. Var man ikke medlem af en sygekasse, måtte man selv betale eller prøve at få sin opholdskommune til det.



Vaccinationslancet, brugt til vaccination mod kopper fra 40'erne til 70'erne. Fra Inge Sørensen's praksis.
Kilde: Steno Museet, Aarhus Universitet.



Historisk tilbageblik: Effekter fra Inge Sørensen's praksis i Park Allé 3, Århus. Klinikken lukkede i 1998.
Kilde: Steno Museet, Aarhus Universitet.



Ingen ydernumre

Almen praksis var ureguleret, ingen ydernumre, bortset fra et system som dækkede København, Frederiksberg og Amagerkommunerne. En cand. med. med 'stor jus', ret til selvstændigt virke som læge, kunne nedsætte sig i praksis, tilmelde sig de lokale sygekasser og modtage patienter. Stor jus krævede blot et års sygehusansættelse, fordelt på kirurgi og medicin. Man kunne købe en praksis eller starte på bar bund, hvis man skønnede, at her kunne tiltrækkes patienter. Ud over ved forhandlingerne med sygekasserne var der ingen, der tegnede almen praksis som et fællesskab. For at indgå i aftalen skulle man være medlem af Lægeforeningen, men ellers var hver læge en selvstændig forretning.

Længden og sammensætningen af sygehusansættelser før start i praksis var overladt til den enkeltes eget skøn, og efteruddannelse var spredte tilbud uden eksterne incitamenter til deltagelse. De fleste skaffede sig mere hospitalsuddannelse end det krævede år. En del havnede i almen praksis,

når deres forsøg på at blive speciallæge var endt i en blindgyde.

Mange brugte mulighederne for efteruddannelse. Det kunne være ugentlige frokostkonferencer på det lokale sygehus eller tre til seks årlige foredrag med tilrejsende specialister 'fra København', arrangeret af lægekredsforeningen. Nogle så man aldrig til foredragene; de følte sig godt holdt ajour gennem Ugeskriftet og Månedsskrift for praktisk lægegerning. Ikke mindst det sidste var gennem 1950'erne blevet en vigtig og glimrende kilde til efteruddannelse.

Behov for mere formel organisering

Fra slutningen af 1950'erne havde flere læger peget på nødvendigheden af ændret grunduddannelse og formaliseret videre- og efteruddannelse. Lægeforeningen og Sundhedsstyrelsen nedsatte udvalg, og man diskuterede i repræsentantskabet, som var det forum, hvor praktiserende lægers forhold blev behandlet.

Lægeforeningen var i høj grad de praktiserende lægers forening. Medlemmer af repræsentantskabet var

imidlertid meget bevidste om, at de var valgt på et ganske begrænset mandat, først og fremmest forhandlingerne med sygekasserne. Ideer, som kunne indskrænke lægernes frihed, var ikke populære. Sundhedsstyrelsen havde ikke mandat til at blande sig i andet end overtrædelser af Lægeloven, udformningen af visse attester og så graviditets- og børneundersøgelser, som netop var et statsanliggende uden for sygekasseaftalen. Amterne blandede sig ikke i almen praksis, og regionerne blev først opfundet mange år senere.

Noget måtte ske

Praktiserende læge Bent Østergaard i Hørve sad i de år på centrale poster. Som kredsforeningsformand var han et aktivt medlem af Lægeforeningens repræsentantskab. Han var sekretær for udvalget, som forhandlede aftale med sygekasserne på Sjælland, og formand for det udvalg, som Lægeforeningen i 1960 nedsatte vedr. fortsættelseskurser, altså efteruddannelse.

Østergaard hørte til gruppen af læger, hovedsageligt uden for København, som ønskede en landsdækkende

forening for almen praksis, som også tog sig af uddannelse, forskning og international kontakt. I 1964 så han, hvordan det var løst i Storbritannien. Han prøvede at samle nogle af de forandringsparate om forskellige ideer, blandt andet at omdanne det bestående udvalg i Lægeforeningen, som forhandlede med De samvirkende Sygekasser, til en forening. Ingen troede på den ide, som ville have sammenblandet organisation og videnskabeligt selskab. Så satsede han på et videnskabeligt selskab, som adskillige specialer havde haft i mange år. Her mødte han modstand fra to grupper af praktiserende læger: dem, som puslede med at skabe den organisation, som senere blev til PLO, og de toneangivende i København. 'PLO-gruppen' ville have startet deres forening, før der kom et videnskabeligt selskab. Københavnerlægerne fandt, at Lægeforeningens nystartede Uddannelseskomite og Månedsskriftet udmærket kunne varetage uddannelsen.

Det havde betydning, at København og resten af landet havde to ganske forskellige aftaler med sygekasserne. Københavns Lægeforenings praksisudvalg var udviklet til en stærk, selvstændig politisk enhed, Sygekasselsælgernes Organisation, som havde haft held med at etablere et fælles laboratorium og en lægevagtsordning. Fra samme område havde K.H. Backer i en menneskealder spillet en central rolle. Han var Sundhedsstyrelsens sagkyndige, sad i alle mulige organer i lægeverdenen og havde et talerør som redaktør af Månedsskrift for praktisk lægegerning, nærmest som ejer. Han stod altså også for det bedste efteruddannelsesstilbud.

Begrænsede handlemuligheder

Østergaards handlemuligheder var således begrænset. Han kunne højst få et forskningsselskab. Han kontaktede tre kolleger: Jørgen Dahl i Hammel, Olfert Fischer i Grejs og Niels S. Jacobsen

i Odense og udsendte 20. april 1966 indbydelse og dagsorden til et stiftende møde. Hvor mange der blev indbudt, ved vi ikke. Men udvalget var uden tvivl strategisk. Først og fremmest praktiserende læger, som måtte forventes at være interesserede. Desuden københavnere med indflydelse, K.H. Backer og hans søn Paul. Endelig to personer uden for praksiskredsen, som ville støtte ideen, amtslæge Vagn Christensen og professor Mogens Fog, som blandt meget andet var redaktør af Ugeskriftet og kort efter blev valgt til rektor for Københavns Universitet.

Selskabets stiftelse 1966

Mødet fandt sted på Hotel Nyborg den 19. maj, Kristi himmelfartsdag. Det var en konsultationsfri dag. Dog skulle deltagerne fra provinsen sørge for, at deres patienter blev passet af en kollega. Der mødte 37, hovedsageligt fra provinsen. Mogens Fog indledte med et foredrag om forskning i almen praksis – vi har fyldige referater. Planen om et selskab blev forelagt og drøftet. K.H. Backer mente, at der allerede var kanaler nok for forskning i almen praksis. P. Backer anførte, at København ikke ville være med, men godt samarbejde. Afstemningens tema blev derfor, om man skulle bruge de bestående kanaler eller danne et nyt selskab. 32 var for et selskab, som herefter var stiftet. *Barnet fik lutter fædre*, som Østergaard berettede ved DSAM's tiårsmarkering i 1976.

37 medlemmer til en start

Det skal pointeres, at herefter sadlede Backer og søn om. Paul Backer lod sig indvælge i bestyrelsen, som bestod af Østergaard, Hørve (formand), Vagn Christensen, Ringkøbing (næstformand), Jørgen Dahl, Hammel (sekretær), desuden P. Backer, København, Kåre Strunck, Thyborøn, Olfert Fischer, Grejs, og Paul Møller, Nykøbing F. I den næste måned meldte 37 sig ind, og Jysk Medicinsk Selskab ud-

talte sin støtte! Som nævnt vikarierede jeg da i en jysk landpraksis og anede ikke, at der var ved at blive dannet et videnskabeligt selskab, ej heller, at der var behov for det. Men snart efter kunne jeg læse om det i Månedsskriftet, hvor K.H. Backer loyalt refererede stiftelsen, ledsaget af en artikel om forskning i almen praksis.

Store projekter

Den næste tid fik man skaffet en del medlemmer. I 1967-68 betalte 174 kontingent. Et mindretal så sig selv som forskere. De fleste ville signalere, at de ønskede udvikling af almen praksis. Mange af dem kom da også det næste årti til at præge udviklingen i PLO, DSAM og Lægeforeningen, både med organisation, uddannelse og forskning. Selskabet opnåede hurtigt støtte fra socialmedicinen, ikke mindst Erik Holst. Godkendelsen fra Dansk

BENT ØSTERGAARD (1913–1991)

- 1947–: Praktiserende sololæge i Hørve på Vestsjælland
- 1952: Medlem af Sjællandske Centraludvalg
- 1956–62: Sekretær for Sjællandske Centraludvalg
- 1956–65: Formand for Nordvestsjællands Lægekredsforening
- 1960–64: Formand for Udvalg vedr. fortsættelseskurser
- 1964–72: Næstformand i Lægeforeningens Uddannelseskomite
- 1966–70: Formand for Dansk selskab for forskning i almen lægepraksis
- 1967: Brygger Jacobsens mindelegat
- 1971: Flyttede praksis til nystartet lægehus i Svinninge
- 1972–78: Formand for Vestsjællands Lægekredsforening

Medicinsk Selskab (nu: Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber) modtog bestyrelsen med stolthed, selvom den var at forvente.

Der blev holdt to medlemsmøder årligt på skiftende steder i landet, dels

Almen praksis var ureguleret, ingen ydernumre.

med gensidig rapport om igangværende projekter, dels foredrag om relevante emner: forskning i almen praksis i Norge og i Tyskland, planlægning af kliniske undersøgelser og klinisk gennemprøvning af lægemidler. Bestyrelsen fik også knyttet kontakter til andre europæiske selskaber. I 1969 besøgte man lægehuset i Dalby, Skåne, hvor der var indrettet en forskningspraksis. Var der kun forskning på dagordenen, var fremmødet beskedent. Besøget i Dalby trak til gengæld mange.

Der blev nedsat dokumentationsudvalg, registreringsudvalg og redaktionsudvalg, som viser, hvor man så opgaverne. Flere af bestyrelsesmedlemmerne og enkelte andre kastede sig over at få lavet noget forskning i en blanding af lyst og nødvendighed – *der skulle jo forskes*. Fælles var problemstillingen: *Hvad er det, vi går og laver?* Emnerne var overordentligt relevante, men gennemførelsen var præget af manglende erfaring. Projekterne blev for omfattende, løb ind i samarbejdsproblemer og ud i sandet. Denne uformåenhed var ikke speciel for almen praksis. Der var endnu ikke forskerkurser, stort set ingen forskningserfaring, heller ikke på sygehusene. I 1969 var de berørte bestyrelsesmedlemmer ved at tegne under deres projekter. Ved På bestyrelsesmødet i august så man lidt fortabt på hinan-

den og spurgte, om forskning kunne udvikles på en anden måde.

Omdannelsen til DSAM

Østergaard havde ikke opgivet tanken om at udvide selskabets formål, så det matchede et videnskabeligt selskab. Flere i bestyrelsen bakkede op, også P. Backer. I 1967 var PLO blevet dannet. Man fandt, at tilslutning herfra var en betingelse, men var usikker på organisationens holdning. Blandt PLO's bestyrelse anså man Finn Balslev, Nykøbing F., for den mest fremkommelige. Han havde været medlem af selskabet fra starten. I april 1970 blev han inviteret til selskabets bestyrelsesmøde. Østergaard ridsede forhistorien op og forelagde planen om omdannelse af selskabet. Tre bestyrelsesmedlemmer mente ikke, at et sådant selskab ville være attraktivt; et flertal var dog for. Balslev var meget positiv. Man enedes om, at selskabet skulle have tre opgaver: forskning, videreuddannelse og efteruddannelse, i *nøje konneks* med PLO.

På bestyrelsesmødet i Thyborøn i maj tilrettelagde man slagets gang. Årsmøde og generalforsamling skulle finde sted på Scanticon ved Århus 25. - 26. september. Formålsparagraffen fik tilføjelsen *at virke initiativtagende og inspirerende for videre- og efterud-*

En cand.med. med "stor jus", ret til selvstændigt virke som læge, kunne nedsætte sig i praksis.

dannelse af alment praktiserende læger, og 'almen praksis' blev ændret til *almen medicin*. At varetage kontakten med tilsvarende selskaber i ind- og udland ændredes til *at fremme international kontakt inden for almen medicin*. Før kunne enhver læge, som gik

ind for formålene, blive medlem. Nu blev det forbeholdt *enhver alment praktiserende læge*. Samtidig indførtes medlemskab for andre *læger til reduceret kontingent og uden stemmeret*. Da kravene om antal fremmødte medlemmer for vedtægtsændringer ikke kunne forventes opfyldt, varslede man en ekstraordinær generalforsamling i november.

Årsmødet 1970 - et vendepunkt

Årsmødet 1970 blev en stor succes. Formen, som DSAM fortsatte med i de næste 20 år, omfattede parallelle sektioner med emner fra praksis, oplæg

Man kunne købe en praksis eller starte på bar bund.

og debat, hvori ledsagerne deltog på lige fod. Nu bredte man sig over hele spektret: Almen praksis - et speciale? Lægehuse og familielægen. Lægekønen som begreb og funktion. Desuden præsentation af faget sexologi ved datidens centrale personer: sexolog Preben Hertoft, socialoverlæge Helge Kjems, gynækolog Vagn Sele og psykiater Thorkil Vanggaard. Herefter motiverede Bent Østergaard Pharmacia-prisen til K.H. Backer. På generalforsamlingen gentog Balslev PLO's støtte til udvidelsen af selskabets formål. Ændringen blev vedtaget.

