

Practicus

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



November 2020
43. årgang // 252

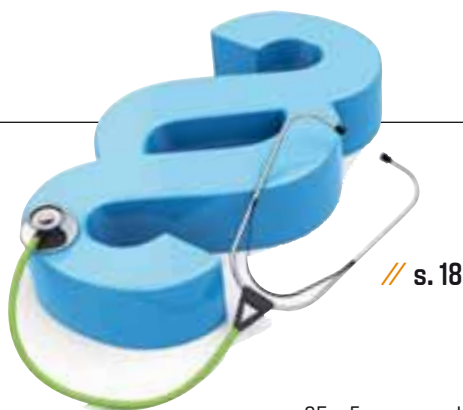
TEMA DSAM

Hvor skal DSAM hen?, side 7

Talentprisvinder: Vigtigt at vise, hvad vi står for, side 12

FYAM-valg 2020, side 40

INDHOLD



Leder

- 3 Sexisme – har vi det i almen praksis?

DSAM

- 4 Social mediestrategi skal skærpe selskabets profil
5 Nyt ansigt i sekretariatet, nyt medlem af DSAM's bestyrelse
6 DSAM's repræsentantskabsmøde 2020
7 Hvor skal DSAM hen?

Artikler

- 10 Thomas Corlen modtager Liv&Død Prisen 2020
12 Talentprisvinder: "Vigtigt at vise, hvad vi står for"
13 De humanistiske aspekter af det kliniske arbejde kontra etisk stress
16 Udbændthed rammer stadig mange praktiserende læger
18 Jura, etik og lægefaglighed på DSAM's medlemsmøde i Nord
19 Her i lægehuset kan du møde uddannelseslæger
20 Pejlemærke 6: Vi tager ansvar
22 Nyt redskabsark og nyt FAQta-ark
24 Hvad kan de praktiserende læger bruge kliniske farmakologer til?
27 Tre vigtige møder
30 Brugen af videokonsultation
32 Man kan mere, end man tror – bare man skal...

- 35 Fra græsrodstanker til vidensbanker: Vi skal udvikle os sammen
36 Læring i en coronatid...

FYAM

- 38 Er du dig selv på arbejdet?
40 FYAM-valg 2020

SAMS

- 42 Landet lukkede ned, men åbnede nye døre for studerende

Debat

- 44 Er det tid for en professionsetik for praktiserende læger
46 Kommentar til artiklen om kvalitetsdata i almen praksis
48 Replik fra forfatter til artikel om kvalitetsdata
49 Tanker fra stolen: Det er godt håndværk

Bøger

- 50 Hvad har du pakket i din magiske rygsæk i dag?

Opslag

- 23 PLU-fonden, ansøgningsfrist
23 Nordisk kongres, nye datoer
51 Webinarer i Lægedage-ugen 2020
52 WONCA Europe congress 2020 is going virtual



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

Nr. 254
Frist for artikler: 10. januar 2021
Udgivelsesuge: 10, 2021

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT

Tilladt med kildeangivelse

LAYOUT/TRYK

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

FORSIDEFOTO
Lotte Jakobsen

OPLAG
4.900

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin



Sexisme

- har vi det i almen praksis?

Den aktuelle debat om sexisme og krænkelse er nået ind i lægeverdenen. Gruppen "Uden tavshedspligt" har gennem de seneste tre år delt historier om sexisme og sexchikane i sundhedsvæsenet, men det er først inden for de seneste måneder, at emnet for alvor har fået opmærksomhed.

Da gruppen blev oprettet, udtalte daværende formand for Yngre Læger og nuværende formand for Lægeforeningen, Camilla Ratchke, at hun ikke mente, at sexisme var et stort problem i sundhedsvæsenet. Men med gentagne erklæringer fra journalister, skuespillere og sundhedspersonale samt flere skandalesager blandt politiske ledere er dagsordenen i vores fag nu sat: Sexisme og seksuelle krænkelse i sundhedsvæsenet er totalt uacceptabelt.

Det er vigtigt at skelne mellem sexisme og sexchikane. Stort set al sexchikane er sexistisk, men langt fra al sexisme er sexchikane. Ingen af delene er i orden.

Mange og ubehagelige er beretningerne fra vores sygehuskolleger. Men hvor meget fylder det i almen praksis? Spørger man de ansvarlige for speciallægeuddannelsen i almen medicin i Region Midtjylland, har de ikke fået klager over sexisme eller sexchikane. "Uden tavshedspligt" har dog beskrevet ubehagelige situationer mellem uddannelseslæger og tutorer, hvor uddannelseslægen har haft svært ved at sige fra af frygt for ikke at få sit uddannelsesophold godkendt.

Der er ingen tvivl om, at det magtforhold, der er mellem tutor- og uddannelseslæge, medfører en risiko for mis-

forståelser og overtrædelser af grænser, sådan som det er beskrevet i sager om overordnede krænkelse af ansatte – uanset køn. Men det synes at høre til sjældenhederne i almen praksis.

Hvis man som uddannelseslæge ikke føler sig tilpas i sin praksis af den ene eller den anden årsag, kan man kontakte den specialeansvarlige ved sin uddannelsesregion og bede om at blive flyttet til en anden praksis. Oftest bliver årsagen beskrevet som "samarbejdsvanskeligheder", og disse sager er ikke ualmindelige. Det er vigtigt at understrege, at begge parter bliver hørt.

At der ikke har været klager over sexisme eller sexchikane, betyder ikke, at det ikke finder sted. Den nye dagsorden kan måske være med til at bringe sager frem i lyset? //



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:

Social mediestrategi skal skærpe selskabets profil

De sociale medier (SoMe) har undergået en enorm udvikling i de seneste år og er i dag et vigtigt mødested, hvor man hurtigt kan få viden og følge med i de seneste udmeldinger fra organisationer og enkeltpersoner. SoMe er således i dag vigtige kanaler i forbindelse med opbygningen af en organisations brand og gennemslagskraft.

Flere undersøgelser viser, at antallet af læsere, der har SoMe som primær nyhedskilde, vokser støt. I dag bruger ca. 3,5 millioner danskere Facebook hver eneste måned, og det gør Facebook til det sociale medie, som bruges allermost. Et andet relevant socialt medie er Twitter, som bruges

af ca. 10 procent af befolkningen, og som anvendes af stort set alle væsentlige beslutningstagere og journalister.

DSAM er gennem det sidste halve årti blevet mere og mere professionaliseret og organiseret som selskab med en tydeligere og skarpere profilering over for medlemmerne og i offentligheden. Kommunikationsmæssigt er der en stor opgave i at formidle, sortere i og oversætte faglig almenmedicinsk viden til både målgruppe og interessenter.

Følg dit faglige selskab

Via forskellige SoMe-platforme kan DSAM profilere og skabe øget opmærksomhed om sine produkter i form af for eksempel vejledninger, høringsvar, faglige aktiviteter og begivenheder samt faglige almenmedicinske holdninger til forskellige emner, der er oppe i tiden.

På den baggrund vedtog bestyrelsen på sit møde i september en ny strategi for sociale medier. Strategien er siden blevet lanceret, og allerede i løbet af de første dage fik vi knap 400

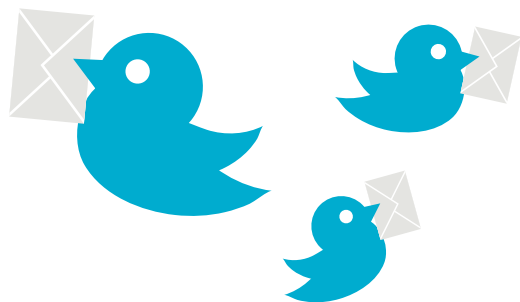
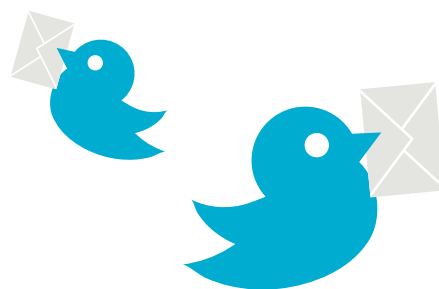
følgere på Twitter. På Facebook har vi 2.147 følgere. Har du lyst til at følge dit faglige selskab på de sociale medier, så finder du os på @dsam_dk på Twitter og på "Dansk Selskab for Almen Medicin" på Facebook.

Videoportræt af talentprisvinder

Som noget helt nyt har DSAM lavet et videoportræt af årets talentprisvinder. Det skyldes bl.a., at DSAM måtte aflyse årsmødet, hvor man ifølge traditionen også fejrer prisvinderen. I år var det planlagt at selskabet skulle fejre sin 50-års fødselsdag, men på grund af coronarestriktionerne har det ikke været muligt at samle os til fest. Prisen gik til den nyuddannede praktiserende læge Kasper Lorenz Johansen for sin mangeårige indsats i både FYAM og DSAM.

Du kan læse en artikel om vinderen her i bladet og se videoen på DSAM's facebookside.

Vi ses i næste Practicus! //



Nyt ansigt i sekretariatet

DSAM har ansat Anette Sonne Nielsen som ansvarlig for vejlednings- og kvalitetsområdet i almen praksis – en opgave, hun glæder sig meget til.

Anette Sonne Nielsen kommer fra en stilling som chefkonsulent i KAP-H, hvor hun har arbejdet i det regionale kvalitets- og efteruddannelsesfelt i 12 år. Før det havde hun en lang årrække med undervisning, evalueringer og enkelte forskningsprojekter.

Antropologi er hendes oprindelige fag, og så har hun en forskeruddannelse fra Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Hun er efteruddannet inden for projektlejelse og kommunikation.

Anettes første opgaver bliver at sætte sig grundigt ind i vejledningsområdet og koordinere nye vejledninger og opdateringer af de ældre udgaver. På kvalitetsområdet bistår hun Kvalitetsudvalget og arbejdsgrupper herunder. //



Nyt medlem af DSAM's bestyrelse

DSAM's repræsentantskab har valgt Anne Christina Kjerulff som nyt medlem af DSAM's bestyrelse. Mød Christina, som hun kalder sig, her.

Jeg har været speciallæge i almen medicin i knap 14 år. De sidste par år har jeg ved siden af arbejdet som praktiserende læge været dellægelaugsformand for Vanløse og medlem af bestyrelsen i Brønshøj-Husum-Vanløseklyngen, da jeg de sidste fire år har siddet i kompagniskab med min mand i Vanløse, København.

Tidligere havde vi et kompagniskab på Nørrebro i syv år. I 2014 flyttede vi til Norge i håb om at fastholde vores arbejdsglæde, der ellers var blevet faretruende udhulet efter de politiske greb i 2013.

Det blev dog kun til 2,5 år som "almen lege" i Oslo-området, før vi måtte erkende, at de forandringer, der blev søsat i 2013 i Danmark, blot var bølgeskulp af de reformer, Norges almenpraktikere havde undergået, siden vi som helt unge læger i 2000 havde arbejdet på Vestkysten i Norge.

Der var – i hvert fald i Oslo-området – en arbejdsdag fyldt med opgaver, der ikke gav tid til meningsfuld patientkontakt.

Mængden af attester, kommunale opgaver, der blev dikteret, uddelegerede opgaver fra hospitalet og selvbetalte privathospitals-scanninger på tvivlsom indikation var betydelig. Indflydelsen på egne arbejdsopgaver var stærkt reduceret. De praktiserende læger i Norge lider under det, og vi måtte indse, at vi var kommet fra asken til ilden. Vi bed derfor al skam i os og vendte hjem i slutningen af 2016, startede på ny i Danmark og har siden været taknemmelige for hver dag i vores klinik. Dog var det tydeligt, at tidsforbrug på andet end patientkontakt også her var vokset i de år, vi var væk.

Drivkraften bag vores flytning til Norge, men nu også mit engagement i DSAM, er ønsket om at bevare arbejdsglæden. Jeg elsker vores fag, men jeg ser også store udfordringer mht. interesser udefra, der både vil fortynde vores kerneydelse (den meningsfulde patientkontakt og kontinuitet) og styre vores hverdag, så vi skal gå på kompromis med vores faglighed (f.eks. ikke-evidensbaserede krav



om screeninger), og drukne os i juridiske dokumentationskrav.

Jeg tror på, at vi ved at synliggøre vores fag med en tydelig evidensbaseret almenmedicinsk tilgang står stærkere, når der er interessenter, som ønsker at bestemme over vores tid.

Jeg ser DSAM's arbejde med at fokusere på vores kerneværdier og insistere på et evidensbaseret beslutningsgrundlag som den bedste tilgang til at fastholde mening i arbejdslivet og arbejdsglæde.

Jeg takker for tilliden fra DSAM's repræsentantskab, der har givet mig en plads i bestyrelsen, og glæder mig til samarbejdet. //



DSAM's repræsentantskabsmøde

Lørdag den 3. oktober 2020 holdt DSAM sit årlige efterårsrepræsentantskabsmøde på Comwell Kolding. Hovedparten af repræsentantskabets medlemmer mødtes allerede til middag fredag aften. En hyggelig middag – som dog ikke tåler sammenligning med den festmiddag, der skulle have været den festlige afslutning på årsmødet her i DSAM's jubilæumsår.

Middagen blev holdt under strenge corona-forholdsregler, og det gjaldt således også den presentationsrunde, som DSAM's næstformand, Bolette Friderichsen, stod i spidsen for. Normalt vil man jo, når ens navn bliver nævnt, rejse sig, så alle kan se giraffen, men i disse coronatider med masker for ansigtet, når man står og går på restauranterne, foregik det bagvendt, og medlemmerne satte sig i stedet ned og tog masken af, efterhånden som de blev præsenteret.

Det blev en hyggelig aften og et rart gensyn med kolleger i en tid, hvor de fleste nok savner lidt social kontakt. Alle kom i seng i god ro og orden, og lørdagens repræsentantskabsmøde kunne således starte til tiden. Med stort fremmøde; kun en enkelt repræsentant havde meldt afbud.

Formands- og udvalgsberetninger

Tue Müller blev valgt som dirigent – et hverv, han udfører med sikker stemme og god erfaring.

Anders Beich gennemgik sin formandsberetning, og han fik efterfølgende god feedback. Der blev uddelt ros for, at DSAM er synlig i sundhedsfaglige debatter, og der blev udtrykt anerkendelse af selskabets arbejde med bl.a. corona-taskforce og de mange høringsvar, hvor der sættes fokus på betydningen af at sætte fagligheden og hensynet til patienterne højt.

Den opmærksomme læser har nok

allerede bemærket, at formandsberetningen er sendt i sin fulde længde med dette Practicus. Det har vi valgt, da færre har haft mulighed for at deltage i mødet, og fordi dette år bare er anderledes.

De stående udvalg supplerede deres skriftlige beretninger med et par velvalgte ord. Rigtig mange aktiviteter er gået i stå pga. corona, men dog ikke alle. Et udvalg under Kvalitetsudvalget har arbejdet på den kommende Vidensbank for kvalitetsprojekter i almen praksis. Videreuddannelsesudvalget arbejder på en målbeskrivelse. FYAM-udvalget har færdiggjort deres kampagneplakat, som også er sendt ud med dette Practicus. Forskningsudvalget arbejder med formidling, og der kæmpes for at få åbnet for original videnskabelig litteratur. Det er en stor trussel for vores mulighed for at arbejde med videnskabelige metoder, at der lige nu ikke er nem og direkte adgang til de store databaser. Det skal vi have, og det vil vi arbejde for, at vi får igen.

De stående udvalg supplerede deres skriftlige beretninger med et par velvalgte ord.

Rigtig mange aktiviteter er gået i stå pga. corona, men dog ikke alle.

Regnskaber for 2019 og budget for 2021

Revisor Tine K. Bünger gennemgik først DSAM's regnskab og dernæst regnskabet for Sara Krabbes Legat,



som begge blev godkendt. Dernæst blev DSAM's budget for 2021 gennemgået og godkendt med uændrede kontingentsatser.

Uddeling af DSAM's Talentpris 2020

DSAM's Talentpris uddeles sædvanligvis i festlige rammer under middagen på DSAM's årsmøde, så også her tvang corona os til at tænke ud af boksen. Da vinderen var at finde blandt repræsentantskabets medlemmer, blev det således her, at prisen blev overrakt. Der blev til lejligheden fremstillet en videopræsentation af vinderen, som efter et par ledsagende ord fra Anders Beich modtog pris og klapsalver og selv takkede for prisen. Hvem vinderen er, kan du læse i en artikel andetsteds i dette blad, og videoen ligger på DSAM's Facebookside.

Udskiftning i bestyrelsen

På mødet skulle repræsentantskabet vælge en speciallæge og et FYAM-medlem samt en suppleant for hver. Christina Kjerulff meldte sig som speciallægemedlem og Tove Kristiansen som suppleant. Begge er nye i DSAM-bestyrelsen og blev valgt uden modkandidater. FYAM-posterne blev genbesat af Lasse Karlsen Eck som medlem og Maria Bach Nikolajsen som suppleant.

Christina Kjerulff afløser Claus Rendtorff, der faldt for reglen om maks. seks års funktionstid i bestyrelsen. Claus har ydet et stort stykke arbejde og fortsætter heldigvis i den regionale bestyrelse i hovedstaden.

Til sidst var bare tilbage at ønske hinanden et godt efterår og et forhåbentligt glædeligt gensyn til et udskudt jubilæumsårsmøde den 1. oktober 2021. //



Hvor skal DSAM hen?

DSAM's formand, Anders Beich, har efter repræsentantskabsmødet den 3. oktober taget hul på sit sidste år som formand. En DSAM-formand kan maksimalt sidde på posten i seks år, og denne periode falder Anders Beich for i oktober 2021. Practicus har i den forbindelse spurgt formanden, hvordan han gerne ser, at hans sidste år på posten udvikler sig.

Pludselig har jeg været kransekagefigur i DSAM i fem år. Tiden er fløjet afsted. Det føles som mindre, men i spejlet ser det snarere ud som 10 år. Jeg har været med til virkelig mange spændende ting som formand. Jeg er lige gået i gang med det sidste år af min formandstid ovenpå et godt repræsentantskabsmøde, som var præget af coronasikkerhed og sund diskussionslyst.

Jeg er blevet spurgt, om jeg vil skrive om, hvilke mål jeg godt kunne tænke mig, at vi prioriterer i mit sidste år som formand for selskabet.

Det bliver måske nogle gamle travere og en smule højtravende, men for mig er lægeløftet stadig en rettesnor. De mest centrale passager sætter ram-

men for, hvem jeg er som læge, og det gælder naturligvis også, og måske især for mit fag – almen medicin. Og jeg mener, at de syv fælles pejlemærker for faget, som vi vedtog i 2016, omfavner disse passagers indhold:

- at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende, efter bedste skønne at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmeneskers gavn
- at jeg stedse vil bære lige samvittighedsfuld omsorg for den fattige som for den rige uden personsanseelse
- at jeg ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret.

Det kræver selvfølgelig god kommunikation, men det kræver også menneskekundskab og selvindsigt. Man kan ikke tale og lytte sig ud af det alene. Menneskekundskab kan man kun lære og udøve, hvis man interesserer sig for mennesker, herunder sig selv som menneske og ens egne reaktioner.

Efter bedste skønnende

Evnen til syntesen af bedste evidens (gruppebaseret) og patientens personlige parametre (historie, styrker, svagheder, værdier, præferencer) er helt afhængig af, at vi har opøvet og vedligeholdt vores almenmedicinske dømmekraft. Den baserer sig i høj grad på erfaring, menneskekundskab på baggrund af genuin interesse i den anden. I evidensbaseret medicin hedder det sig, at patientens værdier og præferencer skal indgå på lige fod med ekstern evidens, når der skal udøves et klinisk skøn. Det er rent faktisk ikke nogen nem opgave at afdække en andens værdier eller for den sags skyld præferencer. Det kræver selvfølgelig god kommunikation, men det kræver også menneskekundskab og selvindsigt. Man kan ikke tale og lytte sig ud af det alene. Menneskekundskab kan man kun lære og udøve, hvis man interesserer sig for mennesker, herunder sig selv som menneske og ens egne reaktioner.

