

Practicus

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



Juli 2020
43. årgang // 251

TEMA

FORSKNING

50 år og lidt til, side 7

Forskning set gennem jubilæumsbriller, side 15

Kvalitetsdata på godt og ondt gennem 25 år, side 18

"Det er en heksejagt!", side 32



INDHOLD



// s. 7

Leder

- 3 Vi mangler et 8. pejlemærke

DSAM

- 4 Slanketure er ikke en effektiv folkesundhedsstrategi
6 Forskningsudvalget har fingeren på pulsen
7 50 år og lidt til
10 Et nyt DSAM-vælg nærmer sig
13 Er du kandidat til DSAM's repræsentantskab?
14 Valgmøder med spændende debatter og oplæg

Artikler

- 15 Forskning set gennem et par jubilæumsbriller
18 Kvalitetsdata på godt og ondt gennem 25 år
22 Videokonsultation – kan vi bruge det til noget?
24 Ny forskning skal sikre bedre videokonsultationer
27 Kvaliteten af telefonvisitation i vagttiden
30 Sammen flytter vi sundhed med patienten
32 "Det er en heksejagt!"
35 Mine og dine patienter!
36 Wir treffen uns in Berlin!
38 "Jeg har altid gerne villet have min egen praksis"
41 3x3: Kontinuiteten og relationen til patienterne...

FYAM

- 44 Her i lægehuset kan du møde uddannelseslæger
46 Valg 2020

SAMS

- 47 Studerende i coronatid

Debat

- 48 Journalen var vores dagbog
49 Lægeforeningen og sundhedstrekanten

Boganmeldelse

- 50 Dr. Hansen har set sin sidste patient

Opslag

- 9 Sara Krabbes Legat, ansøgningsfrist
26 Mødekalender
40 Honorar for dataindsamling, ansøgningsfrist
40 PLU-fonden, ansøgningsfrist
52 Tag med til DSAM's årsmøde



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

Nr. 253
Frist for artikler: 1. november 2020
Udgivelsesuge: 53, 2020

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

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

FORSIDEFOTO
Colourbox

OPLAG
4.900

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin



Vi mangler et 8. pejlemærke

2020 buldrer afsted, og vi er blevet udfordret på vores vigtigste arbejdsredskab, konsultationen, som i årtier har været rammen for mødet med patienten. Fagligheden er sat på prøve i en grad, som ikke er set hidtil i vores godt og vel 50-årige historie som det lægespeciale med flest medlemmer i Danmark.

Forandringerne er løbet stærkt, og vi aner ikke, om den nye virkelighed er godt eller dårligt nyt for almen medicin. Men måske er det heller ikke vores største bekymring.

I maj udkom den nyeste trivselsundersøgelse for almen praksis. Tallene var nedslående: Der er omtrent lige så mange praktiserende læger, som er udbrændte eller på vej til at blive det i dag, som der var ved sidste undersøgelse i 2016. For første gang dokumenteres en sammenhæng mellem andelen af multimorbide patienter og øget forekomst af udbrændthed hos den praktiserende læge. Og så er det kun ca. en tredjedel af os, som søger hjælp, hvis vi er udbrændte.

Hvem kommer til at tænke på stewardessen, der demonstrerer iltmasker på flyrejsen? Hvis kabinetrykket falder, skal du først hjælpe dig selv og så din medpassager.

Kabinetrykket er faldet i almen praksis i de senere år. Der er sket et stort fald i antallet af praktiserende læger fra 3.653 i 2007 til 3.326 i dag. Samtidig er antallet af konsultationer kun faldet meget lidt, og e-mailkonsultationerne er steget voldsomt fra 1,7 mio. i 2009 til 7,1 mio. i dag.

Det er indlysende, at den udvikling ikke kan fortsætte. Heller ikke selv om det på gode dage kan føles, som om vi svæver over toppen af bakken og ser ud over det grønne,

frodige og forgrenede almenmedicinske landskab: resultaterne af 50 års udvikling.

Vi kan nyde udsigten til landvindinger inden for både uddannelse, forskning, kvalitetsudvikling og internationalt samarbejde. Vi kan se på de syv almenmedicinske pejlemærker, og vi kan være stolte af dem. De binder os sammen i en fælles faglig identitet, og de er med til at understrege, hvordan vi kan forbedre indsatserne for og med patienterne.

Men udsigten skæmmes af sumphuller og stenede skrænter og steder med kviksand, som er svære at komme op ad igen, når man først er faldet i. Og vi har glemt iltmaskerne på rejsen.

Vi skriver 2020 og jubilæumsår, og nu skal vi gøre det bedre for os selv; vi har brug for det 8. pejlemærke:



Vi prioriterer et godt arbejdsmiljø for lægen og dennes personale

- Vi har fokus på lægens og personalets trivsel og fysiske og mentale sundhed.
- Vi sørger for, at arbejdsopgaver er velbeskrevne, hviler på bedst tilgængelige evidens og giver mening for lægen.
- Vi rydder ud i meningsløst bureaukrati og sætter almenmedicinsk aftryk på alle nye opgaver.

God sommer! //

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





DSAM I PRESSEN:

Slankekure er ikke en effektiv folkesundhedsstrategi

Den 27. januar 2020 rejste DSAM's lægefaglige repræsentant Rasmus Køster-Rasmussen sig i protest fra et arbejdsmøde i Sundhedsstyrelsen. Ved bordet sad nogle af Danmarks førende eksperter i vægt og ernæring. Fem måneder senere kom denne beslutning til at skabe overskrifter i landets aviser og blev ki- men til en større samfundsdebat om opspo- ring af overvægtige og vægttabsprogrammer.

Kaffen var varm og nyskænket, da Rasmus Køster-Rasmussen blot 10 minutter inde i et arbejdsmøde i Sundhedsstyrelsen fortalte forsamlingen, at DSAM ikke ønskede at være forfattere til de fedmeanbefalinger, som arbejdsgruppen optimistisk havde forventning om skulle være færdige samme eftermiddag.

Hvis man havde tabt en knappenål, ville lyden af den have givet ekko i rummet.

Han gør en sidste gang opmærksom på DSAM's holdninger til opsporing af overvægtige, og hvad DSAM mener er et ensidigt fokus på slankekure – alt sammen fagligt input, der ikke er med i anbefalingerne trods utallige opfordringer.

Stemningen i rummet er tyk, og Rasmus må lægge øre

til et par forargede røster. Men beslutningen står fast. Han pakker sine ting og forlader lokalet. DSAM har trukket sig fra arbejdsgruppen.

Hvert år har DSAM et større antal udpegede lægefaglige repræsentanter, som arbejder i forskellige styrelser. Det er absolut ikke hver dag, at DSAM trækker sig fra et samarbejde på den måde. Beslutningen blev truffet sammen med DSAM's formandskab.

Fra slank til stærk og glad krop

Sundhedsstyrelsens "Livsstilsintervention ved svær overvægt" er en række anbefalinger til, hvordan kommunerne skal forebygge sygdom hos voksne og børn med svær overvægt. Anbefalingerne lægger op til opsporing af svært overvægtige i kommunerne, i almen praksis, i skolerne og et kommunalt drevet massevægttabsprogram. I et udkast står der bl.a., at indsatsen mod fedme skal sigte mod, at den enkelte "kan opnå sunde vaner, vægttab, vægtvedligeholdelse eller vægttabsvedligeholdelse".

I et hørings svar i november 2019 skriver DSAM bl.a., at der ikke er solid evidens for, at slankekure er effektive som folkesundhedsstrategi. Al tidligere erfaring fra implementering af forskningsresultater viser, at folk er mindre engagerede, hvis de opspores, end hvis de henvender sig selv. DSAM vurderer, at det altoverskyggende mål om vægttab, ikke er konstruktivt i forhold til at hjælpe de mange med overvægt. For selv om det måske er muligt at tabe sig for et mindretal af dem, der udsættes for vægttabsprogrammer i en periode, så viser litteraturen, at 90

procent vil tage kiloene på igen. Fokus bør breddes ud til at omfatte en stærk og funktionel krop i stedet for et smalt mål om en slank krop og vægttab. Man risikerer at gøre mere ondt end godt samt at øge følelsen af stigmatisering og marginalisering blandt et stort flertal svært overvægtige.

En journalist fra DR havde fulgt sagen fra sidelinjen siden januar, og da coronavirussen indtog verden og lagde gaderne øde hen, blev der lagt et hermeneutisk låg på sagen frem til juni måned.

Danmarks Radio breaker

Den 11. juni skrev DR: "Læger smækker med døren: Nye råd mod fedme er oldnordiske." Dagen efter fulgte Weekendavisen trop med overskriften "Få kilo at hente." Flere medier fulgte trop med lignende overskrifter. I DSAM var det håbet, at diskussionen ville kunne handle bredere om etik, individualisering af samfundsproblemer og det principielle problem i, at fagfolk, som i en eller anden grad har indflydelse på borgeren, går ind og påpeger (opspor) afvigelse hos den enkelte borger, som bør korrigeres. Debatten handler foreløbig mest om overvægt og er i skrivende stund godt i gang på alle medieplatforme.

Psykologforeningen bakker op Lene Meyer, som er psykolog og forsker i tvangsoverspisning på Københavns Universitet, mener, at de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen lægger op til at give kommunerne om fedme, baserer sig på gammel viden. Hun mener, at fokus på vægttab risikerer at forstyrre folk gevaldigt i deres forhold til deres krop. Der er risiko for, at de bliver utilfredse med deres krop og alt for optagede af betydningen af vægt for identitet og selvværd, siger hun og kalder det et "umuligt projekt" for kommunerne. Hendes anbefalinger går på, at når børn og unge får et bedre forhold til deres krop, så har de mindre tilbøjelighed til at blive tykke.

DR spørger Jens Meldgaard Bruun, overlæge og klinisk professor i ernæring ved Steno Diabetes Center Aarhus, som sad med ved mødet den 27. januar. Han efterlyser andre alternativer fra DSAM, da man ellers "misser muligheden for at handle, inden personen tager yderligere på og øger risikoen for at udvikle følgesygdomme."

Men spørgsmålet er, om det er DSAM's ansvar at finde på nye ideer til løsninger af fedmeproblemer i samfundet? Det virker på mig en anelse trist, at landets førende eksperter i vægt og ernæring bruger tre år på at komme op med støvede initiativer som "opsporing" og "massevægttabsprogrammer", som fokuserer på individet (skyld og skam) fremfor at arbejde ud fra et samfundsperspektiv med fælles løsninger, som øger aktivitetsniveauet på f.eks. arbejdspladsen, i trafikken eller i fritiden.

Ligevægt skal gentænke sund vægt

Som en modvægt til den gammeldags tænkning om krop og vægt lancerer Lene Meyer, Rasmus Køster-Rasmussen og otte andre fagpersoner med interesse for fedme en tværfaglig sammenslutning – Ligevægt. Formålet er at gentænke opfattelsen af vægt i sundhedsvæsenet og i samfundet generelt.

Historien nåede frem til Christiansborg, og der var stor forståelse for DSAM's beslutning og holdninger. B.T. foretog en rundspørge blandt Folketingets sundhedsordførere om Sundhedsstyrelsens planer om at "opspore" folk og opfordre dem til at gå i behandling mod fedme.

"Det er en helt uhørt stigmatisering af folk," sagde Enhedslistens sundhedsordfører, Peder Hvelplund (EL). Han bakkes op af sin politiske modstander Liselott Blixt (DF), som udtaler, at "den slags går imod alt,



Læs også beretningen
"Det er en heksejagt!" på
side 32, eller hør den på
Practicus podcast.

hvad vi ved virker". "Jeg kan godt forstå, at de praktiserende læger er udvandet fra den arbejdsgruppe. Det er at stigmatisere folk unødigt," siger hun. Venstre og De Konservatives sundhedsordførere bakker også op om kritikken.

DSAM siger af og til nej tak

Af og til må DSAM sætte en faglig fod i jorden overfor myndighederne, når de kommer med ideer om forebyggelsesindsatser, som skal foregå i primærsektoren. Et andet eksempel var Sundhedsstyrelsens nylige forslag til retningslinjer for svangreomsorgen, som lagde op til at praktiserende læger fremover bør spørge kvinder i alderen 18 til 30 år, om de har tænkt over at få børn – eller med andre ord prækonceptionel rådgivning i almen praksis, når chancen byder sig. Målet er – ifølge forslaget – at øge chancen for, at kvinder får en god graviditet og føder sunde børn. Men problemet er, at myndighedernes behov og interesser forstyrrer den dagsorden, som patienten kommer med – og den må nu engang være det vigtigste, fremfor at lægen midt i samtalen – ude af kontekst – spørger en ung kvinde om hendes børneplaner og kommer med ikke-efterspurgte råd.

Risikoen er, at der rokkes ved tilliden og nærheden, og det vil kunne forstyrre relationen mellem læge og patient. Så her har DSAM afgivet et ganske kritisk høringssvar. //



BESTYRELSENS KLUMME:

Forskningsudvalget har fingeren på pulsen

Forskningsudvalget er et af DSAM's faste udvalg, og består af en formand, der er udpeget af DSAM's bestyrelse, en seniorrepræsentant fra de fire forskningsmiljøer, formanden for og tre næstformænd i Ph.d-forum, en EGPRN-repræsentant og en sekretær.

Udvalget mødes ca. fire gange årligt. Opgaven er at have opmærksomhed på forskningen inden for almen medicin i Danmark. Da alle forskningsenheder er repræsenteret, er det også et forum, hvor vi deler nyheder fra enhederne og diskuterer emner, der har interesse for alle forskningsaktive DSAM'ere.

Nyhedsformidling

Vi deler også nyheder med medlemmerne. Udvalget har de senere år arbejdet med formatet for DSAM's forskningsnyhedsbrev for at forbedre formidlingen af almenmedicinske forskningsresultater.

Udvalget deltager aktivt i planlægningen af DSAM's årsmøde og repræ-

senterer DSAM på Lægedage, ved nordisk kongres etc. Ved kongressen i Ålborg i 2019 indsendte Forskningsudvalget et abstract til en workshop om, hvorledes forskningsformidling kan påvirke befolkningens brug af sundhedssystemet på baggrund af en aktuel debat.

Bedre vilkår for forskningen

Også på den udenlandske scene følger vi med. EGPRN er det europæiske forskningsnetværk for almen praksis, der mødes to gange om året forskellige steder i Europa til en mindre, men meget hyggelig, conference. På hver conference holdes et council-møde, hvor man koordinerer forskning og uddannelse inden for almen medicin i hele Europa. Vi sender så vidt muligt både en senior- og juniorrepræsentant af sted til møderne.

Med min baggrund som aktiv forsker på deltid og med en vakant plads som forskningsordfører i DSAM's bestyrelse var det oplagt, at jeg fik denne post, da jeg startede i DSAM's be-

styrelse i oktober 2019. Selv om Anders Beich beroligede mig med, at det ikke var endnu en mødetung opgave, viste det sig hurtigt, at der var en del flere opgaver, heriblandt medlemskab i Lægeforeningens Forskningsudvalg og repræsentant i forskellige fonde m.m. Så Forskningsudvalget deltager også bredere i arbejdet for bedre vilkår for forskningen.

Vi skal være kritiske

Forskningsudvalget (og herunder nok især formanden) har også en opgave med at holde forskningsfanen højt, når der i bestyrelsen er drøftelser, der kan have forskningsmæssige konsekvenser eller udfordringer. Det er vigtigt at prioritere denne fane højt også i fremtiden, da vi er et videnskabeligt selskab, som skal stille os kritiske over for den viden, vi præsenteres for. Under coronakrisen har vi i DSAM's taskforce også arbejdet for at holde forskningsfanen højt og bedt om evidens for diverse udmeldinger. Jo, vi har fingeren på pulsen – i og uden for udvalget. //



50 år og lidt til

50 år! Og dog, vi har løjet os lidt yngre, end vi er. Dansk Selskab for Forskning i Almen Lægepraksis blev etableret i 1966 på Bent Østergaards initiativ (tak til Gert Almind for at holde stædigt fast i historien). Var det ikke sket, så havde man af gode grunde ikke kunnet skifte navn til DSAM i 1970 og fejre jubilæum i 2020.

At stifte et akademisk selskab for sygekasselæger, for at læger i almen praksis skulle have et akademisk fundament i en tid, hvor der end ikke var hverken et PLO eller fælles sygesikring, det er godt nok fremsynet og visionært.

Poul Backer tog stafetten og blev den første formand for DSAM i 1970 og den første professor i almen medicin. Ham kan vi give æren for, at vi senere fik vores eget speciale.

Akademi før børs

At forskning og viden på den måde kom før organisering og betaling, det er jo nærmest symbolsk for et hierarki, der stadig burde ligge lige for: akademi før børs. Vi bør ikke lave aftaler om ydelser til befolkningen, hvis vi ikke ved, med hvad, hvordan og hvornår vi skal gribe ind i forhold til at undersøge, forebygge og behandle funk-

tionstab og sygdom. Vi skal vide, at vi gør mere gavn end skade. Forskning er en absolut nødvendig del af grundlaget for vores virke.

God forskning er nødvendig

Forskning i sygdomme i almen praksis er lige så vigtig som forskning i psykosociale faktorer, konsultationsproces og organisering. Sygdommene præsenterer sig ofte anderledes i den usorterede population af patienter i almen praksis. Flere og flere lever med mere end én kronisk sygdom eller tilstand og multimediceret, og det gør os efterspurgt som medicinske generalister. Det lægefaglige skøn skal være kvalificeret og tilgængeligt (der skal være nok af os). Borgerne skal ikke spises af med algoritmer og sundhedsfaglige assistenter, når de søger lægen.

Vi skal have mere god forskning, der belyser, hvordan vi bedst yder individuel omsorg, også for de komplekst

syge og belastede og for de potentielt sårbare, som ikke selv stiller krav til sundhedsvæsen eller falder ud af systemer, som ikke er gearret til dem. Dem, der på den måde bliver sårbare, er ofte dem, der har størst behov for den bedste omsorg og behandling.

For meget og for lidt

Den stigende forbrugermøntalitet i forhold til brug af egen læge bør undersøges. Det bliver stadig vanskeligere for en del patienter at forstå, at for meget sundhedsvæsen, undersø-

Dem, der på den måde bliver sårbare, er ofte dem, der har størst behov for den bedste omsorg og behandling.

Først akademi, så børs.
Dette beslutningshierarki
bør vi respektere, uanset
hvor meget vi bliver bedt
om at sælge ud af det al-
menmedicinske arvesølv.

gelser og behandling kan være lige så farligt som for lidt. Måske fordi politikere og patientforeninger presser på (øget tilgængelighed, jo mere, jo før, jo bedre), og der breder sig en forståelse af, at sundhed er at bruge sundhedsvæsenet, og at man kan undersøge sig sund. Så er der sundhedsforsikringer, som jo skal bruges, når de er betalt.

Højeffektiv og sikker model

Hvis vi ikke har solid forskning, så er vi ganske lette ofre for politiske kastevinde, tilfældigheder og særinteresser, der dikterer, hvordan vores faglighed skal tilpasses og udøves. Dansk og international forskning har dokumenteret, at den bedste udgave af vores faglighed er personcentreret og bygger på en tillidsfuld relation mellem lægen og patienten, og at kontinuitet er en forudsætning for udvikling af den professionelle relation. Hver konsultation er en opsparring af tillid til kommende læge-patient-møder. Denne "egen læge"-model er højeffektiv og sikker: "Det gør en forskel, at vi kender hinanden – hilsen din læge".

Vi kan være stolte

Almen medicin i Danmark er på mange måder i særklasse. Den praktiserende læge er en grundpille i det danske sundhedsvæsen. Hvis man kigger ud over Europa, så ligger vi højt på skalaen for både akademisk faglighed og organisatorisk udvikling.

Det skal vi være stolte af, og det

skal vi forsvare. Jeg er i hvert fald stolt over, hvor mange af os der involverer sig i uddannelse af nye kolleger, efteruddannelse, kvalitetsudvikling, forskning, år ud og år ind. Ingen nævnt og ingen glemt. Vi skal være glade for, at vi både har et akademisk fundament, som til stadighed konsolideres, en uddannelse, som er blandt de grundigste i verden, og et væld af muligheder for at finde en måde at praktisere på, som passer til den enkelte læges temperament og tilbøjeligheder, og ikke mindst et fagligt selskab, DSAM, som drives frem af hjertebloed og vedholdende indsats af nuværende og kommende kolleger, som brænder for deres fag og faglig udvikling.

Tid til faglig fordybelse

Vi burde alle have tid sat af til at deltage i aktiviteter, der fremmer fordybelse, refleksion og faglig grounding. En dag om ugen, hvor vi ikke skulle se patienter fra tidlig morgen til (for mange) sen aften, men hvor enten forskning, kvalitetsudvikling, uddannelse af kommende kolleger eller efteruddannelse var på skemaet.

Men krav om ambulatoriefunktion og opskalering, flygtige visioner om sundhedshuse, kontrolregimer, mangel på uddannede speciallæger i almen medicin, som er villige til faktisk at blive praktiserende læger og få deres egne patienter, er nogle af truslerne mod vores faglighed.

Den største udfordring: Kampen for kerneydelsen – det lægefaglige skøn

Vores kerneydelse er i min optik: udøvelse af vores faglige dømmekraft i det almenmedicinske lægefaglige skøn. Jeg ser tre ting, der især truer vores kerneydelse. To af dem har fået vind i sejlene af hhv. lægemangel (lægen erstattes af algoritmeassistenter) og coronakrise (mødet med og undersøgelse af patienten erstattes af videoskærme og såkaldt telemedicin).

