

Practicus

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



Oktober 2021
44. årgang // 257

TEMA

ORGANISATION

En formand tjekker ud fra posten, side 8

Three Key Works - Margaret McCartney, side 42

FYAM-kolumnen: Forkælede yngre almenmedicinere? side 46

INDHOLD

// s. 28



LEDER

- 3 De almenmedicinske værdier har fået en stærk og troværdig stemme

DSAM

- 5 Frygtløs formand forlader faglighedens fort
6 Er sundhedsvæsenet med til at gøre ondt værre?
8 En formand tjekker ud fra posten
14 Adgang til videnskabelig litteratur
16 Nordisk ledermøde på Frogner-sletten
20 De mange udpegede har en vigtig funktion
37 Nyt FAQta-ark om PTSD

ARTIKLER

- 22 Funktionelle lidelser – hvordan fungerer det i Nord?
24 WONCA Europe 2021 – en anderledes digital kongres!
26 Grøn Praksis: Bæredygtighed i almen praksis
28 Autoritetstab eller fortolkningstab?
31 Uhensigtsmæssig skærmb brug hos børn
34 KOL-projekt vinder lodtrækning i DSAM's vidensbank
35 Tolkelovens konsekvenser for praktiserende læger og patienter
38 Vi gjorde det for at få et bedre arbejdsmiljø i klinikken

- 40 Kan vi gøre hoveduddannelsen i almen medicin endnu bedre?
42 3x3 Margaret McCartney: Three Key Works

FYAM

- 46 Forkælede yngre almenmedicinere?

SAMS

- 48 Det Nationale SAMS

DEBAT

- 49 Almen praksis er i vælten
50 Tillid – ordentlighedens tvilling

ANMELDELSE

- 51 Forskning, kvalitet og klinisk praksis

OPSLAG

- 4 Nordic Congress of General Practice, June 2022
7 Lægedage 2021 – tilmelding
45 PLU-fonden ansøgningsfrist
52 Kunstplakat til alle DSAM's medlemmer



**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 NUMMER
Nr. 258
Frist for artikler: 20. oktober 2021
Udgivelsesuge: 51, 2021

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

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

FORSIDEFOTO
Kunstplakat: My Home Village II
af John Bosco Muramuzi, Uganda

OPLAG
4.900

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

De almenmedicinske værdier har fået en stærk og troværdig stemme

Når dette nummer udkommer, skal vi fejre DSAM's 50 + 1-års jubilæum til årsmødet i Kolding, og alle sejl er sat til for et fantastisk årsmøde. Og det bliver det.

Nu er vi på den anden side af krisen, meget er ved det gamle. Men ikke alt. Vi arbejder på nye måder. Hospitalerne har fået nyt afregningssystem, og der er også sket afgørende nyt på det kommunale område.

Den betydelige stigning i afviste henvisninger er en sten i skoen hos os. Nogle gange får vi en forklaring på, hvorfor vores patient ikke kan få adgang til det forjættede behandlingsland. Andre gange afvises henvisningen uden forklaring. "Afvist" står der bare.

Det er ikke rart at blive afvist. Man kan let føle sig som et nummer i rækken.

Afvisninger går ud over patienten. Men de rammer også os. Har vi gjort vores arbejde godt og på et højt fagligt niveau, når vores patient bliver afvist?

Det er ikke alle beslutninger fra det sekundære væsen eller fra kommunen, som er gode beslutninger. Nogle af dem rammer forbi patientens behov. Udredning og behandling forsinkes, eller en patient bliver mere syg.

Vi har hver især en vigtig opgave i at insistere på, at sundhedsvæsenet er til for de mennesker, der har brug for det. Nogle har brug for at blive taget mere ved hånden end andre. Vi er gode til at se, hvem de er. Det er det, vi kalder personcentreret almen medicin. Fundamentet for vores arbejde.

Ved dette årsmøde udløber funktionstiden for formand Anders Beich. Der har været mange indsatsområder i de seks år, der er gået. Men to vigtige omdrejningspunkter har netop været med fokus på det personcentrerede og betydningen af at have egen læge. Ligesom det at gøre DSAM til et mere robust og professionelt selskab også har været det.

Resultaterne taler for sig selv: De almenmedicinske værdier og pejlemærker har fået en stærk og troværdig stemme. Denne stemme har også fået opmærksomhed og respekt hos vores samarbejdspartnere. Også selv om der indimellem er faldet kritik af til vores åbenmundede formand.

Det er flot gjort, og det er gjort med åbenhed, dedikation, integritet, frygtløshed og faglighed - frit citeret efter en anden artikel i dette blad. Jeg vil tilføje: med nysgerighed og ved at udfordre vanetænkning.

Almen medicin vedkommer alle. Rigtig godt årsmøde og god jubilæumsfest. //



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

ON THE EDGE

General practice for future generations

22nd NORDIC CONGRESS OF GENERAL PRACTICE
STAVANGER, NORWAY • JUNE 21-23 2022

Join us at the Nordic Congress in Stavanger June 21-23, 2022, and experience an excellent program – focusing on general practice for future generations of both patients and doctors.

Please check the congress website here: www.ncgp2022.no

We are happy to have some great keynote speakers: Linn O. Getz, Deborah Swinglehurst, Henrik Vogt, Christopher Dowrick, Alexandra Brandt Ryborg Jønsson, Trisha Greenhalgh, Bente Prytz Mjølstad, Steinar Hunsbakk, Niek de Wit, Hans Christian Kjeldsen and Tuomas Koskela.

The congress themes, keynote speakers, guidelines for abstract submission, social program and practical issues will be presented in more detail in forthcoming newsletters. Please subscribe for the congress newsletter here:

<https://www.ncgp2022.no/ncgp2022/newsletter/Site/Register>



KLUMME OM KOMMUNIKATION OG PRESSE:

Frygtløs formand forlader faglighedens fort



Mens vi taler sammen over Zoom er Salóme Ásta Arnardóttir gået ud på toilettet på sin båd, som har kastet anker i en havn i Kroatien. Toilettet er det eneste sted, hun kan få kontakt til internettet på sin mobiltelefon. Bagved hendes skuldre anes et lille vindue med udsigt til solskin og et blåt hav. Toilettet er en halvkvadratmeter, så det er snævert med plads, når hun om et øjeblik skal træne konsonanter, tale tempo og

udtale på engelsk, mens hun får performance-træning over Zoom. Salome er egentlig på ferie, men om en uge skal hun stå foran et filmhold i Oslo og fortælle, hvad pejlemærke nummer syv betyder for hende. Syv læger, der repræsenterer Nordic Federation of General Practices (NFGP) bestyrelse, fortæller hver om et pejlemærke. Til sidst skal det munde ud i en film om de nordiske landes syv pejlemærker, som definerer fælles værdier for almen praksis.

Arbejdet var intenst til sidste optagelse var i kassen, og vi glæder os til at vise jer filmen.

En formand tjekker ud fra posten

I skrivende stund skriver jeg et portræt om vores snart afgående formand, Anders Beich. I kan læse det andetsteds i bladet. I et tilbageblik på de senere års pressehistorier, er det især ord som åbenhed, dedikation, integritet, frygtløshed og faglighed, som indrammer den indsats, han har lagt i

bl.a. sit arbejde med pressen. Det er enhver journalists drøm at interviewe en ekspert, som er tilgængelig og skarp til at formulere sig – så efterspørgslen på lægefagligt input til utallige sundhedshistorier har været stigende, fra den dag Anders Beich satte sig i formandsstolen.

En fagjournalist fortalte mig forleden, at formanden tog hendes opkald, mens han cyklede i trafikken. Hun ville udsætte interviewet til et andet tidspunkt, men formanden mente, at de sagtens kunne lave interview, mens han cyklede rundt i Københavns gader. Den sprang hun dog lige over på, men det skulle ikke undre mig, om han på et tidspunkt – på vej til endnu et møde for at forsvare de almenmedicinske værdier – har gennemført et interview susende afsted på sin cykel. For mig er det et billede på en formand, som altid er på vej til et møde i en styrelse, et interview eller et udvalg for at sætte et almenmedicinsk aftryk på sundhedsvæsenet. //

Det er enhver journalists drøm
at interviewe en ekspert, som er
tilgængelig og skarp til at formulere sig.





BESTYRELSENS KLUMME:

Er sundhedsvæsenet med til at gøre ondt værre?

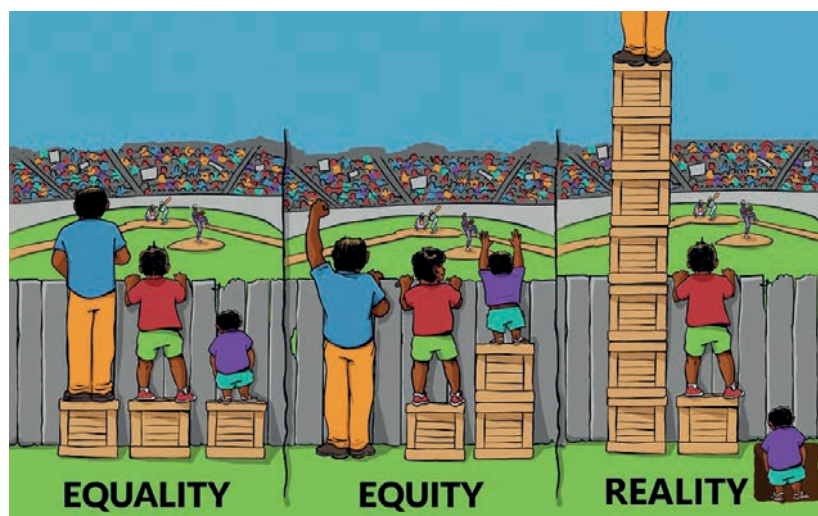
Dette var titlen på de Lægevidenskabelige Selskabers velbesøgte årsmøde d. 30. juni i København. For én med mangeårig interesse for ulighed i sundhed – for det var det, som årsmødet handlede om – var det en stor glæde at høre indlæg fra forskellige dele af sundhedsvæsenet.

Det var oplæg, der for en gangs skyld ikke havde fokus på KRAM-faktorer, og hvad den enkelte patient burde/kunne/skulle gøre anderledes for at holde sig rask. Det var op-

læg, der i stedet så på, hvordan vi som sundhedsvæsen – både som enkelt-personer og som system – møder den enkelte patient, og hvorledes vor tilgang og indretning har betydning for en ulighed i adgang til diagnostik og

behandling. Dette er en udfordring på trods af en – på papiret – lige adgang til et skattefinansieret sundhedsvæsen.

I oplægget fra antropolog Helle Max Martin (HMM) fra VIVE (ved stedfortræder) følte vi os alle ramt af hendes velargumenterede påstand om, at ulighed ikke bare er noget, patienterne kommer med. Ulighed er en del af relationen mellem læge/sundhedspersonale og patienten. Det handler om, hvorledes vi hver især møder den enkelte patient, og hvorledes vi lader os styre af vore antagelser om denne, f.eks. ud fra fysisk fremtoning. Lugter personen? Hvordan er påklædningen og udseendet i øvrigt? Hvordan er sproget? Ifølge HMM bestemmes magten og positionen af den "kapital", som de to, der sidder i rummet, anerkender hos hinanden. Hvis personen lugter, tøjet sjusker, og personen ikke siger så meget, kan vi foranledige os



Begreberne Equality, Equity og Reality illustreret af Interaction Institute for Social Change, artist: Angus Maguire.

selv til at tænke, at så lader denne sig sikkert nøje med mindre – især i en eventuelt travl hverdag.

Eksemplerne var mange og viser den tætte sammenknytning til sociale faktorer, f.eks. uddannelse. Det er således vist, at længden af uddannelse er proportional med kapaciteten til at argumentere og fastholde en diskussion og ikke "give den anden ret". Det er også vist, at kortere uddannelse får kortere samtaler i sundhedsvæsenet, de opfordres i mindre grad til at tale om følelser og har tre ugers længere ventetid på f.eks. knæ- og hofteoperationer, som Morten Sode-mann fremhævede i sit indlæg. Ulighed kan også handle om, hvorledes vi indretter os og giver plads (samme tidsrum til alle), og hvordan vi kom-

munikerer med vore patienter. Det kan f.eks. være i forbindelse med indkaldelser og udeblivelser, hvor mantraet om patienten i centrum ikke synes at være herskende, men er afløst af et rigtigt kassetænkende system af regler, procedurer og antagelser: "patienten prioriterer ikke at komme og spiller hermed vores tid".

Ifølge HMM kan ulighed imødegås ved at skabe opmærksomhed om relationens betydning. Det kræver, at vi hver især ser indad og tænker over, hvorledes vi møder hver enkelt patient, og at vi sammen skaber gode systemer, der giver plads til forskellighederne.