Jeg håber, vi bliver endnu bedre til at beskrive og retfærdiggøre den almenmedicinske dømmekraft i løbet af det kommende år. Jeg vil forsøge at bidrage til, at vi får den udfoldet og beskrevet mere klart og bruger enhver given lejlighed til at få den italesat endnu mere klart. Vi baserer ikke vores beslutninger på mavefornemmelser, intuition eller lægekunst. Der er tale om faglig dømmekraft, som ikke kan opløses i en algoritme, fordi den indstilles og fintunes af konteksten og i mødet med patienten. Men der er tale om en helt reel færdighed, som kun kan bedømmes af fagfæller, der også besidder den, eller måles på outcome – morbiditet eller mortalitet.

Det, som patienterne efterspørger, når de søger læge for reel bekymring eller lidelse, er den personlige læges dømmekraft. Det er tillid til denne dømmekraft, der gør, at patienten betror sig til lægen og tør stole på lægens råd og vejledning.

Med flid og omhu

Flid og omhu har desværre ændret betydning gennem de senere år. Fra at være noget man aktivt kunne stræbe efter i behandlingen af sine patienter, så handler det nu om noget defensivt, som snarere er knyttet til dokumentation end til kvalitet i omsorgen for patienten. Det fremgår af STPS-materiale ganske tydeligt, at omhu og samvittighedsfuldhed for dem handler om, at ”du skal skrive patientjournaler”, ”du har pligt til at deltage i tilsyn”, ”hvis du oplever en utilsigtet hændelse, skal du rapportere den”, ”... og at du følger de lovbekendtgørelser og vejledninger, som er gældende inden for dit fagområde”.

Vi skal blive ved med at sætte lys på, at lægens omhu og samvittighedsfuldhed handler om lægens indsats i mødet med sine patienter, ikke i mødet med sine kontrollanter.

Uden persons anseelse

Egentlig skulle DSAM i jubilæumsåret have haft fokus på det 3. pejlemærke, der hedder: ”Vi giver mest til dem, som har størst behov”. På grund af personlige omstændigheder blev det ikke jubilæumstemaet. Sundhed er primært betinget af forskelle i grundlæggende betingelser og vilkår, økonomisk og socialt, men sundhedsvæsenets indretning betyder også noget, desværre ofte i den forkerte retning, så de mindst privilegerede også får mindst. Vi vil gerne fortsat have haft fokus på, hvordan vi i almen praksis kan differentiere indsatsen, så vi gør os mest tilgængelige og yder mest for dem, der har størst behov.

”Samvittighedsfuld omsorg for den fattige” tager dog mere tid og koster flere kræfter for lægen. Det er der ingen grund til at benægte. Desværre kommer vi nemt til at indrette og organisere os i sundhedsvæsenet efter ”de rige” – den gruppe af patienter, der befinder sig i centrum i kraft af uddannelse, netværk og fælles interesser med ligesindede i embedsværket. De tager den aktive patientrolle til sig som et forbrugsgode, der ”giver dem mulighed for at være ’medskabende’ i forhold til egen krop og identitet”,

Mit håb er, at vi fortsat kan bidrage til en debat om sundhedsvæsenets indretning, i forhold til muligheder for en differentieret indsats, som giver de mindre privilegerede grupper mere omsorg.

som Morten Sodemann har udtrykt det. De står også for en stor del af de private sundhedsforsikringer.

De mindre privilegerede patienter har derimod vanskeligt ved at påtage sig en aktiv patientrolle, enten fordi de kommer til kort i forhold til at finde rundt og forhandle eller deltage i fælles beslutningstagning, mangler sproglige kvalifikationer, eller fordi de er komplekse tilfælde, har psykosocial komorbiditet, er multisyge eller har psykiatriske sygdomme i tillæg til deres fysiske sygdom.

Mit håb er, at vi fortsat kan bidrage til en debat om sundhedsvæsenets indretning, i forhold til muligheder for en differentieret indsats, som giver de mindre privilegerede grupper mere omsorg. Vi bliver også nødt til at italesætte, at vi bør bruge mindre tid på de raske forbrugerpatienter, uden at det koster dem noget helbredsmæssigt. Vi bliver nødt til fortsat at italesætte, at for meget sundhedsvæsen kan være lige så skadeligt som for lidt. Den borger, der uden gevinstchance sygeliggøres, undersøges og behandles, kan tage skade på eget liv og helbred, ligesom han/hun kan tage pladsen op for en borger med et genuint behov for omsorg i sundhedsvæsenet.

... ikke ubeføjet vil åbenbare, hvad jeg i min egenskab af læge har erfaret

En hjertesag for mig er, at vi som læger igen får mulighed for at leve op til lægeløftets passus om fortrolighed. En gang for ikke så længe siden var det en privatsag at gå til lægen. Det er det ikke længere. Enhver henvendelse til og hvert besøg hos lægen genererer ret store mængder personlige helbredsdata om sociale forhold, livsstil, laboratorieresultater, henvisninger, sygemeldinger, symptomer, diagnoser, medicin og flere andre forhold. Det er data, som vi uden patientens samtykke skal dele gennem forløbsplaner, aftalekalendere, medicinregistre, regionale kvalitetsdata og flere andre databaser.

Vi ved, at borgerne gerne vil dele sundhedsdata til behandling, kvalitetsudvikling og forskning. Men vi ved også, at et stort flertal gerne vil spørges om, hvad deres sundhedsdata, som de betragter som privat ejendom, kan bruges til. De vil gerne have transparens i forhold til anvendelsen.

Vi skal genetablere et fortroligt rum hos egen læge. Jeg håber, at almen praksis kan vise vejen ved at etablere en meningsfyldt samtykkemodel gennem de digitale løsninger, vi har til rådighed. Det kunne være en overordnet løsning i stil med den, som Etisk Råd anbefalede i 2018 i form af et metasamtykke kombineret med transparens for, hvor og til hvad data så rent faktisk anvendes. Det er ikke et fatamorgana. Det kan lade sig gøre, og jeg håber, vi kommer det nærmere i det kommende år. Jeg har deltaget i flere debatter, hvor stemningen drejer i retning af, at borger-



Det danske lægeløfte er udformet på grundlag af den hippokratiske ed, som oprindeligt blev nedfældet i Grækenland i det femte århundrede f.v.t. Kilde: Wikipedia

og brugerinddragelse i sundhedsvæsen også bør omfatte inddragelse i brugen af borgerens data til udviklingsformål. Man kan nu godt være for samtykke uden at blive påduttet at være imod forskning og datadeling. Forudsætningen for, at vi kan tale om fortrolighed (og den tillid, som er nødvendig), handler i fremtiden om, at både læge og patient som minimum ved, hvilke data der deles, og til hvilke formål, og at patienten har mulighed for at samtykke til datadeling til specifikke kategorier af formål. //

Vi skal genetablere et fortroligt rum hos egen læge. Jeg håber, at almen praksis kan vise vejen ved at etablere en meningsfyldt samtykkemodel gennem de digitale løsninger, vi har til rådighed.



Thomas Gorlén modtager Liv&Død Prisen 2020

Liv&Død Prisen gik i år til en praktiserende læge, som i flere årtier har arbejdet målrettet og dedikeret med palliation inden for kommunerne og almen praksis – et arbejde, som ifølge ham er en grundlæggende del af det almenmedicinske virke.

Der var stående klapsalver i Landsforeningen Liv&Døds lokaler i Københavns centrum, da praktiserende læge Thomas Gorlén gik på scenen for at holde sin takketale. Både SOSU-assisterne fra det lokale plejehjem, kolleger fra almen praksis og familien var mødt op for at hylde prisen. I over 20 år har han arbejdet dedikeret for at hjælpe uhelbredeligt syge og deres familier – et betyd-

ningsfuldt arbejde, som kan ændre holdninger og skabe en bedre afsked med livet for mange mennesker.

Thomas Gorlén var stolt og glad for at modtage prisen.

”Jeg er meget rørt over at modtage prisen. Jeg får prisen som en anerkendelse og på vegne af alle os, som arbejder med palliation i det primære sundhedsvæsen: praktiserende læger, kommunale medarbejdere og medarbejdere på vores plejehjem,” siger han.

Samarbejdet er nøglen til god palliation

I takketalen lagde Thomas Gorlén vægt på, at nøgleordene i den palliative indsats er tillid, samarbejde og tilstedeværelse. Selv om palliationen er udfordrende, så kan ingen, uanset hvor de er i systemerne, klare det alene. Samarbejde er vigtigt, så pårørende og patienter oplever en sammenhængende og koordineret enhed og ikke forskellige sektorer.

Han roste de faste SOSU-assisterne på det lokale plejehjem med ordene:

”Hvis der er nogen, som er hverdagens helte, så er det dem. De står midt i suppedasen, klemt mellem beboere, pårørende og et system, som desværre er meget hårdt skåret. Uden et velfungerende personale var mit arbejde umuligt at gennemføre.”

I et interview med Practicus' udsendte journalist et par dage før prisoverrækkelsen fortalte Thomas, at en af årsagerne til, at han brænder for



Thomas Gorlén i sin takketale: Tillid. Samarbejde. Tilstedeværelse. Det er nøgleord i den palliative indsats.



Michael Hviid Jacobsen, formand for Liv & Død, overrækker prisen med ordene: "Thomas har været et forbillede i det arbejde, den praktiserende læge skal udføre i mødet med de døende og deres pårørende."



FAKTABOKS:

- Landsforeningen Liv&Død blev stiftet i 1881 under navnet Dansk Ligbrændingsforening.
- Formålet var at få ligbrænding lovliggjort. Dette lykkedes i 1892, men først i 1975 blev ligbrænding ligestillet med kistebegravelse i dansk lovgivning.
- I 2001 skiftede Dansk Ligbrændingsforening navn til Landsforeningen Liv&Død.
- I dag arbejder foreningen for en værdig afsked med livet.
- Foreningen uddeler hvert år en pris på 10.000 kr. til en person eller organisation, der har sat fokus på emnet døden med henblik på debat og eftertanke.

sagen, er, at mange mennesker er bange for at dø, og at han i sin rolle som læge kan gøre afskeden med livet nemmere for den døende og de pårørende.

"Vores patienter oplever tab af liv, tab af funktioner, og det eksistentielle fylder meget for dem. De er angst for at få en dårlig afslutning på livet. Derfor er det vigtigt at være der og skabe tryghed. Her kan de praktiserende læger virkelig gøre en forskel, fordi vi kender vores patienter og er tæt på dem. Vi er også organiseret på en måde, som gør, at vi er meget tilgængelige for patienterne," siger han.

Et forbillede i mødet med døende

Formand i Landsforeningen Liv&Død, Michael Hviid Jacobsen, sagde i sin tale, at Liv&Død Prisen gives til Thomas Gorlén, fordi han har ydet en uvurderlig indsats til nogle af de mest sårbare i vores samfund – de døende og deres pårørende. For når vi rammes af uhelbredelig sygdom, skærpes den praktiserende læges rolle og omsorg,

og behandling bliver endnu mere vigtig.

"Thomas har været et forbillede i det arbejde, den praktiserende læge skal udføre i mødet med de døende patienter og deres pårørende. Han har igennem mange år vist den praktiserende læges aktive og vigtige rolle i et godt forløb, når en patient ønsker at dø i eget hjem," siger Michael Hviid Jacobsen.

Palliation i 100 år

Palliation er en del af de praktiserende lægers arbejde og har været det i 100 år i Danmark. Den almenmedicinske ideologi er baseret på en helhedstænkning, og de praktiserende læger er trænet og oplært i at tænke holistisk.

Thomas Gorlén har været frontfigur på området og har været med til at organisere den palliative indsats, bl.a. via sin undervisning. Her har han haft fokus på at styrke de praktiserende lægers kompetencer, systema-

tisere deres viden og arbejdet med organisering, så det palliative arbejde kan blive implementeret i en travl hverdag.

Derfor er det ifølge Thomas Gorlén også opløftende, at Danske Regioner i et nyligt udgivet positionspapir sætter fokus på samarbejdet mellem sektorerne og forbedring af tilbuddet om palliation i primærsektoren.

"Det er nødvendigt med gode rammer, som kan styrke palliation. Når ressourcerne og arbejdsindsatsen skal fordeles, er det vigtigt at styrke hele den basale hjælp til døende mennesker. Politisk prioritering gør det muligt at tilbyde god palliation i hele landet og til alle sociale grupper," slutter Thomas Gorlén. //



VINDER AF DSAM'S TALENTPRIS:

”Vigtigt at vise, hvad vi står for”

Drivkraft. Idemand. Talent. Dette er essensen af, hvorfor årets vinder har modtaget DSAM's Talentpris.

Kasper Lorenz Johansen får den ærefulde pris for sit utrættelige arbejde som yngre almenmediciner i FYAM og senere for sin indsats i DSAM, hvor han bl.a. var idemanden og en af drivkræfterne bag den natio-

nale DSAM-kampagne om kontinuitet i sundhedsvæsenet: Det gør en forskel, at vi kender hinanden.

Ifølge Kasper var der brug for en kampagne for de praktiserende læger. En kampagne, som kunne sætte fokus på relationen mellem læge og patient.

”I Danmark har vi som læger ikke en tradition for at reklamere for os selv eller gøre opmærksom på, hvad vi er gode til. Det er vigtigt, at vi viser befolkningen og også politikere og meningsdannere, hvem vi er, og hvad vi står for,” siger prisvinderen.

pagnen Praksismatch i efteråret 2015, og han var manden bag sidste års FYAM-kampagne ”Er patientens problem løst?” - en kampagne, som handlede om sektorovergange i sundhedsvæsenet. Kasper har siddet i Internationalt Udvalg i FYAM og har repræsenteret FYAM i PLO's bestyrelse og i PLO Efteruddannelse. Han er valgt til DSAM's repræsentantskab for Hovedstaden og nynedsat praktiserende læge på Frederiksberg. //

OM TALENTPRISEN

- Talentprisen gives til en person eller en praktiserende læge, der ved en ekstraordinær indsats har medvirket til at profilere selskabet og/eller standen og/eller har ydet noget ud over det sædvanlige til gavn for patienterne og faget almen medicin.
- Med prisen følger 10.000 kr.
- Du kan se en film om talentprisvinderen på DSAM's Facebookside.

Fuld af gode ideer

Overrækkelsen af talentprisen fandt sted på Comwell Hotel i Kolding foran repræsentantskabet, og her sagde formand Anders Beich i sin tale:

”Kasper får prisen, fordi han igennem flere år har beriget selskabet med sine talenter og sit store engagement. Han er dedikeret, fuld af gode ideer og kreative løsninger, og tilføjer man arbejdsom, så er det beskrivelsen af en praktiserende læge,” siger formanden.

Fakta om prisvinderen

I tiden som FYAM-medlem hjalp Kasper bl.a. med promoveringen af kam-



Kasper Lorenz Johansen, idemanden bag DSAM's kampagne ”Det gør en forskel, at vi kender hinanden”, hædres med DSAM's Talentpris. Prisen overrækkes af DSAM's formand Anders Beich.



Efteruddannelse

– De humanistiske aspekter af det kliniske arbejde kontra etisk stress

Belastningen af den praktiserende læge kommer ikke blot fra arbejdsmængden, men også fra en skævvridning mod oplevede krav i form af guidelines, målepunkter, forløbsplaner, retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen, beslutningsstøtte osv. I dette morads af eksterne krav kan lægen godt miste orienteringen i hverdagen og opgive arbejdet ud fra evidensbaseret medicin og det kliniske skøn. Tilstanden kan beskrives som etisk stress.

Udbuddet af efteruddannelseskurser skal konstant afspejle de udfordringer, som de praktiserende læger har i deres hverdag. Og når to på hinanden følgende undersøgelser om praktiserende lægers arbejdsforhold viser, at op mod 40 procent er moderat til svært udbændte, er man nødt til at se på, om man gennem en ændret prioritering i retning af flere og andre humanistiske temaer i efteruddannelsen kan påvirke kollegernes holdning til og glæde ved arbejdet i gunstig retning – og i den sammenhæng se på lægens rolle i det moderne sundhedsvæsen i forhold til patienten og egne forventninger.

Humanistiske sider af lægearbejdet

I forbindelse med uddannelsen af praktiserende læger er det derfor vigtigt at prioritere kurser, der styrker lægens evne til at fortolke og udøve sit arbej-

de med forståelse for patientens og nutidens kulturelle kontekst. På universiteterne er vi uddannet i en overordnet naturvidenskabelig tankegang. Virkeligheden som kliniker, og specielt som almenmedicinsk kliniker, er blot en helt anden. I mødet med patienten skal lægen forene patientens præferencer og baggrund med eget bagkatalog af erfaring, viden og empati. Konsultationen med patienten er grundlæggende en intuitiv proces og bygger på det såkaldte lægefaglige skøn. Det er altså en kalkuleret proces, hvor lægen forener viden fra humanvidenskabernes med forskningsmæssig viden.

Her er det væsentlige redskab sproget og kendskabet til patienten og dennes familie og baggrund.

Behov for nye kurser

Når man ser på udbuddet af kurser for praktiserende læger, er søgningen til

de mere redskabsorienterede fag dominerende. Lægerne vil gerne være gode til at få deres praktiske og faglige hverdag til at hænge sammen, samtidig med at de arbejder rationelt med et godt økonomisk afkast. Det er positivt, at efteruddannelsen uddanner fagligt dygtige og effektive læger.

Men det er dog ikke tilstrækkeligt for at blive en god læge eller for den sags skyld at få tilfredse patienter. PLO-E har en bred vifte af kurser indenfor det humanistiske område. Vi skal dog som planlæggere af efteruddannelsen vurdere prioriteringen og skabe nye kurser og kursuskategorier, der uddanner læger på dette område - kurser, der klæder lægerne på til at kommunikere, skabe relationer, forstå, trøste og drage omsorg for patienterne og sig selv.

Etisk stress

Etisk stress er et begreb der opstod i

Etisk stress er et begreb, der opstod i det svenske sundhedsvæsen for 4-5 år siden. Når der er et dagligt vedvarende misforhold mellem det, man vil og kan, og det, man gør og skal, så slider det.

det svenske sundhedsvæsen for 4-5 år siden. Når der er et dagligt vedvarende misforhold mellem det, man vil og kan, og det, man gør og skal, så slider det.

I vores behandlingssystem er der først i de senere år opstået en interesse for at prioritere patienternes forventninger og tanker om diagnostik og behandling i almen praksis. Enkelte steder har man skabt patientråd for at kunne få belyst dette vigtige område.

Indenfor den lægelige universitetsuddannelse hersker den lægevidenskabelige essentialisme, dvs. opfattelsen af at alle sygdomsforløb kan koges ned til en sygdomsæssens, altså et forløb, der er overskueligt og forudsigeligt. Med denne ballast er der mange læger, der får et wake-up call ved mødet med almen praksis, og patienter med uklare klager og forventninger, som sundhedsvæsenet måske ikke kan leve op til. Her kommer mange læger under stort pres, for det, de vil og kan, er ikke nødvendigvis i overensstemmelse med patienternes ønsker.

Sundhedsvæsenet har gennem årene udviklet en kultur, hvor det forventes, at patientforløbene er rationelle og overskuelige, og at de følger essensen. Det kolliderer med den kliniske hverdags allestedsnærværende uvished, som bliver en tung byrde for mange læger.

Og når man samtidig har udviklet en kontrolinstans, der netop forsøger at skabe en kultur, der bygger på standarder, så ligger den defensive medicin lige om hjørnet.

Humanisme og naturvidenskab

Vi kan ikke skille det humanistiske og sociale virke fra vores naturvidenskabeligt baserede kliniske hverdag. Derfor er det vigtigt at se hele efteruddannelsesområdet under en humanvidenskabelig optik. Og vi skal indarbejde kommunikative og sociale værktøjer i det mere redskabsorienterede kursus, der hvor det er muligt.

Det skotske 'Realistic Medicine'-program gør netop opmærksom på, at patientens kultur, viden, baggrund og præferencer og lægens bagkatalog af erfaringer, kultur og viden om patienten sammen med den forskningsmæssige viden er nødvendige for udøvelsen af evidensbaseret medicin.