Den tredje udspringer af trang til kontrol og magt i centraladministrationen: regulering af faglighed med love, urealistiske dokumentationskrav og stikprøvetilsyn i almen praksis – det medfører defensiv medicin, saboterer opøvelse af lægefaglig dømmekraft og medfører manglende arbejdsglæde. Mere er der ikke at sige om det.

Skøn og dømmekraft

Det lægefaglige skøn (clinical judgement) beskrives i evidensbaseret medicin som summen af de kognitive processer, der giver lægen mulighed for at nå frem til en konklusion (klinisk beslutningstagning) på baggrund af en syntese af ekstern evidens, egen ekspertise (og kendskab til grænserne) og naturligvis patientens værdier og præferencer.

Erfaringen i at udøve det lægefaglige skøn kan kaldes dømmekraften. Dømmekraften kan diskuteres med og af andre, der har dømmekraft indenfor samme område. Eller den kan evalueres på hårde endpoints – hit og misratio f.eks., eller dødelighed og sygelighed. Den kan ikke evalueres ved proces-algoritmer eller pointsystemer. Der er meget håndværk, kløgt og træning i udøvelse af dømmekraft i vores fag. Efter mange patienthistorier, patientmøder, forløb og fokuserede undersøgelser bliver man tryk ved sin egen dømmekraft og ved, hvor langt den rækker. Patientens tillid til vores dømmekraft er altafgørende for vores succes som læger og for patientens tryghed. Det er vores solide dømmekraft, som patienterne efterspørger og har gjort altid. Vi SKAL derfor være flere læger til flere opgaver.

Ikke flere "erstatningslæger"

Man kan ikke opskalere kapaciteten i almen praksis ved ukritisk at sætte yngre læger, sygeplejersker og andre fagligheder i spil som "erstatningslæger", som det sker i nogle tilfælde for at afhjælpe lægemangel. Det er ikke

almen medicin længere, med mindre man arbejder meget tæt sammen i små teams om patienten. Der er eksempler på, at nogle lægehuse sender en sygeplejerske på hjemmebesøg, rekvireret af patient eller hjemmesygepleje, som har brug for en lægelig vurdering. Eller man hører om klinikker, hvor alle med mistænkt infektion får taget CRP af sygeplejersken eller en sosu-assistent, der så sender dem hjem, der har en lav CRP. Det er ikke fagligt i orden.

Vi SKAL være kritiske

Man kan heller ikke ukritisk erstatte læge-patient-mødet med to video-skærme. Danske Regioner proklamerer 30. juni i år, at deres digitaliseringsstrategi "Sundhed for dig", vil gøre det fysiske møde med læge til undtagelsen og digitale løsninger til reglen. Men ingen har undersøgt, om vores dømmekraft kan udøves over digitale medier, hverken outcome eller sikkerhed er evalueret. Coronakrisen har betydet, at vi har været nødt til at nøjes med video- eller telefonkonsultationer i et stort antal tilfælde. Det betyder ikke, at vi er blevet klogere på, om det er godt eller sikkert, eller at

det er en succes. Det kræver forskning, god og lødig forskning at afgøre, om vi kan udøve og vedligeholde faglig dømmekraft, og om vi kan opnå og vedligeholde tillid via et skærm møde. Vi ved meget lidt om telemedicinens muligheder og begrænsninger.

I et af de få randomiserede studier af telemedicin, vi har gennemført i

Danmark, måtte syv mennesker med DM2 og bensår lade livet, som følge af at de fik telemedicin i stedet for almindelig lægehjælp.

Konklusion: Først akademi, så børs. Dette beslutningshierarki bør vi respektere, uanset hvor meget vi bliver bedt om at sælge ud af det almenmedicinske arvesølv. //



Foto: Colourbox

PRACTICUS // opslag

FHV. TANDTEKNIKER SARA KIRSTINE DALBY KRABBES LEGAT UNDER DANSK SELSKAB FOR ALMEN MEDICIN

Legatet fejrer DSAM's 50 års jubilæum og uddeler op til 100.000 kr. i år til fremme af forskning, uddannelse og international kontakt i overensstemmelse med Dansk Selskab for Almen Medicins formålsparagraf.

Det skal understreges, at der skal være almenmedicinsk relevans forbundet med ansøgningerne, for at de

kan komme i betragtning. Ansøgninger uden almenmedicinsk relevans vil blive afvist. Bemærk også at uddelingssummen som regel fordeles ud over flere ansøgninger.

- Ansøgningsfrist: 1. november 2020
- Ansøgning sendes til DSAM på mail: dsam@dsam.dk
- Ved spørgsmål kan Dorthe Peder-

sen kontaktes på telefon 70 70 74 31 eller på mail dsam@dsam.dk

- Det forventes, at alle ansøgerne vil få svar i løbet af december måned.

Fundats for Sara Krabbes legat kan ses på DSAM's hjemmeside: www.dsam.dk - Forskning - Sara Krabbes Legat.



ET NYT DSAM-valg NÆRMER SIG

DSAM-arbejdet i de fem regioner kan fylde meget, og det kan fylde lidt. Hvis man spørger de valgte kandidater, som sidder på posterne og varetager de praktiserende lægers interesser, er arbejdet bredt og varieret. Det er, hvad man selv gør det til.

Vi har spurgt de valgte i regionerne, hvad der fylder mest, hvilke faglige udfordringer deres region har, og om de har et godt råd til kommende kandidater, før de melder sig til en post. Læs her, hvad din region arbejder med. Måske bliver du inspireret til at stille op til det kommende valg.

Region Syddanmark: Rekruttering fylder meget i disse år

Daniel Kaminski Rotenberg, formand for DSAM i Region Syddanmark og medlem af DSAM's bestyrelse

”Det betyder meget, at jeg har mulighed for at repræsentere de praktiserende lægers interesser i Region Syddanmark, og jeg er glad for at kunne påvirke DSAM med medlemmernes input. I disse år fylder rekruttering en del, og det er vigtigt, at motivere kolleger og nyuddannede læger til at dække yder-

områderne, hvor der er store udfordringer med lægedækning.

Arbejdet som bestyrelsesmedlem i regionen er jo, hvad man gør det til – dvs. man kan arbejde meget eller bare møde op til de få årlige møder. Jeg kan godt ærgre mig over, at interessen for arbejdet ikke er større, og det kunne være dejligt, hvis flere ville deltage aktivt og give deres mening til kende om det arbejde, der faktisk udføres.

Det er vigtigt, at både forsknings-

miljøet og de almindelige praktiserende læger, som arbejder fuld tid i praksis, er repræsenteret i DSAM – men også, at der er en god blanding af unge og ældre – det giver den bedste dynamik.”

Region Sjælland: Vi har faglighed og festlighed i DSAM-arbejdet

Lasse Eck Karlsen, FYAM-repræsentant i regionsbestyrelsen i Region Sjælland og i DSAM's bestyrelse.

Faglighed og festlighed er kodeordene for DSAM-arbejdet i Region Sjælland. Vi deltager i debatter og understøtter dér, hvor vi kan gøre en forskel. Vi har desuden været medarrangør af fejringen af nye speciallæger i almen medicin i Region Sjælland, som er en ny tradition, vi vil arbejde på at videreføre. Vi forsøger at gøre flere kolleger interes-

serede i selskabets arbejde med f. eks. høringsvar, udvalgs- og vejledningsarbejde – som i min optik er spændende faglige udfordringer. I disse år er der stor efterspørgsel på vores faglige viden fra bl.a. myndigheder, og det fremmer vores fag, når vi bidrager med input. Alle er velkomne til at bidrage til det gode arbejde med bl.a. kvalitet og udvikling.

På uddannelsesdelen bliver opgaven fremover at holde fokus på den høje faglighed, der har været udfordret af coronakrisen, fordi ud-

dannelsen har været sat på pause. Jeg oplever, at DSAM-arbejdet bliver mere og mere spændende, jo længere tid jeg er i det. Der er mulighed for at bruge meget eller lidt fritid på spændende faglige udfordringer, men man bestemmer selv, hvor meget tid, man ønsker at bruge. 75 procent af bestyrelsen i Region Sjælland er udskiftet i løbet af de sidste to år. Vi har stadig ledige pladser, og med flere aktive vil vi helt sikkert kunne løfte en større opgave, end vi er i stand til nu.

Region Hovedstaden: Vi arbejder med det, som giver faglig mening

Lise Dyhr, praktiserende læge i Brøndby, formand i Region Hovedstaden og medlem af DSAM's bestyrelse

Region Hovedstaden er præget af store geografiske forskelle, en relativt stor andel af solopraksis og relativt mange samarbejdspartnere (i alt fem administrative regionale enheder, 29 kommuner, højeste patientantal pr. praktiserende læge). Vi har vores egne udfordringer med at rekruttere læger, hvilket bl.a. skyldes udfordringer med at skaffe egnede lokaler, men også patientsammensætningens socioøkonomiske baggrund.

Det, som fylder mest for DSAM i Region Hovedstaden, har været

tilbud om faglig sparring til bl.a. kolleger, der repræsenterer os i forskellige sammenhænge med input, og at tage initiativer til at opnå mere sammenhæng på tværs af kaskettilhørsforhold.

Det gælder f.eks. i forhold til hovedstadens akutte telefon 1813's håndtering af COVID-19, hvor flere af vores uddannelseslæger arbejder, samtidig med at de er i praksis, og på de regionalt drevne smerteklinikkers håndtering af medicinsk cannabis. Vi lægger vægt på at samarbejde med det regionale PLO og de øvrige DSAM-regioner, ligesom vi holder fællesmøder med FYAM i Region Hovedstaden.

I de kommende år vil vi holde fokus på samarbejdsdelen og at holde fagligheden i hævd samt i øvrigt arbejde med de ting, som de enkelte medlemmer i bestyrelsen er optaget af. Det frembringer den bedste energi og arbejdsglæde.

Til de kommende kandidater vil jeg bare sige: Spring ud i det! Vi arbejder med det, som giver os og faget mening, og det, vi kan overkomme. Der er ikke forventning om stor aktivitet. Det er nok, at du holder af dit fag og dets muligheder og har lyst til at udvikle det i takt med det omgivende samfund.

Region Midtjylland: Faglige diskussioner gør et fællesskab stærkt

Pernille Vieth, formand for bestyrelsen i Region Midtjylland

Det er ikke tidskrævende at deltage i bestyrelsesarbejdet i DSAM Midtjylland. Vi mødes under hyggelige, uformelle former. Der er plads til alle ideer, og der er erfarne folk at læne sig op ad i bestyrelsesarbejdet. Vi vil prøve at udbrede de spændende diskussioner fra repræsentantskabet til medlemmerne, f.eks. ved at arrangere fyraftensmøder med relevant, fagligt indhold, der lægger op til refleksion blandt medlemmerne. Vi har brug for nye input og vil meget gerne have nogle kolleger udenfor Aarhus-området med.

Bestyrelsesarbejdet har givet mig mulighed for at deltage i arbejdsgrupper på nationalt niveau inden for faglige områder, der optager mig særligt meget. Det er fedt at se, når det lykkes at få sat aftryk på nationale indsatser, som f.eks. psykisk sårbare børn og unge. Fagligheden, forskning og videreuddannelse er meget velfungerende i Region Midtjylland. Det, vi fortsat skal fokusere på, er rekruttering, at gøre vores fag attraktivt og at vise diversiteten og mulighederne i almen medicin.

PLO og DSAM gør sammen en indsats for at vække interessen for vores fag fra første dag på medicinstudiet. Vi stiller op til undervis-

ningsaftner for SAMS. Vi promoverer tutorlægekurser for vores kolleger, og vi har et meget aktivt FYAM-udvalg og et dedikeret medlem af DSAM's Videreuddannelsesudvalg.

Som repræsentant har jeg fingeren på pulsen i forhold til faglige diskussioner og kan løfte blikket til et mere overordnet niveau frem for udelukkende at tage udgangspunkt i vilkårene i min egen klinik. Den brede repræsentation i DSAM's repræsentantskab skulle gerne sikre, at vi kommer omkring alle vinkler i de faglige diskussioner, da vi sammen har et enormt bredt erfaringsgrundlag. De faglige diskussioner og diversiteten gør fællesskab stærk.

Region Nordjylland: Det lysner i nord

Andreas Kakulidis Toft, FYAM-supplement i Region Nordjylland, medlem af PLO-udvalget

Det, som kendetegner det lægefaglige samarbejde i Nordjylland, er sammenholdet blandt de praktiserende læger. Vi er gode til at udveksle erfaringer, løfte vores lægevagtsopgave, og så har vi et rigtig godt samarbejde med sekundærsektoren, bl.a. for vi kender mange af kollegerne på hospitalerne fra vores uddannelsesforløb. Nordjylland har dog store udfordringer med yderområderne, bl.a. har vi mange kro-

nikere, der bor langt fra deres læge og nærmeste hospital – men den del ser heldigvis ud til at lysne pga. de rekrutteringsindsatser, som har været foretaget siden 2010, hvor medicinstudiet på Aalborg Universitet blev etableret.

Det har været rigtig spændende for mig at deltage i arbejdet med DSAM's vejledninger, hvor jeg bl.a. har været med til at gennemlæse og give input til den nye diabetesvejledning. Vejledningerne er det faglige grundlag for patientbehandlingen, så det er vigtigt, at de er opdaterede. Jeg har bl.a. de laminere-

de ark liggende inden for en armslængde, så jeg hurtigt kan få overblik over behandlingsmulighederne.

Til de kommende kandidater vil jeg sige, at man bliver en del af et stærkt og spændende netværk, man får indflydelse på faget, og hvordan det udvikler sig. Selv om det er ulønnet, er der jo nogle gulerødder undervejs, som f.eks. invitationen til årsmødet, hvor man virkelig har mulighed for at netværke med kollegerne.”



Er du kandidat til DSAM's repræsentantskab?

Selskabet har brug for engagerende almenmedicinere – stil op til valget!
Få direkte indflydelse på vigtige sundhedsfaglige emner.

Overvejer du at stille op? Du skal være meget velkommen.

Du vil blive valgt til DSAM's regionsbestyrelse i din arbejdsregion. De fem regionsbestyrelser danner så tilsammen DSAM's repræsentantskab, der i alt består af 25 medlemmer. Du bliver derfor både medlem af regionsbestyrelsen og repræsentantskabet.

Repræsentantskabet mødes fysisk i hyggelige rammer 1-2 gange om året samt i den debat, der foregår på DSAM's intranet. Mødeform og antal møder lokalt i regionsbestyrelserne varierer fra region til region, så det kan du selv være med til at påvirke.

Der er behov for flere kræfter i alle regioner, men antallet af ledige medlems- hhv. suppleantposter varierer, så det skal du finde på valgsiden for din region på dsam.dk/valg.

DATOER FOR VALGMØDERNE

- 24. august i Region Nordjylland
- 25. august i Region Sjælland
- 25. august i Region Syddanmark
- 27. august i Region Hovedstaden
- 1. september i Region Midtjylland

Hvordan er man valgbar?

Alle medlemmer af DSAM med undtagelse af medicinstuderende er valgbare. Nogle poster skal dog besættes af speciallæger i almen medicin, andre af medlemmer, der er under uddannelse til almen medicin. Se mere på valgsiden for din region på dsam.dk/valg.

Hvordan stiller jeg op?

Du skal skrive et valgoplæg og sende det til DSAM's sekretariat på dsam@dsam.dk – gerne sammen med et foto af dig selv. Vi skal have modtaget det senest 2. september 2020 kl. 12.00. Valgoplæg lægges på valgsiden for den region, du opstiller i.

Hvad skal jeg ellers gøre for et stille op?

Det er ikke et krav, men du kan med fordel deltage i og give en kort præsentation af dig selv på valgmødet i den region, du tilhører, hvis du selvfølgelig har truffet beslutningen senest på valgmødet. Du kan også vælge at gøre reklame for dit kandidatur via Facebook. Fra sekretariatets side vil vi udsende regionsnyhedsbreve med links til hjemmesiden, hvor kandidaternes valgoplæg ligger.

Får jeg som kandidat oplyst, hvor mange der har stemt på mig?

Når valgbehandlingen er overstået, offentliggør vi den samlede valgdeltagelse, valgdeltagelse fordelt på regioner, samt hvor mange stemmer (i procent) de enkelte kandidater har fået.

Hvad vil det sige at blive valgt?

Valget gælder for to år, uanset om du får en medlems- eller suppleantpost. Efter de to år kan du stille op igen. Der er ingen regler for samlet funktions-tid. For FYAM-poster gælder dog, at du kun kan fortsætte til næste FYAM-årsmøde, hvis du i mellemtiden bliver speciallæge.

Hvornår gælder det fra?

Fristen for at melde sit kandidatur udløber den 2. september 2020 kl. 12.00. Hvis der er flere kandidater end ledige poster, afholdes elektronisk valg. Det foregår i perioden 9.-16. september 2020. Den nye bestyrelse skal umiddelbart efter konstituere sig og indtræder officielt på det ordinære repræsentantskabsmøde, der altid holdes dagen efter DSAM's årsmøde, i år den 3. oktober 2020 på Comwell Kolding. //



Valgmøder med spændende debatter og oplæg

Efterårets regionale valgmøder er ved at tage form, og sædvanen tro er der arrangeret spændende debatter og oplæg sammen med den mere formelle del om valget. Alle medlemmer kan frit og gratis deltage i alle møder. Lad dig inspirere her, læs mere på siderne under dsam.dk/valg, og tilmeld dig møderne på [dsam.NemTilmeld.dk](https://dsam.dk/NemTilmeld.dk). //

DSAM Hovedstaden – 27. august 2020

Coronapandemien – hvilken betydning har og vil den få for faget?

I almen praksis har vi været vant til åbne døre og sind i forhold til håndtering af patientens problemstillinger, som vi gerne er med til at løse – som oftest ved møde i konsultationen. Under coronapandemien har vi været nødt til at lukke dørene for at undgå face to face-kontakt og henviser i større grad, end vi er vant til. Der er udviklet andre kommunikative værktøjer som video- og telefonkonsultationer, og vores ydernumre er blevet anvendt af andre til at bestille blodprøver på uklar indikation. Vi har også været udfordret i vores rolle som uddannelsessted for yngre læger. Hvad har det betydet for faget, patientkontakten og den daglige drift? På mødet vil der være korte oplæg og diskussion.

DSAM Midtjylland – 1. september 2020

DSAM 50 år - fra landsbylæge til videolæge

Vi skal bl.a. høre om fagets udvikling, lægens syn på sin rolle, forskelle og ligheder på dengang og nu. Der vil være oplæg fra Peder Olesgaard, som igennem mange år var praktiserende læge i Grenå og tidligere formand for DSAM, samt fra en nynedsat kollega. Herefter fælles refleksion og drøftelse.

DSAM Syddanmark – 25. august 2020

Også i Syddanmark holdes der kombineret valg- og debatmøde den 25. august. Programmet er dog ikke offentliggjort endnu, men som for de øvrige regioner vil der blive orienteret om mødet i regionale nyhedsbreve samt på regionens valgside på dsam.dk.

DSAM Sjælland

– 25. august 2020

Rundvisninger i kvalitet og kunst

Vi starter med en rundvisning i Bjørn Nørgårds skitser til Dronningens gobeliner på KØS – Museum for kunst i det offentlige rum – i Køge. Derefter får vi rundvisning i den ny vidensbank for kvalitetsudviklingsprojekter, som forventes at gå i luften i efteråret 2020, og en uformel snak om, hvordan vi kan bruge vidensbanken i vores daglige arbejde.

DSAM Nordjylland

– 24. august 2020

Genoplivning og behandlingsniveau – jura, etik og lægefaglighed

Den sidste tid bør ikke være fyldt med bekymring og usikkerhed om behandling og fravalg af samme. Der er i stigende grad fokus på at få taget stilling til, hvilke ønsker man har til dette. Særligt når man er multimorbid, og når man skifter mellem sektorerne, har der vist sig at opstå problemer. Dette søger vi at belyse for at undgå de u hensigtsmæssige situationer, det kan give for patienten, de pårørende og den praktiserende læge. Til at hjælpe med dette har vi bl.a. inviteret læge Morten Orth, præst Knud Erik Nielsen samt læge Anne Hempel-Jørgensen, sektionsleder i STPS.



Forskning i almen praksis set gennem et par jubilæumsbriller

Først et erindringsbillede

En dag midt i halvfjerdserne klokken 14.30 kom Paul Backer blæsende ind på Institut for Almen Medicin i den tidligere overlægevilla på Juliane Maries Vej ved Rigshospitalet. Fuld af engagement, rygende, venlig og lidt hektisk. Han havde passet en normal klinikdag i sin kompagniskabspraksis på Østerbrogade, om aftenen skulle han som formand holde møde i DSAM, men inden skulle universitetsarbejdet laves. Han var i 1974 blevet Danmarks første professor i almen medicin – i en avis omtalt som ”Den nøgne professor”. Titlen opstod, dels fordi

han var eneste fastansatte videnskabelige medarbejder på det nye institut og kun havde løn til en deltidssekretær, dels fordi Paul havde sans for politisk spin over for bevillingsgiverne, og dels fordi bogen ”Den nøgne abe” af Desmond Morris dengang lå på kakkelbordet hos alle. Jeg sad der, fordi jeg var medicinstuderende og i nogle uger tjente penge som vikar for sekretæren, Bente Bentsen (som også var DSAM’s første sekretær). Sammen med Paul fik jeg skrevet en artikel om antikonceptionsklientellet i almen praksis til Ugeskrift for Læger; men vi var en flok amatører. Enten selv-

lærte eller indvandrere fra andre forskningsmiljøer. Det blev opvejet af stærk entusiasme og en tro på, at forskning i primærsektoren var det vigtigste i verden.