Planen var, at bestyrelsen fortsatte. Det holdt nu ikke. Bent Østergaard meddelte, at han måtte trække sig. Hans kone var, ganske uforskyldt, blevet svært invalideret ved et færdselsuheld, og han måtte for en tid afvikle sit organisationsarbejde. Det var rigeligt at have en stor solopraksis, som han i øvrigt arbejdede på at flytte til Svinningsø og bygge lægehus. Bestyrelsen havde allerede inden general-



Albustix og Clinistix til undersøgelse for protein og glucose i urinen. Fra Praktiserende læge Peder Sørensen, Holstebro, midt i 50'erne. Kilde: Steno Museet, Aarhus universitet.



Q()emte sager: Dr. Allesøes galdesten. Fra Inge Sørensens praksis, ca. 1953. Kilde: Steno Museet, Aarhus Universitet.



forsamlingen aftalt, at Paul Backer skulle tage over. Ved den ekstraordinære generalforsamling på Rigshospitalet 7. november 1970 var Østergaard fortsat aktiv deltager.

Hvorfor almen medicin?

Ordene almen medicin og deres betydning er med selskabets indsats blevet anerkendt og er gået ind i sproget hos myndigheder og i daglig tale. Navnet var dog kun delvist ledigt i 1970, idet det nogle steder levede som betegnelse på en medicinsk hospitalsafdeling i modsætning til den grenspecialisering, som så småt var begyndt – parallelt til 'almen kirurgi'. Ved omdannelsen af selskabet var navnet et varmt emne. Mange syntes, at man skulle fastholde ordene 'almen praksis'. Det svarede til engelsk *general practice* og var det, fagets egne brugte og identificerede sig med. Ingen alment praktiserende læge havde dengang sagt, at han var almenmediciner. Tilhængerne af en ny betegnelse pegede dog på svensk og tysk.

Afgørelsen bundede dog i noget andet. Forkortelsen DSAP var helt

uacceptabel for et par bestyrelsesmedlemmer med baggrund i modstandskampen. Besættelsen i 1940-1945. Det lå simpelthen for tæt på DNSAP, datidens danske nazistparti. Der kom kun sporadiske klager. Da vi senere skulle på barrikaderne for almenmedicinen, var der enkelte medicinere, der mente, at vi havde stjålet deres navn.

Eftermælet

Paul Backer blev en glimrende formand med stor iverigdom og flid. Han gjorde selskabet kendt og accepteret. Han var i høj grad formanden, der kørte det hele, internt og eksternt. Det betød meget for ham at kalde sig den første formand. Omdannelsen i 1970 blev snart til stiftelsen af selskabet. Ved generalforsamlingen i 1971 havde selskabet 376 medlemmer, som han havde skaffet, selv om mindst 150 af os, inklusive hans bestyrelse, havde været medlemmer fra før 1970. I 1975 fik han stiftelsesåret 1970 indsat i vedtægterne. Det er dog udgået senere.

Bent Østergaard var i det stille skuffet over, at selskabets historie konse-

kvent blev skrevet, som havde man i 1970 stiftet et nyt selskab fra bunden. I 1976 indbød daværende formand, Carl Erik Mabeck, Østergaard til at holde 10-års fødselsdagstale. Det var han glad for, men budskabet om startåret slog ikke igennem. Selskabet valgte at forbigå 25-års jubilæet i 1991 og fejrede det først i 1995. Det var uaktuelt, om Østergaard skulle med på billedet af formændene. Han var død.

I jubilæumsskriftet skrev Backer meget udmærket om forskningsselskabet, om end ikke alle detaljer er korrekte. Han undlod at kreditere Østergaard som initiativtager og formand og som drivkraft i ændringen af navn og vedtægt i 1970. I 2006 kom Nick Nylands udmærkede bog *Alment praktiserende læger i Danmark 1900-2000*. Her er kun en praktiserende læge nævnt i forbindelse med forskningsselskabet: Paul Backer. Nyland er af gode grunde undskyldt: han havde hverken haft adgang til selskabets arkiver eller været til stede. Denne artikel bør give Bent Østergaard pladsen tilbage som selskabets stifter. //



Af: Gert Almind, fhv. praktiserende læge og direktør for Novo Nordisk Fonden, og
Susanne Reventlow, professor og leder af Center for Forskning og Uddannelse i Almen Medicin, København - gert@almind.nu



Almenmedicinsk videnskabsteori – for 50 og 25 år siden og i dag

Da almen praksis i midten af 1960'ere indledte rejsen fra praktisk fag til akademisk lægespeciale, var videnskabsteori ikke et begreb, som praktiserende læger relaterede til deres arbejde. Almen praksis havde i over 100 år været et handlingsfag, som i princippet indeholdt den samme fremgangsmåde: patient og

læge mødtes, lægen lyttede, spurgte, iagttog og handlede, tænkte, satte etikette på og handlede. Før selskabet blev stiftet, var der næsten ingen videnskab og slet ingen forskning i teori. I denne artikel vil vi prøve at redegøre for, hvorfor disse begreber kom ind i almen praksis, og hvad de har betydet. Vi har valgt tre nedsalg i tiden: for 50 og 25 år siden og i dag.

Status 1970 – et selskab, et kursus, en flok amatører

De praktiserende læger var ikke teoriløse. En afgørende del af lægearbejdet var og er at anbringe patienternes sygdomsbillede i et diagnosesystem for at kunne behandle. Samtidig med den i studiet indlærte overvejende naturvidenskabelige grundopfattelse, baseret på fysiologi og biokemi, udviklede mange læger en mere praktisk, erfaringsbaseret opfattelse af sygdom og behandling.

Den unge læge var kommet lige fra eksamensbordet til et sommervikariat i Dr. Nielsens landpraksis. Ved principallægens hjemkomst beretter vikaren om fundet af sjældne og mærkelige sygdomme. Dr. Nielsen hører lidt åndsfraværende efter og spørger: 'Skal De være videnskabsmand, doktor?' Efter anden snak falder en bemærkning om, at Nikoline Hermansens forstoppelse er kureret – med rottegift. Der var rotter på det lille hus. Dr. Nielsen bemærker: 'Det kan så godt være, at der alligevel kan blive en nogenlunde praktiserende læge ud af Dem.' (H. Lind: Efter Konsultationstid 1966). Et andet eksempel: Akutte infektionssygdomme udgjorde den største del af arbejdet. Praktiserende læger havde iagttaget, at 'vi ser aldrig børnesygdomme i de perioder, hvor vi vaccinerer mod kopper'. Dengang hævdede intet fra studiet den slags over amnestuesnak. Det er så kommet senere.

Hvad er videnskabsteori?

- Den forskningsgren, som studerer videnskabens metoder, grundlag, forudsætninger og mål.
- Den kan inkludere sociale og ideologiske aspekter, og derved knytte an til videnskabssociologien.

De praktiserende læger var ikke teoriløse. En afgørende del af lægearbejde var og er at anbringe patienternes sygdomsbillede i et diagnosesystem for at kunne behandle.

Der var stort set ingen systematisk viden om arbejdet i almen praksis. Det gjaldt ikke kun effekt af behandling, reelt vidste man ikke, hvad praktiserende læger lavede. Netop i 1966 indså nogle praktiserende læger, at skulle almen praksis opnå anerkendelse i det lægelige hierarki, måtte man til at forske. Det blev til Dansk Selskab for Forskning i Almen Lægepraksis, i 1970 ændret til DSAM. Her startede de første beskrivende projekter, ganske teoriløse, udført af rene amatører, inkl. den ene forfatter.

Behovet for kvalificeret, klinisk forskning var betydeligt inden for alle specialer. I 1970 indledte Lægeforeningen derfor en række kurser i forskningsmetodologi, hvor det første hold overraskende nok blev forbeholdt praktiserende læger. Det indeholdt mest statistik, men også en grundig gennemgang af det klinisk kontrollerede forsøg (RCT), som da stort set var ukendt i Danmark. Endelig var en af underviserne, internmediciner Henrik Wulff, ganske optaget af medicinsk filosofi og vakte tanker om et videnskabeligt grundlag for almen praksis blandt flere af kursisterne.

Status 1995

– klemmt mellem organmedicin og alternativ holisme

Efter 25 år var situationen en ganske anden. Faget var blevet et speciale med sin egen videreuddannelse, og tre universiteter havde længe haft afdelinger for almen medicin med tilknyttede forskningsenheder. Den ambitiøse efteruddannelsesaktivitet Lægedage var etableret. Selskabet var en anerkendt partner i udvikling af undervisning. Der var nordiske forskningskongresser, Scandinavian Journal of Primary Health Care, og selskabet havde en vigtig rolle i internationalt samarbejde. Vi havde præsteret en sygdomsklassifikation, flere disputatser og fået en almenmediciner i Statens Forskningsråd. Der var velkvalificerede ansøgere inden for egne rækker til vore akademiske stil-



Videnskabsteori var også omtalt i jubilæumsskriftet fra 1995, hvor Cert Almind skrev "Almenmedicinsk videnskabsteori".

linger. Samlet et kæmpe skridt. Ikke desto mindre fandt redaktionen af selskabets jubilæumsskrift 1970–1995 det interessant at inkludere en artikel om almenmedicinsk videnskabsteori. Hvorfor nu det?

Almen medicin skulle som andre specialer udbygge mængden af forskningsbaseret behandling. Det forudsatte relevant almenmedicinsk forskning – problemstillinger i praksis og udført på patienter i praksis – og korrekt brug af denne forskning. Strategien havde derfor to mål: flere ressourcer, mennesker og midler til forskning samt motivering af praktiserende læger til at forstå, reflektere over og bruge forskning.

De toneangivende inden for sundhedsvidenskabelig forskning støttede basal naturvidenskabelig forskning, klinisk kontrollerede forsøg og epidemiologi, hvilket var udmærket også for vidensproduktion til almen medicin. Problemet var, at almenmedicineren skulle håndtere denne viden, oftest opdelt i organmedicin på hele mennesker, og at en lang række områder ikke mindst inden for almen



Historisk tilbageblik: Steriliseringssække med nåle, 1950.
Kilde: Steno Museet, Aarhus Universitet.



Før vor tid. Stetoskopet har tilhørt praktiserende læge Niels Marius Svith, som havde praksis i Ribe fra 1914 til sin død i 1970.
Kilde: Steno Museet, Aarhus Universitet.



medicin krævede andre metoder, som det var yderst vanskeligt at få midler til. Emner som sygdom som et samspil mellem person og situation; rådgivning af patienter og sociale dimensioner af sygdom; at leve med forskellige former for medicinsk risiko; patienters fortolkning af testresultater. Det var nødvendigt at finde og kvalitetsudvikle disse metoder og gøre dem konkurrencedygtige og anerkendte i det sundhedsvidenskabelige forskningshierarki.

Derfor havde videnskabsteori tiltrukket sig opmærksomhed. Selskabet havde arrangeret møder med eksperterne talere, som kunne formidle en humanistisk videnskabelig tilgang til sundhed og sygdom, f.eks. filosofen Uffe Juul Jensen og førnævnte Henrik Wulff. På forskningsinstitutionerne blev ansat enkelte med humaniora eller samfundsvidenskabelig tilgang til forskning, og en lille gruppe almenmedicinere fra Norge, Sverige og Danmark etablerede en række nordiske forskningsseminarer om kvalitative

metoder. Paradigmeskifte blev det rigtige ord at sige.

Artiklen i 1995 forsøgte at anskueliggøre for selskabets medlemmer, at videnskabsteori var et nærværende emne i almen praksis, fordi den rette behandling krævede udforskning med forskellige metoder, som praktiserende læger burde have en vis indsigt i og forståelse af for at kunne levere forskningsbaseret behandling og forklare patienterne baggrunden for deres råd om undersøgelse, behandling og forebyggelse. Det lagde samtidig en afstand til de mange såkaldte holistiske tilbud fra alternativ behandling. Oveni voksede patienternes ønsker til indsigt. *Som videnskabeligt forankrede personer med direkte kontakt til patienterne har vi i almen praksis en særlig forpligtelse til at blive klogere på videnskab og videregive noget af det til patienterne. Det kan blive en nødvendig del af et fremtidigt almenmedicinsk image.* Citat fra artiklen "Almenmedicinsk videnskabsteori" fra jubilæumsskriftet 1995.

Status 2020 – videnskabsteori, hver læges øje

I dag, efter yderligere 25 år, står almen medicin meget stærkere. Vores formænd i PLO og DSAM bliver jævnligt bedt om udtalelser om sundhed og sygdomme, om behandlingskvalitet og sundhedsvæsenets funktion og om brug og tolkning af forskning. De almenmedicinske forsknings- og uddannelsesinstitutioner er stabile og udgør væsentlige dele i samfundet. Hvordan står det til med forskningsbevillingerne og med den forskningsbaserede behandling, eller evidensbaseret medicin, som det nu hedder? Er videnskabsteorien stadig et emne i almen praksis?

Et gennembrud for den forskningsmæssige forståelse kom med videreuddannelsesreformen i 00'erne, hvor almen medicin fik sin helt egen udformning af de syv lægeroller, som former specialet. Akademikerrollen blev ligestillet med de øvrige roller. De første kurser i forskningstræning blev afholdt i 2006. Forskningstræningen

Evidensbaseret medicin har været en styrke, men i en periode også en udfordring med sin opstilling af et såkaldt evidenshierarki, hvor nogle metoder rangerede over andre. For et fag som almen medicin, der rummer mange aspekter af lægearbejdet, vil det altid være afgørende at vælge de rette metoder til at besvare forskningsspørgsmålet.

knytter forskning og evidensbaseret praksis sammen i uddannelsen. Uddannelseslærerne lærer via kritisk literaturlæsning og refleksion at oversætte forskningsresultater til brug i den kliniske hverdag og ved at inddrage en patientcentreret tilgang, som inkluderer patienternes præferencer og værdier, at bedrive evidensbaseret almen praksis. Den enkelte uddannelseslærer lærer på denne måde at op søge, vurdere og formidle ny viden inden for det almenmedicinske fag og tilgrænsende specialer. Kursisterne skal gennemføre et projekt, som er relevant for den kliniske hverdag. Mange etablerer efter kurset grupper med formaliseret litteratursøgning og literaturlæsning, ligesom et stigende antal ønsker at fortsætte med et større eller mindre forskningsprojekt. Med almen medicins relativt korte forskningstradition kan det tolkes som, at forskning er ved at være et accepteret og integreret element i almenmedicinsk selvforståelse og karriereplan.