Vigtige humanistiske temaer

Ifølge Hippokrates hierarki af lægelige redskaber er ordet det vigtigste. Og det er videnskabeligt bevist, at 'the doctor as a drug' nok er absolut det mest potente værktøj i sundhedssektoren. Så en yderligere styrkelse af kommunikationsuddannelsen af praktiserende læger med emner som 'den svære kommunikation', 'kommunikation med psykisk syge', 'styrkelse af læge-patient-forholdet' er væsentlige temaer. Netop kommunikation med patienter i krise/sorg og patienter med en anden opfattelse af situationen (personlighedsforstyrrede) er væsentlige redskaber at magte.

Antropologiske emner som patienter med andre sygdomsopfattelser (alternativ medicin) eller alternative opfattelser med baggrund i andre kulturer/religioner vil kunne bibringe den

praktiserende læge væsentlig viden i konsultationsprocessen.

Eksistentielle temaer som tro og mening er en undertone i en del af vores kritiske konsultationer. Derfor er det vigtigt at kunne forstå patienten og dennes tanker, når disse emner dukker op.

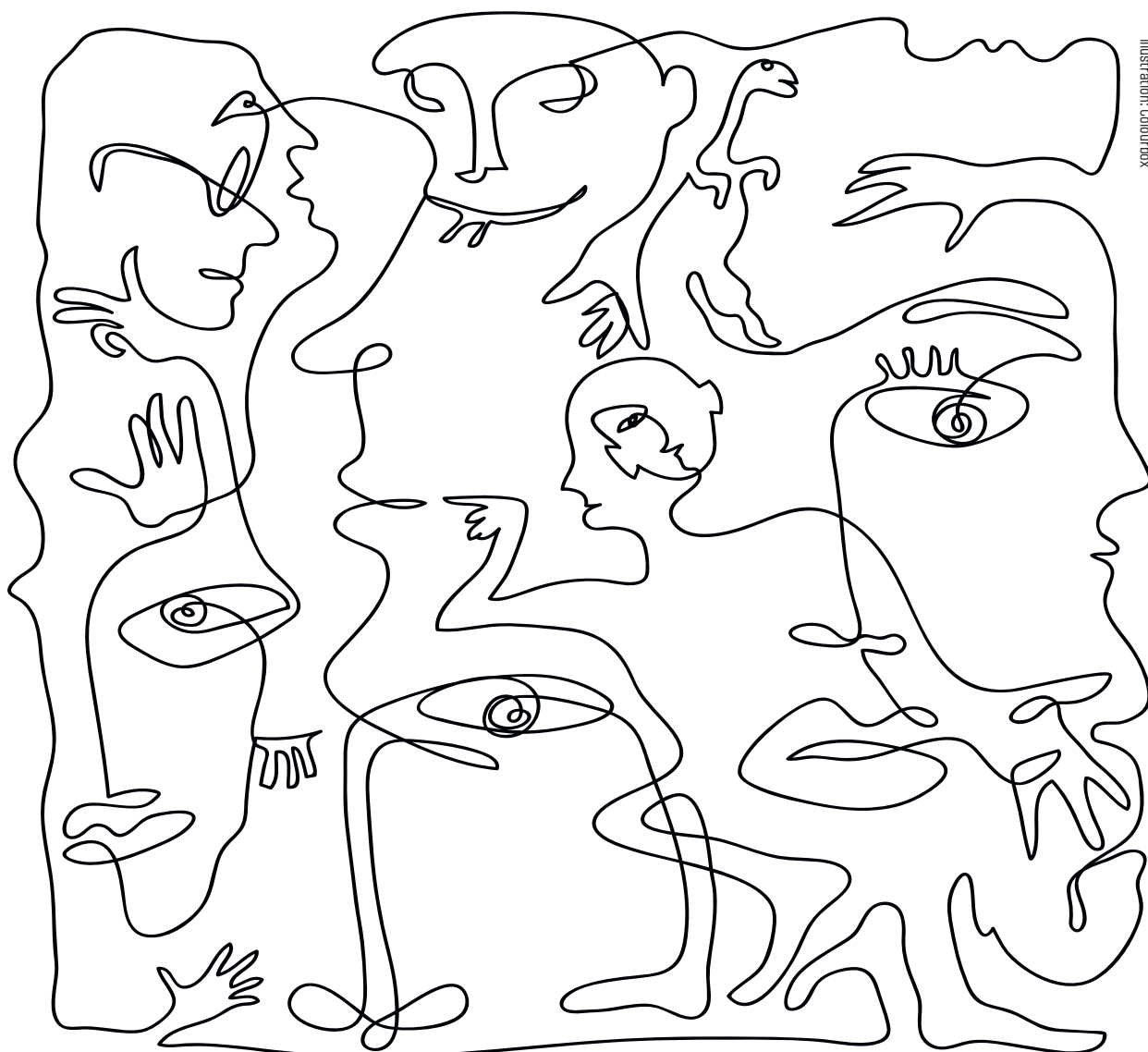
Uvished i konsultationsprocessen kan være ødelæggende for læge-patient-relationen, hvis man ikke er bevidst om dens tilstedeværelse. Og den kan sende patienten på risikable odysseer ind i det diagnostiske system. Defensiv medicin er en ubehagelig medspiller i vores hverdag, og hvis den dominerer, er den til alvorlig skade for vores patienter.

Risikobegrebet og behandlingen af faktisk raske patienter med en abstrakt sygdomsrisiko, 'risikanter', kan hurtigt udvikle sig til et klinisk nemesis for lægestanden. Og det er almen praksis, der er adgangen til sundhedssektoren for denne voksende borgergruppe. Hvorledes forholder vi os etisk, diagnostisk og behandlingsmæssigt til raske borgere med en abstrakt ikke-eksisterende sygdom?

Det er endvidere vigtigt at holde sig for øje, at vi som læger i tiltagende grad arbejder i teams. Vi er en del af det kliniske kollektiv. Derfor er det relevant at udvikle etiske og kommunikative retningslinjer på klinisk niveau med inddragelse af personalet i beslutningsprocesserne.

Identitet og faglighed styrkes

De fleste af ovennævnte temaer er kendte. De er blot blevet højaktuelle ved, at udviklingen i almen praksis har sat spejlet under pres i form af lægemangel og udbrændthed. Styregruppen for Efteruddannelse, som er fælles for DSAM og PLO, vil arbejde videre med området og forsøge at skabe kurser, der indeholder elementer fra området. Det er ikke meningen at ændre udbuddet af kurser med humanistiske temaer radikalt, men tanken



Vi kan ikke skille det humanistiske og sociale virke fra vores naturvidenskabeligt baserede kliniske hverdag. Derfor er det vigtigt at se hele efteruddannelsesområdet under en humanvidenskabelig optik.

er at styrke og udbygge området med henblik på at styrke de praktiserende lægers både faglige og personlige robusthed.

Det kræver, at vi udvikler kurser sammen med andre faggrupper med erfaring på området, f.eks. filosoffer, antropologer, sygeplejersker og psykologer.

Det kræver en del kursusudvikling og eksperimenter at kunne skabe spændende kurser, der kan styrke lægens og klinikpersonalets arbejde og arbejdsgælde. //

FAKTABOKS:

- Styregruppen for Efteruddannelse, PLO-E, har i september holdt temadag om efteruddannelse.
- Artiklen præsenterer DSAM's syn på og ønsker til efteruddannelse udbudt gennem PLO-E og giver DSAM's bud på, hvordan man kan styrke den humanistiske del af efteruddannelsen.
- Claus Rendtorff og Bolette Fridrichsen er udpeget af DSAM til Styregruppen for Efteruddannelse.



Udbrændthed

rammer stadig mange praktiserende læger

Næsten halvdelen af de praktiserende læger var moderat til alvorligt udbrændte i 2016. I dag er billedet stort set uændret, men flere er mere tilfredse med deres arbejdsliv. Det viser en ny rapport.

Et højt arbejdspress er blevet hverdag for mange praktiserende læger i de seneste år. Almen praksis har fået flere ældre patienter med kroniske sygdomme, flere multisyge og flere komplekse konsultationer. Samtidig udskriver hospitalerne patienterne hurtigere, så der er mere at 'samle op på' for de praktiserende læger.

En national PLO-undersøgelse fra 2016 viste, at næsten halvdelen af de praktiserende læger var moderat til alvorligt udbrændte. I dag er billedet stort set uændret, viser en ny rapport, som bygger på en spørgeskemaundersøgelse fra 2019. Andelen af 'moderat udbrændte' er steget fra 38,3 pct. i 2016 til 39,9 pct. i 2019, mens andelen af 'alvorligt udbrændte' er faldet fra 10,5 pct. til 9,9 pct.

"Vi havde håbet at se en forbedring af tallene fra 2016. Det håb blev ikke

opfyldt. Det er dog positivt, at den nærmest eksplosive vækst, som vi så fra 2004 til 2016, er stagneret, og at kurven er fladet ud," siger Anette Fischer Pedersen, som er en af forfatterne bag den nye rapport.

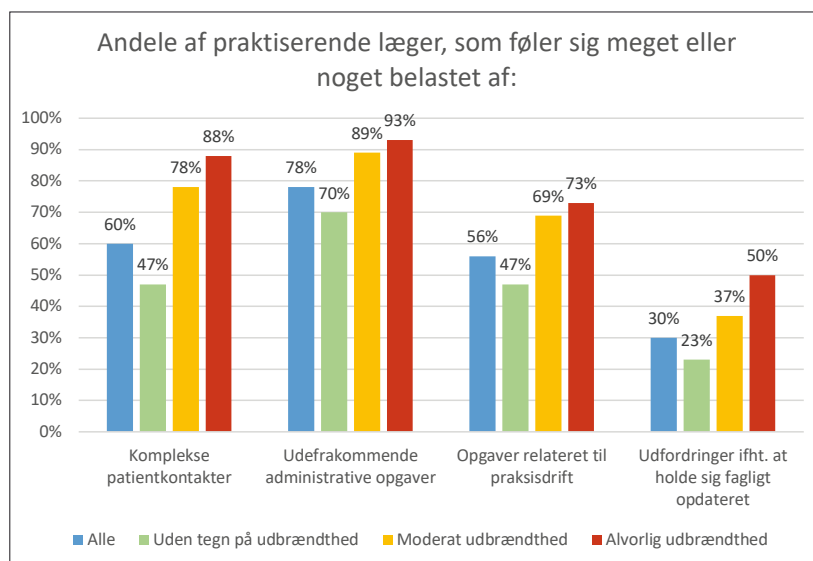
Ældre læger er mindre udbrændte

Både undersøgelsen i 2016 og i 2019 viser en betydelig sammenhæng mellem alder og udbrændthed. De ældre læger (> 55 år) er signifikant mindre udbrændte end lægerne under 55 år, mens de yngste læger er hårdest ramt.

Samtidig viser undersøgelsen en tydelig sammenhæng mellem ud-

brændthed og lav selv vurderet arbejdsevne, ligesom der var flere tegn på mistrivsel, herunder brug af psykofarmaka, højt sygefravær eller at gå syg på arbejde. Flere udbrændte læger rapporterede at have søgt professionel hjælp, men samtidig angav mange at have undladt at søge hjælp, selvom det måske kunne have gavnnet dem.

"Den bedre trivsel blandt praktiserende læger i den ældste aldersgruppe kan skyldes flere ting. For det første er de ældste læger mere erfarne og hviler måske mere i deres faglighed. For det andet er de ældste læger for-



Figur 1: Andelen af praktiserende læger med tegn på udbrændthed (fordelt på opgavetype).

mentlig i mindre grad presset af krav fra familie- og privatlivet,” uddyber Anette Fischer Pedersen.

Hertil kommer, at de yngre læger, der ikke har følt sig tilpas med arbejdet som praktiserende læge, nok har valgt at stoppe.

Flere er mere tilfredse

I alt 55 pct. at de praktiserende læger rapporterede, at de i 'meget høj' eller 'høj' grad havde den ønskede arbejdsglæde i deres nuværende job. Lægerne var også generelt mere tilfredse med løn og frihed i forhold til valg af arbejdsmåde i 2019 sammenlignet med undersøgelsen i 2016. Samme tendens sås for tilfredsheden med samarbejdet med hospitaler, hjemmepleje/plejehjem og kommuner.

”Det er positivt, at vi ser et fald i utilfredsheden med graden af frihed til at vælge arbejdsmåde, løn og antal arbejdstimer i 2019 sammenlignet med 2016. Ikke bare er utilfredsheden faldet. Vi ser også, at over halvdelen af de praktiserende læger nu tilmed rapporterer i høj grad at have den ønskede arbejdsglæde i deres nuværende job ” siger Anette Fischer Pedersen.

Regionerne har forskellige udfordringer

Den nye undersøgelse viser store forskelle i de praktiserende lægers oplevelse af adgangen til at få hjælp fra hospitaler, kvaliteten af epikriser og respekten fra kolleger på hospitalerne. Tilfredsheden på dette område var markant lavere for Region Sjælland sammenlignet med de øvrige regioner.

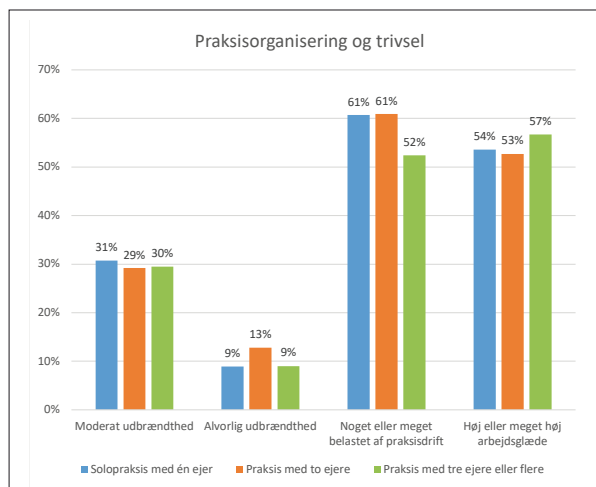
Den højeste forekomst af 'alvorlig' grad af udbændthed sås i Region Midtjylland (12.6%) og Region Nordjylland (12.7%), mens den laveste sås i Region Hovedstaden (7.8%) og Region Sjælland (8.4%).

Andelen af læger med markant stress, dårlig trivsel og ringe balance mellem arbejde og privatliv var højest i Region Midtjylland, men andelen var dog ikke signifikant forskellig fra de andre regioner. Lægerne i Region Midtjylland rapporterede generelt højere belastning fra komplekse patienter, og det kan – sammen med den højere svarprocent og lavt aldersgennemsnit i denne region – være en del af forklaringen.

Andelen af multisygge spiller ind

Mandlige læger rapporterede mindre stress, bedre generel trivsel og bedre balance mellem arbejde og privatliv, men ellers var køn ikke forbundet med forekomsten af moderat og alvorlig udbændthed.

Til gengæld tyder den nye undersøgelse på, at der er en sammenhæng mellem lægernes udbændthed og andelen af multisygge patienter. Hele 60 pct. angav, at de følte sig 'noget' eller 'meget' belastet af komplekse patientkontak-



Figur 2: Graden af udbændthed (fordelt på praksistype).

ter. Det er en betydelig stigning, da denne andel kun udgjorde 43 pct. i 2016.

”Begge undersøgelser viser en tydelig sammenhæng mellem udbændthed og at opleve sig belastet af komplekse patientkontakter. Det er svært for os at afgøre, om det er komplekse patientkontakter, som brænder lægerne ud – eller udbændthed, der bevirker, at patientkontakter opleves som komplekse. Vi har for nylig publiceret en artikel, som bekræfter en sammenhæng mellem andelen af multisygge patienter i praksis og lægens risiko for at være udbændt. Det peger på, at den stigende byrde fra multisygge patienter skal tages alvorligt i organiseringen af almen praksis,” forklarer Anette Fischer Pedersen.

Godt samarbejde øger arbejdsglæden

Rapporten viser, at samarbejde med lægekolleger og klinikpersonalet har særligt stor betydning for arbejdsglæden. Mange praksisser har valgt at ansætte personale til de opgaver, der ikke kræver direkte lægelig kompetence. Det kan sikre god udnyttelse af ressourcerne, men samtidig risikerer lægerne at sidde tilbage med de 'tunge' patienter.

”Den store stigning i andelen af dem, som oplever sig belastet af komplekse patientkontakter, tyder på, at det er et område, som fylder en del i almen praksis – og hvis den antagelse er rigtig, vil den varslede vækst i multisygge patienter kunne få stor betydning for organiseringen af almen praksis,” slutter Anette Fischer Pedersen.

Rapporten ”Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed (2019)” kan læses på PLO's hjemmeside (kræver login). Den videnskabelige artikel ”Influence of patient morbidity on GP burnout” er frit tilgængelig på hjemmesiden for British Journal of General Practice. //



Jura, etik og lægefaglighed

– dilemmaer og stof til eftertanke på DSAM's medlemsmøde i Nordjylland

Som snart færdiguddannet almenmediciner føler jeg mig privilegeret ved at have kontinuitet i patientforløbene. Der er rig mulighed for over tid at skabe en særlig personlig relation mellem lægen og patienten, og ofte får vi et årelangt og tæt kendskab til vores patienter med særligt gode muligheder for at yde omsorg for patienterne i alle livets faser og omsorg i forhold til forebyggelse og palliation. Med flere og flere ældre medborgere i kombination med, at den terminale pleje i stigende grad finder sted i hjemmet, bliver den praktiserende læge ofte en central person i livets sidste fase, herunder også i arbejdet med at hjælpe patienterne med at tage stilling til døden.

Ingen genoplivning

Det er ikke usædvanligt, at der i patienternes journaler skrives, at der ikke skal udføres genoplivning ved hjertestop. I mange tilfælde giver genoplivning ingen mening, hverken lægefagligt eller for patienten selv. Men holder det juridisk? Også hvis de pårørende er uenige og klager? Hvordan tager jeg bedst og mest værdigt hul på dén samtale med patienten? Og præcist hvordan skal der dokumenteres i journalen?

Jura, etik og lægefaglighed

Netop jura, etik og lægefaglighed i livets sidste fase var temaerne på DSAM Nordjyllands medlemsmøde, som fandt sted i august. Overlæge i STPS Anne Hempel-Jørgensen var inviteret til at gennemgå og fortolke juraen for en flok fremmødte lægekolleger, og det gav anledning til både faglig opdatering samt stof til eftertanke.

Blandt meget andet blev der på mødet gennemgået lovgivningen om genoplivning. Denne er ændret efter en tragisk sag for nogle år siden på et plejehjem, hvor en ældre medborger ulykkeligtvis fik en, vistnok, blomme galt i halsen og som følge heraf afgik ved døden. I journalen stod "ingen genoplivning", hvilket var årsagen til, at man ikke forsøgte hjerte-lunge-redning. Som følge heraf skal det nu præciseres overfor patienten, at ønsket om ingen forsøg på genoplivning kun gælder i det aktuelle sygdomsforløb. Det er noget, som jeg i hvert fald selv kan og vil blive bedre til at præcisere fremover både i journalen og overfor patienterne.

Udsigtsløs behandling - en gråzone

En del af juraen omkring genoplivning er, at man må undlade at forsøge på genoplivning ved "udsigtsløs behandling". Det gav anledning til en del dis-

kussion, da "udsigtsløs" er en gråzone, som er svær at definere juridisk. De fleste lægekolleger var enige om, at der kan være mange tilfælde, hvor genoplivning ikke hverken fagligt eller menneskeligt giver mening, selv om patienten ikke nødvendigvis lider af en dødelig sygdom eller har et aktuelt akut sygdomsforløb, hvor døden er forventelig inden for kort tid. Lidt overraskende var det for mange, tror jeg, at høj alder og svækkelse som følge heraf ikke i sig selv er nok til, at man som patient eller som læge må fravælge forsøg på genoplivning.