Tidligt på dagen kunne der være helt dødt og arbejdsro i villaen; men om eftermiddagen var der et rend af ildsjæle – fra DSAM, PLO, almindelige praktiserende læger og visionære folk fra det øvrige sundhedsvæsen.

Det var et stort samarbejde, som satte gang i forskning i almen praksis, og DSAM var en helt afgørende faktor.



Kun lidt om de første år

Fagets og forskningens udvikling i de første 25 år er tidligere beskrevet detaljeret i jubilæumsnummeret af Practicus fra 1995. Artiklerne fortæller om en besværlig start. Faget kæmpede for at komme på omdrejningshøjde med de "anerkendte" lægelige specialer. For at omgå den svage finansiering fra universitetet blev der allerede i 1978 oprettet en eksternt finansieret Central Forskningsenhed for Almen Praksis ved Institutet i København med Poul A. Pedersen som leder, men det var svært at få et fast økonomisk grundlag. Der kom mindre universitetsafdelinger i Aarhus og Odense, og i 1983 kom professorat nummer to, som blev besat af Carl Erik Mabeck ved Aarhus Universitet. Den historie kan jeg ikke bidrage med meget nyt til. Min artikel skal derfor have fokus på den voldsomme vækst og udvikling, som startede i halvfemserne, og som har givet de almenmedicinske forskningsmiljøer, vi har i dag.

Starten af halvfemserne

Drivkraften bag accelerationen i starten af halvfemserne var oprettelsen af Forskningsfonden i forbindelse med overenskomsten mellem praktiserende læger og Sygesikringen. PLO og Sygesikringen (amterne) lavede aftalen, men DSAM havde en vigtig rolle som katalysator. Forskningsfonden, hvis bestyrelse gav paritetisk indflydelse til PLO og Sygesikringen, blev det sikre økonomiske grundlag for Forskningsenheden i København, og på få år blev der oprettet flere nye forskningsenheder. I 1993, hvor almen medicin blev anerkendt som lægeligt speciale, oprettede Forskningsfonden en Forskningsenhed for Almen Praksis i Aarhus med Frede Olesen som leder. Det var også året, hvor Niels Bentzen blev professor i almen medicin i Odense. Dekanen i Odense (senere SDU) havde fået det signal fra Forskningsfonden, at der først kunne komme en forskningsenhed i Odense, når der var ansat en professor på universitetsafdelingen. I 1994 fik jeg derfor mulighed for at starte Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense.

Medvind på cykelstien

Jeg husker det sådan, at der tit var medvind på cykelstien i de år. Forskningsfonden, som i mange år havde Gert Almind som formand for det faglige råd, forstod behovet for at opbygge miljøer og uddanne almenmedicinske forskere. Det store kliniske fag og den primære sundhedssektor skulle ikke kun være bygget på tavs viden. Efter de mange magre år var der 15-20 år, hvor det ikke var pengene, som var hovedbekymringen. Grundbevillingerne til forskningsenhederne støttede op om de midler, der kom fra universiteterne. En række store projekter kunne startes med

eksterne midler fra bl.a. forskningsråd, Kræftens Bekæmpelse og Novo Nordisk Fonden.

Forskning er også et håndværk

Den vigtigste begrænsning var kvalificerede forskere og læger, som ville uddanne sig inden for forskning. Forskning ligger ikke nødvendigvis på karrierevejen for den, som vil være praktiserende læge, og for læger nedsat i praksis er det svært at finde tid. På den anden side er vi langt det største speciale, og derfor var der allerede fra starten ildsjæle og undtagelser. Forskning er et håndværk på samme måde som klinisk arbejde – og det skal læres. Den 3-årige ph.d.-uddannelse blev midlet, som gjorde det muligt at udvikle forskningskompetencen i faget. Efter nogle år var der erfarne forskere, som kunne vejlede nye. Det gjorde det også muligt at støtte op om såkaldt decentral forskning; det mindre projekt, som en praktiserende læge selv ville lave i sin praksis.

Statslige og selvejende side om side

Organisationsstrukturen var lidt kompliceret. I udgangspunktet var universitetsafdelingerne statslige og styret efter universiteternes regler. Forskningsenhederne var selvejende institutioner og drevet af Forskningsfonden (som i dag er en del af Praksisfonden). Fysisk var man placeret sammen og arbejdede ofte sammen om projekterne. Det organisatoriske gav imidlertid forskelle i ansættelsesvilkår, opgaver og administration. Samarbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse gav endnu et sæt problemer, fordi de var organiseret anderledes og hver for sig. Problemerne blev løst lidt forskelligt ved universiteterne – men oftest ved en centerdannelse, hvor en lidt postmoderne konstruktion forsøgte at dække over de mange skel.

Forskningsmiljøerne i dag

I dag er der 4 stærke forskningsmiljøer inden for almen medicin i Danmark. Det sidste, Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet, kom til for mindre end 10 år siden med Martin Bach Jensen som den første leder. Det er vokset meget hurtigt og har i dag en stab af unge dynamiske folk. Region Sjælland har som den eneste region ikke et stort selvstændigt miljø (og ikke et medicinsk fakultet); men har nu ansat en regional professor, som er tilknyttet Københavns Universitet.

Miljøerne ved de fire universiteter er alle relativt store – og væsentligt større end miljøerne omkring de fleste andre lægelige specialer. Alle steder er der nu flere professorer og adskillige andre fastansatte med forskningskompetence, selvom rekruttering stadig er et problem. Ovenfor er opremset en række mænd, som var de første, og som

fik mulighed for at starte institutioner; men siden har kvinder overtaget mange stillinger – også chefstillingerne. Staben er i alle byerne multifaglig med repræsentation fra områder som f.eks. statistik, antropologi, psykologi, økonomi, organisationsvidenskab og forskellige lægelige specialer. Desuden findes et dygtigt administrativt personale. De fleste af stederne har en leder, som samler universitetsafdeling og forskningsenhed.

Stor videnskabelig aktivitet alle steder

Den videnskabelige produktion er stor. Årsrapporterne og formidlingen på DSAM's hjemmesider viser, at der hvert år skrives et stort antal videnskabelige artikler og ph.d.-afhandlinger.

Almen medicin fører på centrale emner

Det oprindelige mål med at få almen medicin anerkendt som et forskningsbaseret speciale er på mange måder opfyldt. Der er ikke plads til at gennemgå den betydning, som alle enkeltprojekterne har haft; men nogle af tidens store emner er funderet på forskning, hvor almen medicin har været førende. Multimorbiditet og polyfarmaci er centrale emner, fordi den praktiserende læge har ansvaret for behandling af patienten og ikke bare den enkelte sygdom. Kræftpakkerne blev en politisk nødvendighed bl.a. på baggrund af forskning fra almen praksis. Klinisk forskning i akutte infektioner har ført til guidelines om udredning og brug af antibiotika. Diskursen om mulighederne i forebyggelse og risikoen for overdiagnostik har optaget forskerne og faget. Når DSAM smækker med døren på vej ud af et udvalg om fedme i Sundhedsstyrelsen, kan de ikke bare afvises som en flok uvidende praktiserende læger – der skal argumenteres med evidens.

Har vi sejret af helvede til?

Udviklingen af de stærke forskningsmiljøer er en stor sejr. En fantastisk udvikling fra dagene i villaen på Juliane Maries Vej. Universitetscentrene trækker i dag meget store eksterne bevillinger og samarbejder internationalt. Beviltingerne fra Praksisfonden er stadigvæk vigtige, men er ikke det eneste eksistensgrundlag. I alle miljøerne køres overordnede forskningstemaer, som er defineret af forskerne og bevillingsgiverne. Spørgsmålet er imidlertid, om vi i tilstrækkelig grad kan bevare sammenhængen i faget?

Da jeg var leder af Forskningsenheden i Odense følte jeg ikke noget stort behov for at blive koordineret eller styret udefra, og lysten til at deltage som observatør i lange og kedelige bestyrelsesmøder i DSAM var begrænset. Jeg indrømmer gerne, at jeg nød selvstændigheden. Senere fik jeg imidlertid rollen som formand for Forskningsudval-

get i Praksisfonden og måtte erkende, at forskningsmiljøernes arbejde ikke altid var velkendt for alle i PLO. Det kan nogle gange opleves, som om vi mangler den tætte forbindelse og enighed mellem PLO, DSAM og forskningen, som fandtes i udgangspunktet.

Fremtidens udfordringer

I de kommende år må vi forvente, at det nære sundhedsvæsen skal udbygges væsentligt. Det er især behandling af patienter med kroniske sygdomme og multimorbiditet, som skaber stigende problemer for et sundhedsvæsen, som har satset alle pengene på højt specialiserede hospitalsafdelinger. Udbygningen af primærsektoren bør af hensyn til patienterne baseres på en samtidig forskningsindsats. Som praktiserende læger vil vi gerne bruge vores tid på det væsentligste. En tæt forbindelse mellem klinik, organisation, kvalitetsudvikling, efteruddannelse og forskning bliver afgørende.

Vi skal forme fremtiden sammen

Jeg har ikke en færdig model for, hvordan vi styrker forbindelserne og undgår at modarbejde hinanden. Det virker imidlertid oplagt, at nedbryde de kunstige skel mellem kvalitetsudvikling, efteruddannelse og forskning. Aktiviteterne er organiseret i adskilte søjler med hver sin finansiering. Første trin var at samle Forskningsfond, Kvalitetsudviklingsfond og Efteruddannelsesfond i Praksisfonden, men man bevarede underkonti og en stort set uændret organisation. Hvis man i dag vil lave et projekt med alle tre elementer, skal man søge kasserne hver for sig – og målrette ansøgningen, så den udelukkende har fokus på del-elementet; andre formål kan reducere chancen for finansiering. Don't mention the war!

Bedre koordination

Man kunne også overveje at skabe en stærkere national koordination af forskningsindsatsen. Den nuværende struktur er regional og knyttet til (konkurrerende) universiteter. Den lokale forankring er vigtig, men gennem Praksisfonden og Forskningsenhederne kunne man opnå en større samordning af indsatsen til glæde for faget. I dag findes såkaldte temapuljer, hvor miljøerne får midler til politisk prioriterede områder på betingelse af, at det sker i samarbejde. Måske kunne man også lave en egentlig fællesledelse for Forskningsenhederne?

DSAM har historisk haft en vigtig rolle for forskning i almen praksis – og kan have en vigtig rolle, når vi skal forme fremtiden! //



Kvalitetsdata

i almen praksis på godt og ondt gennem 25 år

Fra datanaiv pionerånd over brutale fejltagelser til lovlig model for behandling af kvalitetsdata i almen praksis.

I begyndelsen af 90'erne havde kun 40 pct. af kollegerne it-journer. Systemhusene udviste stor variation i brugerflader. Dataindsamling til kvalitetsarbejde foregik som manuelle audits på papirske-maer.

ICPC-diagnosesystemets danske udgave, som blev udgivet af Henrik Schroll og Niels Bentzen i 1992, skabte grobund for systematisering af journaler i almen praksis. Midt i 90'erne påbegyndte Schroll og kolleger et forskningsprojekt med forløbsdata sammen med 42 projektlæger, der i et år registrerede alle aktiviteter/patientforløb for 60 udvalgte patienter pr. læge. Konklusionen blev, at tidsforbruget ved manuel registrering til forskningsbrug var for stort til at kunne fungere i hverdagen.

Ved årtusindskiftet aftaltes i overenskomsten, at alle praktiserende læger skulle anvende elektronisk journal. Poul Brix Jensen og Søren Friborg var henholdsvis direktør og formand for DSAM. Deres tanker om udvikling af kvaliteten i almen praksis ved hjælp af dataudtræk blev startskuddet til indsamling af kvalitetsdata via elektronisk dataopsamling.

DAK-E bliver etableret

I 2005 startede Det Almenmedicinske Kvalitetsprojekt (DAK-projektet): et projekt med datafangstmodulet Sentinel, der automatisk indsamlede strukturerede data til kvalitetsudvikling, og som via en pop up-funktion indsamlede supplerende indtastede oplysninger for bestemte sygdoms-enheder og forskningsprojekter. I 2006 blev kvalitetsprojektet med datasamling via Sentinel en del af overenskomsten for almen praksis, og Dansk Almenmedicinsk Kvalitets Enhed (DAK-E) blev grundlagt og placeret dør om dør med Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense.

DAK-E indsamlede kvalitetsdata

fra de praktiserende læger i Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD). Her blev systematisk og automatisk indsamlet data om alle patienter vedrørende medicin, ydelser, diagnoser, henvisninger, epikriser og laboratoriedata. Via pop-ups blev der derudover indtastet specifikke projektorienterede data.

DAMD gav juridiske problemer

Der var desværre en række juridiske problemer med dataindsamlingen og DAMD.

For det første var DAMD en kvalitetsdatabase, der fra starten udelukkende var godkendt til indsamling af kvalitetsdata om diabetes. Siden blev der givet tilladelse til indsamling af data om KOL, hjertesvigt og depression. Det betød, at alle andre data inkl. diagnoser ikke lovligt kunne placeres i DAMD uden patienternes tilladelse. Det var derfor et altoverskyggende problem, at DAMD indeholdt enorme mængder journaldata, der vedrørte alle patienter og 700 mulige ICPC-diagnoser i almen praksis fra en periode på syv år. Langt størstedelen af

disse data var dermed ulovligt indsamlet.

For det andet var databasen ikke anmeldt til Datatilsynet, som loven kræver.

For det tredje tillader bekendtgørelsen om kliniske kvalitetsdatabaser udelukkende, at en kvalitetsdatabase høster helbredsoplysninger uden patientsamtykke vedrørende 5-10 godkendte indikatorer for helt afgrænsede sygdomme eller behandlinger. Der må derfor ikke høstes andre informationer om patienten til dette formål. Pop up-menuerne udgjorde dermed et helt særligt problem, da de kunne indeholde mere end de tilladte 5-10 indikatorer.

For det fjerde åbnede konstruktionen af DAK-E mulighed for, at forskningsaktive kunne godkende dataudtræk til egne projekter.

I strid med reglerne

DAK-E servicede i starten de praktiserende læger, der havde interesse, via enkelte standardkvalitetsrapporter. Samtidig med dataindsamling til kvalitetsrapporter blev de samme data også leveret til et stigende antal forskningsprojekter, selv om der manglede de nødvendige tilladelser. I starten var det frivilligt for lægerne at deltage i kvalitetsprojekter via Sentinel datafangst. Fra 2013 blev alle PLO-praksis forpligtet til dette via overenskomsten. Langt fra alle kolleger var opmærksomme på, at alle journaldata på 700 diagnoser – og ikke kun de fire diagnoser, der var søgt om tilladelse til – blev samlet i DAMD.

De praktiserende læger kunne via en valgfri funktion fravælge at sende

data til DAMD ud over dem, der skulle indsendes til bestemte og afgrænsede kvalitetsprojekter for de fire diagnoser. En del læger benyttede sig af den. Funktionen blev senere fjernet fra programmet, hvilket skulle vise sig at være ret uheldigt, da de praktiserende læger på den måde blev afskåret fra at løfte deres individuelle dataansvar.

DAK-E i uheldig interessekonflikt

DAMD blev fra starten drevet af DAK-E, desværre uden at der var udarbejdet en databehandlersaftale med Region Syddanmark, der var den formelle dataansvarlige for databasen. Reelt administrerede DAK-E dataansvaret. Den daglige ledelse af DAK-E blev varetaget af direktøren, som refererede til en bestyrelse, som var udpeget af DAK-E-interessenterne: PLO, DSAM og Danske Regioner.

Konstruktionen var uheldig, da nogle af de udpegede havde ”dobbeltkasket”, fordi de tillige repræsenterede forskningsinstitutioner og dermed kunne have egne interesser i dataudtræk. Med andre ord: Der blev ikke taget højde for, at dataleverandør og dataansvarlig for DAMD samtidig kunne være dataforbruger med egen interesse i dataudtræk fra databasen. Interessekonflikten blev italesat af

deltagere på flere møder, uden at der fandtes en løsning på problemet.

Dataskandalen ruller

I 2014 blev der fra aktive kollegers side sået alvorlig tvivl om lovligheden af, at alle danskeres personlige helbredsoplysninger vedrørende alle kontakter til almen praksis indsamledes i DAMD uden samtykke. Det blev et langt og relativt usikkert forløb, hvor konsekvensen blev, at DAK-E den 30. september 2014 blev instrueret i at lukke for den automatiske datahøst til DAMD.

Det tog tid at erkende fejltagelserne, og inden databasen blev slettet, benyttede omtrent 20.000 danskere muligheden for at få egne data slettet i DAMD. Patientdataforeningen meldte Region Syddanmark til politiet for misbrug af data. Sagen blev siden tabt i Højesteret, hvor det i dommen blev anført, at Patientdataforeningen ikke i sig selv havde tilstrækkelig interesse i sagen og dermed ikke kunne føre sagen; det havde kun de enkelte borgere, som var registreret ulovligt i databasen.

DAMD slettet ved lov

DAMD blev slettet ved lov, efter at Statens Serum Institut (SSI) fremlagde en omfattende redegørelse om sa-

Der blev ikke taget højde for, at dataleverandør og dataansvarlig for DAMD samtidig kunne være dataforbruger med egen interesse i dataudtræk fra databasen.

Med den enkelte praksis' tilladelse kan der i fremtiden laves datatræk til sammenligning af kvalitet på tværs af praksis til anvendelse i klyngearbejdet.

gen i efteråret 2014. Den konkluderede, at der havde været tilladelse til indhentning af afgrænsede kvalitetsdata på fire diagnoser uden samtykke, og at den del af DAMD, der faldt uden for dette, var i strid med lovgivningen. Et flertal i Folketinget besluttede derfor, at Region Syddanmark skulle slette DAMD. I 2015 meddelte Region Syddanmark, at de ulovlige oplysninger var slettet. Skønsmæssigt blev over 95 pct. af DAMD-databasen slettet. Kun de ganske få lovlige helbredsdata blev bevaret.

Rapporten fra SSI kortlægger forløbet nøje. Det fremgår klart, at både DSAM og DAK-E flere gange i årenes løb blev informeret om, at der skulle søges om tilladelse til indsamling af kvalitetsdata for hver enkelt sygdomsspecifik diagnose, og at der specifikt ikke var tilladelse til den brede indsamling af data om alle patienter, som blev foretaget via Sentinel med efter-

følgende placering af data i DAMD. Det fremgår også, at myndighederne, herunder SSI og Sundhedsstyrelsen, var vidende om, at den brede dataindsamling foregik.

Historisk lavpunkt og tab af forskningsprojekter

2015 blev et lavpunkt for de praktiserende læger, der ikke længere kunne arbejde med deres kvalitetsrapporter, og for forskere, som havde baseret deres projekter på data fra DAMD. Den samlede mængde af ulovligheder, som var relateret til DAMD, kostede dermed i sidste ende en del forskningsprojekter livet, da data blev indsamlet uden tilladelse. Det var en meget sørgelig omgang for alle de forskere, der mistede adgangen til de data, de havde baseret deres projekter på, og dermed det store forarbejde, de havde lagt i deres projekter. Og de praktiserende lægers øjne blev brutalt åbnet for, at vi har et ufravigeligt dataansvar i forhold til, hvilke patientdata der bliver eksporteret fra vores patientjournaler.

En ny begyndelse tager form

Dataskandalen blev et afgørende startskud til debat både i DSAM og PLO om en ny holdning til dataindsamling fra almen praksis. Også i myndighedernes regi ændrede det holdningen til indsamling af kvalitetsdata i almen praksis og i de øvrige sektorer af sundhedsvæsenet. Der skulle i fællesskab findes nye veje, for at sikre at de praktiserende læger kunne indsamle kvalitetsdata lovligt til egen læring og samtidig præsentere afgrænsede kvalitetsdata for omverdenen i anonymi-

seret og aggregeret form, som ikke tillader genkendelse af den enkelte patient eller læge.

Dataindsamling til kvalitetsarbejdet skulle genopstartes på lovlig og sikker vis med kraftigt fokus på overholdelse af patientrettigheder og den enkelte læges rettigheder og forpligtelser som dataansvarlig. Samarbejdet mellem PLO og DSAM blev i den anledning styrket, og DSAM blev herefter fast repræsenteret i PLO's IT- og dataudvalg. Arbejdet i udvalget medførte udarbejdelsen af de nye dataprincipper, som PLO's repræsentantskab vedtog på repræsentantskabsmødet i efteråret 2015. Principperne var tænkt som det pejlemærke, PLO fremover skulle have for øje, eksternt og internt, i aftaler om samarbejdet om indsamling af journaldata. Dette faldt godt i tråd med de tiltag, EU præsenterede året efter i form af forordningen om databeskyttelse (GDPR).

Kvalitetsdata i eget journalsystem

Med OK18 blev metoden for lægernes kvalitetsarbejde lagt afgørende om. Klyngearbejde blev den nye bærende struktur. Her bliver der lagt vægt på frihed til at arbejde med selvvalgte kvalitetsprojekter, alt efter hvad den enkelte klynge finder relevant og interessant.