I DSAM har vi formuleret tilgangen i flere af vore pejlemærker. For nylig er der også kommet en hvidbog

Ulighed er en del af
relationen mellem lægen/
sundhedspersonalet og
patienten.

på banen, som har til formål at inspirere og huske hinanden på, at selvom vi har et sundhedssystem med formelle adgang og uden betalingsbarriere, kan vi hver især bidrage til at det bliver endnu bedre. Du finder "Hvidbog: Giv mest til dem med størst behov" her: <https://dsam.dk/hvidbog/>. Læs den og brug den! //



LÆGEDAGE
2021
15.-19. NOVEMBER

Tilmelding
TILMELD JER DIREKTE PÅ
WWW.LÆGEDAGE.DK
Vi ses i bella centret!

50+ dsam
dsam



En formand tjekker ud fra posten

De sidste seks år med Anders Beich ved roret i Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har affødt nogle ændringer internt såvel som på omverdenens syn på selskabet. Selskabet er gået fra at være en relativt usynlig part i sundhedsvæsenet til at være en aktiv spiller med en stemme i den sundhedsfaglige debat. Practicus har talt

med ham om hans virke som formand, og hvad der skal ske fremadrettet, når han har forladt formandsposten.



Selv om Anders Beich til tider har været udskældt af politikere og nogle gange af kollegaer fra andre specialer i specifikke sager, så bliver der da også hørt efter, når han offentligt forsvare den almenmedicinske faglighed og dens vilkår. Han går af pga. af reglen om funktionstid, men han er alt andet end færdig med sit fags videnskabelige selskab.

Begyndelsen før starten

Formanden har sat sig i en behagelig lænestol med en kop kaffe. Humøret er godt, og han er som altid velklædt og klar til at svare skarpt på journalistiske spørgsmål. Indledningsvist fortæller han, at han stillede spontant op som formandskandidat i 2013, uden at blive valgt til posten. Derefter forberedte han sig i et års tid og blev i 2014 valgt ind i repræsentantskabet. Året efter stillede han igen op til formandsposten og blev valgt. Ikke overraskede bundede motivationen til at stille op i en vilje og lyst til at forsvare faget mod udefrakommende trusler og erosion af fagets kerne; den personcentrerede medicin, som er båret af relation, kontinuitet og tillid.

”Man kunne se efter konflikten i ’13, at de helt basale forhold for at kunne bedrive almen medicinsk lægegering var truet, hvis man ikke stod fast på nogle grundprincipper og værdier. Jeg synes, der var for lidt fokus og vægt dengang på at holde fast i, hvad det egentlig er, vi kan bidrage med i sundhedsvæsenet, så for mig var der god grund til at få indflydelse på det fag, vi udøver, og dets fremtid i stedet for at sidde og brokke sig i kulissen”.

Den første tid som formand

Anders Beichs første opgave som formand var at orientere sig i det sekretariat, som skulle betjene ham og den nye bestyrelse og så få trimmet sel-



I sommeren 2017 var Anders på en tur rundt i Danmark for at besøge nogle af landets praktiserende læger. Over den medbragte kage blev der talt om hverdagens udfordringer i praksis. Foto: Sine Barrett-Madsen.

skabet. Her meldte den første udfordring sig – og omfanget overraskede ham.

”Jeg synes, det var og er meget vigtigt, at sekretariatets medarbejdere er involveret i missionen og visionen – altså er med på tankegangen, når det handler om, hvad DSAM skal kæmpe og arbejde for. Vi var ved at blive glemt politisk, og befolkningen tog deres læge for givet, så det var vigtigt at gøre noget nyt. Derfor var der brug for at gentænke sekretariatets funktion, hvor personalet helst skulle kunne se missionen gennem de mange arbejdsopgaver for at få et lidt mere smidigt og fleksibelt sekretariat. Vi ansatte nogle nye folk, også pressemæssigt, som kunne håndtere den del. Det hele krævede lidt ombygning og nogle nye kræfter.”

I sommeren 2017 tog formanden og selskabets journalister ud på en tur i Danmark til landets praktiserende læger. De inviterede sig selv på kaffe til en snak om fagets udfordringer og løsninger. De besøgte forskellige typer praksis fra nord til syd, som alle havde forskellige udfordringer afhængig af patientpopulation, beliggenhed og størrelsen på lægehuset.

”Jeg blev enormt positivt overrasket på den tur, hvor jeg oplevede, at de samme værdier kan give forskelligt udtryk. Alle dem, vi besøgte, både store og små lægehuse, havde nærmest pr. instinkt forsøgt at skabe al den kontinuitet, de kunne manifestere. Vores tur rundt i landet viste, at der faktisk er mulighed for at indrette nogle ret store klinikker med en betydelig grad af kontinuitet, nærhed og relationsopbygning og samtidig holde en høj effektivitet og kvalitet.”

”Vi har siden udviklet en kampagne, der handler om betydningen af, at vi kender hinanden – læge og patient. Forskningsresultater har nemlig vist, at det sikrer både effektivitet og kvalitet og samtidig giver patienttilfredshed og arbejdsglæde, at vi sikrer kontinuitet i relationerne. Vores kampagne var lige løbet i gang da coronapan-

demien tog fart, så den druknede lidt, og den skal nu løbes i gang igen.”

Formanden har det sidste ord

Gennem sin formandstid har han været beslutningstager på et hav af sager, høringssvar og anbefalinger, og ofte har formanden det sidste ord. Men er det vigtigt, at en formand har det sidste ord?

”Ja, hvis man har noget fornuftigt at sige”, siger han og griner lidt. Det var dejligt at få udarbejdet pejlemærkerne ret tidligt i forløbet, for det gav noget konkret at styre efter. Fordi vi har haft dem, dvs. fået dem udviklet, renskrevet og spidsformuleret, så de fleste praktiserende læger kunne relatere til dem, har de hjulpet os i selskabet med at tage beslutning om en masse sager. Det har været en slags grundlov for almen praksis’ faglige kerneværdier, og når man sidder i en funktion, hvor man skal træffe beslutninger, har de været rigtig gode at have. Pejlemærkerne er et vigtigt aftryk, som jeg er meget glad for, at vi fik lavet. Det skete på baggrund af indsamlede udsagn fra rigtig mange kolleger fra hele landet, inspiration fra vores norske kollegers syv teser og trykprøvning og færdigudvikling i repræsentantskab og bestyrelse.”

Samarbejdet med PLO skal plejes

Samarbejdet med PLO’s bestyrelse og formand er en vigtig del af formandsarbejdet, og her kom samarbejdet da nogle gange på prøve. Samarbejdet er overordnet gået godt, men DSAM har undervejs måttet sætte nogle kontroversielle sager på dagsordenen ift. magtfulde politikere og organisationer. Sagerne har ikke hver gang passet godt med PLO’s agenda. Og nogle gange har PLO solgt ud af det almenmedicinske arvesølv for at få aftaler i land. Det skal man ikke gøre for meget af hensyn til kommende generationer af læger og patienter, ifølge Anders Beich.



De to formænd for hhv. DSAM og PLO viser vejen frem for sundhedsministeren på Lægedage 2018. Foto: Sine Barrett-Madsen.

”Samarbejdet lykkedes det meste af tiden. Der har været en smule krise mellem os til tider, og så blev det godt igen. Det ville være mærkeligt og nærmest betænkeligt, hvis der ingen kontroverser havde været. Nogle gange er DSAM nødt til at sætte foden ned rent fagligt og sætte os i respekt. Det skete f.eks. ifm. forsøgsordningen med cannabis som medicin, og der kom også et komplet tåbeligt tolkegebyr, der fik den konsekvens, at lægernes arbejde i nogle områder blev mere risikabelt og besværligt. For os handlede det om at bevare faglig integritet i forhold til noget, som praktiserende læger skulle udøve over for deres patienter. Det er klart, at PLO skal prøve at gøre sig gode venner med dem, der har magt. På et tidspunkt synes jeg, det var meget op ad bakke, for man kan blive så pragmatisk, at man til sidst ikke kan se, hvor man er på vej hen. Men alt i alt synes jeg, at begge parter har bestået prøven i min formandstid, selv om jeg nok til tider har været irriterende for organisationen PLO.”

Kættersk spørgsmål i sundhedsministeriet

Han griner og husker tilbage på et tidspunkt, hvor der var meget snak om forløbsplaner i almen praksis, og han sad til et møde i Sundhedsministeriet og skulle tale om forløbsplaner sammen med PLO's daværende direktør.

”Så kom jeg til at stille det kætterske spørgsmål: ’Ved vi, om de forløbsplaner gør noget godt?’ Og så gispede den søde akademiker, imens hun kiggede over på PLO-direktøren, som om hun tænkte: Hvem er dog det, du har taget med herind? Og så sagde hun: ’Det må da være bedre at have en plan end slet ingen plan.’”

”Der er jo ingen evidens for, at forløbsplaner har nogen sundhedsgavnlig effekt, som vel er det, vi går efter. På det tidspunkt ville Sundhedsministeriet gerne have forløbsplaner, men der var vi nødt til at fastholde et fagligt synspunkt – for hvis der ikke er faglighed i det, og kun ganske få patienter efterspørger det, så er der reelt set ingenting, der taler for at indføre dem. Ikke desto mindre kører forløbsplanerne videre, og vi har ovenikøbet fået en meningsløst inkluderende hjerteforløbsplan, som trods den åbenlyst kontroversielle udformning har sneget sig under radaren i forhold til begge organisationers indflydelse på den.”

”Jeg synes faktisk, vi skal have nemmere adgang til sundhedsdata, som vi kan bruge til at lave forskning, kvalitetsudvikling og klinisk arbejde af høj kvalitet. Vi skylder dog bare at fortælle den enkelte patient, at der er grænser for fortroligheden, og vi skylder at spørge patienten om lov og inddrage patienten i, hvad vi bruger de mange data til. De fleste mennesker vil gerne dele deres data til både behandling og forskning, hvis man spørger dem først. Og vi ved, at de gerne vil spørges. Det er så moderne med patientinddragelse, men når det kommer til brugen af de-

res data, så er det tilsyneladende en handelsvare, som om vi har olie i undergrunden. Men når fagfolk så gerne vil bruge sundhedsdata til meningsfuldt kvalitetsarbejde og forskning, så er de uhyre vanskelige at få adgang til. Flere har bud på at konstruere en form for metasamtykke, så folk kan give nogle overordnede tilladelser og også kan se, hvilke projekter deres sundhedsdata indgår i.”

DSAM har i flere sammenhænge forsøgt at forsvare patienters ret til fortrolighed hos lægen, men det betyder ifølge formanden ikke, at man ikke skal aflevere nogen former for data overhovedet. Fremadrettet kunne han godt tænke sig, at DSAM udviklede nogle mere konstruktive forslag til, hvordan vi uden unødvendige forhindringer kan udveksle data til kliniske formål, kvalitetsudvikling og forskningsformål. Og jeg er ganske sikker på at patientinddragelse er vejen frem.

Det gode samarbejde cementeret

I den sidste del af formandskabet i DSAM blev det gode samarbejde udbygget. Under coronakrisen oprettede DSAM bl.a. en taskforce, som PLO blev inviteret med i, og midt i en kaotisk periode fandt de to parter fælles fodslag.

”Selskabet har løbet spidsrod i halvandet år for at finde ud af, hvordan almen praksis skulle fungere og agere i pandemien. Vi har også forsøgt at afklare, om de beslutninger, der blev truffet i Sundhedsstyrelsen, kunne få indflydelse på eller begrænse udøvelsen af vores fag.”

”Det gode samarbejde smittede bl.a. af i PLO's OK22, hvor der er sat nogle faglige aftryk fra DSAM's pejlemærker. Det betyder selvfølgelig langt fra, at de faglige beslutninger bliver prioriteret først og så dernæst økonomien, som ellers ville være ideelt, men sådan fungerer det bare ikke i virkeligheden. Det er ”give and take”, og der er mange politiske ønsker at tage højde for. Det er jo et vilkår for PLO.”

Han påpeger, at overordnet set har respekt for fagligheden og de faglige argumenter været vigtige i samarbejdet med PLO, men især også med andre organisationer og myndigheder.

”Hvor de på hospitalerne tager sig af sygdom, så sidder vi i almen praksis med et broget klientel, som både er syge, raske og midt i mellem, og nogle gange fejler patienterne mange ting på én gang. Det har været vigtigt for os at give en forståelse af det landskab, vi arbejder i, og det er lykkes langt hen ad vejen med både samarbejdspartnere og sundhedsmyndigheder, synes jeg. De har fået et perspektiv på almen praksis, fordi vi har leveret det til dem i større grad end før. Det har givet os en lydhørhed og respekt. Vi har også oplevet, at vi måtte træde ud af arbejdsgrupper, fordi vi ikke kunne lægge navn til arbejdet. Det har jo skabt lidt krise, men derfor skal vi stadig komme med vores perspektiver, for ellers er de der jo ikke.”