Det betyder altså, at en habil, men alderdomssvækket borger, der ønsker at fravælge genoplivningsforsøg kun kan få sit ønske imødekommet, hvis vedkommende er i en aktuell sygdomssituation. Hvornår man er dét, er op til fortolkning af den enkelte læge. En kollega prøvede på mødet at få svar på, om eksempelvis en 89-årig med osteoporose var "syg nok", men der var ikke noget klart svar herpå. Ovenstående er i øvrigt også blevet problematiseret af Ældre Sagen.





Af: Jesper Bossel Holst Christensen,
formand for FYAM-udvalget - fyam-formand@dsam.dk

Man kan jo gøre sig en del etiske overvejelser om rimeligheden i, at ældre mennesker, hvis eneste skavank er alder og almen svækkelse, ikke kan frasige sig retten til, at der gøres forsøg på genoplivning. Er det virkelig værdigt, at et ældre skrøbeligt menneske absolut skal dø med et hjertestop-hold ovenpå sig?

God erfaring med svære samtaler

En anden vinkel end den rent juridiske og lægefaglige gav vores inviterede præst Knud Erik Nielsen. Man mærkede, at der i præstens hverdag ofte er en anden tid til ro og fordybelse i samtalen end i vores eget til tider alt for travle program, hvilket man jo godt kan misunde lidt. Der var ligeledes en stor erfaring i at tale med mennesker om livet og døden, og præster er tydeligvis ikke bange for emner, som omhandler alvor, livssmerte og sorg. Jeg tænker, at det for mange patienter – religiøse eller ej – kan være en god oplevelse at tale med en præst.

En opsummering på emnet om genoplivning må være, at selvom STPS egentlig har meget godt informationsmateriale – både film og pjecer – kommer de dog desværre ikke med et 100 pct. konkret svar på vores dilemmaer i hverdagen. Beslutningen er enkel, når patienten er uafvendeligt døende, men der er mange gråzoner, som beror på en lægelig vurdering. Her må man i hvert fald sørge for at dække sig bedst muligt ind i journalen og forhåbentligt gøre det, der fagligt og menneskeligt giver bedst mening for patienten, samt stole på det gode samarbejde med plejepersonalet, så færrest muligt patienter bliver udsat for nytteløse forsøg på genoplivning. //

Her i lægehuset kan du møde uddannelseslæger

FYAM lancerer i øjeblikket kampagnen **Her i lægehuset kan du møde uddannelseslæger**, der sætter fokus på begrebet uddannelseslæge og henvender sig direkte til patienterne.

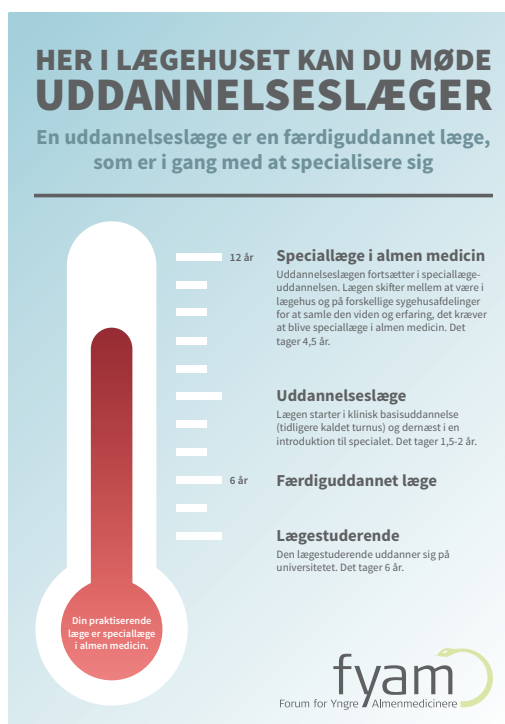
Patienterne kender deres Dr. Hansen, men pludselig møder de den nye, unge uddannelseslæge i lægehuset, og det kan udfordre læge-patient-relationen.

En anden vigtig pointe med plaka-

ten er at understrege, at din praktiserende læge er speciallæge i almen medicin.

Vi håber, at plakaten kommer op at hænge i alle de lægehuse i landet, som har uddannelseslæger.

Plakaten, som er vedlagt dette nummer af Practicus, kan også skaffes hos FYAM, downloades som pdf- eller png-fil på www.fyam.dk eller hentes ned til praksisskærmen. //





DSAM's syv pejlemærker indrammer faget almen medicin og udgør en fælles identitet for de almenmedicinske speciallæger. I denne serie fokuserer forskellige almenmedicinere på et udvalgt pejlemærke.

Pejlemærke 6:

Vi tager ansvar

DSAM's sjette pejlemærke omhandler ansvar. Men hvordan forvalter vi dette ansvar konkret i klinikken i en travl hverdag?

”Vi tager ansvar for at fremme samarbejdet med og mellem relevante sundhedsaktører. Vi vurderer, hvordan nye opgaver og løsninger bedst tilpasses klinikken's aktuelle patient-sammensætning.”



Sådan lyder det sjette af DSAM's pejlemærker. Men hvilken betydning ligger der egentlig bag ordene? Det vil jeg her prøve at give mit bud på.

Vi tager ansvar for at fremme samarbejdet

I almen praksis har vi mange forskellige opgaver. Alligevel er det næsten allermest i de situationer, hvor jeg har arbejdet rigtigt tværfagligt, at jeg synes, at jeg har gjort en forskel, som KUN jeg kan gøre – i kraft af, at jeg er den læge, der kender hele familiens vilkår. Jeg kan samle relevante aktører og bidrage til, at vi sammen kan forsøge at finde nogle løsninger, når situationen er gået i hårdknude.

Det er ofte i grænselandet mellem psykiatri-social-somatik, at patienten falder mellem to stole. Det kræver, at nogen må strække sig ud over det vanlige, hvis ikke sygdomsbyrden skal blive endnu større for patient og familie.

Et godt eksempel kunne være Hans. Han er en ung mand med autisme. Han bor stadig hjemme hos sine forældre. Alle overgange er svære for ham. Bare at komme til læge er problemfyldt, og han aflyser ofte konsultationer med kort varsel. Hans vil helst blive boende hjemme i mange år endnu, men det er ikke en holdbar løsning på den lange bane. Hans kan ikke være alene. Og familien kan f.eks. ikke have gæster.

Netværksmøder giver fælles løsninger

Som læge for hele familien har jeg set, hvor svært det ofte har været for familien. Jeg har oplevet forældrenes frustration over, hvor vanskelig kontakten er med forskellige sagsbehandlere i kommunen, og hvor vanskeligt det er at få forskellige systemer til at tale sammen. Jeg har 3-4 gange samlet socialrådgiver, pædagog og lærer

fra specialskolen, psykolog og forældre til netværksmøde i min praksis. For at få foldet de komplekse problemer ud og finde konstruktive løsninger – sammen.

Hans har brug for laaaang tids tilvænning til blot at overveje at flytte hjemmefra. Han har brug for at se det bofællesskab eller den institution, som han skal flytte ind i. Men kommunen kan først begynde at søge efter et egnet sted, når han har skrevet under på, at han er klar til at flytte. Og det vil Hans ikke.

Det lange seje træk er nødvendigt

Hans har søgt pension, men han kan ikke søge pension, før han har holdt møde med sin sagsbehandler, og det magter han ikke.

Vi aftalte derfor et besøg i hjemmet, hvor jeg var med sammen med den nye sagsbehandler, så hun kunne få et indtryk af Hans og gerne veksle et par ord med ham, så formalia var opfyldt for at søge pension. Men Hans havde desværre en dårlig dag, så vi måtte køre hjem med uforrettet sag.

Trods åbenlyse forhindringer og vanskeligheder er der igangsat forskellige tiltag, der forhåbentlig vil medføre positive forandringer for hele familien. Det er det lange seje træk.

For mig giver det utrolig god mening at være tovholder og initiativtager til tværfaglige møder. Jeg kan ganske enkelt ikke se, hvem det ellers skulle være. Viden forpligter. Den indsigst, jeg har som familielæge, skal jeg bruge i disse meget komplekse sager. Vores socialsystem og sundhedsvæsen er ikke rigtigt gearet til det. For mig er det meningsfuldt og tilfredsstillende arbejde, selv om det er tidskrævende.

Det kræver, at nogen må strække sig ud over det vanlige, hvis ikke sygdomsbyrden skal blive endnu større for patient og familie.

Faglig dømmekraft er afgørende

Den anden del af pejlemærket – om tilpasning af nye opgaver – vil jeg også gerne knytte et par ord til.

Hver gang man indfører en ny teknologi, sker der (også) noget andet, som vi ikke altid har blik for. Teknologi skal forstås bredt som både nye arbejdsgange og nyt apparatur. Hvordan udvikler vi vores klinikker? Hvordan uddelegerer vi opgaver uden at miste vores lægefaglighed og dømmekraft?

Nye værktøjer giver nye overvejelser

Vi har med rekordfart fået introduceret videokonsultationer. Vi bruger også telefonkonsultationer på en ny måde. Men hvad gør det ved os og vores patienter? Hvordan påvirker det vores konsultationer? Og hvordan sikrer vi, at alle patienter har en læge, som de kan henvende sig til, så vi ikke kommer til at udelukke nogen? Med supersygehuse, der primært arbejder efter apparatfejl-modellen, er det afgørende, at almen praksis bevarer den bio-psyko-sociale tilgang.

Et eksempel fra min egen klinik på en teknologi kunne være konceptet Tid-Samme-Dag. Det har vi haft i snart 10 år. Det er med til at sikre høj tilgængelighed. Det er til glæde for mange patienter, men til

frustration eller måske ligefrem til ulempe for andre.

Kontinuitet er en kerneværdi

Som mange andre klinikker er vi udfordret på kontinuiteten. I almen praksis kommer 20-40 pct. af patienterne dagligt med medicinsk uforklarlige symptomer (MUS). Hvordan påvirker det dem, at opgaverne må uddelegeres til flere forskellige ansatte?

Mange har ønsket til almen praksis, og vi præsenteres for mange forslag til "hjælpemidler" – den brede vifte spænder fra digitale løsninger til flere ansatte.

Vi skal turde tage dialogen om fordele og ulemper ved de forskellige løsningsmodeller med løftet pande, så vi udvikler og ikke afvikler vores fag. Vi har verdens bedste speciale, og vi har fat i den lange ende med vores kerneværdier: relation, kontinuitet og dømmekraft. Det er det fundament, der gør, at vi kan tage ansvar. //





Redskabsark

skaber ny orden i behandlingen af patienter med kronisk sygdom

Nyt redskabsark hjælper de praktiserende læger og deres patienter med at planlægge og prioritere indsatsen, når patienten har kronisk sygdom, også når der er flere sygdomme og tilstande.

De patienter, som har flere kroniske sygdomme, kan være svære at hjælpe i sundhedsvæsenet. Ofte har de haft komplekse forløb, fordi de går på tværs af flere specialer. Mange har oplevet at være kassebolde i sundhedsvæsenet. Den praktiserende læge er i mange tilfælde den nærmeste (eller eneste) til at skabe overblik.

DSAM har derfor udarbejdet redskabsarket "Overblikstatus og årsstatus" til almen praksis.

- Overblikstatus er en konsultati-

onsform, der kan hjælpe dig og din patient med at skabe overblik over den samlede sygdomsbyrde, prioritere i behandlingerne og lægge en samlet årsplan.

- Årsstatus er en generisk vejledning i, hvordan man kan strukturere den årlige konsultation vedrørende den enkelte sygdom/tilstand, uanset hvilken sygdom/tilstand der er tale om.

Du finder redskabsarket på vejledninger.dsam.dk //



FAQta-ark om UVI

"Jeg tror, jeg har blærebetændelse." "Min urin lugter grimt." "Skal vi dyrke urinen?" Det er alle sætninger, vi hyppigt hører i almen praksis. Men hvordan er det nu med urin, som lugter på f.eks. plejehjemmet? Og kan man diagnosticere en urinvejsinfektion alene ud fra symptomerne?

Nu er der hjælp på vej fra dit fagvidenskabelige selskab.

DSAM's nye FAQta-ark om urinvejsinfektioner punkterer nogle af de mere sejlivede myter ud fra den nyeste evidens fra almen praksis. Du kan finde det på vejledninger.dsam.dk //

PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



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

Onsdag den 18. november 2020.

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

New dates for the 22nd Nordic Congress of General Practice



ON THE EDGE
General practice for future generations
22nd NORDIC CONGRESS OF GENERAL PRACTICE
STAVANGER, NORWAY • JUNE 22-24 2022





Hvad kan de praktiserende læger bruge kliniske farmakologer til?

Vi vil i denne artikel beskrive, hvad de praktiserende læger kan bruge speciallæger i klinisk farmakologi til. Det vil vi gøre ved at beskrive de konkrete tilbud, der er til praktiserende læger i Region Midtjylland.

HVAD LAVER KLINISKE FARMAKOLOGER?

Klinisk farmakologi blev først anerkendt som et selvstændigt speciale i 1996. Derfor er det med god grund, at vi indimellem oplever, at flere af vores især lidt ældre kolleger er i tvivl om, hvad klinisk farmakologi er, og hvad vi kan tilbyde almen praksis. Alle kliniske farmakologer oplever før eller siden at blive spurgt – af yngre såvel som ældre kolleger: "Hvad er det egentlig, I laver?"

Vi vil med denne artikel beskrive lidt generelt om specialet - og hvad det egentlig lige er, vi går og laver.

Udviklingen i specialet har været forskellig fra region til region, men overordnet set har specialet været igennem en rivende udvikling og er det fortsat. For at blive speciallæge i klinisk farmakologi skal man igennem en fem-årig speciallægeuddannelse. Som led i uddannelsen kan indgå ansættelser i klinikker inden for eksempelvis intern medicin, onkologi, almen praksis eller psykiatri. Der kan også være ansættelser ved et lægemiddelfirma eller ved Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsstyrelsen. De færdiguddannede speciallæger kan derfor have meget forskel-

Hvordan I måske tænker, vi ser ud



Kilde: TV2 Danmark.

Hvordan vi faktisk ser ud



Billede fra en morgenkonference, hvor Klinisk Farmakologisk Enhed i Ålborg er med på video.



TILBUD TIL ALMEN PRAKSIS

De nedenfor beskrevne tilbud gælder praktiserende læger i Region Midtjylland, men der findes tilsvarende tilbud i de andre regioner. Funktionerne forsøges hele tiden tilpasset behovet hos almen praksis. Hvis man har forslag til ændringer, nye ideer eller gerne vil samarbejde om forsknings- eller kvalitetsudviklingsprojekter, så kontakt os endelig.

Lægemiddelrådgivning

Lægemiddelrådgivningen er et tilbud vedrørende klinisk specifikke, patientrelaterede, farmakologiske problemstillinger, som ikke kan belyses tilstrækkeligt ved opslag i almindeligt tilgængelige opslagsværker (pro.medicin.dk). Det kan eksempelvis dreje sig om spørgsmål om bivirkninger, forsigtighedsregler eller konkrete lægemiddelinteraktioner samt spørgsmål om medicin til risikopatienter som ældre, børn, ammende eller patienter med organpåvirkning eller lignende.

På baggrund af litteratur- og databasesøgninger og eventuelt opslag i patientens elektroniske journal (Midt

Eksempler på dele af medicingennemgange:

PATIENTEN HAR VEDVARENDE HYPONATRIÆMI I BLODPRØVESVAR:

Primære anbefalinger:

Ad hyponatriæmi og antidepressiva:

1. Duloxetine er forbundet med øget risiko for hyponatriæmi. Overvej skift til andet antidepressivum, såfremt anden årsag til hyponatriæmien ikke er oplagt. Mianserin, mirtazipin eller agomelatin kan anbefales.
2. TCA-præparater er ligeledes forbundet med øget risiko for hyponatriæmi, foruden de kun anbefales til ældre → 65 år med forsigtighed pga. øget risiko for kardiovaskulære problemer. Disse kan derfor ikke rekommanderes.

PATIENTENS SYMPTOMER KAN SKYLDES EN MEGET HØJ ANTIKOLINERG BELASTNING:

Mirtazipin (moderat), desloratidin (stærk), quetiapin (moderat), Glycopyrronium (Ultibro) (stærk), metoclopramid (moderat) er alle antikolinerge lægemidler (antikolinerg burden score på 7).

Primære anbefalinger:

1. Overvej indikation for desloratidin. Cetirizin og fexofenadin er uden antikolinerg belastning.
2. Overvej indikation for metoclopramid. Ondansetron kan være et alternativ uden antikolinerg virkning. Ondansetron kan give QT forlængelse.
3. Mirabegron kan vælges ved behov for behandling af overaktiv blæresyndrom. Det er muligt at søge klausureret tilskud.

PPI KAN NEDSÆTTE ABSORPTIONEN AF JERNTABLETTER, PGA. ÆNDRING AF PH I VENTRIKLEN. DETTE KAN SPILLE EN ROLLE I, AT MAN SER EN MANGLENDE EFFEKT AF JERNTILSKUDET HOS DENNE PATIENT.

Primære anbefalinger:

1. Overvej seponering af pantoprazol. Obs på rebound fænomen. Ved fortsat indikation for langtidsbehandling anbefales dosisreduktion til 20mg dagligt

EPJ) udarbejder vi et skriftligt svar. Tiden til, at svaret skal foreligge, aftales med spørgeren, og i akutte situationer er der mulighed for hastebesvarelser via telefonopkald. Besvarelsenerne lægges i journalen og sendes til almen praksis via korrespondancebrev.

Medicingennemgang

Praktiserende læger har mulighed for at få gratis hjælp til medicingennemgange i komplicerede tilfælde.

Når vi laver en kritisk lægefaglig medicingennemgang tager vi udgangspunkt i den praktiserende læges behov for rådgivning i forhold til patientens samlede medicinering. Det kan f.eks. være et ønske om generel medicinsanering, problematiske interaktioner, vurdering af patientens nuværende symptomer ift. lægemid-

delbehandlingen eller fokus på risikoen for uhensigtsmæssige bivirkninger.

Gennemgangen foretages ud fra kendskab til patientens sygdom, symptomer og aktuelle problemstilling. Afdelingen har adgang til Midt EPJ, herunder journalnotater fra sygehuskontakter, registrerede diagnoser, biokemi og FMK. Medicingennemgangen skrives ind i patientens journal og sendes via korrespondancebrev til almen praksis inden for syv dage.

Polyfarmacicenter diabetes

Polyfarmacicentret er et samarbejde mellem Klinisk Farmakologisk Afdeling ved Aarhus Universitetshospital og Steno Diabetes Center Århus, som startede i februar 2020. Det er et tilbud om en klinisk-farmakologisk me-

dicingennemgang hos patienter med diabetes (type I eller II), som skal henvises via deres egen læge.

Formålet er at foretage en medicingennemgang (som ovenfor beskrevet) for at understøtte medicinoptimering på tværs af specialer. Den samlede vurdering munder ud i et kortfattet, handlingsorienteret og prioriteret forslag til løsninger. Resultatet leveres inden for syv dage.

Ligesom ved de andre tilbud tilbydes klinisk-farmakologisk specialistrådgivning, uden at almen praksis mister behandlingsansvaret for patienterne i henhold til OK18. //



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

3 vigtige møder

Der er hundredvis af oplevelser, kollegaer, forelæsninger, bøger og særlige patienter som former en lægeidentitet. Men hvis jeg skal vælge tre bliver det: det tidlige møde med patienterne, mødet med Grønland samt mødet med egen praksis og det almenmedicinske uddannelsesnetværk.

Det tidlige møde med patienterne

Jeg havde under studiet et vikariat i Nordsverige. Mine manglende evner var i øjnene faldende. Men mødet med disse patienter og svenske kolleger gjorde et stor indtryk på mig. Almen medicin var, og er vel stadig, organiseret anderledes i Sverige end i Danmark. Men patienterne er de samme, og tanken om et liv blandt patienter i primærsektoren blev grundlagt.