Siden er der arbejdet målrettet med klyngedannelse og på at genoprette mulighederne for at arbejde med egne kvalitetsdata. Den nye metode betyder bl.a., at kvalitetsdata forbliver i eget journalsystem via en dataplatform (PLSP), der er bygget op om en fælles standard med ensartet datapræsentation, så kvalitetsdata fra forskellige lægepraksissystemer kan sammenlignes meningsfuldt med hinanden. Ved at sikre at kvalitetsdata forbliver i eget journalsystem, sikres det samtidig, at den enkelte klinik kan løfte sit individuelle dataansvar.

OM FORFATTEREN

Annette Houmand er praktiserende læge i Slagelse, hun er tidligere næstformand i DSAM og har i sine fire år i bestyrelsen været DSAM's IT- og dataordfører, hun har i samme periode været medlem af PLO's IT- og dataudvalg, hvor hun fortsat sidder med udpeget af DSAM. Annette Houmand har som IT-interesseret gennem mange år oparbejdet særlige kompetencer og viden inden for databaser, programmering og IT-infrastruktur.

Med den enkelte praksis' tilladelse kan der i fremtiden laves datatræk til sammenligning af kvalitet på tværs af praksis til anvendelse i klyngearbejdet. Dette bliver til gavn for patientarbejdet i den enkelte praksis og vil danne basis for præsentation af vores kvalitetsarbejde udadtil, så vi kan vise, hvad vi arbejder med i almen praksis, og hvor kvalitetsarbejdet bringer os hen.

Støtte til kvalitetsarbejde i klyngerne

KiAP, som er den nye udgave af DAK-E, og de regionale kvalitetsenheder (KAP) skal fortsat støtte klyngerne i kvalitetsarbejdet, så der kan tilbydes standardmodeller for dataudtræk til den enkelte praksis og klynge, inklusive sammenligninger af anonymiserede og aggregerede kvalitetsdata på nationalt og regionalt niveau. Denne metode er så småt ved at komme i gang og modnes, så klyngerne kan begynde at få glæde af den.

Herudover er det planen, at den enkelte praksis får mulighed for at lave egne dataudtræk til interne kvalitetsprojekter.

Alle typer dataudtræk muliggøres af PLSP-modellen, der lægger fælles "dataudtræksmuskler" til, så begrænsningen ikke længere ligger i, at de enkelte systemhuse hver for sig skal bruge kræfter på at opbygge og udvikle de tiltagende avancerede faciliteter, dette kræver.

Hvor er vi på vej hen?

De centrale nationale og regionale enheder vil bidrage med at udarbejde pakketilbud samt støtte til klyngekoordinatorer og læger, som derefter selv kan vurdere, om disse tilbud opfylder deres behov.

Der arbejdes på en model, hvor kvalitetsdata fra almen praksis med tiden skal blive meget avancerede, f.eks. med visninger i eget lægesystem, hvor der skabes overblik over den enkelte multisygge patient på tværs af sygdomme og sekto-

rer; overblik over tilknytning til speciallæger, ambulatorier, indlæggelser samt hjemmeplejen. Derudover er der tanker om at lave et dashboard, hvor den enkelte praksis får overblik over sin samlede populations kvalitetsdata, f.eks. vedrørende sårbare patienter, defineret ud fra individuelle parametre, som den enkelte praksis kan tilpasse og justere.

Kun fremtiden vil vise, hvordan vores anvendelse af kvalitetsdata vil udvikle sig. Basis for et solidt og spændende kvalitetsarbejde er nu støbt som et solidt, patientdatasikkert og lovligt fundament, som giver fleksible muligheder for den enkelte praktiserende læges præferencer og ambitioner på kvalitetsområdet.

Hvad så med forskningen?

Tiden efter sletningen af DAMD har vist os, at der kan laves utallige gode forsknings- og kvalitetsprojekter. Vores fags udvikling afhænger af, at de praktiserende læger stiller data til rådighed for forskningsprojekter.

Data må udelukkende anvendes til det, de er indsamlet til. Skandalen om den ulovlige dataindsamling til DAMD har på dramatisk vis anskueliggjort, at de praktiserende læger skal tage dataansvaret meget alvorligt, og at der er forskel på dataaflevering til kvalitetsprojekter og til forskning. Skal data anvendes til andet end det primære formål, kræves ansøgning og tilladelse på ny.

Data er et fælles ansvar

Ansvar for at overholde gældende regler og retningslinjer for dataindsamling til forskningsformål skal løftes i fællesskab af lægerne i klinikkerne som dataleverandører (dataansvarlige) og datamodtagerne (forskerne). Dataindsamling skal foretages på lovlig vis og base-res på respekt for patienternes rettigheder samt en gensidig respekt mellem dataleverandør og datamodtager. //



Videokonsultation – kan vi bruge det til noget?

Tre kolleger giver deres bud

Med et snuptag er videokonsultationer blevet et tilbud til alle. Coronakrisens behov for at mindske fysisk kontakt blev katalysator for en revolution i almen praksis. Er det en genistreg eller et eksperiment, eller måske begge dele? Videokonsultation på "Min læge"-appen har været undervejs i nogle år, men den blev rullet ud i løbet af få dage til alle praktiserende læger, og patienterne er strømmet til. Nu venter forskningsprojekter på at undersøge effekten af denne nye kontaktform. På økonomien, på relationen mellem lægen og patienten, og på hvad man kan – og ikke kan – bruge videokonsultationerne til. Practicus har spurgt tre praktiserende læger fra forskellige steder i landet om deres første erfaringer med videokonsultationer.

Corono-eksperimentet gør os klogere på, hvad video kan bruges til



Praktiserende læge Michael Hejmadi-Pedersen, Ferritslev

Video er ikke modent til brug i praksis. Det er konklusionen i bogen "Doktor Hansen har set sin sidste patient", der handler om fremtidens praktiserende læge og den teknologi, der omgiver os. Bogen er afleveret til forlaget i februar, og den udkom i april. Jeg skrev med hands on-erfaring fra næsten alle de udvalg og forsøg vedr. video i praksis.

Siden er verden vendt på hovedet. Fra den ene dag til anden er vi kastet ud i verdens største videokonsultationsforsøg. Vi er alle kommet på video både i vagt- og dagtid. Det kommer

der en erfaring ud af, som det ville have taget årtier at samle ind. Der er blevet brugt enorme ressourcer fra PLO og regionerne for at få video til at virke. Det har været vildt at følge, hvor hurtigt der kan udvikles – når man skal. I dette kæmpeeksperiment bliver vi meget klogere på, hvad video kan bruges til. For videokonsultation er kommet for at blive – også efter corona. I samarbejde med kollegerne Bolette Friderichsen og Carsten Pedersen etablerede jeg Facebookgruppen "Videokonsultation", hvor mere end 600 læger efter kort tid udveksler erfaring med rekordfart. PLO er blevet skarpe til konstruktiv brug af SoMe.

Det bliver en udfordring efter coronaepidemien at forklare patienterne, hvorfor man skal se Henrik eller Peter i praksis, når de har været vant til videokonsultationer i måske tre eller seks måneder. For vi vil netop finde ud af, at visse helbredsproblemer ikke fagligt eller effektivt nok kan håndteres på video.

Video kan ikke erstatte det personlige møde



Praktiserende læge Rikke Thrige, Gislev

Video kan optimere telefonkonsultationer, men som erstatning for fremmøde/besøg fungerer video som noget næstbedst. Både den objektive undersøgelse og den emotionelle kontakt er svækket. Man misser at se patienten finde sig til rette i stolen, og det er svært at fornemme det, der ikke siges med ord.

Jeg oplever, at patienterne takker

nej til videokonsultation, når emnerne er følelsesmæssigt svære. De beder om telefonsamtale eller fremmøde i stedet. Det opfattes grænseoverskridende i psykisk følsomme situationer efter min vurdering.

Videokonsultation er bedst, når det drejer sig om noget konkret, der kan vises, eller til vurdering af påvirkethed og så nok især til opfølgning af kendte problemstillinger. Og så kan det understøtte kommunikationen med hjemmesygeplejersker; er der behov for sygebesøg eller ikke. Men teknikken og det praktiske er en begrænsning, f.eks. når jeg mest ser panden og hårtoppen hos patienten eller er med rundt på en jagt i hjemmet efter en 3-årig, der ikke ville vise lægen sit udslet. Det er der ikke tid til i en travl hverdag.

Alt i alt er videokonsultationer stort

set gledet ud hos os igen, i takt med at fornuftigt visiteret fremmødekonsultation kan anvendes. Det blev aldrig rigtig en succes. Men jeg betragter det fortsat som en god nødhjælp i de svære første epidemi-uger, hvor vi stort set ikke måtte se patienter i lægehuset.

Risikoen er til stede, for at et nødredskab misbruges til implementering af en nem og billig erstatning for det klassiske møde i konsultation eller hjem. Altså at den aktuelle mere eller mindre tvungne implementering af video herefter blot betragtes og promoveres som et redskab, almen praksis tilbyder. Af patienter, af kommuner, af regioner, af PLO. Dermed har vi med et snuptag bypassset den gode stillingtagen til, hvad vi læger vil med videokonsultationer i almen praksis.

Video kan være et glimrende supplerende redskab



Praktiserende læge Ben Geisler, Hillerød

Videokonsultation kan være et glimrende supplerende redskab, hvis det er lægen, der afgør, om henvendelsen er egnet til video. Jeg tænker f.eks., at årskontrol på stabile patienter med en af de kroniske folkesygdomme med fordel vil kunne håndteres via videokonsultationer.

Fordelen er, at rammen lettere vil

kunne fastholdes, uden at der kommer supplerende spørgsmål eller forventninger ind i kontakten. Bagdelen er naturligvis et vist relationstab, når man fratages det fulde billede af det menneske, man taler med og behandler.

Rent overenskomstmæssigt er tiden løbet fra telefonkonsultations-taksten, som nærmest virker latterfremkaldende, når den præsenteres for lægmænd. Jeg kunne godt forestille mig, at personalet over tid vil kunne profitere af at visitere patienterne med video. Når f.eks. henvendelsen drejer sig om forældrenes bekymringer for sygdomme hos børn, hvor man skal vurdere, om et sår kan behandles hjemme, om der er øjenbetændelse m.m.

Der er aktuelt en større udfordring med implementering af videokonsultationer, og det er, at der ikke findes noget ideelt videomedie. PLO's eget produkt er velment, men virker ikke gennemtestet. Ideelt har vi brug for et produkt, som er uafhængig af, hvilket medie – pc, mobiltelefon, ipad eller lignende – afsender og modtager vælger. Dette samtidig med at GDPR-anonymiteten opretholdes. For mig at se er det eneste seriøse bud på dette aktuelt den norske udbyder Confrere. Måske PLO skulle forhandle med dem om en implementering af deres program i lægesystemerne i stedet for at genopfinde et lignende system med de mange børnesygdomme, der nu engang følger med dette? //



Ny implementeringsforskning skal sikre bedre videokonsultationer



Coronapandemien har med et snuptag introduceret videokonsultationen i almen praksis. Men den nye konsultationsform bringer mange spørgsmål. Nogle af dem vil forskere nu prøve at få svar på.

Den nye coronavirus, COVID-19, har sat skub i overgangen til videokonsultationer i almen praksis, fordi det gav mulighed for at reducere kontakttallet i almen praksis. Men den nye teknologi, der blev indført i en ekstraordinær situation, stiller også mange spørgsmål, som forskere nu skal i gang med at prøve at besvare.

Innovationsfonden har netop bevilget 4,3 millioner kroner til at undersøge forskellige aspekter af videokonsultation i almen praksis – et projekt, som er forankret på Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus med forskningsleder Per Kallestrup

og projektleder Ulrik Bak Kirk i spidsen. Sammen med kolleger på de øvrige danske forskningsenheder for almen praksis og industrielle samarbejdspartnere skal de nu undersøge, hvordan den virtuelle lægekonsultation kan blive endnu bedre. Bevillingen er den første større satsning på coronarelateret forskning i primærsektoren.

Seks arbejds pakker

Det nye forskningsprojekt (ReMoTe) består af i alt seks arbejds pakker. Videokonsultationen er det centrale omdrejningspunkt, men hver arbejds pakke skal belyse forskellige sider af den.

Formålet er at kvalitetssikre brugen af den nye teknologi, som med et snuptag har bragt almen praksis ind i den digitale tidsalder. Den gode videokonsultation kræver mere end godt udstyr, f.eks. skal både lægen og patienten vænne sig til at føre en ny form for sundhedsdialog, når det foregår virtuelt, og samtidig have fokus på patientsikkerheden.

”Projektet skal forbedre videokonsultationen mellem den praktiserende læge og patienten – blandt andet

via skræddersyede vejledninger, understøttende materiale til fjernundersøgelser og en virtuel læringsportal,” forklarer Per Kallestrup.

Forskerne vil udvikle og afprøve tre digitale værktøjer i det nye pro-

FAKTA OM PROJEKTET

- Innovationsfonden har bevilget i alt 4.311.632 kr. fra puljen "Grand Solutions" til projektet.
- Forskerne skal undersøge, hvordan videokonsultation i almen praksis kan forbedres – både under og efter indsatsen mod coronavirus.
- Projektet udføres i tæt samarbejde med forskningsenhederne i almen praksis på universiteterne i Aalborg, Odense og København.
- Øvrige partnere er Dansk Selskab for Patientsikkerhed, European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQUIP), Coping Minds ApS og softwareudviklingsfirmaet Trifork Public.

Innovationsfonden har
netop bevilget
4,3 millioner kroner til
at undersøge forskellige
aspekter af video-
konsultation i almen
praksis.

jekt. *Flipped consultation room* inddrager patienten mere aktivt i konsultationen ved at anvende patientrapporterede oplysninger. *Virtual learning portal* gør det muligt for praktiserende læger at optage videokonsultationer, som kan understøtte læring og kvalitetsudvikling, mens *remote online repository* omsætter forskningsresultater til klinisk praksis.

”Vi ved, at videokonsultationen påvirker forholdet mellem læge og patient, som er vant til at mødes ansigt til ansigt i den virkelige verden. Der-

for vil vi forsøge at afbøje negative konsekvenser af den nye konsultationsform ved at indsamle nyeste viden og omsætte den i de bedste løsninger i Danmark,” siger Ulrik Bak Kirk.

Første skridt til at forbedre videokonsultationerne er at få øje på, hvor tingene kan og skal gøres bedre. Måske er nogle typer af kliniske problemstillinger mere egnede til video end andre? Videokonsultationerne ser ud til at være kommet for at blive. Den praktiserende læge er online – også efter coronakrisen. //

5 SKARPE til Ulrik Bak Kirk

Ulrik Bak Kirk er programleder for Digital Sundhed ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Han er cand. mag. i historie og medievidenskab og har over 10 års erfaring med projekter i sundhedsvæsenet.
Foto: Privatfoto.



Hvad vil I gerne opnå med projektet?

Vi vil skabe et bedre fundament for den gode konsultation med egen læge, hvor du ikke er fysisk til stede. Min Læge-appen er som udgangspunkt en god løsning til videokonsultation, men vi vil gerne gøre den endnu bedre. Vi vil også forbedre kvaliteten af fjernkonsultationen – og samtidig blive endnu bedre til at implementere ny viden på kort tid bredest muligt i almen praksis.

Hvorfor er det vigtigt?

Det er et højtaktuelt emne. Det understøtter også vores forskningsinteresse inden for *Digital Sundhed* om at anvende teknologi til at skabe en sammenhæng i behandlingen i det danske sundhedsvæsen – og i sidste ende frigive kompetencer og hænder til de steder, hvor der er mest brug for dem.

Hvor ser du de største udfordringer? Og gevinster?

Den store udfordring bliver at facilitere et bredt offentligt-privat partnerskab mellem praktiserende læger, forskere, virksomheder og civilsamfundsaktører og at nå i mål med leverancerne på kort tid. Men lykkes vi med den opgave,

kan projektet bidrage til at katalysere digitaliseringen af fremtidens almene lægepraksis.

Hvem får resultaterne betydning for?

Det er et toprelevant projekt, men vi tror på, at det handler om meget mere end coronavirus. Vi vil bruge situationen til hurtigt at udvikle og afprøve muligheder og funktioner, der giver større patientinddragelse og fleksibilitet. Det vil komme både patienten og den praktiserende læge til gavn i mange år fremover.

Hvor er udviklingen om fem år?

Den nye bevilling sætter et stærkt digitalt sundhedsaftryk på det almenmedicinske forskningslandkort. Vi håber, projektet kan blive løftestang for at udforske selvtragering og afprøve muligheder for at kvalificere patienthenvendelser allerede i det virtuelle venteværelse. Målet er at skabe *værdifuld ventetid* ved f.eks. at inddrage PRO (patient-rapporterede oplysninger) i en konsultationssammenhæng. Det giver lægen bedre mulighed for at forberede konsultationen og prioritere, hvem der har mest brug for hjælp.

5 SKARPE til Per Kallestrup

Per Kallestrup er praktiserende læge i Skødstrup Lægepraksis, professor ved Institut for Folkesundhed på Aarhus Universitet og leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Han er speciallæge i almen medicin.
Foto: Lars Kruse, AU Foto.



Hvad vil I gerne opnå med projektet?

Vi vil gerne være med til at gøre videokonsultationerne bedre og mere sikre. Det kan f.eks. være ved at udvikle guidelines og vejledninger, som er skræddersyet til patienter og praktiserende læger. Det kan også være i form af understøttende materiale, der kan forbedre "vurdering på afstand" i almen praksis.

Hvorfor er det vigtigt?

Fordi videokonsultationer kan være et væsentligt og værdifuldt supplement til de kontaktformer, der allerede eksisterer i almen praksis og i sundhedsvæsenet generelt.

Hvor ser du de største udfordringer? Og gevinster?

Tekniske vanskeligheder. Sådan er det med ny teknologi. Tålmodigheden er kort hos mange, så det skal virke for at

blive anvendt og anerkendt. De relationelle, etiske og organisatoriske udfordringer skal undersøges. Der kan være fordele og ulemper og afledte konsekvenser i alle retninger. Den største gevinst er muligheden for at øge tilgængeligheden til almen praksis med et nyt velfungerende kontaktværktøj.

Hvem får resultaterne betydning for?

Borgere, patienter og praktiserende læger. Det nye værktøj skal give lettere adgang til den praktiserende læge.

Hvor er udviklingen om fem år?

Jeg tror, at de digitale værktøjer er udviklet yderligere. Vi ved, hvilke anvendelsesområder der egner sig bedst til bestemte typer af værktøj og sundhedsproblemer.

PRACTICUS // kalender

MØDEKALENDER

MEDLEMSMØDER MED DEBAT OG VALG

24. august i Region Nordjylland
25. august i Region Sjælland
25. august i Region Syddanmark
27. august i Region Hovedstaden
1. september i Region Midtjylland
www.dsam.dk/valg

LÆGEDAGE 2020

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

DSAM'S ÅRSMØDE

2. oktober 2020
Comwell Kolding
www.dsam.dk/aarsmoede

23RD WONCA WORLD CONFERENCE – NY DATO

25.-28. november 2021
Abu Dhabi, UAE
www.wonca2020.com

ORDINÆRT REPRÆSENTANTSKABSMØDE

3. oktober 2020
Comwell Kolding
www.dsam.dk

25TH WONCA EUROPE CONFERENCE

17.-19. december 2020
Berlin, Tyskland
www.woncaeurope2020.org





Kvaliteten af telefonvisitation i vagttiden

Har det betydning, hvem der besvarer opkaldet?

Nyt evalueringsredskab "Assesment in Quality in Telephone Triage, AQTT" kaster lys over spørgsmålet.

Formålet med studiet var at belyse sikkerheden, effektiviteten og kommunikationen, ud fra hvad der blev sagt, rådgivet om og besluttet i selve telefonvisitationen i det komplekse møde mellem patient og visitor. Desuden ville vi undersøge, om der er forskel på kvaliteten af disse parametre, afhængig af om visitationerne foretages af praktiserende læger i Lægevagten, af sygeplejersker med et beslutningsstøttværktøj eller læger med forskellige medicinske specialer i Akuttefonen 1813.

Hvordan er studiet udført?

Det første 1½ år brugte vi på at udvikle et nyt evalueringsredskab "Assesment of Quality in Telephone Triage" (AQTT), som måler 24 aspekter af sikkerheden, effektiviteten og kommunikationen i telefonvisitationen. Vi indsamlede input til udviklingen

af evalueringsredskabet gennem delphi-metoden ved at inddrage en række interessenter: PLO, DSAM, Dansk Sygeplejeråd, repræsentanter fra Region Hovedstaden og Region Midtjylland, visitatorer fra Lægevagten og Akuttefonen 1813 og kommunikationseksperter.