På lægestudiet er der fortsat primært metodeundervisning i epidemiologi og statistik, men et fremtidsmål kunne være at styrke undervisning i videnskabsteori og inkludere humanistiske forskningsmetoder. Flere studerende vælger allerede at udføre mindre kvalitative undersøgelser som del af deres kandidatspeciale.

Kanon kommer til

For at øge interessen for almenmedicinsk forskning og evidensbaseret almen medicin blandt DSAM's og FYAM's

medlemmer blev i 2013 lanceret en kanon. Kampagnens motto var 'Er almen medicin mere end blot sund fornuft? Ja, selvfølgelig!' Selskabets forskningsudvalg udvalgte efter indstilling seks almenmedicinske videnskabelige artikler, som 'alle almenmedicinere burde kende'. Artiklerne kan i form af metode, deltagere, resultater eller budskab betragtes som alment dannende inden for specialet. Evidensbaseret medicin har været en styrke, men i en periode også en udfordring med sin opstilling af et såkaldt evidenshierarki, hvor nogle metoder rangerede over andre. For et fag som almen medicin, der rummer mange aspekter af lægearbejdet, vil det altid være afgørende at vælge de rette metoder til at besvare forskningsspørgsmålet. I dag gennemføres de fleste interventioner i et RCT-design samtidig med følgeforskning for at forstå processer og mekanismer bag de mulige effekter af indsatsen.

Videnskabelig disciplin i egen ret

Antallet af ph.d.-afhandlinger, disputater og videnskabelige artikler, som er publiceret inden for vores fag, er vokset støt. Hvert år publiceres mere end 300 videnskabelige artikler fra de almenmedicinske miljøer, mens der færdiggøres ca. 25-30 ph.d.-projekter. Temaerne dækker forskelligartede problemstillinger, som er relevante og brugbare for faget, men der kommer også mere grundvidenskabelige artikler, f.eks. om den almenmedicinske konsultation. Fagets erhvervede sta-

tus som videnskabelig disciplin i egen ret gør det muligt for almenmedicinske forskere at konkurrere med andre specialer om forskningsmidler. At der bevilges flere forskningsmidler til faget, medvirker til fagets udbygning og stigende erkendelse, også blandt bevillingsgivere, som et stærkt medicinsk speciale. Almen medicin har i dag et betydeligt systematisk vidensgrundlag, men med dets bredde er der fortsat brug for en stor forskningsindsats.

For at løfte større og mere komplicerede forskningsspørgsmål blev temapuljeprojekter under Forskningsfonden igangsat. I dag er 4. temapuljeprojekt ved at blive igangsat i tæt samarbejde mellem de nu fire forskningsenheder, med tilkomsten af Aalborg. Projektet omhandler optimeret behandling i almen praksis – med justering af medicinering som modelområde. Tidligere temaer har været 'Almen praksis som organisation' og 'Mødet mellem patient og praksis med fokus på symptomer'. Det har været nødvendigt at udvikle det forskningsmæssige teoretiske grundlag for at anvende en flerfold af teorier og metoder inden for epidemiologien, men også inden for den humanistiske og samfundsvidenskabelige forskning.

Således er almen medicin blevet mere forskningstungt, og vidensproduktion er blevet et vigtigt led i rekrutteringen af nye kræfter. Videnskabsteorien er fortsat en væsentlig del af almen praksis: den lever og udvikler sig i det praktiserende fag. //



De syv pejlemærker

I jubilæumsåret sætter vi fokus på DSAM's pejlemærker. Selskabet bruger dem i vejledninger, i FAQta-ark, i høringssvar til lovforslag og i offentlige debatter. Og lægerne bruger dem selv i hverdagen med patienterne. Spørgsmålet er: Hvilket af de syv pejlemærker er dit yndlingspejlemærke, og hvorfor? Send dit svar til practicus@dsam.dk.

Det er overraskende svært at vælge det pejlemærke, som har størst betydning for mig. Stor ros til DSAM for at sætte syv pejlemærker, der hver for sig giver så god mening. Til sidst står jeg med to pejlemærker – ude af stand til at vælge det ene fra.

“Hvad plejer at være hjælpsomt for dig, når du står i en svær situation?”, hører jeg mig selv spørge patienten. Pludselig ved jeg, hvad jeg skal. Jeg sender de syv pejlemærker til mine fantastiske kolleger med spørgsmålet: “Hvilket pejlemærke, tror du, betyder mest for mig?” Hurtigt bipper tre enslydende svar ind:

Vi giver mest til dem, som har størst behov

Valget skal begrundes med en patient. Jeg kunne vælge den unge kræftpatient, der på grund af sin religion vælger

kræftbehandling og morfin fra, for hvis det er Guds vilje, så lad det ske. Jeg kunne vælge indvandrerkvinden, som ikke kan skrive på sit eget sprog og dårligt kan tale på vores. Hendes netværk (manden og hans familie) forlod hende, da hun blev syg.

Jeg ender med at vælge Pia. Pia har ikke haft det nemt. Det ved jeg, for jeg har kendt Pias mor, inden hun døde af sin kroniske sygdom, og Pias far, inden han gjorde en ende på sit liv. Pia henvendte sig med allergisk reaktion på hårfarve. Kendskabet til Pia fik mig til at studse over et blåt mærke på kinden og vandigt sekret i næsen. Pia var ikke meget for skadestuen. Vores sygeplejerske så heldigvis stort på, at faste nok havde været fornuftigt. Pia blev holdt hen med saft og kiks. En enkelt gang blev smøgtrangen for voldsom, og Pia måtte hentes ind fra gaden, før befordringen kom.

Kraniebrud, penicillin og kæbekirurg

Af epikrisen fremgik: Kraniebrud, penicillin og kæbekirurg på mandag kl. 8.00. Det urealistiske tidspunkt ved kæbekirurgen (100 km væk) fik mig til at kontakte skadestuen. Nej, Pia havde ikke fået tiden ved kæbekirurgen – hun havde heller ikke fået CT-svaret eller penicillin. Pia var stødt imod skadestuens regler: Spiritus er ikke tilladt på stuen. Krav om aflevering af flasken på parkeringspladsen stillede Pia overfor to valg: At gå tilbage til skadestuen uden flaske eller at tage med flaske og bekendt hjem. Ikke et svært valg – skadestuen tabte.

Dagen efter var lørdag. Bevæbnet med penicillin og



Lægerne Bispebroen: Trine Tørslev, Else Sahilholdt, KBU-læge Patrick Korsgaard, Helle Ibsen og Ina Kurtmann. Foto: Diana Jepsen.

scanningssvar fandt jeg Pias opgang og efter en del besvær også hendes dør (ikke en opgang, hvor der rutes med navneskilte). Min tålmodige mand ventede i bilen og var instrueret i, hvornår han skulle gribe ind. Just in case. Ingen kunne vide, hvor årsagen til blå mærke og kraniebrud befandt sig. Penicillin skiftede hænder, et kram gik den anden vej. Mere skete der så ikke i den sag, for tiden kl. 8 ved kæbekirurgerne stod fast – og blev uden Pia.

Det er min læge

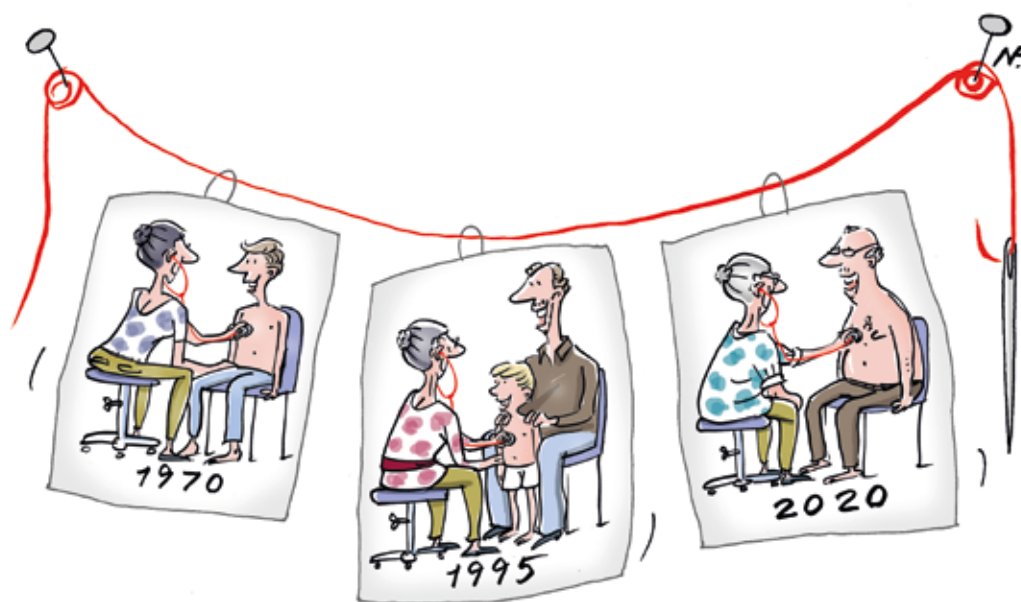
Knoglerne er vokset sammen, næsen løber ikke mere. Når jeg støder på Pia i byen, bliver jeg præsenteret: "Det er min læge". Hvilket ofte udløser et an-

erkendende nik. Jeg tænker: Det er min patient – der klarer sig trods alle odds. Udefra set tror jeg, at det er svært at vurdere, hvem der ser mest stolt ud.

En tanke falder mig ind: "Behov? – det kan du selv have!" Med parallel-ler til Mortens Sodemanns bog fra 2018 "Sårbar? Det kan du selv være", som gjorde mig bevidst om sårbarhed som noget relativt, noget relationelt og noget, der rammer alle.

Når jeg skønner, at der er behov for at give noget ekstra, oplever jeg samtidig at få mest igen. I arbejdsglæde, i brændstof til at fortsætte det daglige arbejde. Hvem er det, der giver mest? Og hvem har egentlig det største behov? //

Min tålmodige mand
ventede i bilen og var
instrueret i, hvornår han
skulle gribe ind.
Just in case. Ingen kunne
vide, hvor årsagen til
blå mærke og kraniebrud
befandt sig. Penicillin
skiftede hænder, et kram
gik den anden vej.



DSAM's årsmøde

2. oktober 2020 på Comwell Kolding

Relation og kontinuitet – i fortid, nutid og fremtid?

Siden sidste Practicus har verden ændret sig, og store forsamlinger er ikke længere hverken tilladt eller tilrådeligt, så længe COVID-19 har godt fat.

Vi ved i skrivende stund ikke, hvordan situationen ser ud til oktober.

Men vi har i DSAM besluttet indtil videre at fortsætte planlægningen af årsmødet og præsenterer derfor her det fulde program. Det er selvfølgelig med alverdens forbehold for, at vi må aflyse eller ændre setup for årsmødet, fordi vi stadig ikke kan forsamles i større antal, og forbehold for ændringer i programmet, hvis flyene stadig holder på jorden og vores keynotespeaker ikke kan komme frem.

Ærgerligt i sådan et jubilæumsår, hvor vi ellers har lagt op til den helt store fejring, men sådan er det nu engang. Vi holder vejret og håber...

Coronakrisen og de nye arbejdsforhold med videokonsultationer har om noget understreget værdien af en god læge-patient-relation, og at DSAM ramte plet med kampagnebudskabet "Det gør en forskel, at vi kender hinanden". Men der er mere i det end det. Vi udfordrer ud-sagnet og spørger, hvilken forskel det gør, at vi kender hinanden; at relation og kontinuitet kendetegner almen praksis - og hvordan det vil se ud i fremtiden. 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? Og kan der være risici forbundet med at blive set af den samme læge hver gang?

Desuden har corona fyldt så meget i den sidste tid, at vi må kaste et blik på, hvad vi har lært af krisen. Det kan vores keynotespeaker Margaret McCartney tale med om, ligesom hun vil tale om kontinuitet med fokus på fremtidens udfordringer for almen praksis. Margaret McCartney er praktiserende læge i Glasgow og har en brændende interesse for evidensbaseret medicin. Hun er forfatter til flere bøger og broadcaster til radio.

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

Ud over de fælles sessioner i plenum vil der være to runder med parallelle sessioner, som berører mange forskellige emner. Se omtale af dem på de følgende sider.

Også aftenens program lægger op til fest med god mad, festlig underholdning og et fantastisk band. Det kan du læse mere om på dsam.dk/aarsmoede, hvor du også finder mere information om programmet, tilmelding, refusionsmuligheder m.v.

Vi åbner for tilmelding 1. juni 2020 og garanterer pengene tilbage, hvis vi må aflyse årsmødet.

Tilmeld dig i god tid:

- Antallet af pladser kan blive væsentligt reduceret (både årsmøde og sessioner).
- Prisen er lavere ved tilmelding før 1. august 2020.
- Du får pengene tilbage, hvis mødet må aflyses.