Jeg tog tilbage til Danmark og fik samlet kliniske erfaringer. Det foregik lidt tilfældigt. Jeg mødte gode rollemødel og udtalte anti-rollemødel. Jeg mødte særlige patientskæbner, og jeg fik styrket min kliniske erfaring. Jeg bemærkede, hvor min faglighed slog til, og hvor den ikke var

tilstrækkelig. Jeg bemærkede, hvor mine faglige evner udviklede sig, og hvor de stod i stampe. Det vækkede min interesse for klinisk undervisning. Men til trods for en meget spændende tid på sønderjyske hospitaler og i almen praksis voksede eventyrlysten, og i april 1990 fløj min familie og jeg til Ilulissat i Grønland.

Mødet med Grønland

Vores tid i Grønland fik episke dimensioner og var præget af vores andet barns fødsel, underskønne naturop-

Lægebesøg i bygdene Qeqertaq og Saqqaa med egen hundeslæde. Privatfoto.





Vi tog på mange vandreture og jagtture sammen med vore grønlandske venner – den grønlandske natur og kultur er helt særlig. Privatfoto.

levelser, ubegribelige faglige udfordringer, intens lykkefølelse og dyb sorg.

Min familie og jeg gik fuldt ombord i livet og arbejdet i Grønland. Vi fik hurtigt egen båd og hundeslæde. Naturligvis var det primært for at opleve naturen omkring Ilulissat på egen hånd. Men jeg brugte dem også arbejdsmæssigt til bygdebesøg. Vi tog med grønlændere på jagtture blandt hvaler, rensdyr, moskusokser og vandre-falke, og vi fik venner for livet.

Jeg var en "rigtig læge" i klassisk forstand, og jeg blev positivt mødt og anerkendt af de lokale grønlændere langt ud over det rimelige. Jeg forsøgte at lære grønlandsk, men det forblev rigtigt meget ubehjælpsomt. En stor del af patienterne talte så lidt dansk, at det var nødvendigt med tolkede konsultationer. Jeg nød langt det meste i Grønland, og mit syn på egne faglige evner toppede. Men jeg manglede uendeligt meget sproget og den særlige underspillede humor, man kan bruge blandt mennesker, der er opdraget som en selv, og som kan bruges i opbygningen af tillidsfulde relationer.

Jeg forstod, hvor vigtigt forståelse mellem patient og læge er for det faglige virke. Når man som nu åbner for erindringens mentale arkiver, stiller tusinde oplevelser og hændelser sig i kø for at blive fortalt, og de har hver på deres måde bidraget med forståelse og indsigt. Men det må vente til en anden sammenhæng.

Vi mødte i Grønland også sorgen, dels tragiske selvmord, overgreb og fatale ulykker blandt unge grønlændere, og så mistede vi en nær ven i en helikopterulykke. Det var planen, at Jens Møller Jensen og jeg skulle passe Ummanaq-distriktet sammen i januar måned 1991. Vi havde dog begge meldt os til specialekurset i almen medicin i Odense. Vi blev lidt uventet kaldt ned til samme kursus og kun en af os kunne få udsættelse. Jens blev tilbage, og jeg rejste ned. Jeg hørte om helikopterstyrtet i radioavisen i taxaen på vej hjem fra lufthavnen. Følelsen af svigt var længe om at fortage sig. Men det var ikke grunden til, at vi forlod Grønland. Grunden var sproget og fornemmelsen af at være gæst i en fremmed, spændende kultur.

Mødet med egen praksis og det almenmedicinske netværk

Efter knap fire år i Grønland vendte vi tilbage til Sønderborg. Tilfældet radede igen, og jeg snublende utilsigtet over muligheden for en praksis i Vester Sottrup. Vi var uendeligt meget i tvivl. Jeg frygtede, at livet og fagligheden ville gå i stå i praksis. Men hensynet til børnenes skolegang gjorde udslaget, og vi valgte den sønderjyske praksis. Jeg blev meget hurtigt klar over, hvor meget fejl jeg havde taget. Livet gik ikke i stå fagligt i almen praksis. Det begyndte at blomstre, især efter jeg blev medlem af det almenmedicinske uddannelsesnetværk. Jeg måtte også sande, at jeg ikke var den dygtige læge, jeg selv troede. Der var meget, jeg ikke havde lært, og som jeg ikke kunne. I erkendelse af at min kliniske uddannelse kun i mindre grad havde forberedt mig på arbejdet, søgte jeg en stilling som almenmedicinsk uddannelseskoordinator. Jeg skulle her sammen med Morten Toft Nielsen prøve at styrke den almenmedicinske uddannelse i Sønderjylland. Almen medicin var blevet et anerkendt speciale i 1993, men uddannelsen var stadig ikke samlet og koordineret i alle amter.

Netværket bestod af uddannelseskoordinatorer fra hele landet, og det var en sjældent dynamisk og handlekraftig flok. Holdet havde en fælles ambition om en forkromet almenmedicinsk speciallægeuddannelse. Der var mange særlige personligheder, der gjorde et stort indtryk på mig og min faglige selvforståelse. Jeg kunne op-liste en lang række af kolleger, der hver især og i fællesskab har haft stor betydning for tilblivelsen af den danske almenmedicinske uddannelse, men ingen nævnt ingen glemt.

Netværket søgte inspiration i udlandet. Vi fik udtænkt en mulig struktur til en speciallægeuddannelse, udarbejdet en målbeskrivelse, strømlinet de specialespecifikke kurser, op-

startet forskertræning i almen medicin, udviklet vist nok verdens første internatbaserede logbog og meget mere. Ud af dette holds samarbejde voksede en ny almenmedicinsk speciallægeuddannelse.

Uddannelsesinteressen bragte mig til Maastricht, hvor jeg tog en mastergrad i medicinsk uddannelse. Opholdet gav mig blod på tanden. Jeg læste Shöns Den Reflekterede Praktiker, der handler om vilkårene ved, billedligt talt, at skulle tage kliniske beslutninger i et sumpet, tåget lavland, mens vejledningerne skrives i elfenbenstårne, som er bygget på klippegrund af evidens.

Men jeg læste også Dewey, Mintzberg, Polany og mange andre, og jeg fik pludselig ord og begreber til min vage, uformulerede forståelse af, hvad det vil sige at være alment praktiserende læge.

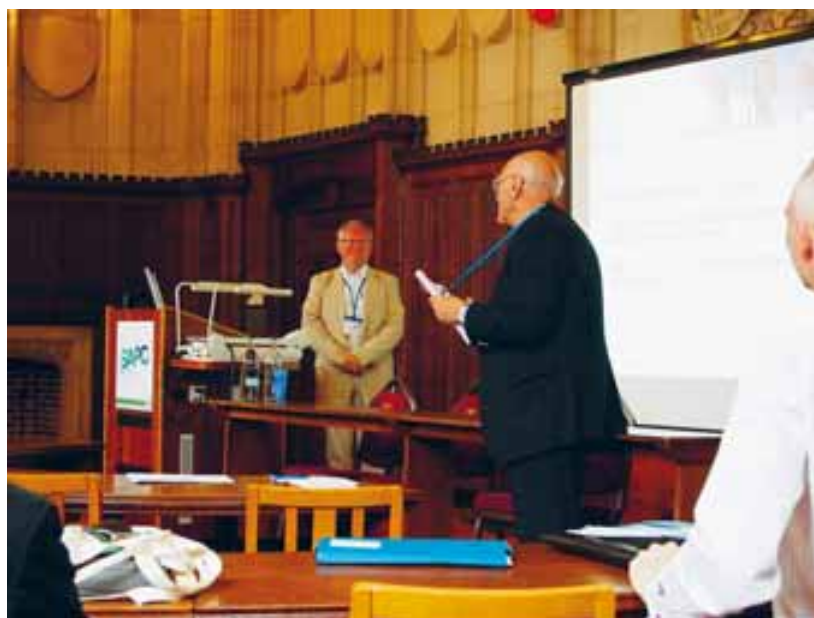
Jeg prøvede at formulere disse tanker til en artikel til Ugeskriftet og give mit bud på, hvad erfaringsbaseret viden er. Vi er blevet klogere siden da. Men muligheden for at kunne sætte ord og begreber på værdier og indsigt styrkede min faglige selvforståelse. Jeg kastede mig efterfølgende ud i den svære kunst at skrive videnskabelige uddannelsesartikler på engelsk. Det var ikke et oplagt valg, når man tager min lettere dysleksi og manglende akademiske skoling i betragtning. Med hjælp fra gode kolleger fra netværket, held og en vis ukuelig optimisme kom jeg i gang. Senere fik jeg Jakob Kragstrup som vejleder og blev håndfast løftet op til noget, der på en god dag kunne minde om en akademisk platform. Jeg kunne således i 2014 aflevere min ph.d.-afhandling.

Interessen for uddannelse førte mig også sammen med gode kolleger i Sønderjylland. Vi stiftede ved årsskiftet 2000 en refleksionsgruppe bestående af 10 praktiserende læger.

I denne gruppe afdækkede vi i fællesskab de komplekse vilkår, der gæl-



Kunsten at køre hundslæde skal trænes, men gevinsten er uforlignelig. Privatfoto.



På almenmedicinsk kongres i Bristol med mulighed for at fortælle om danske uddannelseserfaringer. Privatfoto.

der for almen praksis og læge-patient-relationens betydning. Jeg kunne her kombinere egne faglige erfaringer med internationale erkendelser. Det giver en værdifuld metakognitiv forståelse af egen faglighed,

Jeg ser i horisonten både eksterne og interne trusler mod vores almenmedicinske faglighed. Men jeg er også i skrivende stund netop kommet hjem fra en undervisnings-session med kom-

mende almenmedicinske speciallæger. Vi talte her om lægeidentitet og tilgang til arbejdet i almen praksis. Det var berigende og opløftende for mig at møde disse kloge, reflekterede unge læger. Hvis vi holder fast i værdien af gode læge-patient-relationer, høj faglighed, selvrespekt og vilje til faget til patienternes bedste, så skal det nok gå alt sammen. //



Brugen af videokonsultation

hos Lægerne Bendtsen & Kjær Hansen i Fredericia

"Hallo, kan du høre mig?"
– "Ja, du går fint igennem,
velkommen til."

Endnu en videokonsultation skal til at begynde hos Lægerne Bendtsen & Kjær Hansen i Fredericia. Tre læger sidder på hvert deres kontor og henter patienter ind fra det virtuelle venteværelse i applikationen MinLæge. Lægerne havde før prøvet kræfter med Confrere og MedCom, men da COVID-19-pandemien førte til en omfattende nedlukning af det danske sam-

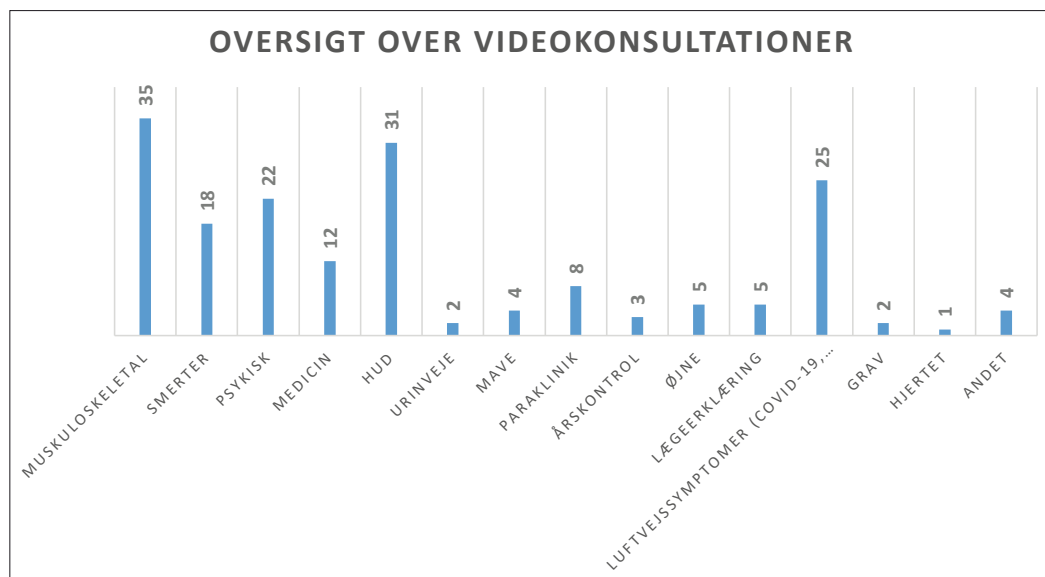
fund for at forhindre smittespredning, blev der sat turbo på implementeringen af videokonsultationer i lægehuset. Den 30. marts sad vi første gang klar ved skærmene i MinLæge og havde fra den dato afsat én time dagligt kl. 10:30-11:30 til videokonsultationer efter princippet om et åbent venteværelse for alle henvendelser.

Vi gik til det med en åbenhed og en erkendelse af, at det netop nu var et nødvendigt tiltag, men vi spurgte samtidig os selv, om det virkelig kunne fungere? Vil vi stadig have et fortroligt rum med patienten, når det foregår over video? Kan vi bruge videokonsultationerne til hvad som helst? Kommer vi til at bruge mere eller min-

dre tid per patient? Og hvilke af vores patienter kan finde ud af at bruge det?

"Superbrugere" og de 10 pct., der alligevel skal møde op i lægehuset

I perioden 30. marts til 4. august afviklede vi 196 videokonsultationer med en gennemsnitlig varighed på 7,5 minutter. 19 videokonsultationer (svarende til 9,7 pct.) måtte ændres til konsultation ved fysisk fremmøde i lægehuset. I 47 pct. af disse tilfælde var der mestendels tale om, at billedkvaliteten ikke var god nok til at vurdere eksemper og modermærker. En anden årsag til efterfølgende at bede patienten møde op i lægehuset skyldtes, at det var nødvendigt med "hånds-



Figur 1: Oversigt over videokonsultationer fordelt på emne. De fleste videokonsultationer omhandler muskuloskeletale eller dermatologiske problemstillinger.

pålægelse” i en objektiv undersøgelse af f.eks. knæ.

Ud af de 196 videokonsultationer udgjorde 20, hvad jeg vil kalde for ”superbrugere”, nemlig patienter, der havde prøvet videokonsultation én gang før og valgte at bruge det igen (superbrugere defineret som >1 videokonsultation), formentlig fordi de vurderede, at det fungerede godt for dem og var en god måde for dem at komme i kontakt med egen læge på.

Hvem bruger videokonsultation og om hvad?

Ved videokonsultation præsenterede der sig patienter med mange forskellige problemstillinger, hvilket vi kender fra vores normale kontakt med vores patienter i almen praksis. Hovedgrupperne fordelte sig inden for muskuloskeletale, dermatologiske, øvre luftvejsbetingede og psykiske problemstillinger (Figur 1).

Gruppen af patienter med luftvejs-symptomer inkluderer også patienter, der henvendte sig med symptomer på eller spørgsmål om COVID-19, hvorfor andelen af patienter med luftvejs-symptomer, der brugte videokonsultation, formentlig er biased af den tid, vi lever i under pandemien.

Hvis vi ser på aldersfordelingen af de patienter, der benyttede sig af videokonsultation i perioden, ser vi to markante toppe, nemlig gruppen af patienter, som er født i 1973 og 1986, altså på hhv. 47 og 34 år. De fleste henvendelser kommer fra patienter, som er født i 1970’erne (32) og 1980’erne (35), dvs. aldersgruppen 30-50 år. Det er også de store aldersgrupper af arbejdende danskere og børnefamilier, hvilket passer fint med den fleksibilitet, som videokonsultationer giver (Figur 2).

Personligt finder jeg det mere overraskende, at ni personer i aldersgruppen 70-87 år, svarende til 4,5 pct. af alle videokonsultationer, også brugte denne kontaktform til at komme i kontakt med lægen.

Nødvendig og fleksibel løsning

Samlet set kan vi sige, at videokonsultationer har været en nødvendig og fleksibel, ny kontaktform mellem almen praksis og vores patienter. Den har vist sig at kunne bruges inden for mange forskellige emner, hyppigst bevægeapparatsgener, hudproblemer, psykiske problemer, smerter og luftvejssymptomer.

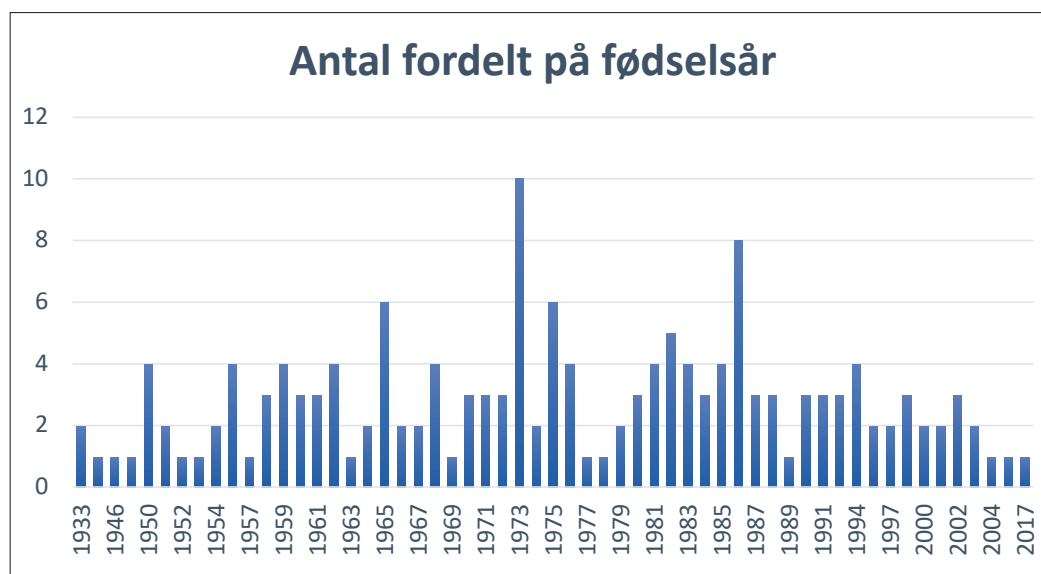
Det er vores indtryk, at vores pa-



tienter har taget godt imod det virtuelle venteværelse, der har været en ny vej ind til lægen, som særligt aldersgruppen 30-50 år har benyttet sig af.

Også vi som læger har oplevet, at videokonsultation er et godt supplement til telefonkonsultationerne og de almindelige konsultationer ved fysisk fremmøde – og et redskab, der har været helt afgørende under COVID-19-pandemien for at holde gang i aktiviteten i almen praksis.

Med 196 videokonsultationer er det vanskeligt at drage langsigtede konklusioner, men det er interessant, om vi med videokonsultationer når ud til dem med det største behov for nemmere adgang til lægen. Resultaterne fra vores undersøgelse viste, at der var færrest brugere til videokonsultationer blandt de ældste aldersgrupper. //



Figur 2: Antal videokonsultationer fordelt på personfødselsår. Tallene er filtreret for de såkaldte "superbrugere", der ellers ville pumpe enkelte fødselsår kunstigt op.



Man kan mere, end man tror – bare man skal...

Klichéen var på plads. Året 2020 skulle begynde med fejring af 50-års fødselsdag og sølvbryllup i foråret. Vi havde budt til fest. Jeg havde besluttet mig for at udfordre mig selv og havde taget fri til at vandre hele Caminoen i september. Mit fokus var at gøre mere af det, der gør mig glad og giver overskud. Komme ud af trædemøllen. Ikke ud fra en midtvejskrise, selvom jeg absolut ikke benægter, det er en del af det, midt i alle mine hedesvedeture, men også fordi jeg på LUF-kurset 'Læger, lyst og lykke' sidste år dels kom tæt på en turists drukneulykke, og de tanker det satte i gang i mig om livets uforudsigelighed, og

dels havde fat i mig selv gennem ugens kursusindhold: Bruger jeg mit liv på det rigtige? Gør det mig glad? Skaber det lyst, glæde og overskud? Når min dagligdag er så travl, så må det jo være det, jeg vil, eller hvad?