1300 telefonsamtaler analyseres

Selve studiet bygger på 1.300 tilfældigt udvalgte telefonsamtaler i 2016. Visitationerne blev udført af praktiserende læger fra Lægevagten i Region Midtjylland eller af sygeplejersker eller læger (med forskellige specialer) fra Akuttefonen 1813. Samtalerne blev vurderet af et evalueringspanel, som bestod af 24 læger med erfaring i telefonvisitationen fra enten Lægevagten i Region Midtjylland eller Akuttefonen 1813. De gennemgik først et todages kursus, hvor de blev fortrolige med at evaluere visitationer efter AQTT og den ledsagende evalueringsmanual. Samtalerne blev vurderet på 20 specifikke parametre (se AQTT-oversigt), som blev vurderet på en skala fra 1 (mangelfuldt – burde være udført, men blev fejlagtigt udeladt, og dette kunne potentielt få alvorlige nega-

tive konsekvenser) til 5 (optimalt udført – ingen mulighed for forbedringer). Item 11 vurderer, om den valgte afslutningsmåde var optimal på en skala fra 1 til 7, hvor polerne graderer undervisitationen (1-3) og overvisitationen (5-7) afhængig af alvorligheden. Derudover var der fire items, hvor evaluatoren blev bedt om at angive sin overordnede vurdering af den sundhedsfaglige kvalitet, patientsikkerheden, effektiviteten og kvaliteten af kommunikationen på en skala fra 0-10. Når en visitation skulle evalueres, blev hele samtalen gennemlyttet. Det var muligt at holde pauser – og også at lytte hele – eller dele af samtalen flere gange.

En test af validiteten af AQTT viste, at man ikke kunne udføre sammenlignende analyser for hele skalaen (fra 1 til 5). AQTT var derimod et validt redskab, når man skelnede mellem kvalitet, der var 'utilstrækkelig til at kunne udføre hensigtsmæssig visitation' (score 1-2) og 'lige netop tilstrækkelig' eller bedre (score 3-5). Derfor blev alle sammenligninger mellem faggrupper udført ved at sammenligne risikoen for at kvaliteten var 'utilstrækkelig' ift. at kunne foretage en hensigtsmæssig visitation.

FAKTA OM STUDIET

- Ph.d.-studiet blev gennemført ved Forskningsenheden for Almen Praksis og Aarhus Universitet.
- Studiets resultater er publiceret i fire videnskabelige artikler.
- Studiet har modtaget støtte fra TrykFonden, Praktiksforskningsfonden i Region Midtjylland, Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i Region Midtjylland og Multipraksisudvalget.
- De fire videnskabelige artikler:
- Safety, efficiency and health-related quality of telephone triage conducted by general practitioners, nurses, or physicians in out-of-hours primary care: A quasi-experimental study using the Assessment of Quality in Telephone Triage (AQTT) to assess audio-recorded telephone calls. BMC Fam Pract. 2020;21(1):1–12.
- Communication quality in telephone triage conducted by general practitioners, nurses or physicians: A quasi-experimental study using the AQTT to assess audio-recorded telephone calls to out-of-hours primary care in Denmark. BMJ Open. 2020;10(3):1–12.
- Quality of out-of-hours telephone triage by general practitioners and nurses: development and testing of the AQTT - an assessment tool measuring communication, patient safety and efficiency. Scand J Prim Health Care. 2019;37(1):18–29.
- Communicative characteristics of general practitioner-led and nurse-led telephone triage at two Danish out-of-hours services: An observational study of 200 recorded calls. BMJ Open. 2019;9(6):1–8.
- Referencer udleveres ved henvendelse til forfatter eller redaktionen.

Hvad viser studiet?

Vores studie viste, at kvaliteten af telefonvisitation generelt var høj. Der var dog forskelle i kvaliteten, afhængig af hvem der udførte telefonvisitationerne.

Praktiserende læger blev vurderet til at have højere overordnet sundhedsfaglig kvalitet og til at være signifikant mere effektive end sygeplejersker. Praktiserende lægers og sygeplejerskers overordnede patientsikkerhed blev vurderet til at være på samme niveau.

Sygeplejersker blev vurderet signifikant bedre end praktiserende læger til at identificere og afdække relevante problemstillinger, afdække tidligere sygdomshistorik og til at stille essentielle spørgsmål for at kunne visitere (item 4, 7 og 8 i AQTT). Sygeplejersker havde signifikant længere samtaler end de praktiserende læger (median for praktiserende læger 2 min. 57 sek., for sygeplejersker 4 min. 44 sek.). Sygeplejersker blev vurderet til at have signifikant mindre undervisitation, men samtidig også signifikant mere overvisitation end praktiserende læger (se figur).

Praktiserende læger blev vurderet bedre end læger med forskellige medicinske specialer til at prioritere relevante problemer og symptomer, at afdække tidligere relevant sygdomshistorik, at stille essentielle spørgsmål for at kunne visitere og rådgive om relevant egenomsorg (item 6, 7, 8 og 9).

Læger med forskellige medicinske specialer blev vurderet til at have samme omfang af undervisitation som praktiserende læger, men signifikant mere overvisitation. Sammenlignet med praktiserende læger blev de vurderet til at have lavere overordnet patientsikkerhed, sundhedsfaglig kvalitet og effektivitet.

Hvad bidrager studiet med? Og hvad mangler?

Vi har beskrevet kvaliteten af telefonvisitationer i vagttiden på baggrund af, hvad der afdækkes og besluttet i telefonen. Derudover har vi belyst forskelle i udvalgte parametre for kvaliteten hos forskellige faggrupper i de arbejdssituationer og under de organiseringer af vagttiden, som de hver især arbejder i.

Men der er andre relevante aspekter, som mangler at blive belyst. Vores studie er ikke en rapport, som sammenligner organisationen Akuttelefonen 1813 og Lægevagten. Det er to meget forskellige organisationer, og vi ved ikke, om forskellene i vores studie er et resultat af den uddannelsesmæssige baggrund af visitator, om der benyttes et beslutningsstøtteværktøj, eller at det er forskellige organisationer med forskellige muligheder for viderevisitation af patienter og med forskellige aflønningsmodeller.

Et vigtigt første skridt

Det er et vigtigt skridt i første omgang at se på, hvad der sker i selve visitationen. Men vi mangler fortsat mere viden om, hvad der sker efter visitationen. Internationale studier belyser ofte sikkerheden ved graden af undervisitation, dvs. at patienten visiteres til et sundhedsfagligt lavere niveau, end man burde (f.eks. at man afslutter kontakten i telefonen i stedet for at visitere patienten til en konsultation eller et besøg). Men det er også vigtigt og relevant at undersøge, hvordan det går patienterne efter deres kontakt.

Derfor er vi i vores forskningsgruppe ved at undersøge sikkerheden (dødelighed, indlæggelser) og effektiviteten (afslutningsmåden, efterfølgende kontakter med sundhedsvæsenet) for telefonvisitationen udført af forskellige faggrupper ved at indsamle

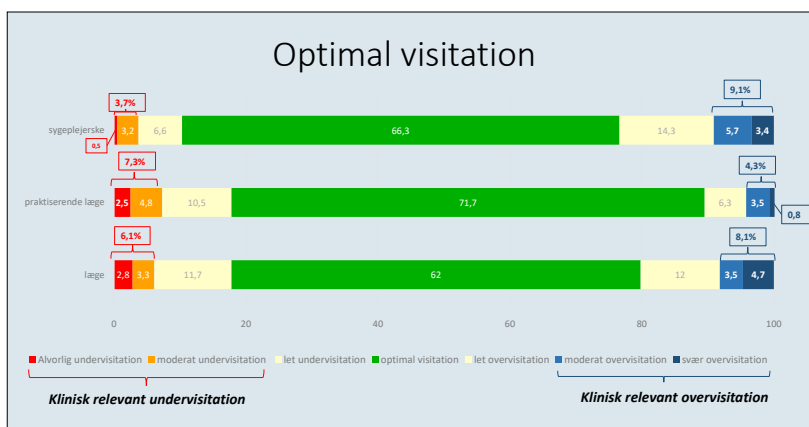
registerdata. Det er også relevant at undersøge konsekvenserne for samfundsøkonomien ved forskellige organisationer.

Hvordan indretter vi bedst fremtidens telefonvisitation, og hvem er så bedst til at visitere?

Vores studie tyder på, at sikkerheden af visitation, som foretages af sygeplejersker, er på niveau med visitation, som foretages af praktiserende læger. Det stemmer overens med resultaterne fra internationale studier. To store registerbaserede studier i England sammenligner mortaliteten, antallet af hospitalsindlæggelser og skadestuekontakter for patienter efter en kontakt med sygeplejersker eller praktiserende læger og konkluderer, at sygeplejersker synes sikre. I Holland har man siden 2000 haft sygeplejersker til at udføre telefonvisitationen. Først var der bekymring om sikkerheden, men nu anser de sygeplejerskevisitation for sikker, men der er problemer med effektiviteten.

Et vigtigt formål med telefonvisitationen er at sikre, at de rette patienter sendes videre til det rette sted i sundhedsvæsenet. De praktiserende læger anses for at være effektive i varetagelsen af denne opgave.

Vores studier viser, at sygeplejersker - der guides af et beslutningsstøtteværktøj og har mulighed for at konferere med en læge - kan identificere og afdække relevante problemer og vil have en lav grad af undervisitation. Det tyder dog på, at denne model kræver et større antal sygeplejersker i telefonen end det nuværende antal læger, hvis ventetiden skal holdes acceptabel. Desuden tyder vores studie på, at flere patienter vil blive sendt videre i systemet, så man skal sikre en højere kapacitet i konsultationerne og besøgene og måske også i sekundærsektoren.



AQTT

- Assessment of Quality in Telephone Triage

Kommunikativ kvalitet
Sundhedsfaglig kvalitet
Overordnet kvalitet

ITEM

INDLEDNING

1. Indhenter oplysninger om opholdssted
2. Beder om at få patienten selv i røret, når opringeren kort har beskrevet situationen

AFDÆKNING

3. Identificerer og handler hensigtsmæssigt på tegn, som kan være alvorlige eller livstruende for patienten (tegn på ABCDE-problematik)
4. Identificerer og afdækker problemstillinger, herunder symptomer og deres udvikling
5. Identificerer og sætter ord på, hvad patientens formål er med kontakten
6. Prioriterer de præsenterede problemstillinger og symptomer på en hensigtsmæssig måde
7. Stiller som minimum alle de essentielle spørgsmål til problemstilling(er) og symptom(er) nødvendige for optimal visitation
8. Stiller de relevante spørgsmål vedrørende tidligere sygehistorie og medicinforbrug

VISITATION

9. Rådgiver relevant i forhold til egenomsorg
10. Rådgiver relevant om sikkerhedsnet
11. Vælger den optimale afslutningsmåde

KOMMUNIKATION

12. Giver opringeren tilstrækkelig taletid og plads til at beskrive situationen
13. Samtalen foregår i et forståeligt sprog afstemt efter opringerens situation
14. Sikrer sig, at afslutningsmåden og rådgivningen er forstået og gennemførlig
15. Sikrer sig at opringeren er enig i afslutningsmåden og rådgivningen og er imødekomme ved uenighed
16. Strukturerer samtalen
17. Mestrer passende spørgeteknik (herunder passende brug af åbne, lukkede og ikke ledende spørgsmål)
18. Opsummerer hvis relevant samt kontrollerer og justerer efter behov
19. Udviser opmærksomhed på opringerens oplevelse og situation
20. Fører samtalen i en imødekomme og venlig tone

DEN OVERORDNEDE KVALITET

21. Hvordan vurderer du alt i alt kommunikationen i visitationen?
22. Hvordan vurderer du alt i alt den sundhedsfaglige kvalitet i visitationen?
23. Hvordan vurderer du alt i alt patientsikkerheden i visitationen?
24. Hvordan vurderer du alt i alt effektiviteten af visitationen?

I vores studie vurderes praktiserende læger på mange parametre som bedre til telefonvisitationen end læger fra andre specialer. En nærliggende hypotese kunne være, at det betyder noget for kvaliteten, at lægerne i visitationen har forankring i det almenmedicinske speciale.

Hvem bør man så bruge til at visitere i telefonen? Der er ikke noget enkelt svar på det spørgsmål. Det afhænger af, hvilke faggrupper man har til rådighed, og hvordan telefonvisitationen og beredskabet i vagttiden er indrettet og organiseret som helhed. //



Sammen flytter vi sundhed med patienten

Forskere på Københavns Universitet står bag SOFIA – et forskningsprojekt, som skal være med til at forbedre indsatsen for psykisk syge i almen praksis med fokus på somatisk sygdom samt en styrket relation mellem praksis og patient. Håbet er at øge livskvaliteten og forlænge levetiden hos patienterne. En DGE-gruppe fra Hobro blev testklinikker for projektet i opstartsfasen.

DGE-gruppen udgøres af Familielægerne i Hobro, Lægerne Bendtzen og Sørensens i Hobro og lægerne fra Onsild Lægehus. De var godt i gang med testfasen og havde besøg fra København af forskerne bag SOFIA den aften i foråret 2020, hvor jeg fik lov til at være fluen på væggen til mødet i Hobro.

Det er velkendt, at psykisk syge lever kortere tid end mennesker uden psykisk sygdom, og at mange dør tidligt pga. somatisk sygdom. Det ville DGE-gruppen gerne ændre for deres patienter.

De kontaktede derfor forskergruppen bag SOFIA for at blive inspireret til, hvordan de helt konkret kunne udarbejde deres eget program for de mest sårbare – så det dækker mere end de sædvanlige KRAM-faktorer og laboratorieresvar. Målet var, at få patienterne inddraget mere og få deres behov belyst bedre.

DGE-gruppen fik mere end bare inspiration. De blev inviteret til at være testklinikker for SOFIAs feasibility-studie.

Tenna Juul fra Onsild Lægehus siger: "Vi syntes, det gav god mening at dykke lidt mere ned i én af vores mest sårbare patientgrupper, og derfor sagde vi ja tak til at deltage i projektet. Det er en gruppe patienter, som ikke nødvendigvis henvender sig ret tit, så udsigten til at få kontakt til nogle af vores mest syge psykiatriske patienter var motiverende. Og at få mulighed for at lære lidt om, hvad de har brug for at tale med os om, uden at vi har en dagsorden i hovedet."

Et feasibilitystudie udføres i starten af et forskningsprojekt og har fokus på "alt det praktiske" omkring studiet. Man analyserer både økonomiske, tekniske, lovgivningsmæssige og de rent praktiske sider af det kommende forskningsprojekt og leder efter steder, hvor arbejdsgange kan forbedres eller forenkles. Man undersøger tidsforbruget ved hvert enkelt del-element af studiet, justerer spørgeskemaer og meget andet. Alt sammen for at blive klar til næste fase, pilotprojektet, som efter planen skal afvikles til efteråret 2020.

Forlænget overblikskonsultation

En meget intens og koncentreret stemning i lokalet mødte mig denne tidlige forårsaften i Hobro. Læger og forskere var samlet for at diskutere indholdet af projektets spørgeskemaer, og hvordan det var gået med at udvælge egnede patienter til projektet.

Et lille lokale fyldt med pc'er, båndoptagere, kaffekopper og en masse papir dannede bagtæppet for dialogerne, og det hele blev optaget på bånd, så forskergruppen kunne dokumentere udbyttet bagefter.

SOFIA-studiet skal afprøve effekten af undervisning, som efterfølges af systematisk opsporing af somatiske sygdomme ved en forlænget overblikskonsultation på op til 45 minutter med tid til forberedelse i almen praksis for patienter med svær psykisk sygdom. Målgruppen er patienter på 18 år og derover med enten skizofreni, bipolar affektiv sygdom eller svær depression.

"Vi var på forhånd lidt spændte på, hvor mange af disse patienter med bipolar affektiv sindslidelse, skizofreni eller svær depression der havde overskud og lyst til at engagere sig i pro-



jektet, men som forskerne ”lovede” os, var der faktisk forbavsende få, der frabad sig yderligere deltagelse. Måske udsigten til at have deres praktiserende læge i markant længere tid end vanlige konsultationer og med egen og ikke lægens dagsorden var tillokkende?”, siger Tenna Juul om processen med at invitere de ca. 15 testpersoner, som hver praksis skulle finde. Alle patienter svarede på et spørgeskema, der måler livskvalitet, hvor lægen fik adgang til svarene og herudfra kunne tale med patienten om, hvilke områder af livskvaliteten der var behov for at gøre noget ved.

Corona spænder ben

Coronakrisen satte en delvis stopper for, at alle klinikkerne kunne gennemføre hele projektets forskellige faser. Men de fleste nåede at indkalde patienterne og få deres tilsagn om at deltage. Mange patienter nåede også at besvare projektets spørgeskemaer. Den del blev udført af klinikkenes personale, bl.a. af uddannelseslægerne, som på den måde blev inddraget i processen.

Fælles for patienterne var, at de tog godt imod tilbuddet. I Tenna Juuls praksis var der kun to af de patienter, de fik kontakt med, som ikke ville deltage. ”Der var en del arbejde i at selekttere patienterne ud fra in- og eksklusionskriterierne. Særligt ’depressionslisterne’ var alenlange”, siger Tenna Juul og fortæller videre, at ”der var mange ark papir at holde styr på, så det var med at holde tungen lige i munden i forhold til forskernes ændringer.” Men samlet set er hun positiv over for at agere testpraksis i et forskningsprojekt og vil overveje at gøre det igen, hvis muligheden byder sig.

Deltagelsen har givet større fokus på, at patienterne får plads til at frem-

føre det, som de har på sinde. Forsørgelsesgrundlag og netværk kan have en meget større betydning for patienternes helbred her og nu end kolesteroltal og KRAM-faktorer, som på nogle kan virke moraliserende. Og det kan være vigtigt, at lægen kender til regionale og kommunale tilbud, som er rettet mod psykisk syge i lokalområdet, fordi social isolation ofte er et stort problem. For nogle er kontakt med andre mennesker vigtigere end tilbud om terapi eller blodprøvekontroller i lægens praksis.

Patienten skal sætte dagsordenen

I nabopraksissen hos Bolette Friderichsen, Marisol Emborg og Ole Mogensen kom der gang i de længere patientsamtaler på 45 minutter.

”Spørgeskemaet var en stor befrielse for os, fordi vi fik nemmere ved at spørge patienten om det, som betyder noget for vedkommende, og fordi vi kunne mærke, at patienten kom forberedt til samtalen, hvor ordet i øvrigt var helt frit”, siger Bolette Friderichsen. ”Vi fik en alliance med patienten, og vi fik adgang til at tale om, hvor der var en bekymring, en funktionsindskrænkning eller et symptom, som vi måske kunne hjælpe patienten med at få løst.”

Nogle patienter gav udtryk for, at det var overvældende at være med til samtalerne. Nogle af dem har oplevet mange svigt fra sundhedsvæsenet gennem tiden, så det var en udfordring at få opbygget en tillidsfuld relation. Men ifølge Bolette Friderichsen og kollegerne kom der i alle tilfælde noget ud af konsultationerne – de fleste patienter fik identificeret et eller flere problemer,

som de gerne ville have hjælp til at få løst. Og som lægen rent faktisk kunne hjælpe med.

For eksempel fik en depressiv kvinde formuleret, at hun gerne vil kunne gennemføre at gå en tur. Samtalen afdækkede hashmisbrug og mulig opmærksomhedsforstyrrelse. Hun fik hjælp til at standse sit misbrug og er henvist til psykiater til udredning for ADHD.

En kvinde med kronisk psykose og bevægelsesindskrænkninger var ked af, at hun ikke længere kunne være fysisk aktiv. Samtalen afdækkede behov for vurdering ved neurolog på mistanke om Parkinson, efter at bivirkninger til antipsykotisk medicin var udelukket.

En mand med skizofreni, alkoholproblemer og påvirket leverfunktion fik formuleret, at han gerne ville tabe sig i vægt og få støtte til en mere sund livsstil uden alkohol. Det er der nu lavet en plan for sammen med ham.

Lægehuset i Hobro vil arbejde videre med i endnu højere grad at bede patienten sætte dagsordenen til de længere konsultationer. ”Vores egen tilgang er anderledes, når patienten selv sætter dagsordenen; vi får bedre muligheder for at sætte ind dér, hvor behovet opleves størst”, siger Bolette Friderichsen.

For SOFIA er planen at afprøve studiet i lidt større skala gennem et kvalitetsudviklingsprojekt med 12 praksis på Sjælland i efteråret 2020. I Hobro og omegn vil lægerne holde ekstra øje med resultaterne. Kommer forskningsprojektet til at vise, at indsatsen kan forbedre det somatiske helbred for de psykisk syge? Det ved vi ikke endnu. Men i hvert fald har deres deltagelse som testklinikker givet god mening både for dem og for deres patienter. //



”Det er en heksejagt!”

- Balladen om livsstilsinterventioner og vægt

For tre år siden blev jeg udpeget som DSAM's repræsentant i Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe for 'Anbefalinger til kommunerne om livsstilsintervention ved svær overvægt'. Oplægget var klart. Livsstilsintervention var defineret som "indsatser, der har til formål, at borgeren opnår et blivende vægttab". Der var lagt op til opsporing, f.eks. stod der: "Opsporing og identifikation af voksne med svær overvægt er en fælles opgave for de aktører i sundhedsvæsenet, som er i kontakt med den enkelte borger med svær overvægt og bør sammen tænkes med identifikation af borgere med moderat overvægt". Og: "Andre kommunale medarbejdere kan understøtte opsporingen i relevante arenaer, f.eks. jobcentre, væresteder, botilbud og samværs- og aktivitetstilbud".

Jeg var skeptisk over for nytten af dette, da jeg i min ph.d.-afhandling "Vægtændringer i almen praksis" bl.a. havde studeret randomiserede kontrollerede vægttabsprogrammer og konstateret, at man i "best case scenario" kan opnå 3,5 kg blivende vægttab i gennemsnit målt efter et par år. Desuden opnår man sjældent lige så

gode resultater med opsporede som hos frivillige deltagere.