Jeg spørger ham, om DSAM har fået mere indflydelse i hans formandstid.

”Jeg ved sgu ikke, hvor meget indflydelse vi har, og det er svært at måle på. Jeg synes, vi har fået en god forbindelse med fagfolk i Sundhedsstyrelsen, og de lytter til vores faglige pointer og nogle gange indvendinger. Vi har også været gode til at sende nogle folk med faglig tyngde ind i de sundhedsfaglige arbejdsgrupper. Vi skal jo have indflydelse gennem sundhedsmyndighederne, som i sidste ende beslutter, hvad faglighed er, og hvordan den skal udøves i praksis. PLO kan så forhandle med regionerne og de udførende samt nogle gange dem, der sidder højere oppe i Sundhedsministeriet.

Formandsposten i en pandemi

Han synes, at formandsposten midt i en coronatid har været en stor opgave, og det har været en presset periode.

”Det har været et fuldtidsjob – ud over formandsposten – at håndtere corona-opgaven i selskabet. Heldigvis har der været lidt mere stille på andre områder, men jeg er jo også praktiserende læge, så det har betydet, at jeg måtte gå ned i tid i min praksis til to dage om ugen under pandemien. I taskforcen har vi forsøgt at holde trit og formidle de mange kringlede og nødvendige vejledninger fra myndigheder og eksperter til de praktiserende læger, så de ikke skulle læse en masse skrækkeligt detaljerede dokumenter fra Sundhedsstyrelsen hver uge. Derudover har jeg deltaget i utallige udvalg og arbejdsgrupper i Sundhedsstyrelsen og i ministeriet, så det kunne sikres, at almen praksis i hvert fald var blevet hørt.”

Aktiv debattør i medierne

Han har hele vejen været meget aktiv i den offentlige debat. Både når det har handlet om forsøgsordningen med cannabis som medicin og Nationalt Genom Center, som ville indsamle personfølsomme data uden samtykke, men også tolkegebyr, præmatur forskningsformidling, tvangsvaccination, jobcentrenes utallige arbejdsprøvninger af de svageste og sådan fortsætter listen af dagsordenssættende mediehistorier, hvor han har været talsperson i medierne. Hvorfor har det været så vigtigt for ham at deltage i samfundsdebatten?

”Man kan jo skrælle det helt ned til lægeløftet, for man er jo for fanden læge for patienten. Der er jo noget, som hedder fortrolighed i lægeløftet (om folks private oplysninger, red.) Og så er der spørgsmålet om dem, der er dårlige til at bruge sundhedsvæsenet, for de kommer jo ikke altid først til fadet, hvis de overhovedet kommer til. Sundhedsvæsenet er indrettet sådan, at det er nemt at bruge, hvis man har gode resurser, robust psyke, penge på kontoen, og hvad der nu ellers hører sig til, når man er rask og



Anders har i sin formandstid været meget aktiv i medierne. Han er stillet op til utallige interviews og har selv været en flittig debattør. Foto: privat.

rig. Men vi mener jo, at man skal sørge for at behandle forskelligt, så outcome bliver det samme. Det vil sige, at nogle skal have mere og andre mindre.”

Når det kommer til sundhedsdata, er der ifølge Anders Beich mange måder at suge folks sundhedsdata ud af visse kanaler uden deres vidende, men her føler han sig alligevel misforstået.

”Jeg synes faktisk, vi skal have nemmere adgang til sundhedsdata, som vi kan bruge til at lave forskning, kvalitetsudvikling og klinisk arbejde af høj kvalitet. Vi skylder dog bare at fortælle den enkelte patient, at fortrolighed har en ny mening, og vi skylder at spørge patienten om lov og inddrage patienten i, hvad vi bruger de her data til. De fleste mennesker vil gerne dele deres data til både behandling og forskning, hvis man spørger dem først. Og vi ved, at de gerne vil spørges. Det er så moderne med patientinddragelse, men når det kommer til brugen af deres data, så er det tilsyneladende en handelsvare, som om vi har olie i undergrunden. Men når fagfolk så gerne vil bruge sundhedsdata til meningsfuldt kvalitetsarbejde og forskning, så er de uhyre vanskelige at få adgang til. Flere har bud på at konstruere en form for metasamtykke, så folk kan give nogle overordnede tilladelser og også kan se, hvad deres sundhedsdata indgår i.”

DSAM har i flere sammenhænge forsøgt at forsvare patienters ret til fortrolighed hos lægen, men det betyder ifølge formanden ikke, at man ikke skal aflevere nogen former for data overhovedet. Fremadrettet kunne han godt tænke sig, at DSAM udviklede nogle mere konstruktive forslag til, hvordan vi uden unødvendige forhindringer kan udveksle data til kliniske forskningsformål.

”Men det er åbenbart et vanskeligt synspunkt at have, at data både er patientens, og det er også samfundets, hvis man får folk med på at bidrage til samfundet.”



Anders har flere gange optrådt for kollegaerne på Lægedage, til årsmøder og til nordiske møder. Nu får han snart mere tid til musikken. Foto: Claus Boesen.

Har selv fået skæld ud i medierne

Du har også været udkældt nogle gange. Hvad synes du om strategien at skælde ud i medierne?

”Det er klart, at nogle gange går bølgerne højt, og der er jo nogle, som føler sig hævet over kritik. Jeg er ligeglad med, om folk er professorer eller har stor magt. Hvis de kommer ud med noget, som er urimeligt, f.eks. præmatur forskningsformidling, som skaber meget uro eller mange henvendelser i almen praksis, så må de forvente en reaktion fra os.”

Han forklarer, at der i disse år er kommet et stort pres fra universiteterne om, at forskerne skal formidle deres forskning, før de har diskuteret resultaterne med deres kolleger og fået en afklaring af, hvor stor vægt de skal tillægges i forhold til den eksisterende viden.

”Så går nogle forskere ud i pressen og fører sig frem, men det er jo faktisk meget sjældent, at forskning i sig selv er ny viden. Ofte er det jo en lille brik i det samlede billede. Det er meget sjældent, at der kommer noget, som er til Nobelprisen. Der er mange kommercielle og personlige interesser i at promovere sig i pressen. De store videnskabsmænd ville vende sig i graven, hvis de vidste, hvad de meriterer for en forsker i dag.”

Han påpeger, at det ikke er en kritik af forskerne eller forskning, men en kritik af de vilkår, der er for forskning.

Skuffet over andre læger

Undervejs i sit formandskab har Anders Beich ofte forsvaret de svageste patienter i samfundet. Det har ført til flere store kronikker, som advokerede for deres rettigheder. Han skrev bl.a. kronikken ”Jobcentre gør mennesker syge – politikerne må handle nu”, som blev bragt i Politiken tilbage i 2019.

”Jeg er skuffet over, at der ikke er flere læger, som råber højt om de her ting. Det står faktisk også i lægeløftet, at hvis man ved, hvad der skaber sygdom, så skal man gøre opmærksom på det. Når man har nogle offentlige systemer, som gør folk syge, fordi de skal deltage i en uendelig lang sagsbehandling på jobcenteret, bør man sige det højt. Hvis man bor ved siden af en kemisk fabrik, som gør folk syge, bør man jo også råbe op om det. Det er da heller ikke til at holde ud at være læge, hvis nogen i den anden ende gør folk syge, og så skal jeg forsøge at lappe skaderne bagefter.”

Han fortæller, at der i øjeblikket kører et borgerforslag, som han har været med til at udbrede kendskabet til. Det handler om, at der skal være grænser for, hvor lang tid en sagsbehandling må tage, og at der skal være nogle rettigheder og garantier forbundet med sagsbehandlingen inden for den tidsramme.

”Den nogle gange urimelige opsporing af enhver tænkelig rest af arbejdsevne foregår i årevis, hvor man forsøger at presse en sidste rest ud af mennesker, som ikke kan se målet, og det bliver de alvorligt syge af. Det er jo ikke nødvendigvis nogle særligt svage mennesker. Det kunne jo ske for dig eller mig, men folk tror ikke på det, fordi det er så grelt. Og kommunen er jo kongen i de her sager, og der er ingen instanser i landet, man reelt kan klage til og få medhold. Så retssikkerheden har været ikke-eksisterende for syge mennesker, som er blevet mere syge af sagsbehandlingen.”

En æra slutter

Gennem sin formandstid har Anders Beich set sig selv som formand for fagets selskab, som består af en broget medlemsskare. I dag tæller selskabet ca. 5000 medlemmer, hvor størstedelen er aktive praktiserende læger, en stor del er yngre læger under uddannelse inden for almen medicin, mens andre har kastet sig over forskning. En æra med Anders Beich ved roret i de praktiserende lægers faglige selskab er ved at være slut. Og så alligevel ikke helt, for han stiller op i regionsbestyrelsen i Region Hovedstaden.

”Der var jo ikke rigtigt nogen kandidater, da jeg stillede op til genvalg som repræsentant, så ideen med min opstilling var at tiltrække flere interesserede. Heldigvis er der kommet flere til. Jeg mener, det er et fagligt ombud at sidde i repræsentantskabet, hvis der ikke er andre kandidater. Og nogen skal jo sidde der, dels for at være selskabets øverste myndighed, hvis der er konkrete spørgsmål, som udmønter sig i selskabets fremtid og drift – men også for at vælge den nye formand. Men ellers står den fra oktober på mere tid til familien, musikken og patienterne. Og det glæder jeg mig til.” //

SACT OM ANDERS BEICH

Practicus har spurgt nogle af DSAM's forskellige samarbejdspartnere gennem årene om, hvordan samarbejdet med selskabets formand er forløbet. Har der været en udvikling i samarbejdet, er der noget, som har været godt, irriterende, eller som man gerne vil takke for.

Anton Pottgård, professor ved Institut for Sundhestjernetestforskning, Syddansk Universitet



Der har været en – mildest talt – stor udvikling i min relation til Anders, som vist startede mere som modarbejde end samarbejde. I det lange løb fik det dog ikke lov at skygge for, at vi er ganske enige på en række punkter, herunder behovet for at prioritere i det danske sundhedsvæsen og for 'realistisk medicin'.

Ingen af dem, der har oplevet Anders' passionerede tilgang til sit formandshverv, kan være i tvivl om, at han brænder for patienterne, sine kollegaer i almen praksis og for at gøre sundhedsvæsenet bedre. Vores diskussioner har både ført til en masse refleksioner og læring for mig, ligesom der er sat et par fælles ideer i verden, som jeg håber at se blive til noget i de kommende år.

Bolette Friderichsen, næstformand i DSAM (kandidat til formandsposten)



Anders har været og er en stor inspirator for mig. Hans støtte til mine projekter har været afgørende for, at det lod sig gøre at gennemføre. For eksempel kræftopfølgingsvejledningen, overblikstatus og de mange møder i Sundhedsstyrelsen om blandt andet det akutte sundhedsvæsen.

Jeg er ikke selv fagvidenskabeligt skolet og har suget til mig med stor fornøjelse. Evidensniveauer, journalistiske fælder, hvordan man formidler viden. I tiden med corona-taskforcen fik vi mere kontinuitet i samarbejdet, og det sætter jeg pris på.

Louise Hørslev, sekretariatschef i DSAM



Anders er en fænomenalt dygtig formidler – autentisk og troværdig. Han er skarp, ordentlig og så har han god humor. Det har været meget inspirerende at arbejde så tæt sammen med Anders.

Jeg oplever, at vores samarbejde har taget udgangspunkt i gensidig tillid og loyalitet, der er vokset, i takt med at vi har lært hinanden endnu bedre at kende over de sidste seks år.

Jørgen Skadborg, formand for PLO



Jeg har været PLO-formand i et lille års tid og har fulgt DSAM's arbejde med Anders ved roret gennem de sidste seks år. DSAM's syv pejlemærker har helt klart skærpet de almenmedicinske kerneværdier, og de har været til stor gavn for PLO, bl.a.

i den seneste OK22, hvor pejlemærkerne var tænkt ind. Pejlemærkerne har været med til at styrke PLO's position i samfundet, især efter krisen i '12 og '13. Derudover er DSAM også blevet mere skarpe på, hvilke vejledninger man vil arbejde med.

Anders har stillet sig op i medierne utallige gange for at forsvare faget, og han har talt med klar stemme om, hvad faglighed er. Det betyder blandt andet, at det ikke altid er PLO, som står for skud i medierne, så på den måde er DSAM en stærk faglig partner i den offentlige debat.

Søren Brostrøm, direktør i Sundhedsstyrelsen



Generelt set kan vi ikke undvære input fra de faglige selskaber, og de almenmedicinske input er vigtige. Anders har virkelig holdt den faglige fane højt, og det skal han have en stor tak for. I starten har vi da også stødt os på hinanden.