Fest og camino aflyst

Jeg har altid prioriteret at veksle mine ugekurser mellem 'det bløde' og 'det hårde' og må indrømme, jeg oftest kommer mest beriget hjem fra det første. Men så kom coronaen og tog dagsordenen. Fest og camino blev aflyst, og al energi gik med at omstille praksis til nye tider. De første dage var spændende og udfordrende. Med stolthed at opleve, hvordan vi alle

var lige så omstillingsparate, som situationen forventede af os. Men efter kort tid voksede kvalmen som i første trimester, jeg for længst havde fortrængt. Nu var jeg igen fanget i en lægelig rolle, hvor jeg mere administrerede og mindre og mindre så vores patienter. Alt, hvad vi snakkede om, var corona, og det var efterhånden lige så trættende som at tale om svigermor.

Kom til Grønland, min ven

Og midt i alt dette kom der mail fra Marianne og Peter Vedsted i Illulissat. Kunne jeg tænke mig et vikariat?

Jeg havde haft en føler ude i 2019, da min mand og jeg var på ferie i Illu-



Midnatsbillede fra terrassen.



Mit hjem i de næste uger.



Isbjerget har ramt undergrunden og er gået i 1000 stykker.

lisat og blev bjergtaget af landet – naturen, roen, det simple liv.

Og inden jeg kunne stave til forbehold, havde jeg vendt det med min mand og mine kompagnoner – alle fire gav deres opbakning, og jeg skyndte mig at skrive tilbage, at den udfordring var jeg klar til. Jeg havde betænknin-ger: Var jeg klar til at undvære fami-lien i seks uger? Var jeg fagligt klædt på? Og turde jeg?

Det første blødte vi op ved at be- stille billetter til min mand, så vi er sammen den sidste uge af opholdet. Det andet vidste jeg, at jeg er. Og skul- le det vise sig, at jeg ikke er, så bliver jeg det undervejs. Man kan mere, end man tror, når bare man skal. Så meget har jeg lært i mit lægeliv.

Dag1

Mødte kl 7:50 på afdelingen. Hilser på min kollega, som smider vagttelefo- nen over til mig og siger: ”Nu er du den. Jeg rejser i morgen.” Mindelser om min turnustid kommer i erindring. De næste 11 dage er jeg alene læge på øen. Det bliver ’learning by doing’ og selvoplevede erfaringer. Ingen intro til IT eller arbejdsgange. Dejligt Ma- rianne havde skrevet lidt om det in- den. Begynder med at få overflyttet tvangstilbageholdt fikseret patient til Nuuk. Går stuegang, bl.a. ung kvin-

de med terminalt forløb af cervixcan- cer, patient med svær psoriasis, der venter på overflytning til Bispebjerg. Går til bygdesygeplejersken, hjælper med at håndtere problemer derude. Nogle får vi sejlet/fløjet til Uumman- naq – andre sætter vi i behandling via Pipaluk. Her kan bygdesundhedsmed- arbejderen sætte stetoskop på patien- ten, og jeg står så langt væk med hø- retelefoner på og lytter med. De kan lave EKG, IFU, Hgb, U-stix og TOBS. Vi kan Skype, og de tager billeder, vi kan se. Bygdesygeplejersken er me- get kompetent og kender alle i byg- derne og supplerer mig.

Dag 4

Grønlanderne har fået skat tilbage og løn. Det vælter ind med persona- lesygemeldinger og fulde folk. Det går op for mig, at jeg nu kan politibetjen- tenes navne bedre end de ansattes på afdelingen. Jeg har allerede mødt be- tjentene ved tilsyn af fulde i arresten, politiattester, spritblodprøver, tvær- fagligt samarbejde med børnehjem- met og socialforvaltningen vedr. børn og unge. De to danske sygeplejersker og jeg laver en slagplan for weeken- den. På grund af de mange sygemel- dinger fra personalet afviser vi socia- le indlæggelser. Det grønlandske per- sonale har det med at give en seng til

dem, der ringer ind. Uden om lægen og sygeplejersken. Vi kan ikke tage CRP. Nogen har ødelagt apparatet.

Jeg får reponeret en lukseret skul- der. Forsøger først med xylocain in- traartikulært, og da det ikke er nok, giver vi morfin i.m. og Tbl. stesolid. Lige efter kommer endnu en: patien- ten er kendt med habituel skulderluk- sation, er fuld – og hver gang den er reponeret, skubber patienten den ud igen med et lille vip, inden vi får mi- tellaen på. Næste dag afleveres tre brugte mitellaer – og skulderen er igen af led.

Jeg har hjertesvigtsskultation med en ung patient, som længe er be- handlet for astma, indtil han indlæg- ges med inkomensation og – viser det sig – EF på 10 pct. Jeg ser flere unge med hjertesvigt. Mange med svære udbrud af eksem, psoriasis og fnat. Mange med klamydia, gonore og sy- filis. Diabetes 2 og bevægeapparatskla- ger. Fysioterapeuten er 200 km væk.

Dag 6

Sætter en kvinde i gang med medi- cinsk abort. Jeg er glad for, at min kom- pagnon har taget initiativ til, at vi købte en UL-scanner i januar, men vil- le ønske, jeg havde været på kursus i det, inden jeg kom herop.

Der meldes en patient med trismus



Pipaluk. Ude fra bygderne sendes f.eks. optagelse af lungestetoskopi, EKG, LFU, blodprøver mv. Vi kommunikerer via Skype eller billeder.



Solnedgang i Ilulissat.





Det har sneet lidt, så fjeldet er glat.



Afskedsgaver fra børnehjemmets leder.



Det er smukt og rørende, når børnene fra børnehjemmet i Uummannaq spiller sammen.

fra bygden. Familie sejler patienten hertil, da der ikke flyver helikopter den dag. Det er der heldigvis ikke, men patienten får lidt i.v. væske og antibiotika pga. svær tonsillitis.

En mand tilses i arresten. Han findes på gulvet og har forsøgt at strangulere sig, og jeg tager ham med under rød tvang. Bliver fikseret, og jeg får ham til at sove på olanzepin i.m. Fem timer efter er han vågen og rolig, tvangen ophæves. Psykiateren siger, jeg skal lade ham gå. De vil via Skype vurdere ham i løbet af ugen. Jeg tænker noget på, om det går, mens jeg travler op ad fjeldet til min lejlighed. Heldigvis indlægges han på A1 i Nuuk fem dage efter. Han er svært deprimeret, har haft en særdeles svær opvækst.

Dag 9

En patient kommer med lukseret stor-tå. Jeg reponerer den i tåblok. Er helt stolt af mig selv.

Mange dage med velkendte almenmedicinske konsultationer, men med tolk. Grønlænderne svarer ofte i øst, når man spørger i vest, gennem tolk. Det er en udfordring.

En gravid uge 32+5 med veer. Jeg har ingen jordemoder, intet CTG-apparat. Bare mine hænder. Vi giver Ce-

leston og gør klar til Adalat, men finder UVI, som nok er årsag til hele miseren. Næste dag er der stadig ro i maven, så vi giver ikke anden gang Celeston, da hun tidligere har haft graviditetsdiabetes. Fem dage efter er faste-blodsukkeret normalt.

Dag 11

En fisker med bicepsseneruptur. En anden med en kæmpekrog i fingeren. Ud med den og Vibradox mod spækfinger. En gravid uge 13 meldt med kraftig blødning. Jeg finder ved UL fint, levende foster og falsk alarm, men sygeplejersken og jeg nåede lige at lave plan for evt. evacuatio, når vi ingen anæstesi har. En del patienter med klage over svimmelhed. Mange finder jeg angste og traumatiserede, opvokset med vold, alkohol og incest og følger efter Tsunamien i 2017, hvor to bygder blev evakueret. De er ved at erkende sammenhængen mellem fortidens traumer og nutidens symptomer.

Det er svært, at jeg ikke kan få beskrevet røntgenbilleder akut, der findes ingen røntgenlæge i Grønland. Jeg hader Rtg thorax. "Inkompensation er en klinisk diagnose", sagde min gamle tutor, og jeg tager en dyb vejrtrækning.

Dag 14

Jeg har fuldt ambulatorium. Sygemeldinger, attester og almenmedicinske problemstillinger. Stuegang og vagt. En kvinde fra bygden med Colles fraktur, heldigvis skal den ikke reponeres. Kolleger i Nuuk og Illulisat giver opbakning og råd, når jeg går i stå. Der er kommet en kollega, han har været her før. Jeg tager på tre timers vandretur til Julemandens Hus og hygger med de to danske sygeplejersker. Vi får rensdyrgryde til aftensmad. Søndag vil vi i kirke, der skulle blive sunget så flot, firstemmigt. Herefter til kafemik – laborantens datter bliver 12, og jeg nåede lige at købe en gave fra sygeplejerskerne og mig. //

CODE RÅD:

1. Medbring rigelig mængde fed creme, balsam til hår, sesamolie-næsespray pga. den meget tørre luft.
2. Tag god filterkaffe med hjemmefra.
3. Husk T-shirts og sko til arbejde.
4. Køb wi-fi i telepost til din lejlighed.



Fra græsrodstanker til vidensbanker: Vi skal udvikle os sammen

Psst: Glæd dig til Vidensbanken, som går i luften primo 2021!

Nogle husker måske overskriften "Fra græsrodstanker til vidensbanker"? Det lille ordspil blev brugt til at udtrykke en del af DSAM's vision for kvalitetsarbejdet tilbage i 2018. Det var dengang, man begyndte at tale om klyngestruktur og omtænke hele kvalitetsområdet inden for almen praksis. Sådan en forandring sker ikke "over night", og der er lagt mange gode kræfter i forskellige aspekter af den proces gennem de sidste par år.

Vi har brug for hinanden

Et af disse aspekter går ud på at finde, hvad der gemmer sig derude af græsrodsprojekter og mindre kvalitetsudviklingsprojekter og samle dem i en landsdækkende vidensbank. Ideen er at gøre det lettere at lave kvalitetsarbejde for den enkelte praksis eller klynge, så man ikke behøver opfinde den dybe tallerken hver gang. Man vil nemt kunne hente inspiration fra og få glæde af andres arbejde og let kunne sparre med kolleger om sit eget spirende projekt.

Kvalitetsudvikling skal integreres i hverdagen

I græsrodssporet under DSAM's Kvalitetsudvalg er vi i fuld gang med at udvikle "Vidensbanken". For os er det alfa og omega, at den bliver brugervenlig og lækker i sit udtryk. Det skal være oplagt og smidigt for den praktiserende læge at søge viden her. Det kræver selvfølgelig også, at vi får



indsamlet et bredt udvalg af kvalitetsprojekter og løbende får udvidet og vedligeholdt Vidensbanken.

Håbet er, at det på sigt bliver helt naturligt, at man uploader sit projekt til Vidensbanken, enten undervejs i arbejdet eller når man afslutter det.

Vi har brug for dine projekter!

Aktuelt er vi i gang med at indsamle gamle som nyere projekter, der skal ligge klar i Vidensbanken, når vi lancerer den. Så vi har brug for din hjælp. Vi er interesserede i store som små projekter, der på den ene eller anden måde kan bidrage med kvalitetsudvikling i almen praksis. Hvem ved, måske har I fundet en genial arbejdsgang for håndtering af prøvesvar hos jer? Eller har I lavet et projekt om tilgængelighed i jeres klynge? Del det med Vidensbanken - så får dine kolleger i hele landet glæde af det. Du kan sende det til os på vidensbank@dsam.dk. //



Af: Sara B. Rasmussen, KBU-læge i Lægehuset Møllegade, Sønderborg, og Pia Therkildsen, praktiserende læge i Sønderborg, praksiskonsulent på Sygehus Sønderjylland og i Sønderborg Kommune, kvalitetsudviklingskonsulent, SydKIP, Region Syddanmark - sabr9@hotmail.com

Læring i en coronatid...

Gode initiativer ift. læring af uddannelseslæger i almen praksis under corona.

En ellers helt almindelig dag i marts blev pludselig starten på en meget anderledes hverdag for alle danskere, inkl. de af os, der arbejder i det danske sundhedsvæsen. Corona var på alles læber, og vi gik en uvis tid i møde.

Udover de helbredsmæssige bekymringer vakte den nye situation bekymringer for min og andre uddannelseslægers videreuddannelse. Kurser blev aflyst, og uddannelseslæger blev trukket ud af almen praksis og tilbage til akutmodtagelser. Miljøet for god læring blev udfordret. Ville der fortsat være mulighed for at sikre læring til uddannelseslæger på de travle sygehuse og i de tomme lægehuse?

Det færre antal patienter og konsultationer medførte mange ledige tider i mit og andres programmer. Ledige tider, der skulle udfyldes med andet relevant arbejde.

I det lægehus, hvor jeg arbejder som KBU-læge, er der fine instrukser til klinikkens sygeplejersker, men ingen til uddannelseslæger. Instrukser, som jeg personligt synes er meget relevante i introduktionsforløbet på trods af et godt introduktionsprogram og god supervision. Som KBU-læge er

der meget læring fra universitetet, der skal omsættes til praktisk lægegering. Instrukser, fraser mm. kan hjælpe os unge læger med denne proces.

Den ledige tid gav mulighed for ekstra fordybelse i udarbejdelse af instrukser til børne- og graviditetsundersøgelser ud fra klinikkens fraser i XMO. Fraserne er gode til at holde et overblik i konsultationen, men som nyansat i klinikken har man ofte brug for flere stikord og beskrivelser i opstartsfasen, hvor det hele er nyt. Selvom der er fin introduktion, kan det være rart at have nogle skriftlige vejledninger. Børne- og graviditetsundersøgelser fylder meget i almen praksis, men jeg havde, som de fleste andre KBU-læger, kun sparsom praktisk erfaring med disse inden mit KBU-forløb i almen praksis.

Kort tid efter vi havde påbegyndt arbejdet med instrukser, udsendte DSAM vejledningen "Idekatalog til tutorer og uddannelseslæger i tider med ændret patientflow" med forslag til relevante arbejdsopgaver. Dette idekatalog indeholder ligeledes en anbefaling om, at den ledige tid kan bruges på udarbejdelse af undervisningsmateriale og instrukser. Arbejdet med disse instrukser kommer ikke kun os nuværende uddannelseslæger til gode, men kan ligeledes lette introduktionsfasen for kommende uddannelseslæger i klinikken. De har hjulpet mig med at skabe overblik i mine konsultatio-

ner, indtil jeg samlede mere praktisk erfaring.

Perioden med få patienter i almen praksis varede heldigvis kort i denne omgang. Praktisk læring forløber trods alt bedst i arbejdet med patienter. Til gengæld foreligger der nu mange gode initiativer til relevante arbejdsopgaver, bl.a. i idekataloget fra DSAM i tilfælde af lignende situationer i fremtiden.

Som opfølgning på aktuelle behov og tiltag arbejdes der aktuelt på oprettelse af en åben og frit tilgængelig "instruks-boks". //

FAKTA

- Møllegade Lægehus er i sin nuværende struktur 10 år gammelt.
- Huset er en samarbejdspraksis, der fast modtager en til to yngre læger under uddannelse, foruden at der er løbende besøg af lægestuderende, sygeplejersker og andet sundhedspersonale, der ønsker videreuddannelse eller har speciel interesse i almen praksis.
- Praksis deltager i udviklingsprojekter og bidrager til dataindsamling ved relevante forskningstiltag.
- Klinikken drives af fire faste læger sammen med et behandlerteam bestående af tre sygeplejersker og tre sekretærer.

Uddrag af instruks for børneundersøgelse.

Hele instruksen finder du på: www.dsam.dk/files/299/instruks_boern.pdf

Målinger

- Hovedomkreds
- Højde: Indtil 1-årsalderen foretages målingen med barnet i rygleje med udstrakte ben. Fra 2-årsalderen foretages målingen stående uden sko. Måling registreres i hele cm.
- Vægt: Spædbørn må højst have undertrøje på. Efter 1-årsalderen vejes barnet uden fodtøj og overtøj. Måling angives i kg med en decimal.

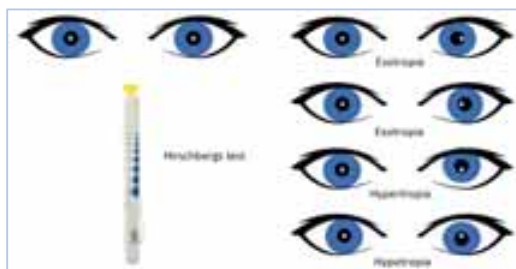


Hudforandringer

Mongolian spots	Jordbærmærke	Storkebid	Portvinsnævus
Indtil 2 års alder	Indtil 3-9 mdr.	Indtil 18 mdr.	Forsvinder ikke

Øjenundersøgelser:

- Tildækningsprøve: Tildækning af det raske øje, obs. manifest skelen.
- Afdækningsprøve: Tildækning af det skelende øje og hurtigt afdækning, obs. intermitterende og latent skelen.



Alder	Syn
0-6 uger	Kigger kortvarigt på forældrenes ansigt og efterhånden blikkontakt
6 mdr.	Synsmæssigt opmærksom både på kortere og længere afstand
3 år	6/12 eller bedre
4 år	6/12 eller bedre
5 år	6/12 eller bedre
7 år	6/6

Uddrag af instruks for graviditetsundersøgelse.

Hele instruksen finder du på: www.dsam.dk/files/299/instruks_graviditet.pdf

Prænatal diagnostik:

1. scanning (uge 11-13)	2. scanning (uge 18-21)
Undersøgelse af: • Om der er liv • Antal fostre • Fastsættelse af terminsdato Hvis kvinden ønsker det bliver nakkefoldens størrelse målt – sammen med doubletest (PAPP-A + fri beta-hCG) og alder beregnes risikoen for kromosomafvigelse.	Undersøgelse af: • Fostrets organer • Placentas placering i livmoderen • Fostervækst Undersøgelsen kan vise tegn til kromosomafvigelse og misdannelser.



Er du dig selv på arbejdet?

Hånden på hjertet og helt ærligt kan jeg sige, at jeg desværre ikke er mig selv i konsultationen og over for mine patienter. Over for mine nærmeste kolleger, som jeg er trygge ved og kender godt, er det noget andet. Men over for mine patienter, som jeg møder på tomandshånd og som uddannelseslæge, der hyppigt skifter afdeling, lægger jeg bånd på mig selv.

Er det ikke bare udtryk for en professionalisme, og at jeg holder privat-Jesper og læge-Jesper adskilt? Eller er det for afladet, når man skal være praktiserende læge, at jeg ikke viser, hvem jeg selv er som person?

Måske skal vi hver især mærke efter indeni og spørge os selv, om vi præsenterer et falsk udtryk for, hvem vi er, og hvad det gør ved vores læge-patient-relation og -kommunikation?

Personligt kan jeg mærke, at jeg først kan koncentrere mig helt om mit arbejde, når jeg ikke skal anstrenge mig for at være en anden end den, jeg er. Når jeg skal være neutral eller

måske lidt ekstra maskulin på arbejdet.

Det er selvfølgelig ikke hensigtsmæssigt, at jeg ikke bruger al min koncentration på arbejdet, men at 10 pct. går til at opretholde en facade. Men det er sådan, jeg har følt, jeg har måttet disponere for at beskytte mig selv og af bekymring for ikke at overføre nogle værdier til mine patienter, som de ikke har bedt om.

En måde, hvorpå jeg kan lægge bånd på mig selv, er ved min påklædning og mit kropssprog. Jeg forestiller mig, at der er åbenlyst forkerte måder at klæde sig på, hvis man ønsker at opretholde en professionalisme og en vis autoritet. Men tanker som "Er mine regnbuefarvede sko upassende?" "Er mit kropssprog for feminint?" er måske lige så forkerte, som de lyder, når de står på skrift, sort på hvidt.

Skal jeg præsentere en anden?

Jeg føler behovet for at præsentere en anden end mig selv over for mine patienter for at beskytte mig selv, men mod hvad egentlig? Muligvis for at und-

gå en modreaktion, hadske udtalelser eller at mine patienter vil fravælge mig som læge på grund af den, jeg er.