Evidensgrundlaget

Jeg var således opdateret på den nyeste viden på området, og DSAM valgte at indgå i samarbejdet for at få den viden afspejlet i anbefalingerne. Det første år gik med, at Sundhedsstyrelsen fik lavet et grundigt systematisk review af studier med slanketure, som bekræftede at samtlige RCT'er, som har inter文eneret med livsstilsbaserede vægttabsprogrammer, har vist meget beskedne langtidsresultater. I en primærsektor-setting kan man forvente godt 1,3 kg blivende vægttab i gennemsnit for deltagere efter 12 måneders intervention. Interventionerne sænkede ikke forekomsten af hjerte-kar-events – heller ikke for folk med diabetes eller hypertension.

På den anden side kunne vægttabsinterventionerne til en vis grad forebygge/udskyde debut af type 2-diabetes hos folk med nedsat glucosetolerans, så ca. 25 procent af deltagere slap for at skulle have medicinsk behandling i nogle år. Men 10-15 års opfølgning af de samme diabe-

tesforebyggelsesstudier viste, at forekomsten af både mikro- og makrovaskulære komplikationer var uændret, sammenlignet med kontrolgrupperne.

En noget spinkel metaanalyse af vægttabsprogrammer med lang opfølgning tydede på en marginal reduktion af den totale dødelighed for deltagere, svarende til at man skal have ca. 170 højriskopatienter i vægttabsforløb i 10 år for at forebygge ét dødsfald. Om denne positive effekt skyldes et lille vægttab, ændrede kost- og motionsvaner, psykologisk støtte eller andre effekter af interventionerne er uvist. Studierne var med motiverede deltagere og udført af højt specialiseret personale. Erfaringen viser, at når disse indsatser implementeres i den 'virkelige verden', kan man ikke opnå lige så store vægttab. Derfor må man alt i alt forvente en meget beskedne effekt på opsporede deltagere i en kommunal setting.

Litteraturgennemgangen fandt ikke evidens for, at livsstilsinterventioner forbedrer deltagernes livskvalitet.

Anbefalingerne bliver til

Litteraturgennemgangen var arbejdsgruppens referenceværk, men denne

fælles forståelse ændrede ikke på den oprindelige ide med anbefalingerne, nemlig at kommunerne skulle have adgang til den bedste evidens for, hvordan man opnår et vægttab. Tilsyneladende synes ingen andre end mig og baglandet i DSAM's bestyrelse, at det var problematisk at opspore folk uden at have noget reelt effektivt slankeredskab at tilbyde dem.

Ingen i arbejdsgruppen havde en baggrund inden for humanistisk videnskab. Begreber som stigmatisering, skam, selvværd og grænser for privatlivets fred m.v. blev enten ikke diskuteret eller hurtigt fejlet af banen. Evidensgrundlaget for kendte og potentielle negative konsekvenser af slankekur som f.eks. depression, tab af knoglemasse og dermed udvikling af (radiologisk) osteoporose eller spiseforstyrrelser indgik ikke i overvejelserne.

Anbefalinger uden evidens

I alt var der seks møder i arbejdsgruppen. DSAM's almenmedicinske og ofte evidensbaserede forslag til, hvordan sundheden kan forbedres med andre metoder end vægttab, blev mødt med en vis forståelse, men konsekvenserne blev ikke indarbejdet i anbefalingerne. I stedet blev der indføjet passager om, f.eks. hvilken type pulverkur man bør anbefale i kommunen.

Processen var stramt styret af Sundhedsstyrelsen, og efter vi i næsten et år ikke havde hørt noget om status på anbefalingerne, fik vi i oktober 2019 pludselig besked om, at nu blev udkastet til anbefalingerne sendt i høring! Efter DSAM's mening var anbefalingerne slet ikke gennemarbejdet, og de afspejlede ikke evidensen. Derfor blev vi nødt til at skrive et stærkt kritisk høringssvar til de anbefalinger, vi selv stod som afsendere på.

Efter høringsrunden kunne vi konstatere at meget få af de kritikpunkter, der var blevet rejst bl.a. fra Dansk Psykolog Forening, var blevet indarbejdet i den endelige version af anbefalingerne. Arbejdsgruppen skulle godkende denne endelige version på et møde den 27. januar 2020. Efter samråd med DSAM's bestyrelse mødte jeg op og meddelte, at vi i DSAM ikke kunne se os selv som afsendere af anbefalingerne, og derfor trak vi os fra arbejdsgruppen.

Kritikpunkter

I DSAM er vi naturligvis enige i, at et højt BMI er en risikofaktor for at udvikle en række sygdomme og kan give gener fra bevægeapparatet. Hvis vi kunne, ville vi gerne hjælpe vores tykke patienter til at tabe sig. Bliver vi op-
søgt af en patient, som er stærkt motiveret for et vægttabsforsøg, skal vi ikke tage modet fra vedkommende, men støtte og vejlede. Vi ved jo, at for nogle lykkes det. Vi er læger og ønsker at arbejde evidensbaseret med respekt for patientens præferencer. Men lykkes det ikke, skal vi



Foto: Obesity Canada

også være parate til at gribe dem og forklare, at det er okay, og at de er gode nok. Det er noget andet end at opspore folk og opfordre til slankekur, selv om patienten kommer med en anden dagsorden.

DSAM's kritik kan sammenfattes til:

- Det er uetisk at opspore, hvis man ikke har en effektiv behandling at tilbyde folk.
- Stigmatisering af tykke er et reelt sundhedsproblem, som ikke er overvejet i anbefalingerne. WHO's rapport fra 2017 beskriver, hvordan mobning og udskamning af svært overvægtige kan resultere i kropstillfredshed, lavt selvværd, ensomhed, selvmordstanker, forstyrret spisning, depression, angst og undgåelse af fysisk aktivitet og lægebesøg.
- Tendentios fremstilling af evidensen. Intet sted i anbefalingerne er det nævnt, at man vil kunne forvente et gennemsnitligt blivende vægttab hos deltagere på 1-2 kg efter mindst et års intervention med flere ugentlige konsultationer i kommunen. Anbefalingerne giver stik mod evidensen indtryk af, at: "Livsstilsintervention kan medvirke til vægttab og vægtvedligeholdelse og mindske risikoen for at udvikle følgesygdomme samt forbedre den psykiske helbredstilstand ved svær overvægt".
- Selve anbefalingerne er af dårlig kvalitet. Vi synes ikke, at teksten er gennemarbejdet. Ud over det primære fokus på vægttab nævnes i flæng (de bl.a. almenmedicinske input) livskvalitet, bedret søvn, reduceret stress m.v., uden at der anvises nogle metoder til, hvordan kommunerne kan arbejde med disse faktorer. Flere steder refereres til litteratur, som konkluderer det stik modsatte af, hvad referencen tages til indtægt for i teksten.

En mediestorm tager fart

Processen i Sundhedsstyrelsen havde sat en mere overordnet erkendelse i gang i mig. Vægt har med hele menneskelivet at gøre, men undersøgelsen af vægt har været domineret af det medicinske perspektiv og forestillingen om, at vægttab for tykke mennesker er en forudsætning for sundhed. I april 2020 dannede jeg sammen med en gruppe forskere og klinikere fra andre fagområder det tværfaglige netværk Ligevægt, www.ligevaegt.org.

Da vi lancerede Ligevægt blev interessen for forløbet i Sundhedsstyrelsen pludselig vakt. Flere journalister havde været interesseret, men pga. coronakrisen var historierne blevet udskudt. Midt i juni gik det løs: DR, P1 morgen, Weekendavisen, Berlingske, TV2 News og mange andre medier, jeg ikke har overblik over. Det kulminerede med BT-overskriften ”Det er en heksejagt”, som jeg blev citeret for at skulle have sagt. Det var nu journalisten selv, der sagde heksejagt, men som min tutorlæge Esben slog fast, så er det nok en risiko, man må tage med, når man udtaler sig til BT, og i øvrigt var det ikke det værste at blive fejlciteret for.

Hvad så nu?

Der er lige nu et pres på DSAM for at komme med et alternativ til de anbefalinger, vi har forkastet. Men det er næppe DSAM's opgave alene at skulle ryste ud af ærmet, hvad kommunerne skal og ikke skal. Sundhedsstyrelsen har i tre år haft flere fuldtidsansatte til at udarbejde anbefalingerne. Vi har vederlagsfrit deltaget i seks møder, så det er vel næppe rimeligt, at vi skal levere produktet.

Men vi har selvfølgelig nogle bud på, i hvilken retning man kan gå. Grundlæggende må vi alle erkende, at fedme skyldes, at vores biologi slet ikke er tilpasset livet i det moderne samfund. Hvis man reelt skal vende

fedmeepidemien, kræver det formentlig radikale samfundsændringer og ikke kommunale vægttabsprogrammer, der kan få folk til at tabe sig et par kg. DSAM foreslår til en start at fokusere på det, vi ved, der virker på at forbedre sundheden.

DSAM's idékatalog:

- Mere idræt i folkeskoler og gymnasier, f.eks. to timer hver dag.
- Masser af let tilgængelige tilbud til borgerne om motionisthold med badminton, fodbold m.v.
- Flere svømmehaller og fleksible åbningstider.
- Kommunerne kan understøtte lokale gåklubber, hundetræning, vinterbadeklubber, spejderne og andre civilsamfundsorganisationer, som bidrager til sund livsstil og styrker de sociale netværk.
- Fokus på træningsglæde.
- Nem adgang til kommunalt sponsorerede hold for familietræning og begyndere i lokale motionscentre. Coaching til folk, som har svært ved at komme i gang.
- Fodbolddturnering mellem kommunens virksomheder.
- Madlavningskurser og svampejagt i skoven.
- Langsomme rulletrapper.
- Boksetræning og brydning i parkerne i sommerhalvåret.
- Gode bycykler i alle byer.

Gennemarbejdede forslag kræver ressourcer

At komme med et gennemarbejdet forslag kræver tid og ressourcer. Vi må f.eks. grundlæggende overveje, om tilbud om en sundere livsstil kun skal være for de svært overvægtige. Alle

– både tykke og tynde – skal vel have mulighed for en sundere livsstil? Vi må have belyst direkte skadevirkninger til bunds og indirekte 'collateral damage' på spiseadfærd hos børn og voksne generelt. Der findes flere interessante eksempler rundt omkring i Danmark, som vi kan blive inspireret af, f.eks. fra Kolding Kommune hvor man er bekymret for skadelige effekter af at udpege folk som overvægtige. Kommunen implementerer nu en vægtneutral tilgang og stopper med at veje alle skolebørn fra 1. klasse og op – så det kun er i særlige tilfælde med vækstbekymring, at man anvender vejning.

Kropsrespekt er fremtiden

Sundhedsstyrelsen må tage sundhedseffekter af stigmatisering alvorligt. Vi er nødt til at undersøge ordentligt, om det at opspore og udpege folk som svært overvægtige bidrager til stigmatisering og reduceret sundhed. Det er åbenlyst, at vægttabsprogrammer ikke er løsningen på fedmeepidemien. Når alt kommer til alt, er det jo hverken vores eller kommunernes opgave at fremme tyndhed, men sundhed. Det er oplagt at skifte målsætningen om en slank krop ud med en sund krop. Man kan godt have en sund livsstil og være tyk samtidig.

Jeg synes, vi skal lade dem tabe sig, som kan og vil tabe sig. Men de som ikke kan, skal vi lade være i fred og ikke udskamme. Vi skal acceptere, at det er helt ok at være tyk. Mennesket kommer i forskellige former og farver, og vi skal respektere alle kroppe. At møde tykke patienter i almen praksis med kropsrespekt er første skridt på vejen til bedre sundhed for dem. //



Af: Thomas Voss, HU-læge i almen medicin, klinisk forsker på SDCA, ph.d., og Anelli Sandbæk, enhedschef tværsektoriel forskning på SDCA, professor på AU - thovos@rm.dk

Mine og dine patienter!

Almen praksis og Steno Diabetes Center – er der en relation?

Størstedelen af patienter med type 2-diabetes behandles i almen praksis. Steno Diabetes Centre vil gerne spille en aktiv rolle i udvikling af nye indsatser, der skal hjælpe personer med diabetes i primærsektoren.

På Steno Diabetes Center i Aarhus (SDCA) har vi et særligt fokus på det tværsektorielle samarbejde om diabetesindsatsen. Vi har etableret et netværk af almen praksis bestående af fem klinikker i Region Midtjylland, hvor vi igennem det sidste år har arbejdet indgående med forskellige aspekter af den diabetesomsorg, som ydes i almen praksis. Emnerne, som

har været berørt, afspejler konkrete spørgsmål, som man har ønsket svar på, f.eks. hvilken evidens der findes for gruppekonsultationer, afdækning af behov for kompetenceudvikling af klinikpersonale og metoder til rådgivning/support fra endokrinologer. Sidstnævnte afprøves aktuelt med faglige konferencer ud fra mantraet "Flyt viden, ikke patienter".

Overdragelsen af patienter med type 2-diabetes til almen praksis har naturligt medført et større behov for support til almen praksis, og de fem nye Steno Diabetes Centre ønsker alle at bidrage til, at patienter med diabetes behandles bedst muligt i alle sek-

torer. Centrenes overordnede målsætning er at skabe forudsætninger for færre nye tilfælde af diabetes samt at højne livskvaliteten og forøge levetiden for alle patienter med diabetes.

På Steno Diabetes Center Aarhus ønsker vi ikke, at patienterne skal opfattes som "mine og dine", men at vi i stedet kan udnytte hinandens viden og kompetencer på tværs, så vi i fællesskab kan løfte opgaven om både behandling og generering af ny viden via forskning.

Vi står over for at skulle afdække kliniske problemstillinger inden for en række følgesygdomme – og vi har derfor et stort ønske om at skabe et formaliseret forskningssamarbejde med læger og sygeplejersker i almen praksis. Vi vil derfor i den nærmeste fremtid invitere almen praksis, i første omgang i Region Midtjylland, med i et forskningsnetværk. Vi håber også på at kunne byde kvalitetsklynger ind til et samarbejde om kvalitetsudvikling af diabetesomsorgen.

Sammen er vi bedre!

Såfremt I vil høre mere om forskningssamarbejdet, kan forfatterne kontaktes. //



Anelli Sandbæk holder oplæg for "Almen praksis diabetes netværk". Foto: Thomas Voss



Af: Roar Maagaard, formand for DSAM's Videreuddannelsesudvalg samt Internationale Udvalg, medlem af DSAM's bestyrelse, praktiserende læge i Skødstrup - Roar@raskmaagaard.dk

Wir treffen uns in Berlin!

WONCA Europe-kongressen i Berlin blev udsat på grund af corona, men der er lagt op til en spændende kongres i Berlin i december 2020. Sæt X i kalenderen den 17.-19. december.

WONCA Europe afholder en kongres hvert år – normalt i sommertiden. Mange af Practicus' læsere var nok med til at styrke det europæiske kollegiale fællesskab via deltagelsen i kongressen i juni 2016 i Bella Center. Vi var 3.500 deltagere i alt til en meget vellykket kongres, som var præget af høj faglighed. Siden har der været kongresser i Prag, Krakow og sidst Bratislava, dog alle med lidt færre deltagere end i København.

I år var turen så kommet til, at DSAM's tyske søsterselskab, DEGAM, skulle være vært i Berlin

for en WONCA-kongres, der skulle kobles til deres nationale årsmøde. Alle planer kørte på skinner frem mod et brag af en kongres i Berlin, der skulle finde sted lige efter Skt. Hans. Så kom coronavirus på tværs. Men for tysk almen medicin betyder det europæiske møde og fællesskab rigtig meget: De står ikke så stærkt internt som f.eks. dansk almen praksis gør, så kongressen er også tænkt som et boost for almen medicin internt i Tyskland. Specialets status er også vigtig for rekrutteringen. Kongressen og det tyske årsmøde er derfor ikke aflyst – blot udsat – og holdes lige op til jul i år.

Sommer-Berlin kan være en fest, men mon ikke også jule-Berlin kan være det? Mange vil spørge, om det nu også bliver muligt med en kongres i december. Ingen ved det i dag, men tyskerne satser på det. Jeg kan så tilføje, at vi har en plan B med en hel eller delvis onlineafvikling af kongressen, hvis anden coronabølge umuliggør en fysisk kongres.

Vi håber og satser stadigvæk

på en normal fysisk kongres – dog uden krammeri, som vores syd- og østeuropæiske kolleger har dyrket meget mere intenst i mange år end os lidt mere reservede læger fra det kølige nord.

Pandemierfaringer skal deles

Et af argumenterne for at fastholde kongressen er i øvrigt også COVID-19-pandemien. Vi har i europæisk almen praksis behov for at mødes og dele vores hidtidige erfaringer med pandemiens indvirkning på vores arbejde med og for patienterne. I nogle lande har belastningerne og udfordringerne været massive. Almen praksis har udført en meget vigtig "first line" indsats i mange europæiske lande, og de store dødstal betyder, at der også fremover vil være et stort og vigtigt arbejde for vores kolleger. De menneskelige omkostninger i vores egne rækker har også været tragisk store: I Italien passerede dødstallet af læger 100 for nogen tid siden – de fleste var vores kolleger i almen praksis. I Danmark har vi desværre også set et tragisk døds-

OM FORFATTEREN:

Roar Maagaard er formand for WONCA Europe Conference Committee og derfor konsulent for kongresserne i Prag, Krakow, Bratislava, Berlin og Amsterdam (2021).

Sommer-Berlin kan
være en fest, men mon
ikke også jule-Berlin kan
være det?

fald hos en kollega. Derfor er der behov for at dele erfaringer om pandemiindsatsen. Vi skal give kredit for den ydede indsats, men dele læring i forhold til næste bølge – eller næste epidemi. Så corona vil komme til at præge kongressen på flere niveauer.

Core Values of Family Medicine: Threats and Opportunities

Kongreskomitéen og den videnskabelige komité ledes af Erika Baum og Christoph Heintze, men der er bred opbakning fra alle almenmedicinske forskningsmiljøer i Tyskland – således også fra de to kendte Berlinmastodonter: Charité og Humboldt.

Erika og Christoph og deres team har forsøgt at sammensætte et spændende videnskabeligt program under hovedtemaet "Core Values of Family Medicine: Threats and Opportunities" og med et væld af undertemaer. Lad mig nævne nogle få: opgaveglidning i almen praksis, compassionate health care, IT/e-health, hjælp til marginaliserede grupper og mange flere.

Pejlemærkerne på vej til Europa

Hovedtemaet falder godt i tråd med, at de nordiske selskaber via deres paraplyorganisation NFGP (Nordic Federation of General Practice) bad WONCA Europe om at starte et udredningsarbejde om kerneværdierne i almen praksis. Norge lavede jo for en del år siden de syv teser, DSAM udstak så for få år siden syv pejlemærker, og NFGP forsøger nu at tage denne diskussion videre til Europa. I Berlin vil en arbejdsgruppe under ledelse af Anna Stavdal, som jo om kort tid bliver præsident for WONCA World, præsentere et debatoplæg om disse Core Values. Siden den europæiske definition af almen praksis så dagens lys for knap 20 år siden, er såvel vores samfund som almen praksis forandret markant, så en vis justering er relevant. Den europæiske definition af vores speciale indgår som et af fundamentene for den danske målbeskrivelse i almen medicin, så vi står også på et europæisk fundament. Så kom og bidrag til udvikling af kerneværdierne for vores speciale i Berlin!

Noget at tænke over – noget at glæde sig til

Kongresser huskes af mig ofte for keynote speakers – både når disse har været fremragende til at formidle et vigtigt budskab, men desværre også, når der har været nitter iblandt. Jeg kunne godt nævne et par stykker af de sidste, men undlader og vil i stedet fremhæve et navn, der for evigt vil blive husket af mig: Dr. Ian McWhinney, der ved WONCA i Wien i 2000 talte om – ja så mænd, "Core Values". Nakkehå-

rene kan stadig rejse sig, når jeg tænker tilbage!

Er der så gode keynotes i vente i Berlin? Ja, det tror jeg, og der er syv i alt. Amanda Howe (UK) holder åbningsforelæsningsen, og hendes fine og artikulerede engelsk skal nok gå rent igennem. Så skal vi opleve noget nyt: Der bliver en "Davos-type"-session med tre keynotespeakers sammen, der diskuterer nye teknologier i almen praksis og truslen fra en stigende kommerialisering. Her skal vi møde tre stærke oplægsholdere Donald Li (præsident for Wonca World og praktiserende læge i Hong Kong), Norbert Donner-Banzhof (professor i Marburg, Tyskland) og Yonah Yaphe (assoc. professor i Minho, Portugal). Det bliver et stærkt hold. Om Yonah lidt ekstra: Født, opvokset og uddannet i Canada, via Oxford til Israel, hvor han var practicus i en del år i en kibbutz; underviste desuden i Tel Aviv. Så førte en lykkelig kærlighed til en portugisisk almenmediciner ham til det nordlige Portugal, hvor han lever og arbejder i dag, og så er han tilmed på alle måder et godt menneske. Så den session glæder jeg mig specielt til.

De ellers lidt stive tyskere vil også skabe "science slam-sessioner". Det er humoristiske præsentationer, hvor evalueringen af sessionen afgøres via et klap-ometer. Tyskerne siger, det plejer at være ret så morsomt, så det glæder jeg mig også til.