Jeg kan blandt andet huske noget materiale om alkohol til gravide, hvor Anders havde mange markante meninger. Man kan jo godt sige, at Anders er stædig og ikke altid har øje for, at en sag altid har to sider. Man skal jo holde den faglige fane højt, når man kommer fra et fagligt selskab. Men man skal også kunne give sig lidt, og der var det lidt kantet i startet. Når det er sagt, vil jeg hellere have en person, man kan støde sig lidt på, i stedet for slet ikke at kunne mærke, hvad de mener.

Anders har siddet med i en faglig gruppe hver uge i Sundhedsstyrelsen i forbindelse med coronapandemien, og jeg har været meget imponeret over hans bidrag. DSAM oprettede jo en corona-taskforce, og det har været meget nyttigt for os, for det har betydet, at vi havde en almenmedicinsk backinggruppe. Jeg kommer nok til at savne Anders lidt. //



Adgang til videnskabelig litteratur

Uden adgang til originallitteratur står de praktiserende læger fagligt svagere end kollegerne i resten af sundhedsvæsenet.

”A t være læge uden adgang til originallitteratur er som at være bager uden mel, journalist uden adgang til nyhedsmedierne i verden eller jurist uden adgang til lovsamlinger og bekendtgørelser”.

Sådan har DSAM's formand Anders Beich tidligere beskrevet problemet med den manglende adgang til videnskabelig litteratur i almen praksis. Faktum er, at uden adgang til originallitteraturen står almen praksis fagligt svagere.

Trussel mod vores faglige identitet og branding af specialet

Vi har under arbejdet med denne problemstilling mødt mange – både i og uden for almen praksis – som ikke mener, at det er ”noget”, praktiserende læger har brug for. Her må vi som fagligt selskab virkelig hejse den akademiske fane. Vores fag degraderes til et andenrangs speciale, hvis det ikke

er muligt for vores medlemmer at kunne holde sig opdateret. Og det er et dårligt signal at sende i forhold til rekruttering af kommende speciallæger. Vi ved selvfølgelig godt, at det ikke er hver dag, at vi har behov for at søge videnskabelig litteratur, men det er heller ikke tilfældet for mange kolleger i sekundærsektoren.

Forhistorien er, at vi tidligere gennem regionerne via DEFF-net har haft adgang til videnskabelig litteratur ligesom vores kolleger i sekundærsektoren. Denne mulighed blev imidlertid sparet væk.

Både bestyrelsen og Forskningsudvalget i DSAM har forsøgt at gøre opmærksom på det u hensigtsmæssige i dette gennem det seneste år. Da problemet stadig er uløst, har DSAM nedsat en taskforce bestående af formand Anders Beich, FYAM-repræsentant Lasse Eck, journalist Sine Barrett-Madsen, sekretariatschef Louise Hørslev og undertegnede Anne Møller, som er formand for Forskningsudvalget. Formålet med taskforcen er at afdække problemerne og at undersøge, hvilke mulige løsninger der kan være. Men er det egentlig et problem, at vi ikke har denne adgang længere?

Svaret på det er, at vi kommer til at stå fagligt svagere på alle områder,

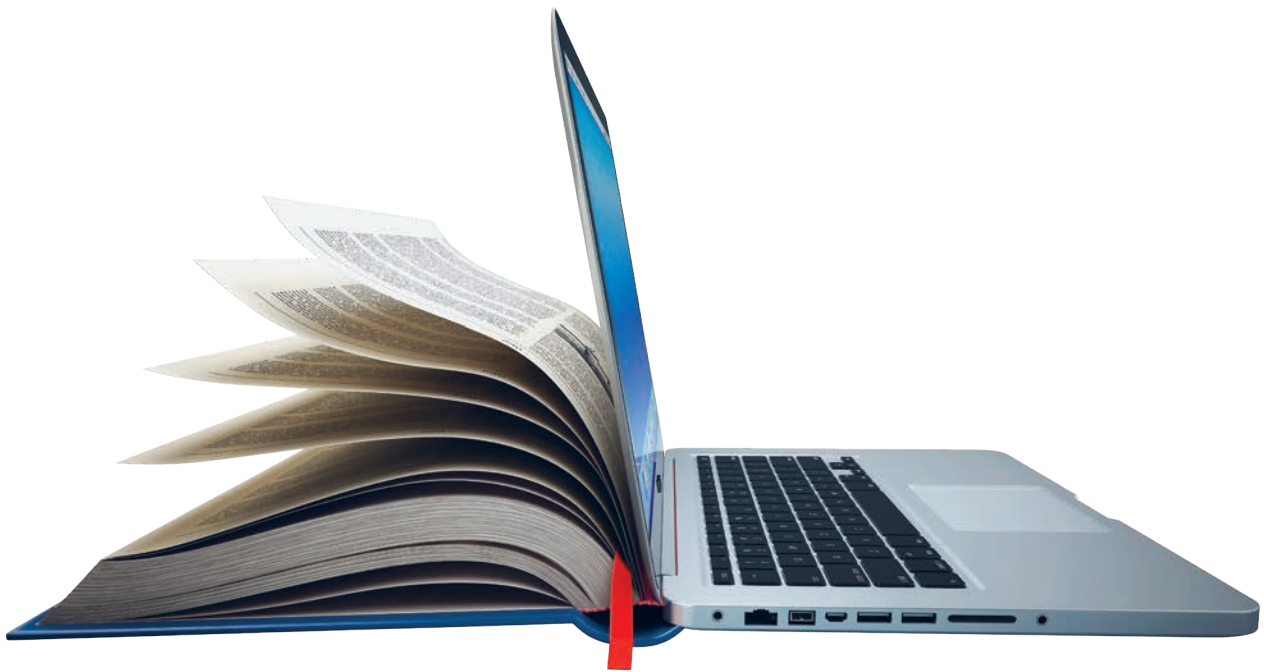
hvis vi ikke har adgang til den videnskabelige litteratur.

Dårligere mulighed for at udøve evidensbaseret medicin

Helt overordnet mener vi i DSAM, at alle læger i det danske sundhedsvæsen bør have uhindret adgang til den brede samling af data og resultater, der findes, da det udgør grundlaget for at udøve evidensbaseret medicin. DSAM's vejledninger og FAQta-ark dækker ikke samtlige kliniske områder, som berøres i almen praksis, og der skal være mulighed for at supplere denne viden gennem bred adgang til videnskabelig litteratur.

Dårligere uddannelse af vores unge kolleger

Som en del af speciallægeuddannelsen har uddannelseslæger i almen praksis et obligatorisk kursus i forskningstræning, hvor de har behov for adgang til videnskabelig litteratur. Gennem kurset bliver de trænet i literatursøgning, og de lærer at bruge videnskabelig litteratur som et redskab i deres videre uddannelse og efteruddannelse. Aktuelt er de ikke i stand til at opfylde målene for kurset pga. den manglende adgang til videnskabelig litteratur. Alene det faktum



er jo voldsomt diskriminerende ift. deres kolleger i andre specialeuddannelser.

Dårligere efteruddannelse

Med adgang til videnskabelig litteratur sikrer man lægens efteruddannelse i forhold til den generelle læring og opdatering til gavn for patienterne, men også når der skal researches i konkrete sygdomsproblemstillinger. Det kan være, når man som praktiserende læge møder patienter med sjældne sygdomme, hvor der kan være behov for at søge bredt i litteraturen for erfaringer med denne tilstand.

Undersøgelser fra PLO-E viser, at praktiserende læger (selvfølgelig) har forskellige behov i forhold til efteruddannelse og faglig opdatering. Derfor bør de selv kunne opsøge viden, hvis de ønsker dette fremfor for eksempel at deltage i et kursus. Manglende adgang til videnskabelig litteratur giver også dårligere arbejdsforhold i klynge- og kvalitetsarbejdet. Essensen af klyngearbejdet er jo netop, at læger inspirerer hinanden og i fællesskab bliver klogere på data og den bagvedliggende videnskab.

Hindring af det faglige arbejde

Hvis almen praksis skal kunne rekrut-

tere klinisk arbejdende kolleger til at medvirke i udarbejdelsen af kliniske vejledninger, skal de have uhindret adgang til litteraturen, ellers giver det ikke det bedste vidensgrundlag for vejledningen. Som Lotte Hvas beskriver i en anden artikel her i Practicus, har vi også mange kolleger, der er udpeget i forskellige grupper, f.eks. i regi af Sundhedsstyrelsen, og de skal selvfølgelig have samme adgang til videnskabelig litteratur som de øvrige kolleger og samarbejdspartnere.

Hvilke løsningsmuligheder er der?

Vi har i løbet af det sidste år undersøgt, hvilke muligheder der er for at få et antal licenser til deling, og hvem der skal betale regningen. Vi mener fra DSAM's side, at det er oplagt, at det er en del af aftalen med Danske Regioner. En anden mulighed kunne være at lægge det ind under PLO som en del af efteruddannelsen. Det fjerner ikke problemet for vores uddannelseslæger, hvor der i så fald skal findes en anden løsning. Fra DSAM's side har vi bragt problemet op i Lægeforeningens Forskningsudvalg flere gange, og Anders Beich, formand for DSAM og medlem af Lægevidenskabelige Selskaber (LVS), har ligeledes bragt problemet op dér. Vi er i samar-

bejde med LVS med i den store "Vælg klogt"-satsning, hvor adgang til litteratur også er relevant.

Fremtiden

Der er fortsat behov for at kunne faktatjekke sin viden – også i almen praksis. Det seneste halvandet år under coronakrisen har vi oplevet at få serveret "nyheder" og fake news på daglig basis, så behovet for videnskab er fortsat til stede. Der er heldigvis en global bevægelse i gang, som sikrer fri adgang til litteratur gennem "open access" – som dog er meget bekostelig for forskerne, der så betaler for publiceringen – men en række af de tidskrifter, som praktiserende læger har brug for adgang til, ligger stadig bag en betalingsmur. Derfor er arbejdet for at sikre adgang vigtigt af både principielle og konkrete årsager. Adgang til videnskabelig litteratur er ikke bare glasur eller flødeskum – det er en grundlæggende ingrediens i vores daglige faglige arbejde.

Vi arbejder videre i taskforcen med tanker om, hvordan adgangen kan finansieres og deles blandt dem, der arbejder i almen praksis. Gode forslag til, hvordan vi løser opgaven, modtages med kyskhånd. Skriv til os på dsam@dsam.dk. //



Nordisk ledermøde på Frogner-sletten

Almenmedicinske ledere fra hele Norden mødtes i august til fælles seminar ved Oslo. Blandt de centrale temaer var fremtidens konferencer, internationalt samarbejde og specialeuddannelsen i almen medicin.

Mens sensommeren var ved at gå på hæld, mødtes almenmedicinske ledere fra Island, Finland, Norge, Sverige og Danmark til nordisk lederseminar. Det foregik lidt uden for Oslo på den smukke Frogner-slette. Deltagere var ledende personer fra de nordiske landes videnskabelige og faglige selskaber – i Danmark DSAM og PLO – og fra de yngre dele af sel-

skaberne. Rammen for mødet var Askeladdens Hus (Askepots hus), og det levede på bedste vis op til sit eventyrlige navn.

Filmoptagelser om de nordiske kerneværdier

En lille delegation fra DSAM bestående af Sanne Bernard (sekretær for NFGP) og jeg fløj til Oslo dagen før det nordiske lederseminar. Her mødtes vi med bestyrelsen fra NFGP og den kommende præsident for WONCA World, norske Anna Stavdal. Formålet var at optage en film om de nordiske kerneværdier, core values, som blev vedtaget i 2019. Når man er få ansatte, får man automatisk mange roller. Sanne og jeg agerede henholdsvis barnepige, makeupartist, produktionsleder, stikordsoplæser, snackindkøber, fotograf, koordinator og coach.

Med på Zoom havde vi Sine Bar-

rett-Madsen, der sørgede for at træne deltagerne i performance, inden de skulle på. "Husk at stemme konsonanterne og at smile," gentog hun ofte under træningen. Vi glæder os til at se den færdige film, som kommer i slutningen af september – også i en biograf nær dig. Eller måske ikke lige i en biograf, men I får et link til den i et nyhedsbrev fra DSAM. Filmen kan forhåbentlig bruges i mange sammenhænge, eksempelvis til at vise studerende over hele Norden, hvilket fælles fundament vi står på.

Hvordan ser fremtidens konferencer ud?

Lederseminaret startede dagen efter. Her blev det drøftet, om fremtidens nordiske konferencer skal være virtuelle, fysiske eller hybride. Der var enighed om, at det er vigtigt at kigge på målet for konferencerne, og at det skal

Askeladdens Hus dannede rammen om det nordiske ledermøde.
Foto: Louise Hørslev.





Alle deltagere samlet foran Askeladdens Hus. Foto: Louise Hørslev.



Behind the scene: Anna Stavdal skal præsentere et af de syv pejlemærker til filmen. Foto: Louise Hørslev.