HVEM SKAL HAVE TALEN I ÅR?

I DSAM mener vi, at der er vigtigt at hylde de kolleger, som arbejder målrettet for at løse lægefaglige problemstillinger, sætter fokus på særlige faglige udfordringer, arbejder utrætteligt for at skabe bedre vilkår for patienterne eller måske besidder en helt anden passion.

Kender du en person, som har udvist et særligt talent inden for faget almen medicin eller har medvirket til at profilere selskabet og/eller standen? Så hører vi gerne fra dig. Send dit forslag (hvem og hvorfor) senest den 1. august 2020 til dsam@dsam.dk. Prisen på 10.000 kr. uddeles på DSAM's årsmøde.

PROGRAM FOR ÅRSMØDET 2020

- | | |
|-----------|---|
| Kl. 08:30 | Registrering, morgenbrød og kaffe |
| Kl. 09:30 | Velkomst v/konferencier, formand for DSAM og formand for FYAM-udvalget |
| Kl. 09:40 | 50-års jubilæum – de forgangne 50 år og de kommende 50 år v/Niels Bentzen |
| Kl. 09:55 | Kontinuitet v/Margaret McCartney |
| Kl. 10:25 | Debatoplæg ved Sybille Bojlen og Anders Beich om det gør en forskel, at vi kender hinanden. Efterfølgende spørgsmål fra salen |
| Kl. 11:00 | Pause og posterwalk |
| Kl. 11:45 | Parallelle sessioner 1-7 |
| Kl. 13:00 | Frokost |
| Kl. 14:00 | Ph.d.-cup |
| Kl. 14:30 | Kort pause |
| Kl. 14:45 | Parallelle sessioner 8-13 |
| Kl. 16:00 | Pause |
| Kl. 16:30 | Afslutning i plenum |
| Kl. 17:00 | FYAM-timen for uddannelseslæger |
| Kl. 17:00 | DSAM-hygge i Intermezzo med historisk inspiration |
| Kl. 18:00 | Det faglige program slutter |
| Kl. 19:00 | Velkomstdrink i foyeren inden festmiddagen med god underholdning |
| Kl. 02:00 | Festen slutter |

PARALLELE SESSIONER OM FORMIDDAGEN

1. Hvordan kan vi arbejde med en årlig overblikskonsultation hos patienter med flere kroniske sygdomme?

En stor del af konsultationerne i almen praksis omhandler kroniske sygdomme eller tilstande samt opfølgning på patienter med cancer. Tallet stiger pga. øget levealder og flere, der overlever kræft. Kernen i en årsstatus er målsætningsarbejdet for både behandling og livsstil. Vi skal debattere anvendeligheden af en årlig overblikskonsultation, hvor vi sammen med patienten kan prioritere indsatsen.

2. Opfølgning på keynotetalk med Margaret McCartney

Vi følger op på debatten ved plenum-sessionen, men vil også inkludere andre temaer – herunder ”almen praksis i en COVID-19-æra”. Vi vil introducere Margaret McCartneys øvrige interesseområder og tage udgangspunkt i den nye virkelighed med coronapandemi.

3. Professionsetik: Hvor skal vi hen, og hvorfor skal vi det?

Vi er en profession med en samfundsmæssig mission, som er forankret i et politisk mandat. Vi leverer organiseret lægearbejde og har kollegialt organiseret os fagligt og politisk. Der vil altid være brug for den praktiserende læge. Vi har særlige privilegier og pligter og håndterer mange beslutninger. For at kunne blive stærkere i vores virke, må vi have en klarere rettesnor end blot gode aftaler om penge og opgaver. Vi har her et fagligt rum, hvor vi kan drøfte vores fags udvikling i en professionsetik.

4. Bedre praktik til de studerende

De medicinstuderendes klinikophold i almen praksis er det tidspunkt, hvor vi for alvor kan promovere vores speciale til de kommende læger. De studerende efterspørger klare retningslinjer for, hvad de kan forvente at få

ud af opholdet, og de praktiserende læger ideer til, hvordan de bedst kan tilrettelægge opholdet. Denne workshop vil udvikle ideer og formulere en idebank, som kan bruges af såvel underviserne på universitetet, tutorlægerne i praksis og de studerende.

5. Seksuel trivsel i coronaens skygge

Her får du viden om og inspiration til at turde tale om seksualitet og sexliv med dine patienter. I skyggen af coronavirus, hvor kropskontakt er blevet et tabu, er det blevet vigtigere at styrke intimiteten og seksualiteten i de nære relationer. Vi fortæller om, hvordan kroniske og alvorlige sygdomme samt bivirkninger og behandlinger kan påvirke seksualitet og sexliv, og hvilke konsekvenser det kan få for den psykiske trivsel og for parforholdet. Du får viden om medicinsk behandling og seksuelle hjælpemidler.

6. Det gør en forskel, at vi kender hinanden – over hele linjen

Hvad kommer der ud af kendskab til hinanden i klyngerne og i de lokale samarbejdsfora i det tværsektorielle sundhedsvæsen? Hør resultaterne fra forskningen i klyngerne. Der tages afsæt i kvalitative studier. Få inspiration og eksempler fra klyngeland om samarbejde internt i klyngen og med de lokale samarbejdspartnere.

7. Forskningstræning – præsentation af praksisnære projekter

Har du tænkt over, hvordan man formulerer sit eget forskningsprojekt? Eller er du nysgerrig efter at vide, hvad uddannelseslægerne laver, når de er afsted til forskningstræning? Alle læger i hoveduddannelse til almen medicin gennemfører et kursus i forskningstræning. Her formulerer de et praksisrelevant forskningsspørgsmål, der efterfølgende undersøges videnskabeligt. Vi præsenterer tre udvalgte projekter, der er gennemført i løbet af forskningstræningskurset.

PARALLELE SESSIONER OM EFTERMIDDAGEN

8. Defensiv medicin

– en skyggeside af lægearbejdet

Defensiv medicin er et produkt af flere strømninger i det moderne sundhedsvæsen. Fænomenet har tæt sammenhæng med den politisk/administrative kulturs indmarch i sundhedsvæsenet. Workshoppen vil belyse årsager til defensiv medicin og sammenhængen med uvished i det kliniske arbejde. Betydningen for læge-patientforholdet og patientsikkerheden vil blive diskuteret.

9. Rettidig diagnostik

– en almenmedicinsk udfordring

I almen praksis møder vi patienter fra en uselekteret population, hvor prævalensen af alvorlig sygdom er meget lav. Mange patienter henvender sig med symptomer og bekymringer, der er almene og kan have diffus karakter, og de skal håndteres efter DSAM's 2. pejlemærke: ”Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske”, dvs. at vi hverken skal skræmme unødigt eller iværksætte undersøgelsesprogrammer, der ikke giver værdi for patienten. Dette er den store diagnostiske udfordring i almen praksis, hvor ingen diagnostiske tests er perfekte. Hvordan får vi denne kliniske hverdag til at passe ind i kravet om tidlig sygdomsopsporing via diverse diagnostiske pakker?

10. Vejledninger og FAQta-ark

– om UVI og PTSD

DSAM har en lang tradition for at udgive vejledninger, og som noget nyt vil der nu også komme korte komprimerede FAQta-ark. Denne session vil præsentere de nye FAQta-ark om PTSD og UVI. Vi vil få præsenteret de vigtigste budskaber i forhold til håndtering af disse tilstande i vores kliniske praksis. Der vil blive rig mulighed til at stille spørgsmål til arbejdsgrupperne bag vejledningerne.

11. Søvnssygdomme - hvad stiller vi op i almen praksis, og hvornår skal patienten henvises?

Vi gennemgår de vigtigste søvnssygdomme, som er gode at kende for praktiserende læger. Vi vil tage en mere teoretisk gennemgang af søvn, som skal hjælpe med at forstå, hvorfor vi bruger en tredjedel af vores liv i denne farlige tilstand. Hvem skal henvises, og hvem skal tages hånd om andre steder? Vi skal diagnosticere Tornerose og diskutere, om en musling drømmer. Vi skal også forudse, hvem der udvikler Parkinsons sygdom om 10 år.

12. Gå glad på arbejde – og hjem igen!

Arbejdsglæden blandt praktiserende læger nåede et lavpunkt ved en undersøgelse i 2016, hvor 38 procent udviste tegn på udbændthed. Skræmmende tal, men måske behøver det ikke gå så galt. På denne session vil vi præsentere, hvordan det er gået med arbejdsglæden siden den første undersøgelse, og diskutere nye måder, vi kan organisere os på – med fokus på arbejdsglæde og et godt arbejdsliv.

13. Workshop for DSAM-udpegede

Workshoppen er for alle jer, der er udpeget til at repræsentere DSAM udadtil i forskellige styrelser og arbejdsgrupper, og for jer, der måske kunne tænke sig at blive det. Der bliver rig mulighed til at udveksle erfaringer og samtidig vil der være mulighed for dialog med DSAM's formand og sekretariat i forhold til ønsker og behov for det fremtidige samarbejde.

Læs mere om programmet og sessionerne på dsam.dk/aarsmoede.

Priser for deltagelse i årsmødet

	Tilmelding før 1. august		Tilmelding 1. august eller senere	
	Årsmøde	Festmiddag	Årsmøde	Festmiddag
DSAM-medlemmer	1.050 kr.	750 kr.	1.250 kr.	900 kr.
FYAM-medlemmer	550 kr.	450 kr.	650 kr.	550 kr.
SAMS-medlemmer*	200 kr.	450 kr.	250 kr.	550 kr.
Pensionerede medlemmer	550 kr.	600 kr.	650 kr.	700 kr.
Ikke-medlemmer og ledsagere	1.550 kr.	1.050 kr.	1.850 kr.	1.250 kr.

* Særlige SAMS-jubilæumspriser: De første 25 SAMS'er, der tilmelder sig årsmødet, kommer med til den favorable pris af 100 kr. for årsmødet og 250 kr. for festmiddagen. Herefter er det priserne i skemaet, der gælder. Læs mere på hjemmesiden.

Overnatning inkl. morgenmad: Enkeltværelse 900 kr., dobbeltværelse 1200 kr.

Drikkevarer under middagen er inkluderet i prisen. Efter middagen vil der være mulighed for at købe drikkevarer for egen regning.

Refusion fra Fonden for Almen Praksis: Årsmødet er godkendt til refusion fra Fonden for Almen Praksis for praktiserende læger og uddannelseslæger i fase 2 og 3. Se mere på PLO's hjemmeside (<https://www.laeger.dk/PLO/refusion>).

DSAM's repræsentantskabsmøde

Der indkaldes til ordinært repræsentantskabsmøde lørdag den 3. oktober 2020 kl. 09.30-12.30 på Comwell Kolding, Skovbrynet 1, Kolding.

Dagsordenen kan du finde på DSAM's hjemmeside. Fra primo september vil også regnskaber, beretninger og øvrige bilag være tilgængelige på hjemmesiden. Hvis du har en sag, der skal behandles af repræsentantskabet, skal du sende den til DSAM's formand på dsam@dsam.dk senest to uger inden repræsentantskabsmødet, dvs. senest den 20. september 2020

Mødet er åbent for alle medlemmer. Der er mødepligt for repræsentanter.

Oplysning om tilmelding til repræsentantskabsmødet findes på DSAM's hjemmeside.

FYAM-timen

FYAM-timen holdes fredag den 2. oktober 2020 kl. 17.00-18.00 på Comwell Kolding. Her gennemgår vi lidt om FYAM som gruppe og udvalgets arbejde. Der holdes valg til de eventuelle ubesatte poster fra e-valget og der holdes et oplæg i tråd med temaet på årsmødet.

Det kan du læse mere om i det næste nummer af Practicus.

SAMS' årsmøde

Traditionen tro afholder SAMS årsmøde i forlængelse af DSAM's årsmøde, lørdag den 3. oktober 2020 kl. 10.00-17.00 på Comwell Kolding. Programmet vil stå på både faglige oplæg og inspiration til livet som ny læge. I løbet af dagen er der gode muligheder for at netværke med SAMS'er fra andre byer samt dele erfaringer og tanker om studielivet/det kommende lægeliv.

Der er 10 pladser til hhv. Odense, Aarhus, København og Aalborg. Mere herom i næste Practicus og via nyhedsbrev. //



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

Opsporing af obstruktiv lunge- sygdom i almen praksis: Kan vi blive mere specifikke?

Klokken er 6.15, og jeg bliver vækket af mine tre børn, der har endnu en hjemmeskolingsdag i sigte. Vi befinder os i den 2. uge af *coronacation*, og i dag er anderledes end de fleste. Jeg har taget en fridag fra min blokstilling på Skejby Sygehus, fordi jeg skal forsvare min ph.d.-afhandling. Men grundet COVID-19 skal det foregå i et virtuelt rum. Jeg er naturligvis meget forventningsfuld. Spændt på, om teknikken hjælper mig, og om jeg kan formidle min forskning gennem et kamera, helt alene i et lukket rum. Det udfordrer den verbale formidlingsevne, at man ikke kan se folks reaktion, selvom det virtuelle rum helt sikkert er kommet for at blive. I det velkendte trykte medie vil jeg nu fortælle om et af studierne i mit ph.d.-forløb.

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

I Danmark antager man, at der er ca.