Programmet opdateres løbende: <http://www.familydoctors-europe2020.org>

Wir treffen uns in Berlin 17.-19.12.20. //



"Jeg har altid gerne villet have min egen praksis"

At realisere drømmen om at blive selvstændig praktiserende læge kan kræve mange års tilløb. Anders Prior tog springet, så snart han var færdiguddannet som speciallæge i almen medicin. Her fortæller han om tankerne bag den beslutning – og hvordan coronakrisen påvirkede den første tid.

Hvornår startede du egen lægepraksis?

Jeg blev speciallæge i almen medicin i marts, og sammen med tre andre ejere og en fast lægevikar åbnede jeg "Lægerne Kirstinelund" i Lystrup den 1. maj. Vi har arbejdet på det gennem et år – købt ydernumre, bygget nye lokaler, ansat personale og meget andet.

Hvorfor valgte du at starte selv?

Jeg har altid gerne villet have min egen praksis. Det ligger lidt i DNA'et som praktiserende læge. Det giver mulighed for selv at bestemme over sit arbejdsliv og selv vælge, hvordan man vil være læge over for sine patienter. Og så fik vi en unik mulighed for at købe en praksis i et område, hvor jeg

tidligere har arbejdet. Det er en blanded patientgruppe i alle aldre, så man kan få lov til at være familielæge – og så ligger det heldigvis i cykelafstand fra, hvor jeg bor.

Hvorfor blev det et kompagniskab?

Man er selvstændig, men indgår samtidig i et team med de andre læger og



Anders Prior i sin konsultation, der åbnede den 1. maj 2020 som en del af Lægerne Kirstinelund i Lystrup ved Aarhus. Privatfoto.



Som nyslået selvstændig praksisejer må man ordne meget selv – f.eks. opdatere lægefællesskabets hjemmeside. Privatfoto.



Arbejdet med den nye bygning var i gang helt frem til åbningen – og lidt efter.... Privatfoto.

personalet. Der er holdånd – og heldigvis ikke ret langt fra beslutning til handling.

Du er både praktiserende læge og forsker. Hvordan hænger det sammen?

Jeg har forsket under hele min speciallægeuddannelse og ser en styrke i at være begge steder samtidig, hvis vi skal udvikle faget. Jeg håber at kunne trække forskningen ud i praksis og erfaringerne fra praksis ind i forskningen.

Hvordan balancerer du tiden mellem praksis og forskning?

Det har jeg tænkt meget over. Det kræver helt sikkert noget forventningsafstemning. Helt fra starten har jeg aftalt med praksiskollegerne, at jeg har faste dage med forskning. Så har vi en fast vikar, når jeg er væk. Forskningen giver hele tiden nye muligheder, så jeg skal virkelig huske på, at jeg ikke har mere tid, end jeg har. Jeg håber, det kan lykkes på en god måde, for begge verdener giver mig rigtig meget.

... og mellem arbejdsliv og familieliv?

Både praksis og forskning har perio-

der med spidsbelastning, der kræver en ekstra indsats. Da klinikken åbnede, faldt det sammen med publiceringen af en forskningsartikel i det ansete videnskabelige tidsskrift NEJM, så jeg havde både patienter, håndværkere og journalister i telefonen. Men hvor lægearbejdet er meget kalenderstyret, så er forskningen som regel mere fleksibel. Og det giver noget luft – også i forhold til familien. Det betyder meget, når man har små børn. Jeg værdsætter at kunne være far i børnenes vågne timer, og så må jeg arbejde lidt om aftenen.

Hvad har overrasket dig ved at starte selv?

Der går meget tid med alt det, som egentlig ikke har med patienter og "rigtigt" lægearbejde at gøre. Man er heller ikke fuldt klædt på til at være arbejdsgiver og leder. Det vidste jeg sådan set godt, men det har fyldt rigtig meget i de sidste par måneder op til åbningen.

Hvordan påvirkede coronaen overgangen til livet som selvstændig?

Det har været svært at arbejde hjemme med to små børn om benene. Til gengæld har vi været rigtig meget

sammen som familie – og vi har nydt det. Lægearbejdet var også meget anderledes, fordi vi startede op med få patienter i klinikken og en masse telefonsnak – og naturligvis bekymringer om økonomien. Vi er flyttet ind i et helt nybygget sundhedshus. På grund af corona nåede det først at blive færdigt lige op til vores åbning – så der var en del kriller i maven. Men vi åbnede til tiden, selvom der stadig mangler en hel masse...

Hvad er dit råd til andre, der gerne vil starte selv?

Gør det! Det er skønt at have noget, der er dit eget. Men husk at spørge kolleger og trække på dit netværk, når du har brug for gode råd. Du behøver ikke opfinde alting selv! //

Læs mere:

www.laegernekirstinelund.dk

BLÅ BOC

Født: 1981

Uddannelse: Speciallæge i almen medicin (2020), ph.d. fra Aarhus Universitet (2017)

Nuværende ansættelser: Praktiserende læge, Lægerne Kirstinelund, Lystrup. Postdoc ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus. Ekstern lektor på Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet.

Tidligere ansættelser: Uddannelseslæge i almen praksis i Lystrup og Grenå samt flere sygehusafdelinger

Priser: Magda og Svend Aage Friederich Mindelegat (2018). North American Primary Care Research Group (NAPCRG) & British Society for Academic Primary Care (SAPC) Junior Award – Travel Grant (2016)

Bopæl: Egå ved Aarhus

Civilstatus: Gift med Christina, to børn

Interesser: Er der tid til det?



Men det hele endte godt til sidst... Privatfoto.

Ansøgningsfrist til dækning af honorar for dataindsamling

Senest 7. august 2020 skal projektledere, som vil ansøge Fonden for Almen Praksis om dækning af honorar til praktiserende læger for medvirken ved dataindsamling i forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter, indsende deres ansøgning.

BEMÆRK at dette vil være den eneste ansøgningsrunde i 2020, da det nu kun er muligt at søge en gang årligt.

Sådan ansøger du

Se vejledning og ansøgningsskema på DSAM's hjemmeside.

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

Du skal sende ansøgningsskema, projektprotokol samt relevante bilag til mpu@dsam.dk.

Har du spørgsmål til ansøgningsproceduren, kan du kontakte Dorthe Pedersen på mail mpu@dsam.dk eller telefon 7370 7628.

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 skri-

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

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

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

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

Ansøgningsfrist for uddeling i september 2020:

Onsdag den 2. september 2020.

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



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

Kontinuiteten og relationen til patienterne har været grundlæggende for mit virke

KLINIKKEN

Begejstret for mit nye arbejde

Jeg nedsatte mig i 1971. Fra min tid på sygehuset havde jeg en klar forestilling om det nødvendige i et tæt kollegialt samarbejde og derfor var kompagniskabet min foretrukne praksisform. Praksis i Skødstrup var etableret allerede i 1872, men var fra 1965 blevet udvidet til tre læger. Jeg blev hurtigt meget begejstret for mit nye arbejde. Følelsen af nærkontakt og den tillid, jeg mødte hos patienterne, var enestående, og jeg kunne mærke, at praksis havde et godt ry. Et udsagn fra en af patienterne står stadig som et holdepunkt for målet med arbejdet. Det kom en søndag morgen (vi havde dengang vagten for egne patienter døgnet rundt), hvor jeg blev ringet op af en ældre gårdejer, som jeg ikke tidligere havde mødt. Han havde måske forstuvet foden. Vi aftalte at mødes i konsultationen, og efter endt behandling udtrykte han: "Det, vi kan lide ved denne praksis, er, at I altid er der, når vi har brug for det." Da jeg ikke kendte ham på forhånd, kunne dette

udsagn ikke være møntet på mig, men på praksis som helhed, og jeg følte en stærk forpligtelse til fortsat at skulle leve op til dette omdømme.

Kontinuitet, efteruddannelse og fagligt samarbejde

Kontinuitet har været beskrevet som en af hovedstyrkerne i almen praksis. Gennem årene erhverver lægen sig kendskab til de patienter, han ser, og kan danne sig et indtryk af familiernes relationer og væremåde. Det kan få betydning ved vurderingen af alvor, når en patient reagerer anderledes end forventet. Jeg mindes et tilfælde, hvor vores praksisreservelæge kom ind til mig i telefontiden og fortalte, at en patient, han havde i telefonen, ønskede et akut besøg, her og nu. Jeg kunne straks svare, at hvis fru Sørensen reagerede sådan, var det alvorligt, og vi måtte køre med det samme. Det viste sig, at hendes mand havde et akut hjerteinfarkt, og han blev hasteindlagt. Det var, efter man begyndte at behandle med stent, og efter fem dage var han igen frisk.

Efteruddannelse og det faglige samarbejde er en vigtig del af den praktiserende læges opgaver. I kompagniskabs- og gruppepraksis er der rig mulighed for at udvikle dette. Vi havde dagligt en fast konference til drøftelse af dagens be-
givenheder. Målet var, at enhver behandling skulle kunne drøftes eller forklares, også selv om den var kontroversiel, men risikoen var samtidig, at en kollega kunne føle sig trængt på sin faglighed ved for mange gentagne spørgsmål, og det kunne kræve stor imødekommethed fra alle parter.

Fra tre til mange

Vores praksis lå i et forstadsområde til Aarhus og var præget af stor tilflytning. Der viste sig hurtigt behov for udvidelser, og spørgsmålet var, om vi skulle fortsætte med at optage nye kompagnoner, eller om vi skulle tilstræbe etablering af nye praksis i området. Vi valgte det første, og fra tre læger, da jeg startede, var vi vokset til otte, da jeg sluttede. Vi gjorde os mange tanker om samarbejdet i så stor en gruppe, og resultatet hvilede på en særdeles detaljeret samarbejdskontrakt, hvor vi forsøgte at forebygge enhver tænkelig konfliktmulighed.

FORSKNING

Erfaring savnes

Vi havde alle en fælles interesse i fagets udvikling, og da Aarhus Universitet i 1973 opslugte otte stillinger som eks-
terne lektorer med henblik på den prægraduate uddannelse i almen praksis, blev vi enige om, at jeg burde søge. Vi havde ingen erfaring med forskning i almen praksis, men ønsket var klart og påtrængende. I klinikken så vi i disse år flere tilfælde af scarlatina, og jeg fik en idé om at opgøre antallet i en sammenlignende undersøgelse. Jeg søgte vejledning hos daværende overlæge i infektionsmedicin, Viggo Esmann, men han fattede ingen interesse for sagen. Derimod mente han, at hvis vi kunne påvise en metode, hvor man i praksis kunne skelne imellem streptokokton-
sillitter og virus faryngitter, ville det være interessant. Vi gik i gang med et samarbejde med Seruminstitutet i Aarhus med det formål at undersøge, om vi kunne skelne

vækst af Gruppe A-streptokokker fra almindelig svælgflora i en petriskål. Det førte til vores første artikel i ugeskriftet i 1975.

Statistisk signifikans kontra klinisk relevans

Det blev vejen til en ansættelse som ekstern lektor, da Institut for Almen Medicin blev vedtaget i Fakultetsrådet som et selvstændigt institut i 1975. Et almindeligt forskningsområde var medicinafprøvninger i almen praksis, og flere medicinalfirmaer bød sig til med projekter. Sammen med en kollega fra Institutet gik vi i gang med en undersøgelse af metoclopramid (Primperan®) over for placebo ved behandling af colon irritabile i almen praksis. Ved offentliggørelsen i Ugeskriftet i 1977 mødte vi stærk kritik fra flere sygehuskolleger med hensyn til vores diagnostiske kriterier for udvælgelsen. Det blev hævdet, at diagnosen ikke kunne stilles uden forudgående røntgen af colon, mens vi havde valgt, at behandlingen måtte afprøves på de præmisser, der var almindelige i almen praksis. Resultatet viste bedring eller helbredelse hos 74,8 pct. af de metoclopramidbehandlede mod 63,2 pct. i placebogruppen. Forskellen var statistisk signifikant på 95 pct. af sikkerhedsintervallet, men vi lærte noget om statistisk signifikans kontra klinisk relevans.

The journal of negative results

En anden medicinafprøvning, jeg forsøgte mig med, var behandling af depression. For at gøre patientgruppen sammenlignelige med hospitalsmaterialer skulle udvælgelsen bero på tre forskellige "rating scales" og var således ret tidskrævende. Vi gennemførte projektet i to år, men måtte derefter opgive. Vi havde i alt fået inkluderet ni patienter.

Mislykkede projekter var ikke enestående. På et tidspunkt blev vi involveret i en undersøgelse af forekomsten af en bakterie, *Vibrio parahaemolyticus*, der skulle kunne give anledning til øvre luftvejsinfektioner. Den var påvist i danske farvande, og vi fik samlet 36 praksis i kystnære områder, som skulle undersøge børn og voksne med otitis

og tonsillitis for denne bakterie. Undersøgelsen blev gennemført i sommeren 1978, men der blev aldrig fundet nogen tilfælde med denne sygdomsårsag. Det var kendt, at bakterien kun opformeredes i vandet ved temperaturer over 19 grader, og sommeren 1978 var præget af regn og blæst og lave temperaturer. Vi savnede "The Journal of Negative Results". Heldigvis var jeg også med til flere vellykkede undersøgelser, især om vurdering af udvidede diagnostiske muligheder inden for hals- og urinvejsinfektioner. Det var tiden, før computeren for alvor blev taget i brug, og vi brugte meget tid på at klippe og sortere hukort.

I BESTYRELSEN FOR DSAM

Prægrauat uddannelse og videreuddannelse

Som observatør for Aarhusmiljøet kom jeg i bestyrelsen for DSAM i 1974. Det blev til mange spændende år, hvor jeg følte, vi var med til at præge udviklingen og placeringen af almen praksis. Undervisningen i almen medicin ved fakulteterne i København, Odense og Aarhus var etableret i 1973. Undervisningen var valgfri og i det væsentlige baseret på et fire ugers praktikantophold i almen praksis. Det var bestyrelsens og institutternes mål, at undervisningen i almen medicin skulle være en fast del af den prægrauate uddannelse. Det lykkedes i 1986 med den nye rammebekendtgørelse for studenterundervisningen, der indførte almen medicin som et obligatorisk klinisk fag med eksamen. Et andet mål var videreuddannelse i almen medicin, der i løbet af 15 år blev ændret fra krav om et års klinisk ansættelse til de i dag gældende krav om fem års specificeret klinisk ansættelse plus 150 timers teoretisk kursus.

Almen medicin anerkendes som et lægeligt speciale

I forbindelse med den fortsatte forbedring af videreuddannelsen havde selskabet ved flere lejligheder rejst spørgsmålet om anerkendelse af almen medicin som lægeligt speciale. Forudsætningerne for det system af lægelige specialer, der karakteriserede de lægelige uddannelser, hvi-

CV

1966	Cand.med. Aarhus Universitet
1971-2006	Alment praktiserende læge i Skødstrup
1977-1982	Institutbestyrer ved Institut for Almen Medicin, Aarhus Universitet
1984-1988	Formand for Dansk Selskab for Almen Medicin
1989	Præsident for 6. Nordiske kongres i almen medicin
1982-1993	Medlem af Videnskabssetisk Komite i Århus Amt
1991-2007	Vagtchef for Lægevagten for Århus Amt

lede på, at et speciale dækkede et selvstændigt kompetenceområde, samt at der til specialet var opbygget en selvstændig uddannelse af et passende omfang. Begge disse forudsætninger var opfyldt for almen medicin. I speciallægekommisionens betænkning fra 1977 indgik et forslag om en speciallægeuddannelse i almen medicin. Forslaget mødte dog betydelig modstand i specialistnævnet, og anerkendelsen som lægeligt speciale blev først opnået i 1994.

Forskningsfonden bliver til

Et tredje mål var problemet med midler til forskning i almen praksis. Det blev hjulpet på vej, da det lægevidenskabelige forskningsråd i 1976 anbefalede forskning i den primære sundhedstjeneste som et af sine højt prioriterede områder og dermed skabte grundlag for etableringen af den centrale forskningsenhed i København i en femårig periode. Problemet blev igen aktuelt, da forsøgsperioden udløb i januar 1983. Efter forhandlinger mellem PLO og Sygesikringens Forhandlingsudvalg (SFU) aftaltes oprettelsen af en fælles forskningsfond på 6 mio. kr., der blandt andet skulle dække driften af forskningsenheden. Forskningsfonden for PLO/SFU blev indført i overenskomsten i 1984, og i henholdsvis 1992 og 1993 kunne der etableres forskningsenheder i Aarhus og Odense.

Med på holdet, der har formet udviklingen

Skal jeg til slut resumere, hvad der har formet mit liv som læge, må det blive det kliniske arbejde i almen praksis. Kontinuiteten og relationen til patienterne har været grundlæggende for mit virke. Set på denne baggrund har det forskningsmæssige og organisatoriske arbejde været utroligt spændende, og det har givet mig en følelse af at have været med på holdet, der har formet udviklingen. //



Af: **Jesper Bossel Holst Christensen**, uddannelseslæge og formand for FYAM-udvalget, **Sara Radl Hensel**, uddannelseslæge, **Ellen Jensen**, uddannelseslæge og ph.d.-studerende, og **Nanna Holt Jessen**, uddannelseslæge og ph.d.-studerende - fyam-formand@dsam.dk

Her i lægehuset kan du møde uddannelseslæger

"Er du egentlig læge?"

Det spørgsmål har mange uddannelseslæger nok svaret på mange gange. Spørgsmålet falder gerne efter en - efter egen mening - vellykket konsultation, hvor man virkelig fik lagt en skarp dagsorden, nailede alle fire f'er, skabt en fantastisk alliance og lagt en formidabel plan (inkl. sikkerhedsnet selvfølgelig). Og så kommer det, det lille spørgsmål: "Der stod uddannelseslæge på døren. Er du i en slags praktik?"

Og man føler sig egentlig ikke som en større læge af at høre sig selv udtale ordene: "Jeg er rent faktisk læge."

I FYAM-udvalget satte vi os for at gøre noget ved ovenstående, efter at et af vores FYAM-medlemmer kontaktede udvalget i efteråret. Hun havde den idé at lave en plakat, der kun-

ne tydeliggøre over for patienterne, hvem "de dér uddannelseslæger" egentlig er. For det er da ikke nemt at forstå, HVAD en uddannelseslæge egentlig er, og HVORFOR man stadig er under uddannelse, når man nu har færdiggjort sin lange universitetsuddannelse, for ... "en praktiserende læge er jo ikke en speciallæge, vel? Det er vel en slags læge?"

Vi har i FYAM-udvalget arbejdet videre med projektet og er stolte af, at vi nu kan præsentere FYAM-kampagnen 2020:

Her i lægehuset kan du møde uddannelseslæger

Ud over at oplyse, hvad en uddannelseslæge er, blev vi i arbejdsgruppen hurtigt enige om, at plakaten skulle understrege en anden pointe. Nemlig

at praktiserende læger er speciallæger i almen medicin. Det, synes vi, er vigtigt.

I foråret lancerede DSAM kampagnen "Det gør en forskel, at vi kender hinanden", og på årsmødet den 2. oktober i Kolding skal vi diskutere den relation og kontinuitet, der kendetegner almen praksis. Som uddannelseslæge i almen medicin er kontinuiteten besværliggjort, og vi forstår udmærket den forvirring, der kan opstå hos patienterne, når de igen er inde ved en ny læge. Vi håber, at vi med kampagnen kan give et større indblik i, hvem "den nye, unge læge" er, og hvorfor vi er der. På den måde håber vi, at patienterne lærer os, uddannelseslægerne, bedre at kende – for det gør en forskel, at vi kender hinanden.