NYGP's seks gæve frontkvinder. Foto: Louise Hørslev.



Den danske delegation. Foto: Louise Hørslev.

være med til at styre formen, samtidig med at man må skelne til det muliges kunst: Hvad kræver det af kræfter? Hvad får man ud af det? Hvad giver situationen mulighed for? Og i alle disse overvejelser skal også situationen med coronavirus tages i betragtning.

Seks gæve kvinder i front

Nordic Young General Practitioners (NYGP) er yngre læger i en sammenslutning på tværs af de nordiske lande. I front er seks gæve kvinder – fra Danmark Anne Mette Torp – der også deltog i lederseminaret. De fortalte om de spændende resultater og mål, de arbejder for. Blandt mange andre ting har de et stort fokus på at forbedre og stille krav til kvaliteten af specialeuddannelsen i almen medicin.

Det internationale perspektiv

Anna Stavdal gav en indføring i, hvad der sker på den internationale scene. Som kommende præsident for WONCA World var hendes besked til deltagerne klar: I er min base, og jeg er jeres bro til verden. Vi har brug for hinanden.

Alle lande stod for en workshop

Der var fem workshops – hvert land stod for en hver. Alle havde gjort sig umage med at lave en spændende og inte-

FRA DANMARK DELTOG

- Anders Beich (formand for DSAM)
- Bolette Friderichsen (næstformand for DSAM)
- Mireille Lacroix (næstformand for PLO)
- Roar Maagaard (formand for Internationalt Udvalg)
- Anne Mette Torp (repræsentant for NYGP)
- Sanne Bernard (sekretær for NFQF)
- Louise Hørslev (direktør for NFQF)

ressant præsentation, og der var efter hvert oplæg gruppearbejde, hvor erfaringer på tværs af landegrænser blev delt. Det gav anledning til spændende refleksioner og diskussioner. Vi drøftede eksempelvis lobbyisme og interessevaretagelse, og hvad det betyder at danne alliancer, skrive debatindlæg og være til stede på sociale medier. Ligesom vi drøftede vigtigheden af at synliggøre over for politikere, befolkning og samarbejdspartnere, hvad praktiserende læger laver, og hvordan de arbejder.

Den danske delegation stod for en workshop med realistisk medicin som tema, hvor de øvrige deltagere fik en indføring i, hvordan konceptet er opstået, hvordan vi arbejder med realistisk (og urealistisk) medicin, og hvordan klyngerne fungerer i Danmark. Der var også lejlighed til at diskutere på tværs af lande, hvilke udfordringer der er ved afviste henvisninger, defensiv medicin og udbrændthed.

Tilsvarende var der spændende oplæg og diskussioner om specialeuddannelsen, "Vælg Klogt" og overdiagnostik, og mange af temaerne viser sig i praksis at overlappende på kryds og

MIN OG SEKRETARIATETS ROLLE PÅ LEDERSEMINARET

Jeg og Sanne deltog som repræsentanter for NFGP, hvor vi er ansvarlige for økonomien i organisationen og for at planlægge og gennemføre mange af de møder, vi holder – eksempelvis NFGP-årsmødet, der altid holdes om foråret i København. I denne sammenhæng refererer vi til Johann Sigurdsson, der er formand for NFGP. Det arbejde, som vi udfører i regi af federationen, er indeholdt i vores daglige og primære job som ansatte i DSAM's sekretariat.

OM NORDISKE LEDERSEMINARER

Nordisk lederseminar finder sted hvert andet år – modsat året for de nordiske kongresser. Det er det land, der er vært for den kommende kongres, der organiserer og er vært på lederseminaret. På seminaret vedligeholdes og opbygges gode relationer, og erfaringer udveksles med vores nordiske kolleger. Det er stedet, hvor vi drøfter og beslutter fælles retninger for faget almen medicin.

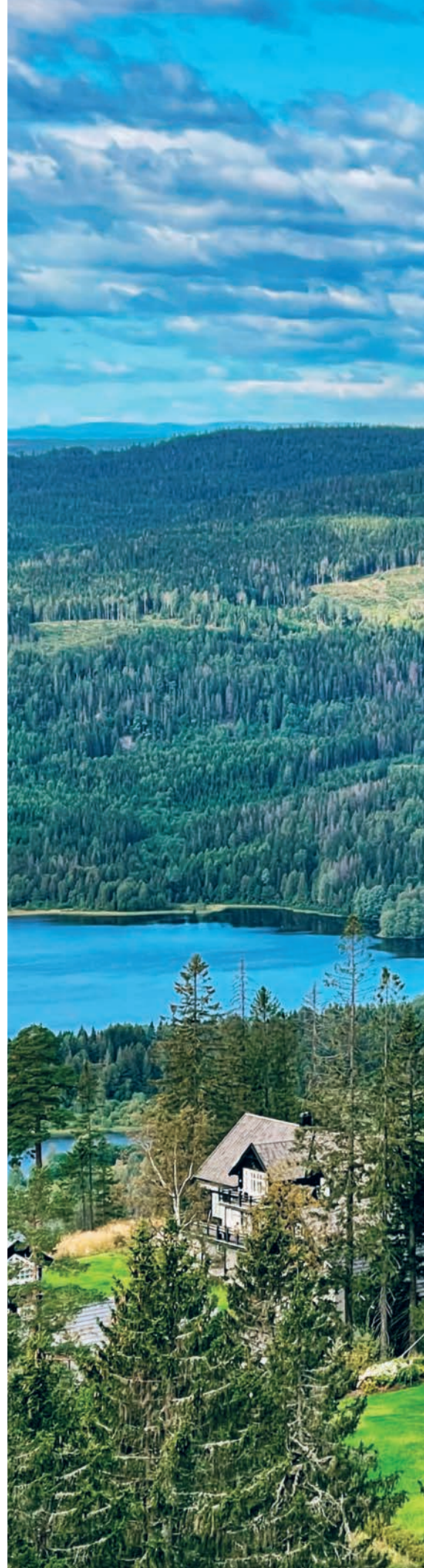
tværs. Finnerne stod for det sidste oplæg fredag eftermiddag, hvor en begyndende mathed var ved at indfinde sig, men det fik de afværget med to minutters pausegymnastik, som alle deltog i med gejst og entusiasme.

Det gør en forskel

De smukke omgivelser indbød til gåture. Man skulle dog stå tidligt op for at få plads til dette i programmet. De fleste dage var der fuldt program fra 09.00 morgen til 22.00 aften. Der var indlagt én udflugt, som gik til Rose-slottet, som er et imponerende kunstprojekt med fokus på Norge under 2. Verdenskrig.

Anna Stavdal og Johann Sigurdsson takkede under en af middagene middagen Anders Beich for at være havde været med i bestyrelsen i NFGP gennem de sidste seks år og for det store arbejde, som Danmark/DSAM tager ved at være sekretariat for foretagendet. Det er meget værdsat af de øvrige nordiske lande.

Vi skylder vores norske kolleger en stor tak for et velplanlagt seminar med et meget stort udbytte – fagligt såvel som socialt! Og som vi siger i DSAM: "Det gør en forskel, at vi kender hinanden". //



Hvad fik de danske deltagere ud af mødet?



ANDERS BEICH: Lederseminaret gav anledning til faglige refleksioner og konkrete input og ideer til, hvordan man kan løse de udfordringer, vi har i hele norden.

ANNE METTE TORP: Jeg deltog som yngre læge og forventede, jeg skulle "være med på en lytter". Det viste sig, at diskussionerne om visionerne for almen praksis og de fælles udfordringer, vi har i de nordiske lande, også var relaterbare for mig. Det har været spændende at se sit fag i helikopterperspektiv.

BOLETTE FRIDERICHSEN: Dejligt at opleve, vi har fælles forståelse af faget: continuous, comprehensive person-centred family medicine. Men vores vilkår for at udfolde faget er godt nok forskellige. I Sverige har politikerne stadig ikke forstået værdien af "egen læge" og belønner i stedet vårdcentralerne for hurtig tilgængelighed - en læge er vel en læge. Lægerne/vårdcentralen har ikke patientlister - du tager, hvad der kommer.

Guidelines er ikke udviklet til almen praksis. Man må nøjes med sygehusenes, som kan være indbyrdes uenige, for der er ingen national konsensus. I Finland kæmper man mod et monster, der hedder "occupational doctors" - en slags bedriftslæger, som virksomhederne skal ansætte. Dem er der nu 2000 af, og det er oftest almenmedicinere, som derved trækkes ud af den offentlige almen praksis for udelukkende at servicere disse raske arbejdere. Og efterlader kæmpe huller i lægedækningen.

I Norge er honoreringen blevet reduceret en smule hvert år - relativt til opgaverne - så økonomien ligeså stille er blevet forringet, så meget at folk siver fra faget. En avis har for nylig kortlagt hullerne: 100.000 nordmænd



står i dag uden egen læge. Ingen beslutningstagere så det komme snigende - formentlig fordi det er de mange små kommuners eget ansvar at skaffe lægedækning, så et samlet politisk overblik har manglet. Nu skal de så have vendt skuden.

På Island er de 400.000 borgere, dvs. færre end i Aarhus by. De har to sygehuse. De tre sektorer har fælles elektronisk journal, dog med et hjørne reserveret til almen praksis som arbejdsredskab.

ROAR MAAGAARD: Altid godt at møde gode og engagerede kolleger fra vores nordiske broderlande - og specielt at diskutere forbedelserne til Nordisk Kongres i Stavanger næste år med Olav Thorsen, der står

i spidsen for denne. "Digital first!" overraskede mig desuden! Nemlig det at man ("systemet") i flere lande nu nærmest kræver, at patienterne først henvender sig digitalt for at få kontakt med lægen - oftest screenes dette så af en sygeplejerske først. Patienterne er ikke tilfredse, og et belgisk studie viser, at det samlet set giver større lægebelastning. Not to have!

MIREILLE LACROIX: Det har været fascinerende ikke bare at opleve, hvor ens vi tænker rent fagligt (det vidste jeg egentlig godt), men også, hvordan vores udfordringer overlapper. De andre nordiske lande har til dels samme kampe med deres politiske systemer, som vi har. Som

næstformand for PLO's bestyrelse kunne jeg ikke lade være med at bide mærke i, at nordmændene havde fået lov at beholde aftalt tk. Jeg har fået masser af inspiration til det videre arbejde i PLO og har tænkt mig at

holde kontakten til den norske almenlægeforening, da jeg tror, vi kan lære af deres forhandlingserfaringer. //





De mange udpegede har en vigtig funktion

Tak til alle dem, der repræsenterer DSAM og faget i eksterne arbejdsgrupper. Det er en vigtig funktion – men hvad indebærer den?

ges. Heraf er de 60 fundet uden for repræsentantskab og bestyrelse, pga. deres specielle viden, interesse eller faglige engagement i en given problemstilling. Det kan f.eks. være fra forskning, undervisning eller praksis-konsulentområdet.

Engagerede og vidende kollegaer repræsenterer faget

For DSAM er det afgørende at kunne trække på engagerede kollegaer, der har lyst til at give et nap med og lade sig udpege på fagets og kollegaernes vegne. Det handler typisk om at bi-

”Ja, jeg deltager gerne i en arbejdsgruppe om dette - det lyder relevant.” Svaret kom ret prompte fra en praktiserende læge, som jeg havde kontaktet, for at høre om hun ville repræsentere DSAM i en arbejdsgruppe i Sundhedsstyrelsen.

Og hun er på ingen måde nogen enlig svale. Faktisk har det været rigtig positivt at mærke, hvor mange kollegaer der har lyst til at påtage sig faglige opgaver for selskabet, til trods for at der ikke just mangler ting at lave i praksis.

Der er aktuelt 71 praktiserende læger, som via DSAM er udpeget til forskellige eksterne arbejdsgrupper, primært i Sundhedsstyrelsen, men også til konkrete arbejdsopgaver i regionerne, Sundhedsministeriet, Styrelsen for Patientsikkerhed og i andre specialeselskaber eller patientforeninger, hvor DSAM's stemme efterspør-



drage til udarbejdelsen af vejledninger, forløbsplaner, kliniske databaser, nationale kliniske retningslinjer og nationale rekommandationslister. Det er vigtigt, at DSAM deltager i arbejdsgrupperne. Dels fordi viden om den almenmedicinske måde at tænke og handle på er relevant i mange sammenhænge, men også for at undgå, at de praktiserende læger pludselig bliver præsenteret for forslag til nye opgaver eller arbejdsopgaver, som er uhensigtsmæssige i praksis. Det er altid lettere at være med til at udforme en løsning end at forsøge at rette op på noget, som andre har lavet uden kendskab til vores område.