Hver gang jeg har skiftet afdeling/lægehus – og det sker en del som uddannelseslæge i almen medicin – har jeg skulle finde modet og styrken frem for første gang at fortælle om min mand og om vores liv. For mange er det en naturlig ting at fortælle om sit privatliv, men for mig er det lige svært hver gang at skulle finde styrken til at korrigere folks innate opfattelse af den almindelige kønsidentitet og parforholdsdannelse. For det meste er folks modtagelse og reaktion positiv eller behageligt neutral, men de gange, hvor reaktionen bliver en modreaktion med afkortethed eller interjektioner som f.eks. nå, åh eller okay, sætter sine spor.

Hvordan går det med ligestillingen?

Projektet "Det Empatiske Arbejdsmarked" under LGBT Danmark søger at skabe forandringer, der fører til mindre diskrimination, mere inklusion og øget produktivitet gennem undervisningsprogrammer og kurser for arbejdspladser, tillids- og arbejdsmiljørepræsentanter, kampagnefremstød, etablering af LGBT-netværksgrupper, et certificeringsprogram for offentlige og private arbejdspladser og et ligestillingsindeks Work Equality Index, der gennem spørgeskemaer må-

Det ideelle møde skulle være åbent, respektfuldt og fordomsfrit. Man skulle kunne føle sig tryk og turde italesætte alle slags emner, og man skal vide, at de emner måtte blive mødt med respekt og soberhed.



Foto: Colourbox

ler på effekten af inklusionsarbejde og ændring af mangfoldighedspolitikker på arbejdspladsen.

Hvor mange lægepraksis, hospitalsafdelinger eller andre dele af sundhedsvæsenet har formuleret politikker om mangfoldighed, antidiskrimination og inklusion? Hvor mange af vores lokale arbejdsmiljø- og tillidsrepræsentanter har indsigt i LGBT-inklusion? Og hvordan ville det mon se ud, hvis det offentlige blev målt og vejet på et Work Equality Index?

Det er ikke tilstrækkeligt at tænke ligestilling mellem mand og kvinde, når 38 pct. af LGBT-personer inden for det seneste år nogle gange, ofte eller altid har undladt at formulere sig, så deres LGBT-identitet "afsløres", og 27 pct. af homoseksuelle, biseksuelle og transpersoner føler, at de kun i nogen grad, i ringe grad eller slet ikke kan være åbne om deres seksuelle orientering på deres arbejdsplads, samtidig med at 8 pct. har oplevet diskrimination på deres arbejde pga. deres seksuelle orientering.

Det åbne rum gør talen fri

Jeg tror, at det er vigtigt, at vi synliggør den åbenhed og rummelighed, der gør, at vi kan skabe det trygge rum, hvor vi kan tale med både kolleger og vores patienter om seksualitet og kønsidentitet.

Jeg tror, vi er for blinde over for hinandens sårbarhed, og samtalen om seksualitet og kønsidentitet er stadig tabuiseret. I almen praksis vil vi gerne se det hele menneske, men hvordan skal vi kunne det, når det kniber med LGBT-terminologien og -viden, der så ikke kan danne en bund i samtalen?

Fra en rapport om kvalitative interviewundersøgelser af LGBT-personer fremgår det, at praksispersonalets manglende viden om LGBT-relaterede emner, en indbygget heteronormativitet – det vil sige indbygget forventning om, at mennesket er ciskønnet og heteroseksuelt – og tabuet ift. at spørge ind til seksualitet og kønsidentitet er kilder til frustration og misforståelser.

Rapporten giver også sit bud på, hvordan det ideelle møde mellem almen praksis og LGBT-personer er. Det er en måde at møde hinanden på, som lige så vel kan være opskriften på mødet mellem kolleger på arbejdspladsen. Det ideelle møde skulle være åbent, respektfuldt og fordomsfrit. Man skulle kunne føle sig tryk og turde italesætte alle slags emner, og man skal vide, at de emner måtte blive mødt med respekt og soberhed. Det gælder også i sprogbrugen og i dialogen.

Sammen med en refleksion over egen præsentation og udtryk, positive reaktioner i vores samtale med hinanden, politikker om mangfoldighed, antidiskrimination og inklusion, viden om LGBT-relaterede emner, et opgør med heteronormativiteten og en aftabuisering af sex, seksualitet og kønsidentitet kan vi skabe de ideelle møder og de åbne, mangfoldige, respektfulde rum, hvor vi mødes som kolleger og patienter og behandlere.

Kontakt forfatter for oplysning om referencer. //



FYAM-valg 2020

Årets FYAM-valg foregik vanen tro elektronisk.
I år har der været stor interesse – endda med kampvalg til mange poster.
Vi ønsker tillykke til alle de valgte og præsenterer dem her.
En stor tak skal samtidig lyde til alle, der stillede op.
Det vidner om stor opbakning både nationalt og regionalt.
Hold øje med FYAM's aktiviteter på www.fyam.dk.



EA GARDE BLAKSTEEN

Suppleant i FYAM-udvalget
fra Region Sjælland



EMILIE DE LEON

Suppleant i FYAM-udvalget
fra Region Syddanmark



MARIA DAHL OVERGAARD

Medlem af FYAM-udvalget
fra Region Midtjylland



ANNE DIGE SØGAARD

Suppleant i FYAM-udvalget
fra Region Midtjylland



THEIS VOSS

Medlem af
Videreuddannelsesudvalget



CAMILLA BENGTSEN

Suppleant i
Videreuddannelsesudvalget



QURAT UL AIN

Suppleant i
Videreuddannelsesudvalget



TINA MA

Medlem af Kvalitetsudvalget



ANNE SOFIE LUNDBERG

Suppleant i Kvalitetsudvalget



SIGNE SJØHOLM UHLENFELDT

Medlem af FYAM-udvalget
fra Region Hovedstaden



SARA KAAE FRANDSEN

Suppleant i FYAM-udvalget
fra Region Hovedstaden



GYÐA LIV FLINKER

Suppleant i Internationalt Udvalg



Landet lukkede ned, men åbnede nye døre for studerende

For medicinstuderende i Aarhus har coronakrisen ikke kun budt på nedlukning. I kølvandet på pandemien fulgte nye muligheder for beskæftigelse i almen praksis, på hospitaler og i nationale testcentre.

I ngen, heller ikke de medicinstuderende, gik fri af konsekvenserne af COVID-19, da universiteterne lukkede i marts 2020. Til stor frustration for en del studerende bød de efterfølgende måneder på fjernundervisning, reducerede klinikophold og fysisk afstand til studie-kammeraterne. Omvendt ønskede mange studerende at træde til og være til nytte i forbindelse med det nye behov for arbejdskraft og hjælp, der voksede ud af krisen.

SAMS Aarhus kontaktede nogle af

de lokale studerende for at høre mere om, hvordan de i forbindelse med COVID-19 fik nye eller ændrede arbejdsopgaver.

En tryk oplæring

Elisabeth på 8. semester var relativt ny i job i almen praksis inden coronakrisen.

Elisabeth: "Jeg løste praktiske opgaver, arkiverede, passede skranken og håndterede patienter, der henvendte sig. I begyndelsen af nedlukningen mistede jeg desværre en del vagter som følge af det færre antal patienter, der kom i klinikken."

Da en af lægesekretærene var gravid og af forsigtighedsprincip skulle tidligere på barsel end først planlagt, åbnede det muligheden for, at Elisabeth kunne vikariere i denne stilling.

Elisabeth: "Jeg blev oplært i telefonvisitation med dobbelt headset, hvor sekretæren lyttede med og bød ind med vejledning, når jeg kom i tvivl".

Igennem sparring lærte Elisabeth at lægge en plan for de forskellige situationer, man kan komme ud for. "Hele processen gav en tryk oplæring, så jeg nu kan visitere selvstændigt

det meste af tiden, men indimellem måtte jeg spørge lægerne til råds, når jeg kom i tvivl. Telefonvisitation er svært, så det har været rigtig fedt at få mulighed for at prøve kræfter med det!"

Hurtig omstilling til ny situation

Som praksisassistent oplevede Kasper på 6. semester, hvor hurtigt arbejdsopgaverne ændrede sig pga. COVID-19.

Kasper: "I begyndelsen var der meget skiftende retningslinjer for telefonisk vejledning og visitation af borgere, der ringede ind. Det betød, at man hver dag skulle omstille sig til en ny situation."

Netop telefonvisitation blev en central arbejdsopgave for Kasper.

Kasper: "På grund af COVID-19 blev man rutineret i at vurdere sværhedsgraden af folks symptomer over telefonen. Det var indimellem svært at skelne mellem de akutte og mindre akutte tilfælde, men også spændende at få muligheden for at anvende sin teoretiske viden fra studiet til at løse opgaverne. Jeg lærte desuden meget af samarbejdet med sekretærene og lægerne i klinikken. De havde meget

Det var indimellem svært at skelne mellem de akutte og mindre akutte tilfælde, men også spændende at få muligheden for at anvende sin teoretiske viden fra studiet til at løse opgaverne.

Kasper, 6. semester



Søren i "fuldt pude-dress".

mere erfaring end mig, men jeg havde lige haft om coronavirus på 5. semester, hvilket var en fordel."

Skarp på respiratorer

Christina på 8. semester arbejdede som ventilatør på intensivafdelingen i Horsens, hvor arbejdet bestod i selvstændigt at håndtere COVID-19-positive patienter, der lå i respirator.

Christina: "I forbindelse med arbejdet var jeg iført fuld isolationsbeklædning, der tog op mod 10 minutter at komme ind og ud af. Det var meget vigtigt at være skarp omkring hygiejneprincipperne for at beskytte de andre patienter uden for isolationsafsnittet, det øvrige personale og sig selv."

På egen hånd varetog Christina overvågning af alarmer og værdier på respiratormodi.

Christina: "Viste respiratoren f.eks. for højt respiratorisk tryk, kunne det skyldes sekret i halsen, der skulle su-

ges, eller væske i slangerne på apparatet. I sådan en situation var det med at finde problemet og løse det hurtigt. Det var spændende at analysere den slags problemstillinger og finde løsninger på det selv. Hjælpen var tæt på ved behov."

Christina varetog også sugeprocedurer i næse og trakeostomi, hvilket ofte indebar af- og tilkobling af respiratoren.

Christina: "De første gange var det skræmmende at skulle afkoble nogen fra en respirator. Samtidig skulle man være meget opmærksom på at minimere spredningen af virusset i den situation."

Ansvar for coronapatienter

Med oprettelse af coronaafdelingen på Regionshospitalet Herning opstod et akut behov for sygeplejefagligt personale. Søren på 8. semester var blandt de medicinstuderende, der blev ansat til at varetage den ekstra arbejdsbelastning.

Søren: "Vi tog imod patienter og foretog måling af blodsukker, anlægelse af venflon og A-gas samt indgift af medicin. Løbende lærte vi flere færdigheder og endte med at kunne varetage triagering, visitation af nye patienter og bestilling af blodprøver sam-



Pode-situation i Testcenter Viborg.

I sådan en situation var det med at finde problemet og løse det hurtigt. Det var spændende at analysere den slags problemstillinger og finde løsninger på det selv.

Christina, 8. semester

men med sygeplejersken. Der var sat tid af til, at vi kunne spørge og få vejledning under oplæring."

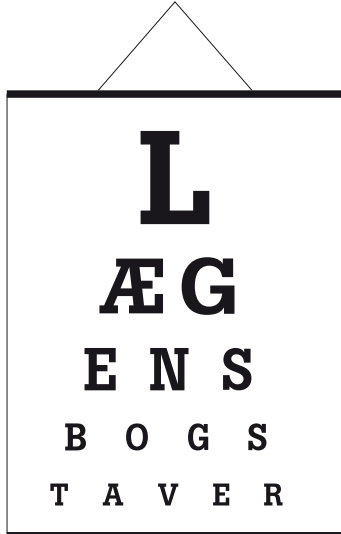
For Søren gav arbejdet mere end de praktiske færdigheder.

Søren: "Der var et godt arbejdsmiljø på afdelingen, hvor jeg var glad for det kollegiale fællesskab - både med mine medstuderende og fagpersonalet. Desuden var det dejligt at få lov til at tage ansvar og have meget patientkontakt."

Bedre administrative færdigheder

I foråret, under mit 8. semester på medicin, fik jeg selv job på et nyopstartet COVID-19-testcenter i Viborg. Selvfølgelig var arbejdet ikke så fagligt krævende, men som holdleder for 26 studerende, der skulle dække 49 vagter og 7 bagvagter om ugen, fik jeg trænet nogle administrative færdigheder. Desuden gav det mening at være en del af et arbejdsfællesskab, der bidrog og stadig bidrager med sundhedsdata, som kan anvendes til at monitorere sygdommens udvikling i Danmark.

Som så mange andre studerende, har jeg været glad for muligheden for at kunne bidrage, arbejde og lære under denne krise. At arbejde med blandt andet lægesekretærer, sygeplejersker og læger under uddannelsen, er generelt til stor gavn og meget motiverende for medicinstuderende. //



Er det tid for en professionsetik for praktiserende læger?

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



Hvis vi ikke klart kan redegøre for vores fags grundlag og værdier, vores organisering, forholdene mellem vores profession og samfundet, patienterne og vores interne forhold, er vi ilde stedt, når vores rolle udfordres.

Når hverdagen buldrer af sted, er vi i drift. Vi passer vores daglige dont og løser de opgaver, dagene byder på. Vores arbejdsliv er for en stor del rutiner, som vi håndterer uden de store spørgsmål.

Men ind i mellem støder vi på spørgsmål, som vi ikke umiddelbart kan løse. Det være sig både i vores konkrete hverdag i arbejdet med en patient, i forhold til vores profession og i forhold til vores rolle som praktiserende læger i samfundet som helhed. Når usikkerheden melder sig, er det vigtigt at have et fundament at stå på:

Hvordan er mine grundantagelser, og hvordan kan de hjælpe mig i denne situation? Hvad er den gode faglighed, og hvordan holdes den i hævd over for borger/patient, samfund og vores profession?

Vores etik som praktiserende læger, herunder vores menneskesyn og sygdomsbegreber, er kun delvist afklaret og beskrevet. Den er en del af vores tavse viden, som vi tager for givet – samtidig vel vidende at den er menneskeskabt og også ændrer sig over tid og

rum. Vi har en god fornemmelse af et fælles grundlag fra vores lægeuddannelse og arbejdsfelt, men er det nok med en fornemmelse?

Og hvordan spiller dette sammen med vores rolle som erhvervsdrivende, hvor de merkantile mål er at udvide sin butik og vækste sin virksomhed og profit. Dilemmaerne står i kø.

Et aktuelt eksempel er diskussionen om vores struktur. Nye ejerskabsformer af almen praksis kommer frem.

Under dække af lægemangel er der åbnet for, at entreprenante kolleger kan bryde med det klassiske forhold mellem læge og patient. På den måde kan man fra en overfladisk betragtning løse et problem med manglende lægedækning, men man risikerer at sælge ud af arvesølvet: forholdet mellem læge og patient.

Der er en kortvarig gevinst ved, at der nok dækkes huller i landkortet, hvor der er tomme lægehuse, men omkostningen kan vise sig at blive ganske stor. Måden, hvorpå vi er organiseret, kommer til at afspejle det lægearbejde, vi laver. Det har konse-

kvenser for både vores rolle over for den enkelte patient, og i forholdet til hinanden. Fordelen ved, at vi hver især er lokalt forankrede som en eller få læger sammen med vores overskuelige population, er indlysende. Vi har mulighed for at holde en personlig relation med patienten i hævd og undgå dannelse af en slags upersonligt ambulatorium. Hvis vi ikke er organiseret på samme måde, vil vi efterhånden opbygge forskellige mål med vores virke, og det er fra et professions-synspunkt ikke at ønske. Og det har konsekvenser for hele den rolle, vi skal spille i samfundet: en læge er ikke bare en læge, for vores arbejde som læge afspejles af vores menneskesyn, vores sygdomsopfattelse og udtrykkes i den måde, vi møder det enkelte menneske på.

Når der bruges en økonomisk eller politisk-administrativ tænkning til at organisere vores arbejde som læger, får det også konsekvenser for arbejdets indhold og form.

Vi træffer etiske valg alle sammen

Professionsetikken må bringes i spil. Med den må vi analysere og afklare, hvordan vi vil stille os, når vi præsenteres for udfordringer, der i sidste ende er ganske gennemgribende.

Det er klinikker, der med lidt forskellige udformninger har det til fælles, at det ikke længere er en læge, der har ansvar for en population, men optræder i baggrunden som en slags værkfører eller tilsynsførende, og hvor det er mere kortuddannet sundhedspersonale, der har den primære kontakt med patienten. Ejerskabet kan være en kreds af læger, måske tilmed kapital i ryggen fra helt kommercielle firmaer.

Fra nogle sider kaldes billedet af den klassiske læge-patient-relation for "Doktor Hansen" og refererer til

Ove Sprogøes rolle som den livskloge, lidt melankolske og onnipotente læge i Matador, og det hævdes, at dette lidt naive og romantiske forhold nu er uddøende. Fremtiden er stordrift, digitale flowcharts, flere tekniske hjælpemidler og ikke-lægeligt personale i front. Ovenikøbet fik en klinik en pris fra et kommercielt medie for at lave en klinik med flere af disse elementer.

Sundhed bliver på den måde transformeret fra at være et alment gode, hvor en professionel læge møder en borger og dennes problemstilling, til at blive en vare – med den logik, der deraf følger: patienten bliver tingsliggjort og dermed fremmedgjort, og målet for lægen bliver primært en smurt forretning såvel organisatorisk som økonomisk. Det er begreber fra den merkantile verden om vækst og omsætning, der bliver normsættende og ikke fra den almene medicinske verden, hvor mennesket er i centrum. Det kommer til at handle om diagnosen, som man hurtigt skal finde, og dette kan lige såvel foregå hos konsultationspersonale eller mere eller mindre løst ansatte læger, som det kan foregå hos den faste læge.

Man må gøre sig klart, at der med disse ændringer også er truffet nogle etiske valg.

Maskinstorm eller en dyd, vi ikke vil give køb på?

Formelt set kan det være ordentlige mennesker, der forsøger at gøre ting godt og korrekt.

I et merkantilt normsæt kan man sagtens have bygget en fin klinik op i gode fysiske rammer og med personale, der er ansat under ordnede forhold og god adgang for patienterne. Således kan det juridisk, økonomisk og på kort sigt også strukturelt være en løsning, der er ordentlig set fra disse perspektiver.

Men man bliver nødt til at gøre sig klart, at selvom nogle løsninger er legale og moralsk i orden fra nogle sider, så kan de være tvivlsomme set ud fra en almenmedicinsk faglig vinkel.

Og med de ændringer udfordres også hele professionen, så vi må spørge os selv – vi der åbenbart er bagstræberiske romantikere – om den faglighed, vi ønsker at holde i hævd, f.eks. DSAM's første pejlemærke om, at vi vil holde læge-patient-forholdet i hævd, er udtryk for maskinstormen, eller om der er tale om en dyd, vi ikke vil give køb på.

På organisationsniveau er diskussionen også vigtig. Hvilken rolle spiller vores organisationer, PLO og DSAM, over for samarbejds- og modparter i det øvrige sundhedsvæsen, offentlige myndigheder og institutioner, pressen osv.? Og hvilket signal sender de?

Væk fra den gyngende grund

Hvis vores grundlag og etik ikke er afstemt mellem os selv, er det en svær opgave at repræsentere os som gruppe og sige til og fra. Hvis vi ikke har afklaret, hvordan vi ser vores rolle i samfundet over for den enkelte patient og hinanden internt i professionen, står vi på gyngende grund, når vi udfordres, som vi f.eks. blev det under lægekonflikten i 2013.

Hvis vi på det personlige niveau mister vores pejling på, hvor vi skal hen og hvorfor, er risikoen for at brænde ud overvældende – en problematik, der er tydelig ifølge de trivselsundersøgelser, PLO har fået lavet de sidste år.

Man kan ikke både blæse og have mel i munden, hedder det gamle ord-sprog. Det er et grundvilkår – også i etiske spørgsmål. //



KOMMENTAR TIL ARTIKLEN:

Kvalitetsdata i almen praksis på godt og ondt gennem 25 år

Søren Friberg og Henrik Schroll kritiserer, at de ikke har fået Annette Houmands artikel om kvalitet i almen praksis til gennemsyn. Annette Houmand har skrevet artiklen på opfordring af Practicus.