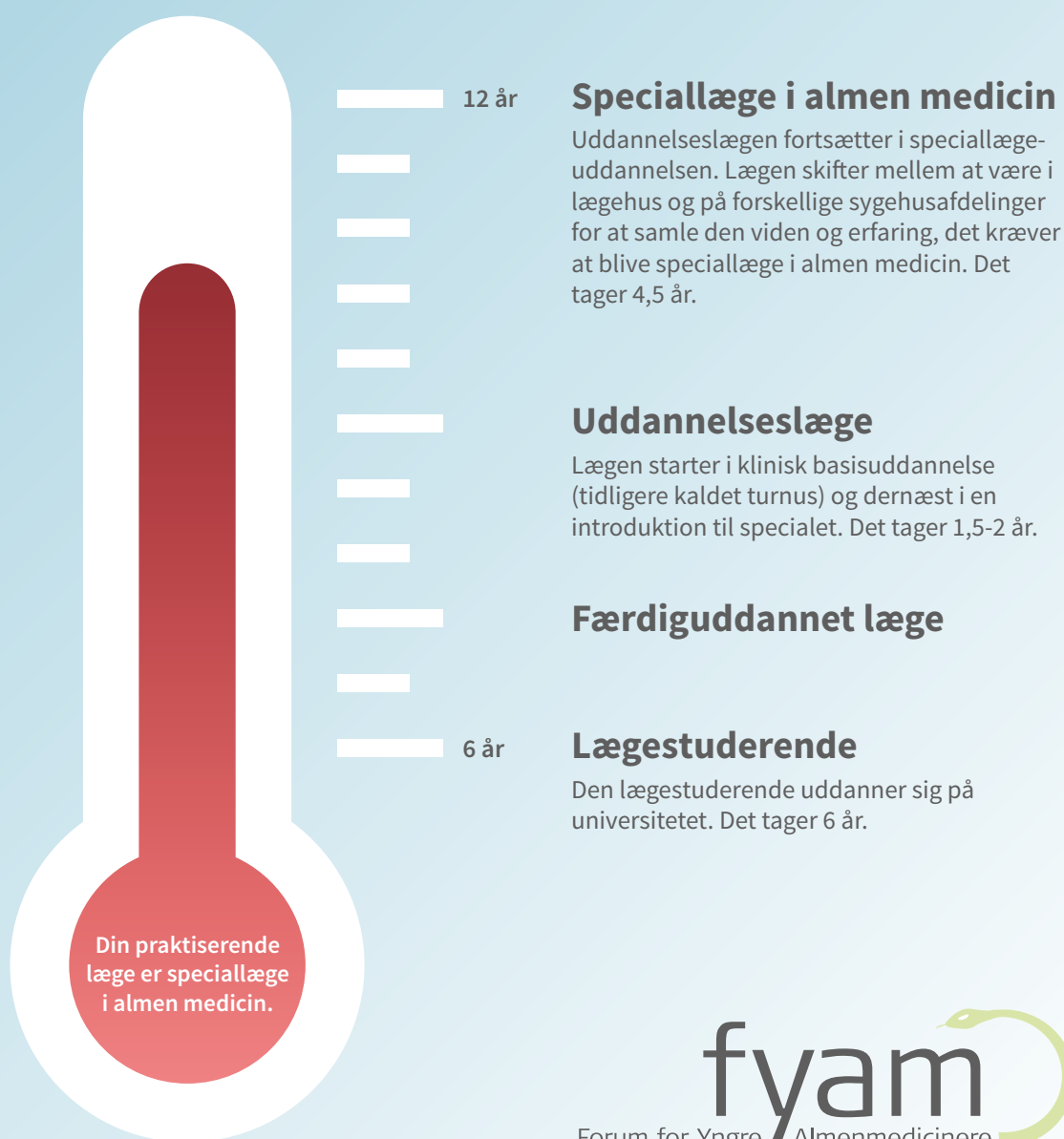
Plakaten vil blive uddelt på årsmødet, og vi arbejder på en version, der kan sættes på praksisskærmen, hvilket vil blive udsendt fra DSAM og med PLO'orientering.

Vi glæder os til at se plakaten hænge i landets lægehuse. Tag venligst godt imod i den! //

Og man føler sig egentlig ikke som
en større læge af at høre sig selv udtale ordene:
"Jeg er rent faktisk læge."

HER I LÆGEHUSET KAN DU MØDE UDDANNELSESLÆGER

En uddannelseslæge er en færdiguddannet læge,
som er i gang med at specialisere sig





FYAM: VALG 2020

Til september er der valg til en række poster i FYAM-udvalget og i DSAM-udvalg, hvor FYAM er repræsenteret.

Det frivillige og faglige arbejde i FYAM har i perioden 2019-2020 naturligvis været præget af COVID19. Det har medført aflysning af en række aktiviteter. Jeg håber, at vi fra sommermånederne igen er ude af virussens skygge, og at vi kan se frem mod en jubilæumsfejring af DSAM til årsmødet til oktober og til denne tid også byde nye ansigter velkommen i vores faglige fællesskab.

I FYAM får du et socialt og fagligt fællesskab med andre yngre læger, som er under uddannelse til speciallæge i almen medicin eller på vej ind i specialet. Du får også tilbud om regionale kurser og sociale arrangementer, mulighed for at deltage frivilligt i organisationsarbejde eller græsrodsprojekter og indflydelse på uddannelsesforhold for yngre almenmedicinere, specialet og internationalt.

Der er valg til følgende poster, alle gældende i to år fra oktober 2020 til oktober 2022:

- Suppleant i FYAM-udvalget for Region Syddanmark
- Medlem af FYAM-udvalget for Region Hovedstaden
- Suppleant i FYAM-udvalget for Region Hovedstaden
- Suppleant i FYAM-udvalget for Region Sjælland
- FYAM-suppleant i Internationalt udvalg
- FYAM-medlem af Videreuddannelsesudvalget
- FYAM-suppleant i Videreuddannelsesudvalget
- FYAM-medlem af Kvalitetsudvalget
- FYAM-suppleant i Kvalitetsudvalget

Har du lyst til at stille op?

Send et valgoplæg (gerne med portrætfoto) til en af posterne (eller i prioriteret rækkefølge til flere af posterne) senest den 2. september kl. 12 til DSAM's sekretariat på dsam@dsam.dk. Valget gennemføres elektronisk 9.-16. september.

Man vælges for 2 år ad gangen, men man kun kan fortsætte til næste FYAM-årsmøde, hvis man i mellemtiden bliver speciallæge.

Du kan læse mere om valget på DSAM's valgside på www.dsam.dk/valg.





Studerende i coronatid

Onlineundervisning, aflyst klinik og manglende færdighedstræning har været hverdag under corona. Men selv om dagligdagen har været anderledes, har situationen måske alligevel kunnet bringe noget nyt og positivt med sig?

I knap tre måneder har vi måttet omstille os til en ny hverdag med store ændringer sammenlignet med, hvad vi er vant til.

Det har været frustrerende, og jeg tror, at mange har savnet både socialt studenterliv og hverdagsstruktur, men samtidig synes jeg også, at situationen har kunnet bidrage med noget positivt i undervisnings-sammenhæng.

Zoom er det nye sort

Undervisning i form af forelæsninger og holdtimer har været omlagt til zoom-sessioner og podcasts. Det er en under-

visningsform, som vi på SDU ikke er vant til. Selvom det i starten var en smule frygtet, har de studerende generelt taget godt imod det og været bedre end forventet til at stille spørgsmål og indgå i diskussioner online. For flere studerende har det nok virket mindre intimiderende at skulle stille spørgsmål over en chat frem for at spørge i en forelæsnings-sal. Ydermere har undervisningen været optaget, hvilket har betydet, at den har været tilgængelig online, efter undervisningen var slut. Det har været en fordel i forhold til både eksamensforberedelser samt at få det til at passe ind i hverdagen.

Vi mangler det praktiske

Desværre har vi skullet undvære vores "hands on"-undervisning, som skal dygtiggøre os i praktiske færdigheder. Derudover er klinikophold blevet aflyst, og forvirringen omkring omlægning af dette har været stor og har skabt mange bekymringer og frustrationer.

Ja tak til mere undervisning online

Konklusionen fra en studerende i coronatid må derfor være, at det under de givne

omstændigheder har været helt okay. Onlineundervisning kræver sandsynligvis noget mere selvdisciplin, men det har den fordel, at man nemmere kan planlægge arbejde og andre aktiviteter ved siden af studiet, da undervisningen er tilgængelig efterfølgende. Jeg håber derfor, at universiteterne vil overveje at indføre mere undervisning online. Det, vi har savnet, skal vi nok få igen, og alle har gjort deres bedste, for at alting skulle lykkes. Men på trods af min positive indstilling tror jeg nu alligevel, at vi allesammen, undervisere som studerende, glæder os til, at corona er overstået, så vi igen kan komme tilbage til den hverdag, vi kender med undervisning og samvær med vores medstuderende. //

L ÆG E N S B O G S T A V E R

JOURNALEN VAR VORES DAGBOG

Dens sprog afspejler vores forhold til patienterne

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



Da jeg var ny i praksis, var man for nylig overgået fra papirjournaler. De havde ofte stikordsform, og de var tydeligt formet af mine forgængeres forløb med den enkelte patient.

Patientens fortælling, anamnesen, er kernen i den diagnostiske proces. Traditionelt kalder vi den for subjektiv.

Vores undersøgelse kalder vi det objektive, hvilket fortæller, hvordan lægen historisk har set sig selv som den udenforstående og neutralt vurderende beskuer, der nøgternt kan beskrive og analysere patientens fortælling og i kombination med sine fund nå frem til en arbejdshypotese, en diagnose.

Vores overvejelser og konklusioner nedfælder vi i vores journal (af fransk: dagbog). Den er altså oprindeligt vores dagbogsnotater om vores patienter. Senere er den også blevet et kommunikationsredskab mellem kolleger, når vi er flere, der er omkring samme patient.

Journalen har været under kraftig forandring. Den er nu også blevet et elektronisk juridisk dokument, som er præget af dokumentationskrav, der kan gøre den til en paradeforestilling fyldt med fraser og besværgelser – alene for at beskytte vores bagdel fra at komme på komedie, hvis "Styrelsen", akkrediteringen, forsikringsselskaberne, kommunen eller andre aktører skulle få indsigt. Vi kender standardfrasen i

epikriserne, der gives uanset patientens alder, sproglige og kognitive niveau, om at patienterne er fuldt informerede og har forstået alt. Alle ved, at det ikke er sandt, men hellere lyve lidt end at få en eller anden på nakken.

Jo flere krav om "dokumentation" og besværgelser i journalen, des sværere vil det være at udlede det centrale og essentielle; og dermed gør det lægehåndværket og i sidste ende patientsikkerheden mere sårbar.

Vi har vænnet os til det. Vi skriver sjældent vores overvejelser og tvivl; vi bruger oftere præformulerede fraser og passivt sætningskonstrueret kancellisprog – som om vi virkelig var objektive og ikke interaktive. Vores tanker og overvejelser holder vi for os selv; vi skriver kun sjældent "jeg", for vi ved, at journalen kan komme i andres hænder og tolkning. Der bliver kigget ind i vores faglige rum, og det påvirker vores adfærd – og derfor påvirker det vores måde at være læge på og den måde, vi møder patienten.

Distancen i sproget afspejler vores væren og den måde, vores lægekultur på en dårlig dag tenderer mod at se patienten: som en ting, et objekt.

Jeg savner ikke papirjournaler med lægeskrevne blyantsnotater. Men jeg ønsker mig, i langt højere grad end indførelsen af alverdens teknik, at vi kan generobre vores journal og lade den være dagbog for vores fund og overvejelser. //



TANKER FRA STOLEN:

Lægeforeningen og sundhedstrekanten

Lægeforeningen har fået ny formand. Den tidligere Yngre Læge-formand Camilla Ratchke blev valgt med solid opbakning fra de 109 repræsentanter. Fra PLO stillede vi med 13 repræsentanter – således flere end de 11 fra foreningen af pensionerede læger, men i forhold til yngre lægers 51 og speciallægernes 34 repræsentanter, er vi jo en lille minoritet i Lægeforeningen.

Efterfølgende har formændene for Yngre Læger og Speciallægerne fremlagt planer om at fusionere til en stor forening af Sygehusansatte læger. Den nyvalgte formand har udtalt, at hun ikke frygter en fusion – men hvad med os i PLO. Skal vi frygte, at der sættes skel mellem de sygehusansatte og os andre? Vil en lægeforening med solid og markeret dominans af sygehusansatte læger bakke op om vores ønsker til en bedre hverdag for os og vores patienter?

Jeg synes, at spørgsmålet kan an-

skues fra en anden vinkel. Vi er vant til at tale om sundhedstrekanten, hvor patienten står i centrum, omgivet af det regionale sygehusvæsen, den kommunale pleje/omsorg og den praktiserende læge. Det tværsektorielle samarbejde tilrettelægges ved sundhedsaftaler og praksisplaner, i samordningsudvalg, styregrupper og udvalg, hvor repræsentanter fra de tre sektorer møder frem, debatterer og beslutter.

Sygehusene er repræsenteret ved sygehusdirektører, oftest med en sygeplejefaglig baggrund, og ellers er det de samfundsvidenskabeligt uddannede (DJØF'ere), der repræsenterer region og kommuner. De praktiserende læger (PLO-repræsentanter og praksiskonsulenter) er meget ofte de eneste læger til stede ved møderne, hvor rammerne for patientforløbene tilrettelægges.

Denne overrepræsentation af praktiserende læger i den praktiske sundhedsplanlægning står jo i skarp kon-

trast til, hvor lille en andel PLO udgør af den samlede lægestand. Men det viser også, hvor lille interesse/evne/vilje, der hidtil har været blandt de mange sygehusansatte læger til at engagere sig i arbejdet for et bedre fungerende sundhedsvæsen.

Camilla Ratchke har betegnet sig selv som en glødende kliniker, der brænder for et stærkere lægefagligt aftryk på sundhedsvæsenet. Jeg synes, vi som praktiserende læger kan byde ind med de erfaringer, vi har fra det praktiske arbejde med regioner og kommuner. Og jeg håber, at de kampe, vi har taget lokalt, vil blive et udgangspunkt, når lægeforeningen skal øge sin indflydelse.

Velkommen til hverdagen i sundhedstrekanten! //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk





BOGANMELDELSE:

Dr. Hansen har set sin sidste patient

af Michael Heimadi og Andreas Pihl

Titlen på ovennævnte debatbog, Dr. Hansen har set sin sidste patient, må opfattes som en polemisk appetitvækker til denne tour de force gennem den moderne IT- og kommunikationsteknologis landvindinger inden for sundhedsområdet.

Og forfatterne fortsætter på første side ad samme spor: 'I nær fremtid kan de fleste sygdomme behandles uden en læge'.

Bogen fører os gennem et fremtids-scenarie, hvor der ses mange muligheder for forbedringer og personale-aflastning i sundhedssektoren.

Teksten er båret af en smittende begejstring for moderne teknologiske løsninger. Forfatterne har virkelig været langt omkring for at finde dokumentation for deres tankegang. Bogen bygger på en omfattende baggrundslitteratur. Så man er på en gang både oplyst og underholdt.

Kunstig intelligens vs. den menneskelige hjerne

Kunstig intelligens (AI) nævnes flere gange i bogen som den kommende revolution på sundhedsområdet. Men

kunstig intelligens har sine begrænsninger.

Som modargument mod bogens begejstring for AI kan nævnes, at der er foretaget flere undersøgelser om kunstig intelligens og mulighederne i denne teknologi. AI er bedre end mennesket til at spille skak, at tolke røntgenbilleder, at foreslå medicinsk behandling af avancerede sygdomme, at komme med forslag til retsafgørelser etc.

Men på et område bliver disse fremtidens (med)hjælpere sat fuldstændig til vægs – det er, hvis de skal konversere med en person om dagens emner, vejret eller løst og fast, f.eks. ved klinikkens kaffemaskine. I løbet af få sekunder må AI kapitulere og sige 'jeg ved ikke, hvad jeg skal svare dig, men jeg forsøger konstant at forbedre mig'. AI magter ikke den åbne spontane konversation om følelser, nuværende og fremtidige begivenheder, personlige oplevelser osv. Det er alt for krævede for dens (processor)hjerne.

En situation, der ligner konversationen ved kaffemaskinen, er, når den praktiserende læge sætter sig ned foran patienten og siger: Hvad kan jeg

gøre for dig i dag? Herefter er alle muligheder åbne.

Så det er ikke som erstatning for den praktiserende læge, at AI vil blive en succes.

Ingen overtagelse af almen praksis

Netop når det gælder almen praksis, regner man med, at kun 8 pct. af arbejdsmængden vil kunne understøttes med AI-teknologi. En af årsagerne er, at symptombillederne i almen praksis er langt mere uklare end i sekundærsektoren. Som eksempel kan nævnes patienten, der kommer og fortæller, at 'hendes ben i længere tid har virket tunge, og at hun mener, at det måske skyldes problemer med blodcirkulationen, og at hun synes, at ve-

Bogen fører os gennem et fremtids-scenarie, hvor der ses mange muligheder for forbedringer og personaleafloadning i sundhedssektoren.

nerne på benene er blevet mere fremtrædende’.

Patienterne i almen praksis fremviser et langt mere broget sygdoms- og symptombillede end de patienter, der viderehenvises til hospitalsvæsenet. Også patienterne i almen praksis præsenterer symptomer, der er et konglomerat af biologiske tegn, psykiske symptomer og en social kontekst, der præger sygdomspenetransen og tolkningen af symptomerne. Forståeligt nok ikke et område for anvendelse af AI.

Stigende nuancering og refleksion hen mod slutningen

Det er en svaghed ved bogen, at forfatterne ikke har været selektive nok over for deres stofområde. Flere steder undrer det denne læser, hvorfor de lige har taget det ene eller andet eksempel med. Her kunne en mere kritisk prioritering have været på sin plads. Mange af eksemplerne på tekniske løsninger er taget fra hospitalssektoren og har ingen relevans for arbejdet i almen praksis.

Interessant nok præges teksten mod slutningen af en stigende nuancering og kritik af den teknologi, som forfatterne ellers besynger i deres indledende kapitler. For eksempel har de beskrevet mulighederne ved brug af kropsbårne monitoringsværktøjer – apps. Men de erkender, at man ved brug af disse kan risikere at skabe overdiagnostik og -behandling; ’O4-medicin’ som forfatterne kalder det: overtesting, overdiagnosis, overtreatment og overcharging. Og det er her i tredje del, at bogen begynder at blive mere reflekterende og interessant.

Blandt andet diskuteres det forhold, at patienter med adgang til monitoringsværktøjer, IT-kommunikation, sundhedsforsikringer etc. vil fylde mere og mere på bekostning af sva-

gere patientgrupper. Det vil sige, at IT-teknologien kan forværre uligheden i adgangen til sundhedsvæsenet.

Her vender forfatterne sig atter mod Dr. Hansen og beskriver, hvor vigtig lægens empatiske evner er for læge-patient-forholdet, behandlingens kvalitet og patienternes overlevelse. En udgang, der ikke stemmer overens med deres indledende overvejelser om et sundhedsvæsen uden læger. Det virker, som om forfatterne har nået at reflektere over deres stofområde under skrivningen af bogen og er endt med, at kernen i lægearbejdet, læge-patient-forholdet, nok fortsat vil være det centrale i fremtidens sundhedsvæsen - den kultur, der har båret vestens sundhedsvæsen gennem de sidste 2.100 år.

Underholdt, men uforløst

Så vel underholdt og inspireret af bogen sidder man lidt uforløst tilbage og har behov for en mere indgående diskussion om, hvorledes teknologien kan hjælpe os til at nedbringe uligheden i sundheden. Eller hvorledes man kan styrke arbejdsgangene og kommunikationen om de kronisk syge patienter i almen praksis via et bedre øveblik over patienternes profil og deres adherence til behandlingen i praksis. Hvordan vi styrker kommunikationen med og overgangene til kommuner, speciallæger, hospitaler osv., så patienterne ikke bliver tabt i diverse sektorovergange.

Jo, IT-teknologien er kommet for at blive, dog ikke som erstatning for Dr. Hansen, men som en strategisk medspiller, der kan forbedre arbejdsgange, strukturere viden og styrke kommunikationen med samarbejdspartnere.

Alt sammen til gavn for patienterne og deres behandling. //



TITEL: Dr. Hansen har set sin sidste patient

SPROG: Dansk

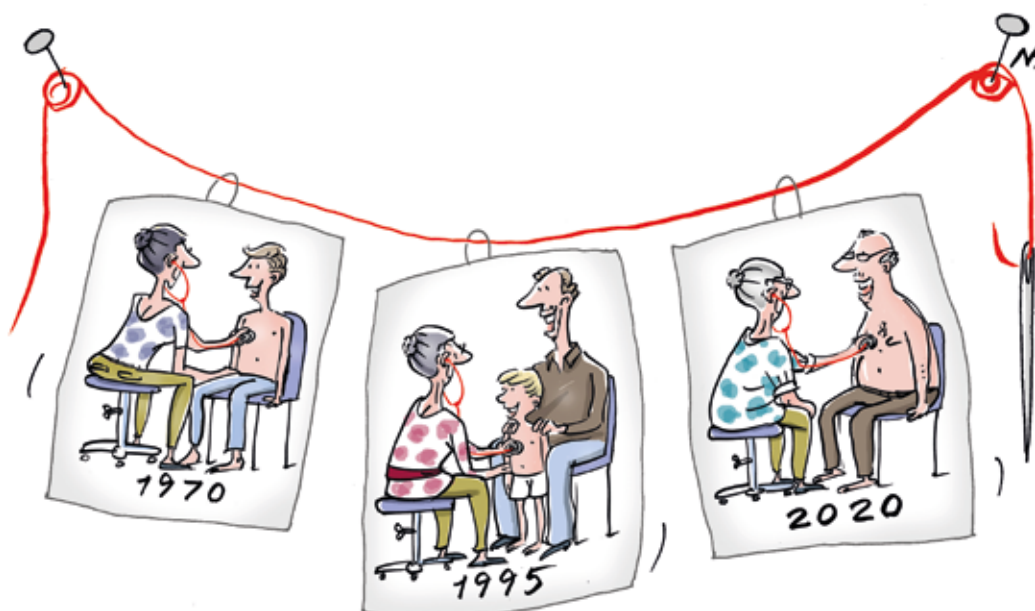
FORFATTERE: Michael Hejmadi,
Andreas Pihl, Frederik Lindhardt

FORLAG: Grønningen 1

ISBN: 8793825390

SIDER: 200

UDG. DATO: 21. april 2020



DSAM's årsmøde

2. oktober 2020 på Comwell Kolding

Relation og kontinuitet – i fortid, nutid og fremtid

Gør som dine kolleger – tag med på DSAM's årsmøde. På nuværende tidspunkt har tæt på 250 praktiserende læger og uddannelseslæger tilmeldt sig årsmødet. Har du?

Vi begynder så småt at melde udsolgt på de parallelle sessioner, så vent ikke for længe. Årsmødet er synonymt med fagligt fællesskab, kollegialt netværk, god stemning og god fest – jubilæumsåret ingen undtagelse.

Læs om og tilmeld dig årsmødet på dsam.dk/aarsmoede