Forventningsafstemning og dialog

Det er vigtigt med en forventningsafstemning og en god dialog mellem de udpegede og bestyrelsen/ sekretariatet. På den ene side skal de udpegede føle, at de får den nødvendige opbakning og mulighed for sparring, som de har brug for. På den anden side er det vigtigt, at den udpegede rent faktisk repræsenterer hele almen praksis - læger, personale og patienter - uanset geografiske forhold. Det er også vigtigt, at eventuelle anbefalinger ikke udelukkende udspringer af særinteresser eller et specielt engagement i en given problemstilling, men også kan være en hjælp for læger, der er på kanten af udbændthed, og som ikke kan påtage sig nye opgaver.

For den DSAM-udpegede handler det altid om at give den faglige vinkel på en problemstilling. Hvis det drejer sig om organisatoriske eller overenskomst-mæssige forhold, vil PLO typisk også deltage i gruppen eller blive inddraget undervejs.

Spørgeskemaundersøgelse: relevant arbejde, men behov for sparring og netværk

For at få en direkte dialog med dem,

der er "ude i marken", har DSAM i foråret 2021 gennemført en spørgeskemaundersøgelse, hvor de udpegede blev spurgt om deres erfaringer med at repræsentere faget udadtil.

Undersøgelsen viste (heldigvis), at de fleste oplevede arbejdet som relevant og gerne vil bidrage igen. Men spørgeskemaundersøgelsen bekræftede også vores fornemmelse af, at arbejdet kan føles ensomt. Ofte deltager man som ene person fra almen praksis, muligvis flankeret af en eller to andre repræsentanter fra primærsektoren. Resten – måske omkring 20 personer – er ofte fra sekundærsektoren og regionerne, og man kan ikke forvente at kunne udrette mirakler. Men i arbejdsgrupperne er der oftest stor lydhørhed for, hvordan tingene foregår i almen praksis, og det er bestemt ikke spildt, når de udpegede bruger taletid på at beskrive, hvad der er relevant for os, hvad enten det handler om formulering af PICO-spørgsmål eller anbefalinger i relation til en klinisk problemstilling.

Såvel sekretariatet som bestyrelse har noteret sig, at der er stort behov for sparring og netværksdannelse for at støtte de personer, som er sendt i byen – et arbejde, der skal udvikles fremover. Ud over små virtuelle netværk er det aftalt, at de udpegede kan mødes ved DSAM's årsmøde. I forbindelse med det aktuelle årsmøde, som også markerer DSAM's 50 + 1-års jubilæum, er alle de udpegede inviteret til at deltage, for på den måde at sige tak til alle dem, der er taget til møder ude i byen med DSAM-kasket på!

Informationsskrivelse til de udpegede

Spørgeskemaundersøgelsen har også konkret medført, at der nu på DSAM's hjemmeside kan findes oplysninger om, hvad det indebærer at være udpeget og repræsentere faget udadtil.

For den DSAM-udpegede handler det altid om at give den faglige vinkel på en problemstilling.

Et par ord om økonomien

De fleste møder foregår i dagtiden. Arbejdet i arbejdsgrupperne er normalt ikke honoreret, men det er lykkedes at få Sundhedsstyrelsen til at forstå, at praktiserende læger har andre forhold end de regionalt ansatte, eftersom lægerne enten skal lukke klinikken eller skaffe en vikar. Derfor bliver der for hver enkelt praktiserende læge lavet en honoreringsaftale, iht. Sundhedsstyrelsens retningslinjer.

I andre arbejdsgrupper, som ikke er en del af aftalen med Sundhedsstyrelsen, gives ikke honorar. DSAM vurderer fra sag til sag, om det er vigtigt, at vi deltager alligevel, og i så fald udbetaler DSAM en godtgørelse (svarende til den aftalte sats for DSAM-møder i dagtiden).

Lyst til at være med?

Måske har du endnu ikke prøvet at være udpeget, men har lyst til at være med i arbejdet? I så fald er du altid velkommen til at henvende dig til sekretariatet og fortælle om dine kompetencer og interesser. Rigtig mange står allerede opført i DSAM's interne ressourcedatabase, hvor vi kan søge, når vi mangler en person til en opgave. (Alle som står i databasen, er blevet spurgt og har accepteret – vi skal jo overholde gældende regler!) I forbindelse med nye opgaver vælger vi også nogle gange at efterlyse interesserede via DSAM's nyhedsbrev – så hold øje med det – og henvend dig i øvrigt gerne med ideer og forslag! //



Funktionelle lidelser

– hvordan fungerer det i Nord?

DSAM Nordjylland havde i år valgt at krydre deres valgmøde med en debat om funktionelle lidelser. Mødet var velbesøgt med 39 fremmødte i lokalet, heraf flest praktiserende læger, ca. 10 uddannelseslæger og tre indbudte hospitalsansatte læger, en psykolog og en regionsrådspolitiker.

Temaet var valgt, da Nordjylland siden 1. november 2019 har haft Center for Funktionelle Lidelser ved Aalborg Universitetshospital. Vi ønskede med mødet at opfriske vores viden om emnet og skabe en debat om samarbejdsfladerne mellem os i praksis, centeret, psykiatrien og diagnostisk center. Hvor og hvordan henter vi hjælp? Og er der patienter, der lander mellem stolene?

Charlotte Forstrøm, almenmediciner af uddannelse og overlæge ved Center for Funktionelle Lidelser i Aalborg, fortalte om centeret, som er placeret under socialmedicinsk enhed og bemandes af en læge, en psykolog og en socialrådgiver. Målet er at se 200 patienter pr. år, hvilket ikke helt kan nås med den nuværende bemanding. Aktuelt er der 10 måneders ventetid og ønske om mere personale og lægetid. Centeret i Aarhus har to års ventetid lige nu, så det er tiltrængt med flere behandlingssteder – også andre steder i landet.

Charlotte fortalte om ICD10-koder-

ne fra 2019 for funktionelle lidelser, som er delt op i enkelt organ (specificeret ud), multiorgan og almen træthed. Der kræves mindst tre symptomer fra symptomgruppen inden for et organsystem, før det kan kaldes en funktionel lidelse, og varigheden skal være mindst tre måneder. Helbredsangst derimod er en selvstændig diagnose, som behandles med psykologisk intervention og ikke hører under centerets behandlingsområde i Aalborg.

Symptomer fra flere organer

De fleste, som henvises til centeret, har multiorgansymptomer, og de skal have været i mindst seks måneder. Brug evt. CMDQ-skemaet (Common Mental health Disorder Questionnaire) fra webpatient til at få overblik og skelne mellem funktionel symptombyrde, helbredsangst, angst og depressive symptomer.

Patienterne, der ofte har et lavt funktionsniveau, klarer fint det omfattende program. De ledes igennem i centeret ved læge, psykolog og fysioterapeut, psykoedukation med fami-

lien og et 10-ugers forløb med fremmøde to gange om ugen ved fysioterapeut og/eller psykolog.

Centeret er indrettet hyggeligt med bl.a. stillerum, hvor man kan trække sig tilbage. Patienterne skal bl.a. lære at mærke egne grænser. For at lære dette skubbes der til grænserne. Formålet er, at patienterne provokeres og lærer at sige fra. Dette er en del af behandlingen, og det hindrer ikke, at der er en god tone på stedet, og at både patienter og personale kan lide at være der.

Lyt til patienterne

Gunnar Lauge var indbudt fra diagnostisk center i Hobro. Vi drøftede, hvilke patienter der hører til i diagnostisk center, og hvornår vi skal turde at sige, at nok er nok i forhold til udredning.

Symptomer, der varer ud over tre uger og under tre måneder, kan evt. høre hjemme her. Det vil sige funktionelle symptomer, som varer i mere end tre måneder, hører ikke hjemme i diagnostisk center. Tør man sige til patienterne: ”Jeg tror, du har kræft” –



Marianne Rosendal kom med mange gode redskaber, som vi kan bruge til at hjælpe vores patienter og til at sikre arbejdsglæden hos os selv. Foto: Bolette Friderichsen.



Der var stor interesse for medlemsmødet i Nordjylland. Foto: Bolette Friderichsen.

da kan de høre til i diagnostisk center, hvis ikke der findes en organspecifik pakke.

CT-TAB via egen læge (hvis relevant) fås hurtigere end via diagnostisk center. Og Gunnar bad os afvente svar, før vi henviser. Og tag MAS-blodprøver, som ikke er taget nyligt. Måske findes den rette pakke efter scanningen. Men der kan altså scannes for mange. Incidentalomer og uspecifikke noduli ses hyppigere og hyppigere med finere og finere scanninger. Lungemedicinernes noduli-ambulatorium for accidentelt fundne dimser flyttes formentlig i nær fremtid ud til almen praksis, advarede Gunnar Lauge om. Spørg altid: Er scanning nødvendig? Hvornår er nok nok?

Og lyt så til patienternes frygt, og hvordan det påvirker deres liv at have disse symptomer – derved kan spares mange scanninger og undersøgelser.

Flere redskaber i skuffen

Marianne Rosendal, almenmediciner og forsker ved Funktionelle Lidelser i Aarhus, gjorde os i flyvende fart klogere på, hvilke redskaber vi kan have i skuffen til at hjælpe vores patienter.

Redskaberne er beskrevet i en serie af artikler i Månedsskrift for Almen Praksis, og der er mange, vi over tid kan trække op af skuffen for at gavne vores patienter og egen arbejdsglæde.

Nyttige redskaber

1. Symptommennesket, hvor de ofte mange symptomer fra flere organsystemer skrives på
2. Drøft risikofaktorer – arv, opvækst og oplevelser
3. Udløsende begivenheder i livet ved symptomernes begyndelse
4. Forstærkende og vedligeholdende faktorer

5. Lav en livsline med patienten (evt. hjemmearbejde) og sammenhold med symptomdebut og undersøgelser
6. Drøft Filtermodellen – se film fra funktionellelidelser.dk – om filter mellem kroppen og hjernen
7. Ugeskema til symptom og aktivitetsregistrering er godt at blive klog af for ptt
8. Hjælp patienterne til aktivitetsregulering vha. zonemodellen – rød, gul, grøn
9. Måltrappen bruges til at planlægge opnåelse af mål trin for trin
10. Værdiafklaring mhp. at nå mål og ønsker og ikke kun smerteundgåelse/symptom-undgåelse.

Da dette arbejde kan være noget omfattende i almen praksis, kunne Marianne glæde os med, at de længe har været i gang med at udvikle et selvhjælpsprogram, som vi blot skal introducere for patienterne. Det er et internetbaseret program til selvhjælp, og det testes i løbet af det næste år i et randomiseret studie (læs mere på www.mine-symptomer.dk). Vi fik en fin smagsprøve.

Mødet blev afsluttet i god stemning med fællesfoto, valgmode og velfortjent tapasmenu.

DSAM Nordjylland takker for det flotte fremmøde og håber, at vi ses til årsmødet den 1. oktober. //



WONCA Europe 2021

– en anderledes digital kongres!

WONCA Europe har netop afviklet endnu en vellykket digital kongres i Amsterdam. Der var rigtig meget godt fagligt indhold, men det er lidt vanskeligt at skabe den rette kongresstemning digitalt, selvom der var gjort forsøg på det.

WONCA Europe holder hvert år en kongres i et europæisk land. Normalt deltager mellem 2.000 og 5.000 læger i kongressen. Da vi var værter i 2016 i Bella Center var der 3.500 deltagere. Cirka en tredjedel plejer at være yngre læger, og de resterende er så en skøn blanding af praktiserende læger, der arbejder klinisk eller er forskere i almen medicin – eller som deler deres arbejdsliv mellem de to funktioner. Antallet af danske deltagere varierer meget: fra omkring 30-50 og op til over 600, som deltog i København.

Mange af os husker tilbage på gode kongresoplevelser i europæisk regi. Det kan være en fængslende keynote-forelæsning, der satte praksishverdagen i skarpt relief. Det kan være mødet med kolleger fra ind- og især udland, der gjorde indtryk, eller som måske har skabt en forbindelse, der stadig er der, og som revitaliseres ved fremtidige WONCA-kongresser. Sådan har jeg i hvert fald selv haft det. Men så kom coronaen ...

WONCA Berlin i juni 2020 blev erstattet af en digital kongres i december 2020. Tyskerne og specielt deres kongrespræsident, Erika Baum, havde lagt enorme kræfter i at skabe et brag af en kongres – så det var ærgerligt at måtte "nøjes" med en digital kongres. Hvor var kollegerne? Og hvor var Berliner-stemningen? Pist væk.