200.000 patienter med udiagnosticeret KOL og astma. De praktiserende læger og deres spirometre spiller selv sagt en vigtig rolle i opsporingen af obstruktiv lungesygdom. Første led i udredningen er en initial spirometri. Hvis denne viser en $FEV_1 < 80$ pct. af forventet eller $FEV_1/FVC < 0,75$, anbefaler DSAM, at man går videre med en diagnostisk spirometri for at udelukke eller bekræfte lungesygdom. Definitionen på obstruktiv lungesygdom er som bekendt $FEV_1/FVC < 0,70$. Det efterlader os med en gruppe med $FEV_1/FVC: 0,70-0,75$, som er en diagnostisk udfordring. Vi ved nemlig ikke, hvordan det går dem på langt sigt, eller hvor god en spirometri er til at forudsige fremtidig lungesygdom i denne gruppe. Dette er især relevant blandt de yngre patienter i praksis, idet FEV_1/FVC underestimerer blandt de yngre og overestimerer blandt de ældre.

2. Hvad handler dit studie om?

I studiet undersøger vi, hvordan det

går gruppen med $FEV_1/FVC: 0,70-0,75$, hvis man følger dem 25 år efter, de har fået lavet en spirometri. Vi undersøger både deres udvikling af lungesygdom, men også hvordan deres socioøkonomiske profil udvikler sig. Endelig undersøger vi spirometriens evne til at forudsige fremtidig lungesygdom, både blandt hele gruppen med $FEV_1/FVC: 0,70-0,75$, og mere specifikt kun dem med rygerhistorik og dem med luftvejssymptomer.

FAKTA

- Ph.d.-projekt: Identification of individuals at risk of developing lung diseases
- Forsvaret: 27. marts 2020
- Vejledere: Anneli Sandbæk, Anders Løkke, Bodil Hammer Bech
- Link til artiklen: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32218439>



Stemmingsbillede fra Lene Marias virtuelle ph.d.-forsvar den 27. marts 2020. På det ene billede ses eksaminationen sammen med opponenterne. På det andet billede ses et udsnit af venner, kolleger og familie, som lyttede med på afstand. Foto: Lene Maria Ørts Clemmensen.

3. Hvordan er dit studie udført?

Vi udførte et kohortestudie, hvor vi anvendte rygerstatus og spirometrier udført på 900 patienter i 1991. Dengang var patienterne i gennemsnit 40 år. Vi inddelte dem i tre grupper baseret på deres spirometri: grp. 1: $FEV_1/FVC < 0,70$, grp. 2: $FEV_1/FVC: 0,70-0,75$ og grp. 3: $FEV_1/FVC > 0,75$. Ved at koble disse målinger med de danske registre kunne vi følge patienterne frem til 2017. Vi fokuserede på gruppen med $FEV_1/FVC: 0,70-0,75$ med henblik på kontaktmønster til deres praktiserende læge, lungerelaterede kontakter til hospitalet, indløste recepter på inhalationsmedicin, årlig indkomst og tilknytning til arbejdsmarkedet.

Gruppen med $FEV_1/FVC < 0,70$ var ikke i fokus, da vi antager, at de allerede er i den praktiserende læges bevågenhed.

4. Hvad er de vigtigste resultater?

Gruppen med $FEV_1/FVC: 0,70-0,75$ har 3,4 gange flere lungerelaterede kontakter til hospitalet, indløser 3,3 gange flere recepter på inhalationsmedicin, har flere kontakter til deres egen læge, har en mindre indkomst og modtager mere offentlig forsørgelse sammenlignet med gruppen med $FEV_1/FVC > 0,75$. Også når der blev justeret for køn, alder, rygerstatus og uddannelsesniveau.

Ydermere kan man se, at jo ældre patienterne bliver, desto større bliver forskellen mellem grupperne. Dette resultat passer fint med lungesygdommens historik, men det er også en vigtig information til den samlede fortolkning af den initiale spirometri.

Når vi undersøger, hvor god spirometrien er (positiv prædiktiv værdi) til at forudsige lungesygdom 25 år senere, finder vi, at der i gruppen med $FEV_1/FVC: 0,70-0,75$ er 35 pct., der udvikler lungesygdom på sigt. Hvis man bliver endnu mere specifik og kun undersøger patienter med rygerhistorik ved baseline, finder vi, at 38 pct. udvikler lungesygdom. Den højeste positive prædiktive værdi finder vi, hvis vi kun undersøger patienter med selvrapporterede luftvejs-symptomer ved baseline. Der udvikler 61 pct. lungesygdom i gruppen med FEV_1/FVC mellem 0,70-0,75 ved baseline.

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

Vi anbefaler, at man holder ekstra øje med de yngre voksne, der initialt har $FEV_1/FVC: 0,70-0,75$, fordi vi kan se, at de på sigt har en øget risiko for at udvikle lungesygdom. Ydermere har

vi fundet, at luftvejssymptomer og/eller rygerhistorik øger sandsynligheden for, at spirometrien forudsiger fremtidig lungesygdom.

Denne viden kan de praktiserende læger og deres personale anvende, når de konsulterer patienter i risiko for at udvikle lungesygdom. Et tænkt eksempel kunne være en 40-årig mand med lændesmerter, som lugter af røg, og/eller som har dyspnø efter at have gået fra venteværelset ind til konsultationen. I denne situation kan man med fordel udføre en initial spirometri, mens man alligevel har patienten inde i sin konsultation. Hvis $FEV_1/FVC: 0,70-0,75$ viser vores studier, at han er i øget risiko for at udvikle lungesygdom på sigt. I denne situation er det vigtigt at få lavet en diagnostisk spirometri, opfordre til rygeophør og selvfølgelig lave en god alliance, så han kommer igen. Endelig skal man huske på, at hvis den initiale spirometri hos patienten med lændesmerter hypotetisk set var $FEV_1/FVC > 0,75$, er der meget lille sandsynlighed for, at patienten har KOL. Medmindre han har astmasymptomer, er der ikke indikation for en yderligere diagnostisk spirometri. Dette er relevant for almen praksis, så vi kan finde de rigtige og dermed spare både patienternes og vores egen tid. //



Livet som **sololæge** er det rigtige for mig

Som nyuddannet kunne jeg ikke forestille mig, at jeg skulle være praktiserende læge. Men jeg blev klogere. Vejen til livet med egen solopraksis krævede mange omveje, før jeg fandt hjem.

Som nyudklækket læge troede jeg, at det sidste jeg ville være var praktiserende læge. Men det er mange år siden. Tilfældet ville det anderledes. Jeg har nu åbnet en solopraksis (O-praksis) i Kastrup, hvor jeg og praksismanageren

netop har slået dørene op til en ny-istandsat lægeklinik.

Vejen dertil begynder under et ophold i Norge som kommunelægevikar. Forholdene i Norge er af en sådan karakter, at man – selv som ung læge – kommer bredt rundt i lægegerningen. Det faldt mig naturligt at have patientlæge-kontakten og det kliniske, og jeg nød opholdet.

Jeg fortsatte som læge i Danmark i Forsvaret med enkelte udsendelser. For eksempel var jeg udsendt som reservelæge i eks-Jugoslavien, som skibslæge i Middelhavet og Nordatlanten og som lægevikar ved Grønlands Kommando. Her var omdrejningspunktet igen patientlæge-for-

holdet. Efter at have reflekteret over mine sidste års observationer startede jeg i en blokstilling i almen medicin i det daværende Københavns Amt.

En stor ballast af erfaring

I 2006 blev jeg almenmediciner. Jeg forestillede mig, at jeg skulle indgå i et større lægehus, hvor faglig sparring og en dynamisk tilgang til arbejdet var en del af dagligdagen. Jeg endte med at købe mig ind i en kompagniskabspraksis i Kalundborg. Dengang boede vi selv i Sorø, så det lå perfekt i forhold til min bolig. Jeg havde nogle gode år i Kalundborg med dejlige kolleger og patienter. Mine forvent-



Ceren under sejlads i Middelhavet med Forsvaret. Privatfoto.

LIVET SOM SOLOLÆGE ER SKØNT, FORDI

- jeg kan fordybe mig i de patienter, der har brug for det
- jeg definerer selv mine arbejdstider
- jeg bestemmer selv, hvordan tingene skal gøres – også selvom der "ikke er økonomi i det".



Udsigten fra flyet under patienttransport fra Vadsø til Tromsø. Privatfoto.



Stemningsbillede fra Finnmark. Privatfoto.



Rensdyr på besøg under stuegang på plejehjemmet i Vadsø. Privatfoto.



ninger til praksis blev dog udfordret af et til tider hektisk arbejdstempo. Travlheden levnedde ikke tid til faglig sparring, og den dynamiske hverdag, jeg søgte, var ofte for dynamisk og for travlet. Da min mand blev udstationeret i England, valgte jeg at afslutte min del af praksis.

Under vores ophold i England begyndte jeg igen som lægevikar i Norge – denne gang i Finnmark i den nordlige del af Norge. Her fik jeg opfyldt min drøm om at arbejde i et stort lægehus. Vadsø Lægecenter bestod af 6-8 faste læger, 1-2 turnuslæger, kemoterapiafdeling med tilhørende kræftsygeplejerske, dialyseafsnit med dialysesygeplejerske og mere. Arbejdet var udfordrende; afstandene er store, og antallet af specialister i området er få. Man står ofte alene med mange problemstillinger, både akutte og ikke akutte, og man lærer at klare sig. Det giver en stor ballast i livet som læge fremefter. Når man kan klare Finnmark, kan man klare hvad som helst.

En passion for livet som familielæge

Da vi flyttede tilbage til Danmark i 2017, valgte jeg at blive ansat som lægevikar hos en tidligere læsemakker, veninde og kollega i hendes soloklinik i Ørestad. Jeg vidste ikke, hvor mit professionelle liv skulle hen. Jeg overvejede at videreuddanne mig inden for socialmedicin, psykiatri eller medicinsk antropologi. Men arbejdet som sololægevikar vækkede min passion for livet som familielæge. Her fik jeg mulighed for at forene det, som jeg brændte for: den tætte læge-patient-relation, det kliniske arbejde, den dynamiske hverdag og den store selvstændighed.

Da Region Hovedstaden opslugt ledige 0-ydernumre, var der ikke langt fra tanke til handling.

Et privilegium at hjælpe andre

Nu har jeg min egen familielægepraksis med en praksismanager, der varetager administrationen og hjælper med det kliniske arbejde, så jeg kan få lov til at fokusere på at være læge.

Den alsidighed, der kendetegner almen praksis, findes ingen andre steder. Selvom det kan være svært at følge med i det hele, er det skønt, at hverdagen ikke er ensformig. Det er et privilegium at få lov til at følge de mange forskellige mennesker tæt fra fødsel og mange år frem i livet – alle med forskellige historier. Og det er en fantastisk følelse at kunne hjælpe andre.

Rammerne inden for solopraksis er de helt rigtige for mig. Jeg elsker jobbet som praktiserende læge! Jeg ser frem til at lære hver enkelt af mine patienter at kende og følge dem – forhåbentligt i mange år frem. Jeg er 51 år. Med lidt god vilje kan jeg få lov at være i denne slutstilling i 15-30 år. //



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 keynotesession ved en konference eller perioder, der har defineret karrieren.



3 x 3

En videodoktors bekendelser

Udfordringen med at beskrive tre perioder, der har defineret min karriere og gjort mig til den fagperson, som jeg er i dag, har virkelig været til at tage og føle på. Dels fordi min karriere nok har været en af de mest atypiske inden for specialet almen medicin, og dels fordi jeg indtil nu har oplevet virkelig mange skelsættende oplevelser, som har betydet utrolig meget for mig og min faglige udvikling.

Men her følger alligevel de tre nedslag, der har gjort særligt indtryk.

29. juni 2013

Nævner man den dato for en praktiserende læge, der vægter sin selvstændighed højere end forholdet til trygheden i praksisarbejde, så er der stor sandsynlighed for, at vedkommende vil mærke et stik i hjertet. Det var nemlig denne dag, at det famøse repræsentantskabsmøde på Hotel Hilton i København blev afholdt, hvor ibrugtagningen af det stærkeste våben i OK 2013-konflikten, nemlig deponeringen af ydernumrene, blev nedstemt med en enkelt stemme. Forud herfor var gået nogle voldsomt intense måneder, hvor jeg selv bl.a. sammen med en masse PLO-kolleger, an-

ført af formand Henrik Dibbern, var gået på med krum hals for at mobilisere landets PLO'ere med det resultat, at over 90 % af dem havde afgivet en fuldmagt om, at ydernumrene kunne afleveres, så vi derved kom i den absolut bedst tænkelige forhandlings-situation over for regionerne.

Men 25 medlemmer af repræsentantskabet ville dog ikke det samme som 90 % af PLO's medlemmer, hvilket betød, at denne dag i stedet blev et af de største antiklimakser, som jeg og en masse andre af mine meningsfæller nogensinde havde oplevet. Som tidligere eliteidrætsudøver har jeg dog lært en ting, nemlig at man aldrig skal give op. Derfor brugte jeg tiden, der fulgte, med at skabe et fundament for den selvstændige praksislægeidentitet, så vi aldrig igen ville komme i en lignende situation.

Det skete bl.a. ved, at jeg sammen med Henrik Dibbern etablerede SPRAL (Selvstændigt Praktiserende Læger), som blev et politisk samlingssted for den gruppe af læger, der vægtede deres frihed højere end det, der undertiden føltes som en offentlig spændetrøje. Altså en regulær politisk fraktion, der arbejdede målrettet og inden for demokratiets rammer med at gøre



Imran Rashid taler til forsamlingen ved Stresskonferencen 2020 i København. Pressefoto.

sin indflydelse gældende – med stor succes.

I løbet af 2014 bragede SPRAL-lægerne ind i de fleste politiske embeder i PLO og DSAM, hvilket for mig var en personlig sejr oven på det ”kongemord”, jeg følte, der var blevet begået i 2013. Dog var der en dråbe malurt i bægeret for mig rent personligt.