I artiklen anerkendes de for initiativ og pionerånd.

Den efterfølgende kritiske gennemgang af forløbet har mange involverede.

Annette Houmand beskriver den del uden at nævne navne, og det er grunden til, at de ikke har fået artiklen til gennemsyn.

Friberg og Schroll har ønsket at kommentere artiklen, det har de fået mulighed for i dette nummer, og Annette Houmand har fået mulighed for gensvar på side 48.

Ellen Louise Kristensen
Chefredaktør

Tak for en gennemgang af kvalitetsudviklingen gennem de sidste 25 år i Practicus nr. 251. Det er altid godt at gøre status ved et jubilæum som de 50/25 år. I artiklen nævnes navne som Schroll, Bentzen, Friberg og Brix. Når man i artikler nævner navngivne personer og forholder sig kritisk til deres indsats, er det utilgiveligt, at de pågældende personer ikke får lejlighed til et gensvar. Og det er særdeles uheldigt, da artiklen har mange fejl og misforståelser. Det vil føre for vidt at gennemgå hele DAMD-sagen igen. Vi vil derfor kun give et par eksempler, der retter nogle af misforståelserne.

Først finder vi det uforståeligt, at Annette Houmand ikke nævner den meget grundige artikel i Juristen fra 2018 "Sundhedsdata og kvalitetsudvikling – et retligt kludetæppe" af professor, dr.jur. Mette Hartlev, KU, og cand.scient.san.publ., ph.d. Sarah Wadmann, VIVE.

I artiklen, der er skrevet af landets førende eksperter i sundhedsjura, beskrives den juridiske problemstilling mellem persondataloven (under Justitsministeriet) og sundhedsloven (under Sundhedsministeriet), og her bruges blandt andet DAMD til at illu-

strere kompleksiteten, f.eks. dette uddrag:

"DAMD-sagen er velegnet til at illustrere den usikkerhed, der eksisterede om det rette lovgivningsforhold til sundhedsdata – en usikkerhed, der eksisterede helt op på ministerielt niveau. Det er naturligvis ikke hensigtsmæssigt, at lovgivningsstrukturen bliver så kompleks, at de ansvarlige myndigheder selv har svært ved at navigere, og der opstår usikkerhed om retsstillingen og dermed retsusikkerhed for alle involverede."

Et andet uddrag: "Analysen peger også på vigtigheden af at adressere ambivalensen i de politiske målsætninger, som på dette område både har været at sikre kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet baseret på intensiv anvendelse af sundhedsdata, samtidig med at det også har været et klart mål at styrke patienters selvbestemmelsesret i forhold til anvendelsen af sundhedsdata. De analyserede cases viser, at det kan være vanskeligt at tilgodese begge hensyn. De lovændringer, som har skullet legalisere eksisterende kvalitetsudviklingspraksisser, er endt med en delvis legalisering for at bevare en vis beskyttelse af patienters privatliv og indflydelse på anvendelsen af data. Dermed bli-

ver det hverken fugl eller fisk. Lovændringerne giver anledning til frustration i sundhedsvæsenets dagligdag, hvor aktørerne begrænses i at udføre kvalitetsudviklingsaktiviteter, de opfatter som nødvendige.”

”Der var tilsyneladende ingen systematiske overvejelser om, hvorvidt der var hjemmel i lovgivningen – og i givet fald i hvilket reguleringsmæssigt forum (Justits- eller Sundhedsministeriet) – til at anvende data indsamlet i forbindelse med klinisk praksis til forskellige former for kvalitetsudvikling.”

Som beskrevet i artiklen i Juristen var og er lovgivningen på sundhedsdataområdet meget kompleks.

Formål med DAMD og datafangst:

1. at lave tilbagemeldingsrapporter til egen praksis om kvaliteten i egen praksis
2. at sende data videre til de databaser, som almen praksis er forpligtet til at levere data til
3. efter godkendelser at levere anonymiserede data til kvalitetsudvikling og forskning.

For os var sikkerheden om opbevaring og udlevering af data afgørende. Der er aldrig i DAMD-perioden forekommet datalæk. Loven kræver, at det skal være en offentlig instans, der er dataansvarlig. Det blev Region Syddanmark, der trods dataansvar ikke har rettigheder til at se i databasen.

Og så til eksempler på fejl og misforståelser i Practicus artiklen:

DAMD kom til at indeholde alle data

Indtil 2010 kunne lægerne vælge kun at sende data vedrørende diabetes. Med overenskomsten i 2010 skulle der

fra 2011 sendes ALLE data fra almen praksis (undtagen journalnotat) til ”P-journalprojektet” på Sundhed.dk. Da data fandtes i oprenset tilstand i DAMD, blev det aftalt, at data udgik fra DAMD (se note 1).

Overenskomstaftalen umuliggjorde derfor, at lægerne fortsat kun kunne sende data pr. projekt, og det var således PLO, der godkendte, at DAMD kom til at indeholde data fra alle læger undtagen journaltekstdelen.

Overenskomstens Kvalitets- og Forskningsudvalg

I artiklen antydes nepotisme i udvalget. Det er en helt udokumenteret antydning, da både Danske Regioner, PLO og DSAM samt de fem regionale kvalitetsudvalg og de tre universitetsafdelinger for almen medicin var repræsenteret i udvalget (DAK-E var ikke repræsenteret i udvalget, men havde sekretariatsfunktionen). Skulle alle parter være utroværdige?

Sagsbehandlingen var helt på linje med øvrige kvalitetsdatabasers sagsbehandling og med helt tilsvarende principper for habilitetsvurdering.

Antydningen af, at der blev udleveret data uden Datatilsynets godkendelse er en fejlagtig og injurierende bemærkning, som Annette Houman bør dokumentere! Der skulle til hvert projekt to tilladelser til fra Datatilsynet - en som projektlederen skulle indhente for at kunne gennemføre projektet og en tilladelse som DAMD skulle indhente fra Datatilsynet for at kunne udlevere data til projektet.

Om vi var datanaive (som artiklen i Practicus antyder) må andre bedømme. Vi fandt det meget besværligt at

navigere i et så komplekst juridisk system.

I artiklen i Juristen gives anbefalinger til, hvordan man fremadrettet kan forbedre lovgivningen, så både de sundhedsmæssige og patientbeskyttelsesmæssige interesser kan varetages.

Det vil kun glæde os, hvis PLO og DSAM igen får fokus på kvalitetsudviklingen ved at inddrage data fra almen praksis. Det skylder vi nuværende og fremtidige patienter samt vores kollegaer.

For god ordens skyld har artiklen været omkring Bentzen, Sarah Wadmann og Mette Hartlev, der alle oplyser, at de er korrekt behandlet og citeret.

For yderligere belysning kan henvises til DSAM’ hjemmeside: www.dsam.dk/datasagen/ //

NOTE 1 FRA 2010- OVERENSKOMSTEN, SIDE 70

Uddrag af ”Bilag D-4: Data fra almen praksis gøres tilgængelig for det øvrige sundhedsvæsen med udgangen af 2011. Der findes i dag i form af løsningen e-journal på sundhed.dk et effektivt værktøj til deling af patientinformation fra sygehusvæsenet. De praktiserende læger kobles med p-journal-projektet på løsningen således, at relevant information, dvs. alle data som i dag indgår i PLO-XML-formatet på nær ustrukturerede journalnotater, kan ses af det øvrige sundhedsvæsen, herunder lægevagten”.



TAK FOR KOMMENTAR TIL MIN ARTIKEL

Kvalitetsarbejdet i almen praksis og de tanker, der blev fostret i dets spæde start, er vigtige for almen praksis. Jeg har derfor nævnt nogle af pionererne bag grundstenene til dette, bl.a. Friborg og Schroll.

Højesteret har i dom fra 2018 lagt til grund, at dataindsamlingen til DAMD var ulovlig. DAMD-skandalen fylder en stor del i den elektroniske del af kvalitetshistorien for almen praksis, og det er vigtigt, at vi tager ved lære af den. I afsnittet om skandalen, har jeg bevidst ikke nævnt navne, da jeg ikke fandt det relevant for artiklens hovedbudskaber.

Jeg vil kommentere på tre af forfatterens udsagn:

- At overenskomsten fra 2011 forpligtede lægerne til at indsamle alle data fra almen praksis til DAMD:

Det er ikke korrekt. Data om syv diagnoser skal efter OK11 indsamles til DAMD – og således ikke alle data. Hvilke data, der lovligt kan indsamles, er styret i lov og ikke i overenskomst.

- At jeg beskylder Kvalitets- og Forskningsudvalget for nepotisme:

Det er ikke korrekt. Udtrykket nepotisme står for forfatterens egen regning.

Forfatterne skriver: "Blev der behandlet en ansøgning fra et af de ovenfor nævnte områder, var repræsentanten fra området naturligvis ikke med i behandlingen af ansøgningen." I mødereferat fra udvalget står der: "Hvis et udvalgsmedlem er hovedansøger på et projekt, skal vedkommende holde lav profil ved behandlingen af den aktuelle ansøgning. Medlemmet må deltage i mødet med almindelige oplysninger, men ikke i selve beslutningsprocessen. Der er ikke tale om inhabilitet, hvis et medlem er delansøger."

Den i referatet beskrevne fremgangsmåde er i strid med gældende regler om inhabilitet: "Den, der har personlige interesse i en sag, må ikke deltage i afgørelsen eller i øvrigt medvirke ved behandlingen af den pågældende sag. Det gælder hovedansøgere og delansøgere."

- At lovgivningen er kompleks:

Det er korrekt. Det var derfor også klogt, at man valgte at spørge de godkendende myndigheder til råds og endda flere gange. SSI-rapporten om DAMD beskriver, hvordan svarene fra myndighederne hver gang var: DAMD kan ikke godkendes som en kvalitetsdatabase. I svarene står ligeledes, at der skal søges om separat godkendelse for hvert enkelt sygdomsområde, at DAMD udelukkende kan godkendes for en afgrænset gruppe af patienter, og at der skal søges om godkendelse for hver enkelt gruppe af patienter, som databasen med tiden vil omfatte.

Lovgivningen er kompleks. Myndighedernes anvisninger var klare og forståelige. De blev ikke fulgt. //



TANKER FRA STOLEN:

Det er godt håndværk

Det almenmedicinske håndværk er mange ting. Blandt andet er det vores håndværk at berolige patienter og søge at sænke deres uro-niveau et hak eller to.

Vores almenmedicinske håndværk faldt mig ind, da en ven fortalte om en murer, der satte fliser op hos ham. Min ven havde set på og anerkendende sagt:

”Jeg kan se på én, der er god til et håndværk, i timevis.”

- Sådan var min tidligere makker også, lød svaret.

Vores håndværk er mindre håndgribeligt end murerens, men en del af vores håndværk kan man overvære i ren form i telefonvisitationen i lægevagten. Patienterne, der ringer ind, kan være alt være alt fra paniske, bange, bekymrede til bare undrende. I løbet af samtalen skal man i fællesskab finde en vej videre: indlæggelse, sygebesøg, konsultation eller afslutning telefonisk. Det er den egentlige læge-

lige ydelse. Men desuden hjælper man ofte patienterne nogle uro-niveauer ned.

I beroligelsen af patienten er selve den lægelige beslutning naturligvis vigtigst, men måden, man snakker med patienten på, er også af ret stor betydning. **Bruger man lidt tid i pauserne mellem opkaldene på at lytte til andres visitationer, kan man overvære godt samtalehåndværk i ædleste aftapning.** Det er ganske inspirerende. Jeg har hørt fine formuleringer som ”Næ. Nej, det er ikke farligt. Det er bare klamt.” og ”Det der har jeg haft med at gøre massevis af gange”. Pæredanske formuleringer, som går rent ind hos patienten og virker beroligende, enten fordi der bruges ord, som patienten er dus med, eller fordi ord-ene understreger lægens store erfaring.

En god samtale mellem en læge og en patient er blandt andet kendetegnet ved, at både patienten og lægen ved afslutningen er tilpasse og af-

klarede. Ofte kan det ordnes på få minutter, men hvis patienten har panikangst, skal man regne med en lidt længere samtale. For nylig havde lægen ved siden af mig en patient i røret, som tydeligvis havde panikangst og havde ringet 112, hvorefter vedkommende helt relevant blev videre sendt til lægevagten. Min kollega klarede i løbet af samtalen at berolige ham/hende fra dette maksimale angstniveau – dødsangst – til at slutte af med at opsummere, at han/hun skulle ringe til egen læge ”engang i løbet af den kommende uge”.

Det er også godt håndværk. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk





BOGANMELDELSE:

Hvad har du pakket i din magiske rygsæk i dag?

- En guide til daglig trivsel for børn og voksne

”**A**h-nej!” var min første reaktion nok lidt, da jeg sad med bogen i hænderne. Endnu en selvhjælpsbog, der fortæller, hvordan vi skal gøre ”det rigtige”; her for vores børn.

Selvom jeg nyligt har deltaget i forfatterens givende ugekursus om positiv psykologi, trivsel og livskvalitet, havde jeg ikke lært bedre, end at jeg fra starten opfattede glasset som halvtomt. Jeg måtte dog hurtigt overgive mig til oplevelsen af at sidde med et fremragende redskab til meningsfuld

dialog med børn om netop trivsel, tanker og følelser – om hvordan børn kan understøttes i selv at skabe livskvalitet og trivsel.

Fyldt eller tom rygsæk?

Bogen er bygget op omkring fortællingen om, at vi alle er udstyret med en usynlig unik rygsæk, hvori vi laster dagligdagens gode og mentalt helsebringende oplevelser. Rygsækken er på magisk vis let at bære, når den er fuld – fuld af gode, glade oplevelser og input, men tung og tyngende, når den er tom: ”Når din rygsæk er fyldt, er du glad og tilfreds. Måske føler du ligefrem et glimt af lykke. Når din rygsæk er tom, er du ked af det og modløs – alting er noget øv”.

At være istedet for at gøre

Der er på pædagogisk vis en læsenøgle samt indsigtsgivende tekstbokse for den voksne oplæser. Således støttes den voksne i forståelsen af forfatterens tanker bag bogens kapitler og øvelser. De enkelte kapitler tager os i børnehøjde med gennem vigtige grundelementer for trivsel, livskvalitet og

et mentalt sundt liv. Oplevelsen støttes af relevante eksempler, ”citater” og tankeeksperimenter. Det hele omsluttes af dejlige børnetegninger, der på fineste vis illustrerer børnesindet, når det sættes frit.

Teksterne gennemsyres med sikker hånd af værdibaseret tankegods om tolerance, respekt for forskellighed, gensidig omsorg og individets ret til at være den, man er. Det er et gennemgående tema at fokusere på at være i stedet for at gøre – at være noget i kraft af den, man er, ikke kun i kraft af det, man gør.

Et dryp af malurt

Der er dog plads til en smule malurt i det efterhånden velfyldte bæger. Bogen kan indimellem være lidt vel pædagogisk i sprog og indhold, enkelte steder på kanten af det belærende. Desuden lægges der op til, at målgruppen er børn i alderen 4-9 år, men på lange stræk rammer den ikke børnesegmentet helt ned til 4 år. Såvel sprog som begrebsverden og abstraktionsniveau er flere steder for avanceret til børn i alderen 4-5 år.

Bogen er bygget op omkring fortællingen om, at vi alle er udstyret med en usynlig unik rygsæk, hvori vi laster dagligdagens gode og mentalt helsebringende oplevelser.



TITEL: Hvad har du pakket i din magiske rygsæk i dag?

- En guide til daglig trivsel for børn og voksne

FORFATTERE: Pia Müller & Jesper Bay-Hansen

ISBN-NR.: 9788799853298

UDGIVET: Maj 2020

FORLAG: Forlaget Ella, maj 2020

ANTAL SIDER: 96 sider

PRIS: 229,95

Også værdifuld for praktiserende læger

Bogen er uden tvivl værdifuld og lærerig for børn fra 6 år og for alle voksne, der har private relationer til børn/børnebørn, eller som i deres arbejde har dialog med børn. Også for den praktiserende læge vil bogen have værdi som et redskab at anbefale forældre eller til selv at få indsigt og udvikling i sin måde at kommunikere med barnet som patient.

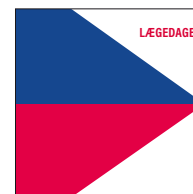
Læs den en-til-en med barnet, eller læs den bare selv som voksen. Du vil blive inspireret til at hjælpe barnet på vej med værdifuld refleksion om aktivt at skabe livsglæde og trivsel samt undgå præstationskultur og -pres.

Denne bog bør blive fast pensum i enhver børnehaveklasse, såvel som på pædagog- og læreruddannelserne.

Således endte jeg ikke bare med at opfatte glasset som halvt fyldt, men fyldt til kanten med god inspiration og lyst til at læse bogen med mine børnebørn. //

Webinarer i Lægedage-ugen 2020

Selvom der ikke holdes Lægedage i 2020, har du stadig mulighed for at blive efteruddannet. PLO-E udbyder en række webinarer i Lægedage-ugen, som mange alligevel har reserveret til kurser.



Vi håber meget, at du vil støtte op om Lægedage ved at tilmelde dig nogle af kurserne. Vi er spændte på for alvor at afprøve formatet med webinarer og håber også, at det kan være en anledning til at få flere tilbagemeldinger fra dig og andre, om det er et format, vi skal arbejde videre med.

Hvornår

Kurserne afvikles i uge 48, den 23. - 27. november 2020.

Tilmelding

Tilmeldingsfristen er 15. november 2020. Du tilmelder dig på: www.tilmeld.dk/9020420/signup. Er I flere fra samme praksis, som ønsker at tilmelde sig, kan I med fordel gøre det i en og samme tilmelding.

Webinarer

De virtuelle kurser afholdes for- eller eftermiddag, er af 3,5 timers varighed og foregår via Zoom – med gode pauser. Se en samlet oversigt på: www.tilmeld.dk/9020420/webinarer.

Om at deltage i et webinar

Det kræver ikke særlige forudsætninger at deltage i et webinar. Du skal på dagen bruge en PC eller Mac, som skal have god forbindelse til internettet, og du skal kunne modtage mails på computeren. Hvis du skal have adgang til alle funktioner og muligheder for "at være med", skal du kunne se video og høre lyd, og din computer skal være udstyret med kamera og mikrofon. Det anbefales, at du bruger headset.

I ugen før sessionen vil du modtage en lille vejledning og det link, som du skal bruge for at være med i sessionen. Du vil ligeledes i ugen før blive inviteret til sammen med os at teste, at dit udstyr fungerer, så du er sikker på at kunne komme på. //

European Conference of Family Doctors / DEGAM Annual Congress IS GOING VIRTUAL! December 16 - 19, 2020

Dear colleagues,

Since the COVID-19 pandemic is going on with traveling restrictions and rules for social distancing we are not able to run a Conference with presence in Berlin. This is sad but your safety is our highest priority. In order to maintain our work as family doctors as well as researchers and teachers we think that we can offer an excellent solution:

We have switched to a totally virtual conference with a changed time frame. Many presentations will have real time recording with possibility of immediate discussion. There will be **five parallel slots** from Wednesday December 16th 14:45 CET to Saturday, December 19th 14:15 with workshops only in the morning time on Thursday and Friday and all other formats in the afternoons or on Saturday morning. All other accepted presentations will be presented in our **virtual library**. These as well as all presentations recorded in real time **can be viewed until the end of January at times of your free choice. So you have the chance to see much more presentations compared to recent years** and thus you can collect a lot of CME credit points. We encourage you to come into direct contact with presenters if you have questions or proposals, especially for collaboration. This also includes the possibility to privately organize virtual meetings or workshops outside the conference platform with your own technical possibilities.

Although this is a very uncommon date we think that this is a good opportunity to reflect on the experiences of this year and to celebrate all the heroes working in our offices of General Practice/Family Medicine/Primary Health Care.

With our best regards and hoping to meet all of you during our virtual Conference

Erika Baum and Christoph Heintze
on behalf of the Host Organizing Committee