Store forventninger til Amsterdam

Mange troede så, at coronavirus og COVID-19 ville være skudt så meget til hjørne i juli 2021, at vi kunne komme til kongres i Amsterdam. Her har man været vært en gang før, hvor de skabte et brag af en kongres, der jo bl.a. medførte dannelsen af de unge

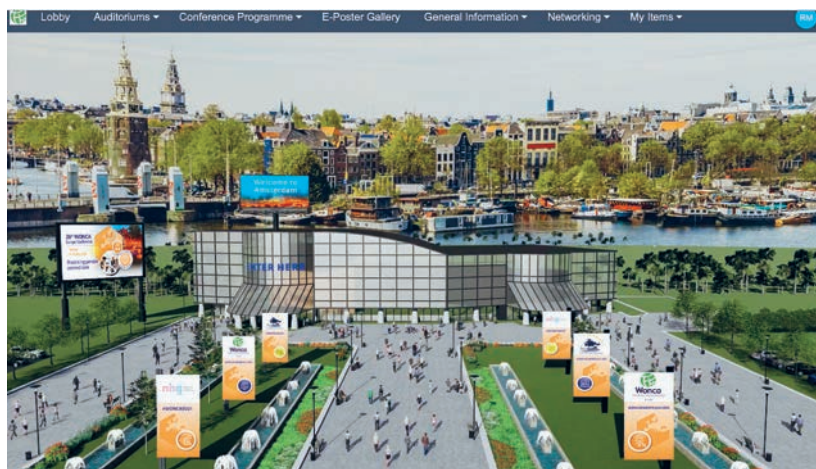
europæiske almenmedicinernes organisation (Vasco da Gama Movement). Almen medicin er forskningsmæssigt langt fremme i Holland, så forventningerne var store! Og indrømmet: Mange af os glædede os såmænd også til stemningen i byen – en varm eftermiddag på en café ved kanalkanten i Amsterdam. What's not to like?

Men sådan skulle det ikke være – det endte som i Berlin med en digital kongres.

Hvordan gik det så?

I Berlin var der knapt 2.000 deltagere og i Amsterdam 1.266, hvor godt 400 var yngre læger. Det digitale setup gør det muligt at deltage fra oversøiske lande, så der er en bredere global tilstedeværelse ved de digitale kongresser. De 13 danske deltagere fyldte ikke

Der er en bredere
global tilstedeværelse
ved de digitale
kongresser.



Skærbillede af den virtuelle kongresbygning mødte deltagerne ved Wonca Europe 21.

meget – specielt ikke mod de 307 fra Holland og de 244 fra Portugal. Typisk kommer der mange deltagere fra Spanien og Portugal. Det skal dog nævnes, at der var danske oplæg, inkl. et keynote-bidrag af Ulrik Bak Kirk, så Danmark var bestemt repræsenteret.

Man havde i år haft lidt længere tid til at forberede det digitale setup, så de tekniske løsninger spillede lidt bedre og var enklere end i Berlin. Man havde lidt mere fornemmelsen af en kongres og ikke blot et udvidet Zoom-møde. Nogle af skærbillederne illuderede kongresbygning, plenumsal og parallelle sessionslokaler.

Nogle læsere har måske deltaget i kongresser digitalt, hvor man som deltager udstyres med en "avatar" og kan bevæge sig digitalt rundt mellem de øvrige kongresdeltagere – og endda prikke en kollega på skulderen for at indlede en samtale, som man jo typisk gør i plenary room, inden forelæsningsen går i gang. Dette avancerede system anvendte man dog ikke i Amsterdam – og derfor var interaktionen med andre kongresdeltagere ikke intens. Man havde dog forsøgt at skabe muligheder for social interaktion i en "network lounge", hvor man kunne gå ind mellem og efter de faglige ses-

sioner, men den livlige kongressnak udeblev.

Klinik og kongres – samtidig

I modsætning til ved en fysisk kongres havde man lavet dagsprogrammet sådan, at det var muligt at have flere timer med normal klinikdrift imellem sessionerne, idet programmet først blev tætpakket fra ca. kl. 12-14, og man kunne så fortsætte indtil aftensmaden. Der var et stort udbud af sessioner, så jeg fandt, at der næsten hele tiden var interessante emner at følge.

Der var fem hovedtemaer ved kongressen, og de blev alle behandlet i tre trin: 1) en keynote gav state-of-the-art på området, 2) rundbordsdiskussioner i grupper af ca. 10 kongresdeltagere, og for de forskningsaktive var der så yderligere 3) en masterclass om forskning inden for området. Denne metode fungerede efter min vurdering godt og kan tages videre med til andre kongresser. Under sessionerne kunne man stille spørgsmål og kommentere i chatten. Det fungerede nogenlunde – men dog ikke som i real life.

Snart ses vi igen

Det var godt, at hollænderne valgte

Hvilke fordele var der ved den digitale kongres?

- Efter kongressen har deltagerne adgang til præsentationer og andet digitalt materiale i en tre-måneders periode. Fint! Men hvem får sig sat ned og gænsat præsentationer i sommerferien?
- Deltagelse er meget billigere – lavere kongresafgift, ingen rejse- eller hoteludgifter. Meget mere CO2-venligt...
- Deltagelse fra klodens fjerneste krog er nemmere.

Hvilke ulemper var der ved den digitale kongres?

- Man har slet ikke den samme "kongresoplevelse" med kolleger, der hører en keynote, som bare ændrer dit syn på egen praksis, og som du husker i årevis.
- Dialog i workshops og med oplægsholdere er mindre intens end ved en fysisk kongres.
- Den sociale interaktion med kolleger er næsten ikke-eksisterende under kongressen.
- De vigtige interaktioner i pauser og om aftenen er heller ikke muligt.

at holde en kongres – og givet konditionerne under COVID-19 må man sige, at det lykkedes de med. Men det bliver så godt, når vi kan mødes fysisk igen! Jeg hører, at mange glæder sig til Lægedage 2021 – og jeg tror også, at det gælder for de to internationale kongresser næste sommer:

- 21.-23. juni 2022: Nordisk Kongres i Stavanger, Norge.
- 28. juni-1. juli 2022: WONCA Europe i London, UK. //



Grøn Praksis:

Bæredygtighed i almen praksis – inspiration fra Sverige

Grøn Praksis er en interesseorganisation under DSAM. Grøn Praksis ønsker mere fokus på bæredygtighed i almen praksis, både i selve klinikken og i patientbehandlinger. Vi ønsker at bane vejen for alment praktiserende læger i hele landet, der gerne vil nedbringe deres CO2-aftryk.

For at finde inspiration har vi har kigget til vores nabolande og kom sidste år i kontakt med Ulrika Nyhammar, praktiserende læge i Region Värmland. Hun er ansat af regionen i en deltidstil-
ling som bæredygtighedsstrateg ved siden af sit arbejde i praksis. Ulrika arbejder altså med at implementere bæredygtighed i dagligdagen i lægehusene i Region Värmland.

Ideen opstod i den svenske lokale forening "Læger for miljøet" for et par år siden, og regionen var hurtigt med på ideen og oprettede en deltidstil-
ling til hende. Hun driver projekt "Hållbar Vårdcentral" – Bæredygtigt Lægehus – i Värmland, hvor de tester forskellige grønne tiltag på to udvalgte pilot-praksisser med håb om, at disse tiltag kan implementeres på regionens andre klinikker.

Deres fokus går primært på udskrivelsen af lægemidler og brug af engangsmaterialer, men de kigger også på energi, transport, affald, indkøb og rengøring, recepter og henvisninger, kommunikation og uddannelse og digitalisering. Målet er at reducere klinikernes klimapåvirkning med 25 pct. gennem disse tiltag.

Grøn Praksis følger spændt med på sidelinjen, da vi selv netop er i gang med at udvikle nogle konkrete og let tilgængelige tiltag til de danske praktiserende læger, således at de kan gøre deres daglige arbejde mere bæredygtigt. //



I Region Värmland er praktiserende læge Ulrika Nyhammar ansat som bæredygtighedskonsulent mhp. at få udbredt bæredygtighed i almen praksis i regionen ud fra pilotprojekter i to regionale lægehuse. Foto: privat.

EKSEMPLER PÅ RESULTATER OG ICANGVÆRENDE PROJEKTER

Affald

- Det anbefales at udskifte store affalds-sække til anden type, som man selv kan justere størrelsen på, for at reducere plastforbruget.
- Det skal være nemmere for det enkelte lægehus at bestille afhentning af sorteret affald.
- På flere sundhedscentre er der ikke plads til at gemme affaldssorteret materiale før afhentning. Alternative løsninger skal overvejes, f.eks. installation af et enklere skur i umiddelbar nærhed af sundhedscentret.

Behandlingsforløb

- Det planlægges at udgive retningslinjer for behandlingsforløb, hvor CO₂-udledningen kan mindskes.

Digitalisering

- Tværfaglige møder kan med fordel gennemføres som videomøder, f.eks. kommunale sygeplejersker og særlige bolig- og genoptræningsteams.

Energi

- Der foreslås bl.a. regelmæssige gennemgange af energiforbruget på arbejdspladserne.

Materialer og udstyr

- Lejepapir skal udfases helt. Dette er ikke nødvendigt. Og det er et omfangsrigt materiale, der både skal transporteres til og fra sundhedscentret.
- Sårpleje skal gøres mere effektiv, og der skal testes nye materialer og arbejdsmetoder. Der er brug for samarbejde med kommuner om indkøb og uddannelse.

Medicin

- Et projekt om medicingennemgang gennemføres af en læge, sygeplejerske og farmaceut baseret på udvalgte præparater.
- Der er desuden planlagt uddannelse om 'Medicin og miljø' for almenmedicinske uddannelseslæger. Senere vil der blive holdt faglige oplæg for læger og sygeplejersker i lægehusene.

Samarbejde med sundhedscentre

- Vi begynder at nå grænsen for, hvad der er muligt i forhold til at reducere sundhedscentrenes miljøpåvirkning. For at komme videre skal vi samarbejde tættere med personalet om at udvikle forbedringer, f.eks. er ændrede rutiner og daglige beslutninger nødvendige for yderligere at reducere miljøaftrykket.

Transport

- Rejsevaneundersøgelsen af personalets kørsel til og fra sundhedscentrene viser, at personalet kører 644 - 1.046 km i bil til arbejde og hjem hver dag om vinteren.
- Muligt tiltag: Muligheden for at booke digitale konsultationer betyder, at personalet kan foretage sådanne aftaler hjemmefra en dag om ugen. Der er eksempler på andet sundhedspersonale, der allerede har implementeret dette.
- En undersøgelse af patienternes indstilling til videokonsultation frem for fysisk fremmøde viser, at halvdelen af patienterne godt kunne forestille sig at afholde konsultationen digitalt med lægen.

Kilde: Statusrapport 2021 fra projekt "Hållbar Vårdcentral", Region Värmland





Autoritetstab eller fortolkningstab?

Mange alment praktiserende læger oplever, at de ikke mødes med den anerkendelse og myndighed, som lægen gjorde før i tiden. Men det betyder ikke nødvendigvis, at medicinen som institution har mistet sin autoritet.

I starten af juni i år havde jeg fornøjelsen af at deltage i DSAM's sommermøde i Region Midtjylland. Vi diskuterede professionsetik og det gode lægeliv. I den forbindelse kom vi også til at tale om autoritetstab og det forhold, at mange alment praktiserende læger oplever, at de ikke mødes med den samme form for anerkendelse og myndighed, som lægen gjorde før i tiden. I denne artikel vil jeg argumentere for, at oplevelsen af autoritetstab også kan betragtes som et fortolkningstab.

Autoritetstab

Det er utvivlsomt rigtigt, at den form for autoritet, som lægefaget tillægges

i dag, er anderledes end den var for tyve eller tredive år siden. Hierarkier forskyder sig, og i vores samtid lever vi efter devisen, at vi skal gøre op med paternalisme. Patienter har fået en aktiv stemme; de skal høres og indtages. Det er blandt andet det, som Ole Hartling, der også var til stede på sommermødet, klogt skriver om i sin bog, Den 8. dødssynd. Dødssynden er tingsliggørelse. Når mennesker tingsliggøres, gøres de til genstand for håndtering. De transformeres til noget, der skal 'gøres noget med'. Tingsliggørelse sker for eksempel, når patienten ikke lyttes til.

I denne artikel vil jeg argumentere for, at medicinen stadig nyder en høj

grad af autoritet. De forskydninger, som læger giver udtryk for som autoritetstab, kan tilskrives den måde, medicinen har udviklet sig på. Ikke bare qua det pågående opgør med paternalisme eller tingsliggørelse, men også qua medicinens stadig mere prædiktive fokus, der manifesterer sig som det, jeg her betegner som en tegnliggørelse af kroppen og livet. En tegnliggørelse, der følges af et fortolkningstab, og som læger naturligt kan opleve som et autoritetstab, men som også kan udlægges som det modsatte; nemlig en stor tiltro til medicinen.

Tegnliggørelse

Det er et menneskeligt træk at ville foregribe død, ulykke og lidelse. I vores del af verden er foregribelsen af lidelse primært institutionaliseret i medicinen som forebyggelse af sygdom. Der er ingen tvivl om, at et fokus på tidlig diagnostik af kræft eller hjerte-kar-sygdomme og forebyggende eller prædiktive indsatser inden for

Både læger og patienter skal kunne skelne mellem en stadig voksende mængde af tegn og symptomer på sygdomme og kunne handle korrekt på disse.