"Hvilket arbejdsliv ønsker du egentlig?"

I slutningen af 2014 tog jeg nemlig med en dansk delegation til USA på en sundhedskonference, hvor jeg bl.a. kom til at stå ansigt til ansigt med Per Okkels, som var departementschef i Sundhedsministeriet og den reelle bagmand til mange af de planer, der gennem tiden er blevet lagt for udviklingen i sundhedsvæsenet – også i forhold til PLO.

Jeg følte, at det var på sin plads at forholde ham nogle af de tanker, som jeg havde som nynedsat læge, og spurgte ham derfor ligeud, hvorfor myndighederne ikke gjorde almen praksis til en del af løsningen i stedet for en del af problemet? Han kiggede på mig, tog en slurk af sin øl og sagde så ret tørt: ”Den, der betaler gildet, bestemmer.”

Lige netop dér gik det op for mig, at uanset hvor meget frihed og selvstændighed, som man via det politiske system kunne stræbe efter at få som praktiserende læge, så ville det altid i sidste ende være på andres præmisser. For eksempel som da Lægevagten uden varsel blev nedlagt af Region Hovedstaden og erstattet af Akuttelefonen 1813 uden nogen synnerlig grund anden end irritation fra Region H-politikernes side over de ”uregerlige” praktiserende læger.

Iværksætteren i mig forudså, at der ville blive et stort marked for direkte og let adgang til lægevagtsydelser, når 1813 åbnede, og jeg ville derfor gerne lave en løsning, der kunne adressere dette problem. Derfor begyndte jeg så småt at afsøge andre muligheder for at udleve mit iværksættergen, hvorved jeg kom i kontakt med Nis Alstrup, der var adm. direktør for Aleris-Hamlet Privathospitaler.

Her begyndte jeg så ved siden af praksisarbejdet at arbejde for Nis som konsulent og mærkede bl.a. tydeligt forskellen på at agere i en strengt kommerciel sammenhæng, hvor det, som jeg kunne, jo var en kæmpe konkurrencefordel, i modsætning til den semi-offentlige setting, som jeg til dag-

OM FORFATTEREN

Imran Rashid (f. 1977) er speciallæge i almen medicin og tidligere sololæge i København. Som innovationschef på Aleris-Hamlet privathospitaler stod han bag Videodoktor, den første videokonsultation betjent af speciallæger i almen medicin. Han har specialiseret sig i digitaliserings konsekvenser for mennesker og skrev bl.a. i 2017 bestselleren 'SLUK – kunsten at overleve i en digital verden'. I dag ejer han konsulentvirksomheden Sund Digital ApS, hvor han rådgiver offentlige og private virksomheder om digital sundhed og er landets mest benyttede foredragsholder om emner relateret til mennesker og teknologi.

lig sad i. Til forskel fra mit første forsøg på at lave en videodoktor-løsning i almen praksis, som var blevet syltet i to år i 2012, inden jeg gav op, tog det blot få måneder, før vi var i luften med en flyvefærdig privat ”lægevagtstjeneste” ved navn Videodoktor.

Egentlig var jeg på dette tidspunkt selv på nippet til at stille op til repræsentantskabet i PLO, da jeg ud af det blå fik et jobtilbud, som jeg ikke kunne sige nej til. Nis troppede nemlig en aften op hjemme hos mig og sagde ligeud, at jeg burde komme over og arbejde hos ham, og at jeg ville kunne få lov at skræddersy min egen stilling, som jeg ville.



Det er sjældent, at man reelt set får lov at grave dybt i sit indre og vende fordele og ulemper ved ens eksisterende arbejdsliv og det, som man selv kunne skabe, hvis man havde muligheden. Selvransagelsen var dog virkelig god, og efter at have vendt den med gode PLO-kolleger, der gav mig nogle virkelig gode råd, takkede jeg ja til stillingen som innovationschef på privathospitalet.

Fra ansat læge til selvstændig forfatter, konsulent og foredragsholder

I de følgende år på privathospitalet lærte jeg virkelig mange ting om den kommercielle virkelighed, hvor konkurrenceevnen hersker, og hvor innovation reelt afgør, hvem der får udbredt sine løsninger, og hvem der ikke gør. Jeg fik et kæmpe ansvar nærmest fra dag ét og havde det som en fisk i vandet. Særligt lærte jeg forhandlingens svære kunst, og at ens lægefaglighed er en ekstremt velanset fordel ude i virkeligheden, hvilket jeg tror, mange flere kan have gavn af at prøve.

Men efter nogle år, hvor jeg havde prøvet en masse spændende ting og

føjte, at jeg var vokset med opgaven i forhold til både at kunne analysere, konceptudvikle, markedsføre og sælge sundhedsteknologi, begyndte jeg at se nogle problematiske tendenser ved den måde, som teknologi generelt havde vundet indpas på i menneskers hverdag. Desto mere jeg lærte om tech-industrien, desto mere mindede det mig om den måde, som jeg gennem min lægekarriere havde oplevet medicinalindustrien agere på i forhold til at "skære hjørner" i jagten på at påvirke mennesker til et øget forbrug. Jeg begyndte derfor at kombinere min viden om patienter med min viden om teknologi og kunne her se, at der var nogle åbenlyse udfordringer, som var svære at opdage, hvis ikke man havde den dobbelte indsigt om både tech og sundhed, som jeg sad med.

Derfor udgav jeg bogen "SLUK – kunsten at overleve i en digital verden" i 2017 for at gøre folk opmærksomme på nogle skjulte udfordringer, som jeg oplevede dem. Bogens succes kom ret meget bag på mig, da det aldrig havde været min intention at blive forfatter. Jeg så det bare som en slags forlængelse af lægegerningen og som folkeoplysning.

Herefter gik det stærkt. Jeg fik så travlt med at afdække denne nye niche, som jeg kaldte digital sundhed, at jeg i slutningen af 2017 forlod Aleris-Hamlet og stiftede mit eget konsulentfirma ved navn Sund Digital ApS.

Herfra har jeg i de sidste to år forenet foredragsvirksomhed med konsulent- og rådgivningsarbejdet om digital sundhed, udgivet en lang række bøger og er blevet endnu skarpere på, hvordan mine evner kan anvendes til at gøre en forskel for langt flere patienter nu, end dengang jeg sad i almen praksis.

Når jeg indimellem bliver spurgt, om jeg savner almen praksis, så plejer jeg at svare, at det behøver jeg slet ikke. Man kan nemlig godt tage lægen ud af almen praksis – men man kan ikke tage almen praksis ud af lægen... //

EFTERSKRIFT

11. marts 2020 kunne jeg fra sidelinjen med stor interesse betragte, hvordan "nød havde lært almen praksis at Skype" med indgåelsen af en landsdækkende aftale mellem PLO og RLTN om videokommunikation i almen praksis. Det satte selvfølgelig mange tanker i gang hos mig, dog mest af alt nok følelsen af, at ringen endelig var sluttet. Almen praksis var nu nået til det punkt, som jeg befandt mig på i 2012, nemlig med det ene ben i nutiden og det andet i fremtiden. Mit eneste råd til jer er at forblive i nutiden, bevare den faglige forankring, kritisk sætte den ene fod foran den anden og først som sidst huske det vigtigste: Nemlig at herneydelsen i almen praksis altid bør være det mærkbare møde mellem mennesker – uanset hvilken formidlingsform der benyttes.



Enorm opbakning til de unge læger i Thy og på Mors

10 unge almenmedicinere har sendt en besked til egen beboerne: Vi er på vej!

Der er desværre mangel på alment praktiserende læger i Thy og på Mors. Vi hører ofte, at folk er bange for at miste den nære relation til deres familielæge, og det forstår man godt. Den relation er helt afgørende. Det er vigtigt at slå fast, at Thy ikke er lagt øde hen. Befolkningen kan se frem til forhåbentlig fortsat at have en praktiserende læge med nær relation. Her i området har vi dannet en gruppe med uddannelseslæger, som påtænker at blive i Thy og på Mors efter endt speciallægeuddannelse. Vi er aktuelt 10 læger i vores gruppe, alle i gang med speciallægeuddannelsen til almen medicin. Vi er alle bosat her. Nogle er indfødte og hjemvendt som jeg selv, andre er nytilkomne. Fælles for os er, at vi holder af at være i Thy. Vi holder af sammenholdet, naturen,

den type mennesker, der bor her, taknemligheden, relationerne og den store sundhedsmæssige forskel, vi gør her.

Det vigtige fællesskab

Der er mange grunde til at vende sit liv mod Thy og Mors. Her er et fantastisk fællesskab. Det gælder både i arbejdslivet, men bestemt også privat. Det er helt klart et afplusserne ved at bo i Vandkantsdanmark – et stort nært fællesskab. Når man kommer hertil, er man ikke alene. De lokale står med åbne arme, klar til at lukke nye mennesker ind i fællesskabet. Sådan er det også blandt os unge læger. Vi har LYST til at være her.

Vores lægegruppe blev etableret igennem det fællesskab, der er her i området. Vores veje krydsede hinanden igennem uddannelsesforløbet, og så var der en, der tog initiativ til, at vi skulle samle os. Vi opdagede jo, at der var flere og flere, der kom hertil og faktisk gerne ville blive, så den mulighed benytter vi os af til at samles og danne endnu et fællesskab. Vi holder møder, hvor vi udveksler erfarin-

ger, både fagligt og uddannelsesmæssigt, eller tager nogle emner op, som trænger til at blive repeteret. Derudover holder vi også arrangementer, hvor vi spiser sammen. Det er en kæmpe styrke på alle fronter både nu og den dag, vi alle er speciallæger med fast job i Thy eller på Mors. Nogle i gruppen er færdiguddannede på nuværende tidspunkt, mens andre først færdiggør speciallægeuddannelsen i 2024, så vi er forskellige steder i forløbet. Det er også en fordel i forhold til erfaringsudveksling.

OM FORFATTEREN

Regitze Høy er uddannet i Aalborg og Aarhus. Nu er hun vendt hjem til sin fødeegn for at blive praktiserende læge. Hun har bosat sig med sin kæreste og lille søn på den gård, hvor hun er født. Sammen med sine kolleger har hun lavet Facebookopslaget Læger på Vej. Og det har ført meget godt med sig.

Blå himmel og gul rapsmark,
flotte omgivelser til en tur med
barnevognen. Privatfoto.



Regitze i en hyggestund med
parrets søn. Privatfoto.

Regitze har rødter i Thy.
Privatfoto.



Tid til at lære og tid til at leve

Jeg har arbejdet i Thy i 1,5 år og er meget glad for det. Her er bestemt ikke kedeligt. Der er rig mulighed for at være social. Vi er mange yngre læger og mange andre unge mennesker med andre professioner, som man kan møde i blandt andet sportsklubberne og selvfølgelig på sygehuset, hvor der også er et godt kollegialt sammenhold. Det handler om prioritering af tid. Hvis man er mange, der skal mødes, så kan det være svært, fordi arbejdstiderne er forskellige, men der er masser at give sig til. Der er mange sportsklubber og events, blandt andet triatlon-klub og surfing. Man kan tage i biograf, i teater, på restaurant, til koncerter m.m. Der er også Facebook-grupper for nye tilflyttere. Jeg synes ikke, man mærker meget til, at vi er i et yderområde på den måde.

At blive en del af flokken

I uddannelsesforløbet i Thy bliver man kastet ud i tingene. Det er måske i virkeligheden også sådan, man lærer bedst. Man lærer ikke at suturere ved at læse i en bog. Jeg har i hvert fald

udviklet mig meget på den måde. Man bliver vist tillid, og man har altid en erfaren kollega i baghånden. De er vilige til at lære fra sig. Jeg synes bestemt ikke, at vi lider under manglende udvikling, som der har været rygter om. Tværtimod. Man får ansvar med en hjælpende hånd.

Vi er blevet taget godt imod her. Jeg kan jo selvfølgelig bedst tale for mig selv. Jeg har oplevet, at de etablerede læger i området har været imødekommende og inkluderende og også behjælpelige med at finde praksisplads, og man er på den måde blevet "en del af flokken".

Der er også en stor velvillighed til at få os etableret og gjort til nye kolleger. Man bliver hurtigt lukket ind i varmen, og det er afgørende for, om man synes, der er rart at være.

I praksis møder man mennesker i alle aldre; gravide, patienter med sportsskader, psykiatriske patienter, kroniske patienter m.m., og så kan jeg lide, at jeg skal få symptomerne til at passe med en bestemt sygdom. Der er en god work-life-balance i praksis.

For mig tæller det, at vagtbelast-

ningen er begrænset. Jeg vil gerne have weekenderne fri til socialt samvær og hygge, og det fungerer bedst i almen praksis, også selv om der følger meget administration med, når man bliver selvstændig i praksis. Det er svært at sige, om vi ender som sololæger eller i kompagniskab. Der er fordele og ulemper ved begge, og jeg tror faktisk ikke, at dem, der ikke er færdiguddannede, helt har besluttet sig. Jeg er i hvert fald ikke selv helt afklaret endnu. Jeg synes dog, der er en fordel i at være flere forskellige professioner samlet i en klinik.

Meget positiv respons

Vi har modtaget så meget positiv respons på Facebook-opslaget. De kommentarer til opslaget, som jeg har haft tid til at læse, har alle været positive. Folk er glade og taknemlige, og nogle også overraskede over den glædelige nyhed. Der er ingen tvivl om, at vi bliver taget enormt godt imod af den lokale befolkning. Mange kommenterer det også, når man møder dem, så der bliver ikke holdt tilbage med roserne. Der er også mange af vennerne, der er



Gruppen af unge læger på vej i almen praksis.
Foto: Regitze Høj – med selvudløser.

Vores lægegruppe blev etableret igennem det fællesskab, der er her i området. Vores veje krydsede hinanden igennem uddannelsesforløbet, og så var der en, der tog initiativ til, at vi skulle samle os.

overraskede over, at opslaget er blevet delt så mange gange, og hvad det førte med sig af omtale. Det blev vi egentlig også selv.

Masser af muligheder

Vores fremtidige arbejdsliv kommer nok til at se ud ligesom andre alment praktiserendes, bortset fra at man i Thy og på Mors nok kender patienterne på en anden måde, end hvis man var praktiserende i en storby. Hertil kommer, at vi befinder os i den mest unikke del af Danmark med masser af muligheder, også når man ikke er på arbejde. Kendskab, faglighed og fæl-

tiserende læge i Thy og på Mors. Og er det i virkeligheden ikke også det, vi søger? Vi gør en forskel, helt klichéagtigt, men det gør vi, fordi de fleste, der kommer til lægen her, faktisk ER syge. Derudover synes jeg, at vi er gode til at socialisere os. Når man ikke er så mange, så holder man sammen på en anden måde. Her er selvfølgelig også plads til ro og fordybelse, når man trænger til det.

Uanset hvordan lægemangelsituationen i Thy og på Mors ser ud i fremtiden, så står vi klar til at udføre vores fornemmeste opgave. At se det 'hele' menneske, at få symptomerne

denne på bedste vis. At skabe kontinuitet. At spørge interesseret ind til det menneske, der sidder foran os. Og ikke mindst at skabe et fantastisk fællesskab for nytilkomne kolleger, læger såvel som sygeplejersker og andre professioner. Heldigvis kan vi jo se, at Thy stadig er et populært valg blandt nye læger og med rette. Man er på alle måder ønsket her. Det er jo vildt ærgerligt, at et så fantastisk område som Thy og Mors skal have lægemangel. Jeg mener bestemt ikke, at man vil fortryde at komme hertil, og man vil ikke komme til at kede sig og være alene. //



Tilbage på skolebænken og frem med hoveduddannelsesstilling

”Jeg savner egentlig at være på skolebænken,” tænkte jeg for nogle år siden, inden jeg søgte en hoveduddannelsesstilling i almen medicin. Vel, jeg kom tilbage på skolebænken og på en mere favorabel måde, end jeg havde forestillet mig med mulighed for sideløbende at arbejde som læge. Jeg ville nemlig gerne have en ph.d.-stilling, men det stod mig klart, at jeg ikke ønskede at tilbringe tre år på et kontor uden at se patienter.

Jeg har aldrig været én, der følte sig presset til at satse tungt eller længe på en uddannelse eller en karriere, og at have luft under vingerne var, og er, en dyd. Ikke desto mindre valgte jeg i 2016 at tillægge en tre år lang ph.d.-ansættelse til det 4,5-årige hoveduddannelsesforløb i almen medicin. Orlov fra forskning til at se patienter og omvendt orlov fra den lange 2,5-årige sygehusdel af hoveduddannelsen til at forske ville til gengæld komme mig til gode.

I de følgende år forfulgte jeg en nysgerrighed mod det teoretiske som forsker inden for børn- og unge-patientgruppen og interessen for tilgængeligheden i bevægeapparatets symptomer. Måneder ad gangen arbejdede jeg på kontor med gode rammer for fordybelse og formidling afvekslet med måneder på sygehuset som AP-uddannelseslæge. Mit netværk af kolleger inden for almen medicin voksede betydeligt igennem den almenmedicinske forskning, og i rækken af sygehusansættelserne så jeg mig selv

som den, der ikke fulgtes med andre AP-uddannelseslæger qua mine indskudte orlovsperioder til forskning. Påmindelsen om interessen for forskningen og formål med resultaterne heraf var vigtig at holde sig for øje.

Hver sin forpligtelse

Hoveduddannelsesforløbet krævede gennemførelse af SPEAM-kurser, temadage og retur dage, hvilke alle var skemalagte for mig. Ph.d.-uddannelsen stillede anderledes krav i form af undervisning af medicinstuderende på AAU, ECTS-point, optjent ved gennemførelse af ph.d.-kurser, og sidst men ikke mindst gennemførelse af tre ph.d.-projekter, som hver især gerne skulle kulminere i en artikel. Da de obligatoriske kurser i hoveduddannelsen var meget lidt fleksible, blev deltagelse i disse ofte i den ph.d.-beregne tid, hvilket til tider har været på lånt bekostning, da konferencedeltagelse og ph.d.-kurser omvendt også har ligget på fridage under sygehusblokken.

Jeg har ikke valgt hverken læge-

hvervet eller ph.d.-studiet for at blive rig eller få en længere titel som følge til mit navn, men velhavende er jeg blevet – af begge. Som læge skaber jeg relationer til mine patienter og har via min private mobiltelefon skabt kontakt til og sms’et med over 120 danske børn og unge med smerter i bevægeapparatet i forskningsøjemed. Nogle af dem har betroet sig til mig. Dét er velstand. Den slags, der er synonym med rigdom, og ikke den, der betegner gode økonomiske forhold.

Ekstracurriculær aktivitet

Selvfølgelig var det oplagt at jeg blev medlem af diverse udvalg, der lagde op til socialt såvel som fagligt netværk. Medlemsskaber i DSAM-Nord, FYAM-Nord, Forskningsudvalget som udnævnt formand for Ph.d.-udvalget samt Festudvalget på CAM-AAU for at nævne nogle. Da jeg for få år siden fik mulighed for at være medforfatter på en ny lærebog for medicinstuderende i almen medicin, var det ligeså en udfordring, der var for fristende til at afslå.

Fire år inde i forløbet kan det bekræftes. Det har været fedt at være på skolebænken. Nu skal jeg blot finde på noget nyt at være studerende i, når ph.d'en inden for nærmeste fremtid får sin ende og hoveduddannelsen ligeså. //

Mit skræddersyede 7,5-årige ansættelsesforløb i kronologisk rækkefølge:



PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond

Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i september 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 skrivefasen. 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 (underskriftsside) samt eventuelle underbilag fremsendes til:

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

Ansøgningsfrist for uddeling i september 2020:

Onsdag den 2. september 2020.

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



En medicinstuderendes tanker om fremtiden

Vi har brug for kortere sammenhængende forløb, hvis vi skal være praktiserende læger.

Det er efterhånden ikke en nyhed, at der er mangel på læger, nærmere speciallæger og specielt almenmedicinere. Den nuværende såvel som den forrige regering har ad flere omgange iværksat forslag og ændringer til håndtering af dette problem. De har forsøgt med en række tiltag, blandt andet optag af flere medicinstuderende og flere intro- og hoveduddannelsesstillinger. Idéen er god. Desværre er der ikke en effekt på den korte bane.

Vi vil ikke tvinges

Socialdemokraterne har med deres seneste skud på stammen foreslået tjenesteplicht for nyuddannede læger og begrundet det med argumentet, at samfundet har stillet en eftertragtet uddannelse til rådighed. Til gengæld beder samfundet de nyuddannede læger at give en hånd med til at afhjælpe lægemanglen.

"Samme høje kvalitet – uanset læge". Sådan begynder Sundheds- og Ældreministeriets publikation fra 2018 "En læge tæt på dig" – Indsatsområde 2. Ifølge den nuværende regering kan dette lade sig gøre ved at sætte nyuddannede læger, der kun lige har færdiggjort deres KBU, ud i områder med lægemangel. Her kunne der meget vel opstå situationer, hvor man ikke vil have tilstrækkelige kompetencer til de problematikker, man vil møde.

Sammenhæng er løsningen, men ...

Lægeforeningen har præsenteret seks yderst fornuftige forslag for sundhedsministeren, som kan afhjælpe lægemanglen. I tillæg til dette synes jeg, det er interessant at inddrage de sammenhængende uddannelsesforløb, som indtil videre har været testet i Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Jeg tror, en af grundene til, at de sammenhængende uddannelsesforløb ikke har vundet ind hos de nyudklækkede læger, foruden mangel på information om mulighederne, er, at de i almen medicin indeholder både KBU, introduktions- og hoveduddannelse. *Hvis man ikke er fast besluttet på at være almenmedicinere, så er det en stor beslutning at søge de nuværende sammenhængende uddannelsesforløb og trække teltplokkerne op med sin familie.* Oven i dette er familien muligvis blevet lidt større, og partneren har måske allerede har et job i sin nuværende by.

Giv os bedre kendskab til specialet

Mads Koch fra SAMS København fremhævede i sidste udgave af Practicus, at almen medicin ikke udgør en stor del af vores uddannelse. Den korte tid i almen praksis kan ikke give et ordentligt indtryk af specialet. Hvis vi ikke har et ordentligt indtryk af specialet, hvordan skal vi så som nyuddannede læger kunne være fast besluttede på, at vi vil bruge de næste 5,5 år på at blive almenmedicinere?

Et forslag til et nyt tiltag, som både kunne sigte mod at rekruttere flere læger til specialet og gerne ud i lægetruede områder, kunne være at indføre sammenhængende uddannelsesforløb i almen praksis, som kun indeholder KBU og introduktionsuddannelse. Som reglerne er nu, vil det kun tage 1,5 år. Efter de 1,5 år kan man håbe, at nogle af de yngre læger måske forelsker sig i det pågældende område og tager en hoveduddannelse efterfølgende i samme område. //





TANKER FRA STOLEN:

Supertanker

Coronakrisen har sat tanker og skrivelyst i gang hos vores trofaste skribenter af "tanker fra stolen", og vi har valgt at bringe hele tre artikler i denne superudgave af en Practicus-klassiker.

Af: Asger Dalmose, praktiserende læge, Åbyhøj - asger.dalmose@dadlnet.dk

Code erfaringer i coronatiden

I denne coronatid har jeg på intet tidspunkt været utryg lægeligt set ved den beskedne kontakt, vores patienter har haft med klinikken. En af fordelene ved at være sololæge er, at man kan overse stort set hele sin patientskare og i hvert fald den del af den, som er mest syg og oftest kontakter os. De mest syge har jeg kunnet vedligeholde passende kontakt med og derved haft en god føling med, at der er styr på deres helbredssituation. Hvis der derimod er kommet henvendelser fra de mindre kendte ansigter, har jeg været ekstra på vagt: Hvorfor kontakter de klinikken i denne tid, hvor patienterne generelt holder lav profil?

Mit indtryk er, at indtil nu er der ingen, som har holdt sig for længe tilbage og dermed forsinket vigtig udredning. Ved store opgørelser i fremtiden kan dette vise sig at være en forkert fornemmelse, men noget siger mig, at det ikke vil ske.

Naturligvis er de faste kontroller

udskudt, og tiden vil vise, om der sker et skred i komplikationer og følgesygdomme. Det vil heller ikke ske, tror jeg.

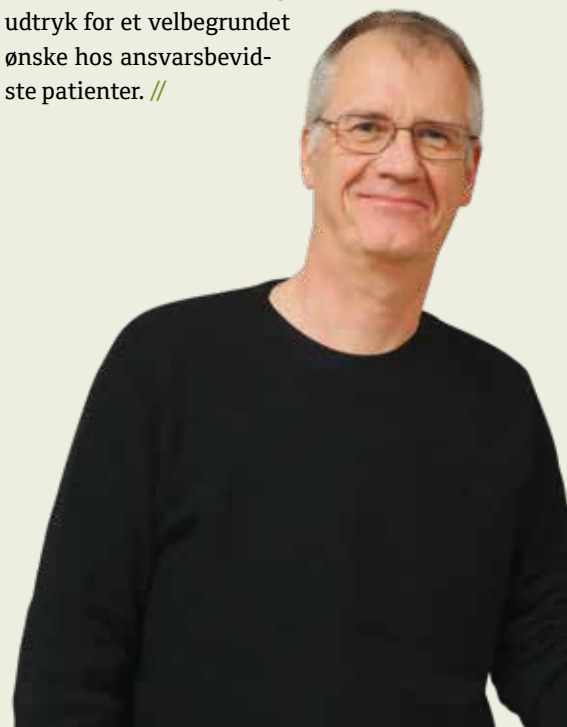
Den på den ene side meget begrænsede generelle kontakt og på den anden side – forhåbentlig – vedligeholdte nødvendige kontakt fra patienterne baserer sig på to modsatrettede overvejelser hos patienterne. Dels en fejllopfattelse og dels en skarpsindig vurdering. Fejlopfattelsen hos patienterne har været, at de kunne forstyrre de travle alment praktiserende læger i en svær tid, mens skarpsindigheden kommer til udtryk ved, at de nødvendige kontakter er blevet vedligeholdt.

På den ene side har patienterne været beskedne og ansvarsbevidste samfundsborgere. På den anden side har de vist en klarsynet vurdering af deres eget helbred og dermed sikret, at deres ydmyghed trods alt ikke medførte skade for dem selv.

Alt i alt har coronatiden vist de bedste sider af vores patienter: de har

været ansvarsbevidste samfundsborgere og samtidig været dygtige til egenomsorg.

Læren for mig selv har været, at patienterne henvender sig velbegrundet til almen praksis. I coronatiden gør de det sparsomt men alvorligt, og i hverdagen mere aktivt og heldigvis mindre alvorligt. Men ikke desto mindre er henvendelser til lægen udtryk for et velbegrundet ønske hos ansvarsbevidste patienter. //



Skjulte gaver i en coronakrise

Der er altid to sider af en sag. Jeg savner at dele de positive konsekvenser af coronapandemien. Hvis vi bruger det velkendte redskab "3 gode ting" fra positivpsykologien, så vælger jeg at sætte fokus på:

- **Folkesundheden:** For mange år siden havde jeg det privilegium at arbejde sammen med professor Torben Jørgensen om forebyggelse af sygdom. Han viste mig internationale arbejder om, at folkesundheden stiger under kriser. Mennesker ændrer adfærd, der påvirker deres sundhed positivt. Måske har du også lagt mærke til, at danskerne har været ude i det dejlige forårsvejr som aldrig før? "Coronaferie" har nogen kaldt "det nedlukkede Danmark" – i skjul. For det har jo ikke været rigtig ferie, er det blevet påpeget med løftet pegefinger. Børnene har fået tid med deres familier, og dér, hvor jeg bor, er mobiltelefoner lagt væk, og fiskestænger,

snobrødspinde og bolde er fundet frem til en tur ud i naturen. Legepladserne er mange og ikke lukkede som i København. Ja, børnene har savnet deres legeskammerater, og det er også sjovt at lege med familien – og sundt at kede sig og selv skulle finde på. Og alle børnene er kommet af med deres løbenæser og hoste i den friske luft, væk fra trange bygninger med ringe rengøring.

- **Fællesskabet:** Vi løfter i flok. Vi hjælper. Vi kommer i møde. Vi tager hensyn. Vi synger sammen. Vi øser af vores viden. Vi byder ind og nyder hinandens selskab på afstand med en følelse af fællesskab. Vi er alle i samme båd, og det føles godt at stå sammen om en fælles sag.
- **Almen praksis:** Corona eller ej – vores opgave er stadig den samme; overblik-fokus-overblik-fokus. Vi gør alt, hvad vi kan i de udstukne rammer for at trøste, lindre og hel-

brede. Det gør vi året rundt med bevidsthed om, at vi kan tage fejl, uanset hvor samvittighedsfulde vi er, og hvor umage vi gør os. Vi har i lyntempo indført nye arbejdsmetoder.

Da jeg indledningsvist lovede tre positive ting, skal jeg undlade at kommentere på, hvad tunnelsyn gør. Okay, der er altid to sider af en sag: Jeg har det svært med, at corona gør os til folkehelte, og at politikerne presser os til tunnelsyn. Jeg har det svært med, at ingen tager notits af en styrelse, der ser det nødvendigt at slække på retten til at jagte samvittighedsfulde, dygtige læger, der som altid passer deres arbejde. //

Jeg har det svært med, at corona gør os til folkehelte, og at politikerne presser os til tunnelsyn.



Interessante tider

Det er et paradoks, at vi for få måneder siden diskuterede maskeforbud og håndtrykspåbud – nu er påbud og forbud vendt om. Når børnene vil ud at lege med deres venner, spørger vi, om de ikke i stedet kunne blive hjemme. TV- og internettid eksploderer. Tidligere kunne man forsøge at camouflere en prut med et host. Det går slet ikke i dag! Er alt forandret i den aktuelle krise?

Vi opfører os, som om alle i vores omgivelser er smittede, som om vi selv er smittede. Vi lægger afstand, selv om sandsynligheden for smitte reelt ikke er stor – men konsekvensen kan være fatal, og vi har nu set, at den nyindførte “sociale afstand” faktisk har haft en positiv effekt på forekomsten af sygdom og død i Danmark.

Med myndighedernes ofte gentagne ord: “Det, du gør i dag, gør en forskel” prøver vi at tilpasse vores adfærd til den nye virkelighed. Men allerede i 1785 formulerede den tyske filosof Kant levereglen: “Opfør dig sådan, at grundlaget for dine beslutnin-

ger også kan danne grundlag for en almengyldig lovgivning” eller på nu-dansk: “Think global – act local”. Og det holder jo stadig – i disse dage meget tydeligt. Måske er der også flere, der nu overvejer at blive organdonorer?

I modsætning til burkaforbud og håndtryksritualer er der altså leve-regler, der rækker ud over den umiddelbare tidsånd og vedbliver at give god mening, også når tiderne med et slag ændrer sig. Det er jo interessant. Er der mon forhold i vores praksisliv, der på samme måde kan siges at have mere almen gyldighed?

Nu, hvor vi ikke må mødes med vores patienter, oplever jeg i hvert fald,

at sloganet “det gør en forskel, at vi kender hinanden” rummer en sandhed, som gør, at telefon- og videokontakter ikke er helt meningsforladte, men faktisk giver mulighed for at yde hjælp og rådgivning på et hæderligt niveau, fordi vi har en fælles forforståelse. Kendskab, kontinuitet, tillid og helhedsforståelse vedbliver at være en værdi i denne tid, hvor social afstand og sygdomsangst deformerer vores samvær.

“Gid du må leve i interessante tider” er jo en gammel forbandelse – endog kinesisk. Men selv i en forbandelse kan der ligge erkendelse. Jeg håber, at de nuværende og kommende trængselstider vil give os en større indsigt i, hvad der er væsentligt og værdifuldt i vores liv som mennesker og som læger. //

Debatindlæg kan sendes til
practicus@dsam.dk



L
ÆG
E N S
B O G S
T A V E R

Dømmekraft kan kun udøves i et fællesskab

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

Vores lægefaglige beslutninger får mere gyldighed, når vi er del af et fagligt fællesskab. Vi er derfor også på det niveau forbundet med hinanden, selvom vi sidder spredt i forskellige klinikker.

Vi tager hver dag beslutninger, hvor vi ikke nødvendigvis kan redegøre for rationalet som en simpel kæde af årsagslogikker.

Vi kan til en vis grad knytte ord og begreber til vores kliniske beslutninger. Det er nødvendigt, at vi over for omverdenen kan redegøre for, hvad vi har gjort, og hvad grundlaget er. Men vi kan sjældent nå helt i mål.

Det kan være nærliggende at ty til begrebet *intuition* (som også kan indgå i det lidt luftige *lægekunst*), for intuition beskriver den fornemmelse, vi har i andre af livets forhold, når vi vælger et frem for andet, ofte uden at være helt bevidste om grundlaget.

Men er det rimeligt at begrunde kliniske beslutninger med et så flydende begreb som intuition?

Nej, det er næppe rimeligt, for intuition kan netop ikke begrundes; det er kendetegnende for intuitionen, at den vender indad mod den beslutningstagende, der kan sige: Jeg kunne bare fornemme, at det var det rigtige.

Man kan komme langt med formelle beslutningskæder som f.eks. i vejledninger og flowcharts. Men for at kunne bruge disse i den konkrete virkelighed, ligger der en lang formel teoretisk og praktisk klinisk uddannelse med våd studiesal, galopperende frøhjerter og ikke mindst årene som forvagt. Der er en sti, som er betrådt af forbilleder

Vi må bruge vores dømmekraft. Og vi må regne med, at den bygger på vores professionsdannelse, men vi må også erkende, at den inkluderer intuition.



og mentorer, og der er en årtusindlang kultur og ophobet viden i professionen, som vi langsomt lærer og lever os ind i. Formelle retningslinjer er sjældent nok i den konkrete situation. Vi må bruge vores *dømmekraft*. Og vi må regne med, at den bygger på vores professionsdannelse, men vi må også erkende, at den inkluderer intuition.

Men hvordan kan vi afgøre, hvor meget intuition, der indgår i vores dømmekraft; hvordan kan vi begrunde over for omverdenen, at der er mening med det, vi gør?

I vores professionelle fællesskab har vi en ide om, hvilke beslutninger der er inden for skiven – og hvilke der ikke er. Vi er enige om, at til samme kliniske problem kan der gives flere rigtige løsninger. Sandheden er ikke absolut, den er situationsafhængig.

Dømmekraften får især gyldighed i en faglig kollektiv praksis; den skal kunne stå sin prøve i fællesskabet. I

Set i det lys er et af de største skridt i vores fags historie, at vi har grundlagt klyngerne, der, om end de er unge og famlende, kan være et stort skridt i styrkelsen af kliniske beslutninger på grundlag af faglig dømmekraft.

modsatning til intuition, der ikke skal begrundes, så må dømmekraftsbeslutningen være robust nok til at kunne ses fra andre vinkler af fagfæller.

Dømmekraftsbeslutninger kræver altså, at vi har et fælles fagligt rum, hvor de kan være genstand for fælles udvikling, drøftelse og evaluering. Dette rum er f.eks. klinikfællesskaber, DSAM, Facebook, efteruddannelsesgrupper og ikke mindst klyngerne. Når vi som profession kan blive så pikerede over STPS' optræden, er det, fordi de kun har et vurderende og dømmende udefra-perspektiv på vores beslutninger. Hvis vi ikke har robuste fællesskaber, hvor vores dømmekraft

og dens beslutninger i ydmyghed og tillid kan trykprøves, vil vi fortsat være underlagt formelle procedurekrav, der godt nok ikke siger noget om den gode beslutning, men som blot er omverdenens forsøg på at sikre sig, at det, vi som læger går og gør, er rationelt.

Set i det lys er et af de største skridt i vores fags historie, at vi har grundlagt klyngerne, der, om end de er unge og famlende, kan være et stort skridt i styrkelsen af kliniske beslutninger på grundlag af faglig dømmekraft.

Med andre ord: Det kollektive er afgørende for, at vi kan udøve dømmekraft i vores lægegerning. Mere af det. //

PRACTICUS // kalender

MØDEKALENDER

FOLKEMØDE - AFLYST!

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

25TH WONCA EUROPE CONFERENCE - NY DATO!

17.-19. dec. 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

30

31



POST

PP

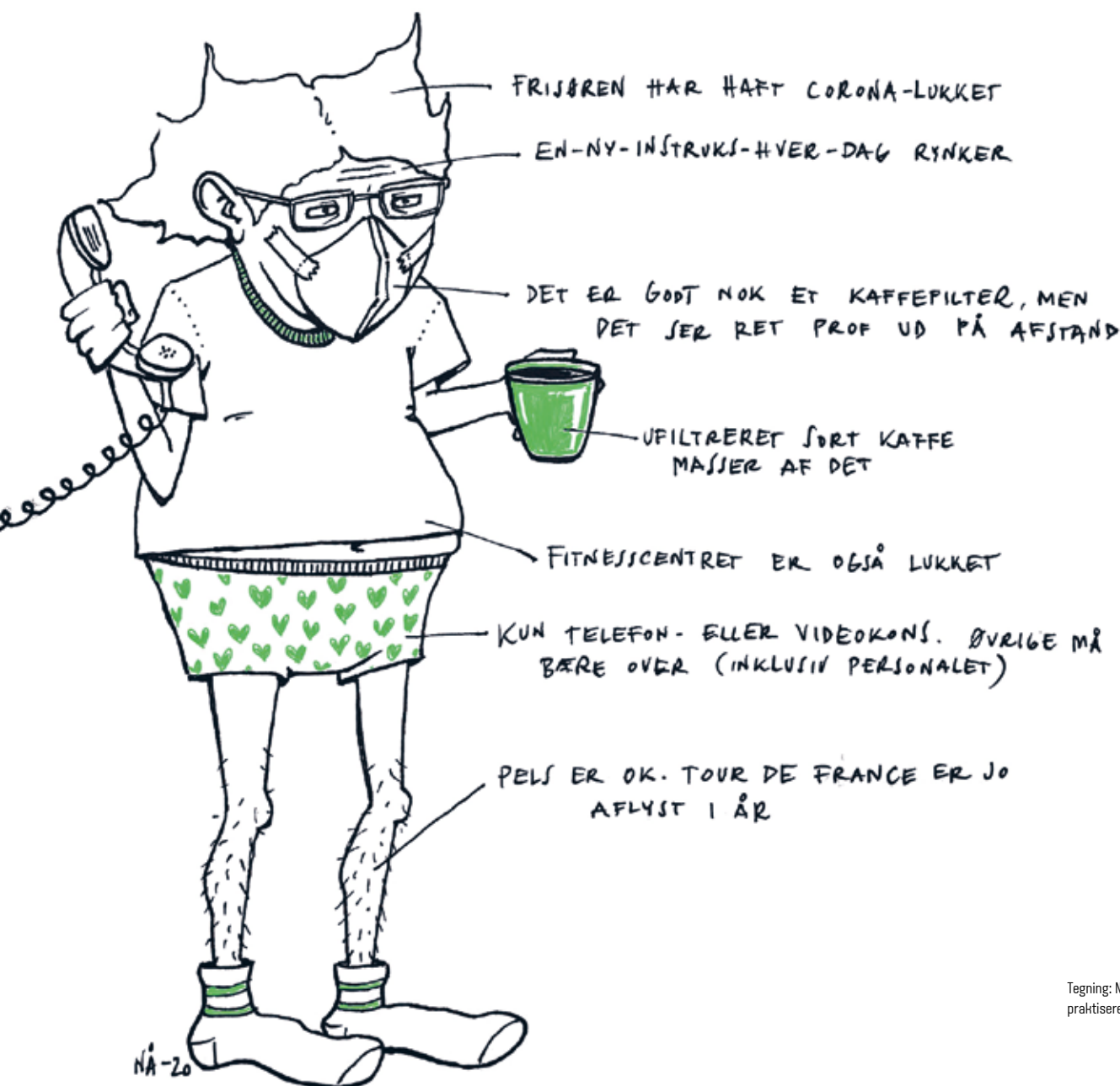
DANMARK

ID-nr. 42774

SORTERET MAGASINPOST

DSAM • Stockholmsgade 55 • 2100 København Ø

Almen praksis tilpasser sig coronapandemi



Tegning: Nina Åslund,
praktiserende læge, Hastrup.