Hierarkier forskyder sig, og i vores samtid lever vi efter devisen, at vi skal gøre op med paternalisme. Patienter har fået en aktiv stemme; de skal høres og inddrages.

fosterdiagnostik forbedrer eller forlænger mange liv. Det vil de fleste af os naturligvis betragte som et gode. Men vi skal også huske at spørge, hvilken betydning interventionerne har for det at være menneske, og hvilke moralske eller kropslige erfaringshorisonter de skaber. Det får vi en fornemmelse for ved at se på, hvordan vi taler om læger og patienter. I dag er det for eksempel muligt for patienter at komme for sent til læge. Og en patient er ikke-kompliant, hvis hun ikke engagerer sig i tests eller tager sin forebyggende medicin mod hjerte-kar-sygdomme. På samme måde kan lægen overse noget eller have reageret for langsomt. Når jeg i forbindelse med forskellige forskningsprojekter taler med mennesker om det at gå til læge, hører jeg ofte udsagn som: "Er min fremskredne alder mon et tegn på, at jeg bør få undersøgt mit kolesteroltal?" eller: "Er min datters brug af mobiltelefon tegn på, at hun er ved at udvikle en depression?" For mange mennesker er disse spørgsmål en naturlig og integreret del af livet, men de er også udtryk for, at både læger og patienter skal kunne skelne mellem en stadig voksende mængde af tegn og symptomer på sygdomme og kunne handle korrekt på disse.

Jeg har andre steder skildret, hvordan det, som vi i dag betragter som symptomer på kræft, er ekspanderet.

Træthed kan for eksempel være et tegn på mange forskellige ting: At jeg har arbejdet for meget. At jeg har en kræftknode et sted i min krop. At jeg sover for lidt. Tegnliggørelse i den kontekst henviser både til det forhold, at kropslige fænomener som biomarkører og sensationer samt handlinger knyttes til en sygdom, og til det forhold, at vi mennesker skal lære at praktisere nye former for distinktioner og fortolkninger for at kunne begå os. Der er ikke plads til en detaljeret gennemgang af flere eksempler, men det er ikke svært at komme på flere. I kan selv tænke videre over, hvordan forebyggelse af hjerte-kar-sygdomme har ændret sig i løbet af de sidste ti år, eller læse Erik Topol's bog "Deep Medicine" om kunstig intelligens, hvori han beskriver en vision for den prædiktive medicin, hvor algoritmer og sensorer transformerer socioøkonomisk status, kost-monitorering, digital adfærd og mange, mange flere af livets dimensioner til mulige tegn på fremtidig eller underliggende sygdom.

Fortolkningstab

De fleste af de eksempler, som I kan komme i tanke om, illustrerer formentlig, hvordan det prædiktive paradigme gør fremtidige sygdomme præsentere i nutiden. Ikke som sygdom som sådan, men som tegn og symptomer, vi skal være opmærksomme på, og

som moralske horisonter for, hvordan vi bør opføre os. Det besværliggør naturligvis den opgave, som patienter og læger står overfor. Og man kunne argumentere for, at når patienter bliver ved med at opsøge lægen med de samme spørgsmål, at søge informa-





[...] patienter og læger
står over for en
kompliceret fortolknings-
opgave, og det er
nærliggende for lægen at
forveksle fortolkningstab
med autoritetstab.

tion på nettet, inden de møder ind i klinikken, eller brokker sig, hvis de ikke får en henvisning til den skanning, de så gerne vil have, så er det i mindre grad et udtryk for autoritetstab end for et fortolkningstab: Hvordan kan du vide, at jeg ikke er syg eller er ved at blive det? Jeg har jo alle disse symptomer?”

Den prædiktive medicin er afhængig af diagnostiske teknologier og mange forskellige slags information. En læge kan på baggrund af patientens fortælling blot have en kvalificeret formodning om, hvorvidt en patient er rask, bør henvises eller følges tættere med forebyggende indsatser i en periode. Men aldrig være helt sikker. På samme måde kan en patient aldrig være helt sikker på, om hun fortolker sin krop rigtigt eller forkert, og om hun går til læge på det rigtige tidspunkt. Det udfordrer naturligvis den enkelte læges myndighed, men det betyder ikke, at medicinen som institution har mistet sin autoritet. Snarere tværtimod, kunne man måske mene? Vi er mere afhængige af medicinen end nogensinde før, når vi skal fortolke vores kroppe i lyset af samtidens moralske imperativ om at for-

blive raske så længe som muligt. Det bringer mig frem til den sidste pointe.

Hvem kan tolke kroppen?

Ifølge den franske filosof Maurice Merleau-Ponty er det et kendetegnende træk ved mennesket, at vi både har og er en krop. Min krop, eller det som han kalder egen-kroppen, danner udgangspunkt for min erfaring af verden, og den er genstand for min opmærksomhed, forståelse, søgen, tvivl og frygt. Vi er alle et sådant komplekst krops-selv. Jeg cykler og erfarer min cykling med og igennem min krop. Men jeg er også opmærksom på min krop som en genstand: Hvordan føles den? Er den syg? Er den rask? Opmærksomheden på min egen-krop sker i samspillet mellem mit indre, mine tanker og følelser, og en ydre verden, der er fyldt med handlinger, objekter, ideer og andre mennesker.

Med Merleau-Ponty kan vi sige, at den prædiktive medicins tegnliggørelse er en fremtrædende del af den ydre verden, der på forskellig vis trænger sig på og skaber nye muligheder for fortolkningen af egen-kroppen. Og at denne fortolkning vil variere fra menneske til menneske, idet vi erfa-

rer kroppen på baggrund af forskellige livsvilkår. Derudover skal vi huske, at medicinen, fordi den repræsenterer kampen mod lidelsen og døden, henvender sig til os mennesker på anden vis end for eksempel viden om fodbold eller madlavning gør det.

Vilje til livet, tiltro til medicinen

Når et menneske opsøger lægen, sker det med henblik på at få hjælp fra den autoritet, vi i vores samfund har til-delt myndighed til at tolke egen-kroppen og til at sikre os, at vi kan leve så længe som muligt. Det at gå til læge og give udtryk for sine kropslige erfaringer, at efterspørge undersøgelser eller tests, kan i den optik betragtes som en handling, der udtrykker vilje til livet og tiltro til medicinen. Men både patienter og læger står over for en kompliceret fortolkningsopgave, og det er nærliggende for lægen at forveksle fortolkningstab med autoritetstab. //



Af: Mette Fjølner Dupont, Anne Sofie Johnsen Frich og Emma Ladefoged Ditlevsen, alle hoveduddannelseslæger i fase 3, samt Annemette Bondo Lind, cand.mag., kognitiv terapeut, ph.d., ekstern lektor, Psylogisk Institut, AU, med i ledelse/organisation af Forskningstræningen - am@ph.au.dk

Uhensigtsmæssig skærmbrug hos børn

I denne opgave ved forskningstræningen for almen praksis i Videreuddannelsesregion Nord har vi analyseret, hvilke erfaringer og holdninger praktiserende læger har til deres rolle i primær og sekundær forebyggelse af uhensigtsmæssig skærmforbrug hos børn.

Studier viser, at børn i stigende grad vokser op omgivet af digital information og underholdning på skærme. I 2018 blev danske børn og unges forbrug af skærmbase medier undersøgt. Man opgjorde i dette studie børns gennemsnitlige daglige skærmtid som værende 1 time og 37 minutter for de 3-6-årige og 3 timer og 10 minutter for de 7-12-årige. Unge, der mistrives eller føler sig ensomme, er fundet mere tilbøjelige til at bruge mere tid ved skærmen, end dem, der trives godt. Samtidig ses børns forbrug af medier at have en tendens til at starte tidligere. Et empirisk studium har således vist, at børns debutalder for regelmæssig skærmbase mediebrug er skiftet fra 4-årsalderen til 4- månedersalderen over de seneste 40 år.

Forskning tyder på, at der kan være flere mulige negative associationer til et meget højt forbrug af skærmtid, hvoraf der er bedst evidens for overvægt og depressive symptomer. Andre potentielle associationer er vist at være større indtag af energitæt mad, mere usund diæt, ringere livskvalitet, adfærdsp problemer, angst, hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser, lavt selvværd og dårligere velvære. Feltet er dog komplekst, og der er ikke påvist nogen entydig kausalitet. Der er ikke tilstrækkelig evidens aktuelt til at kunne angive konkrete tidsgrænser for, hvornår skærmb brug bliver potentielt skadeligt for børn og unge. Sammenhængen mellem skærmb brug og trivsel tyder på at være U-formet,



Sammenhængen mellem skærmbrug og trivsel tyder på at være U-formet, således at et moderat til højt forbrug af digitale medier er associeret med god trivsel, mens et lille og ekstremt højt forbrug er associeret med mistrivsel.

således at et moderat til højt forbrug af digitale medier er associeret med god trivsel, mens et lille og ekstremt højt forbrug er associeret med mistrivsel.

Metode

Vi gennemførte en interviewundersøgelse blandt læger i almen praksis. Formålet var at undersøge, i hvilket omfang der aktuelt finder en primær og en sekundær forebyggelse sted af børns uhensigtsmæssige forbrug af skærmtid, og hvilken holdning lægerne har til evt. at skulle påtage sig en rolle i forebyggelsesindsatsen aktuelt og i fremtiden. Ved hjælp af en semi-struktureret interviewguide indsamlede vi data fra 8 individuelle interviews, hvor der var variation i køn og alder hos de interviewede. Vi analyserede data ud fra en tematisk kodnings- og analysemetode.

Resultater

Erfaringer med primær og sekundær profylakse

En enkelt læge spørger rutinemæssigt ind til skærmbrug ved 5-års børneundersøgelser. Størstedelen af de interviewede læger har ikke hidtil inkluderet primær forebyggelse af børns uhensigtsmæssige skærmbrug i de planlagte børneundersøgelser. Der er flere læger, der i løbet af interviewet åbner for muligheden for, at de vil overveje at indføre det som en fast del af børneundersøgelser på sigt.

"Jeg tror, at det på sigt skal lægges fast ind i børneundersøgelserne. Det

burde det da nok allerede, for det er jo kommet for at blive. Det er her jo."

Alle lægerne er enige om, at de har en rolle i at rådgive om uhensigtsmæssig skærmbrug hos børn, når der er mistanke om, at det er medvirkende årsag til symptomer eller sygdom.

"Jeg tænker ikke, at det er en lægeopgave, medmindre at de kommer med hovedpine, synsforstyrrelser eller noget andet. Hvis det resulterer i sygdom, har vi en rolle."

Vores fund viser altså, at en enkelt læge rutinemæssigt udøver primær profylakse ved 5-års undersøgelsen ved at nævne problematikken for forældrene. Derimod angiver alle lægerne, at de går ind i problematikken på indikation ved fysiske symptomer som f.eks. hovedpine og overvægt.

Læger savner evidensbaseret viden

Tre læger udtaler klart, at de ikke mener, at de har nok viden til at kunne rådgive om børns uhensigtsmæssige skærmbrug. En af disse læger giver udtryk for, at der mangler evidensbaseret viden, og lægen derfor af nød må rådgive ud fra sund fornuft.

"Jeg hader at skulle informere om noget, som vi føler er det rigtige. Jeg vil gerne have noget konkret og noget forskningsbaseret."

Under interviewet præsenteres lægerne helt kort for Sundhedsstyrelsens og WHO's vejledning til forældre vedrørende børns skærmforbrug. Ingen havde kendskab til disse vejledninger på forhånd. Dette får ikke nogen af lægerne til at ændre holdning.

Men flere af de læger, som var positivt indstillet over for at skulle deltage i primær profylakse, gav efterfølgende udtryk for, at det var meget konkret og brugbart i forhold til at vejlede forældre.

"Man kunne da faktisk godt tage den der med til en børneundersøgelse. Det kunne faktisk være fint, hvis myndighederne lavede en lille pjece om det, som man kunne give. Det er meget konkret."

Holdninger til primær og sekundær profylakse

To læger forholder sig tvivlende til, om de bør have en primært forebyggende rolle i fremtiden. Alle lægerne peger på, at den forebyggende indsats helt eller delvist bør varetages tættere på barnets hverdag i skole- og fritidsklubregi, gerne understøttet af nationale oplysningskampagner.

"Jeg synes ikke, jeg har en forebyggende rolle. Det må nogle andre tage sig af."

To læger udtrykker den holdning, at de kun skal rådgive om uhensigtsmæssigt skærmforbrug, når dette mistænkes for at forårsage sygdom.

"Jeg har en rolle, hvis kontakten har en sammenhæng med skærmbrug. Så skal vi give dem en grundig rådgivning omkring dette og forsøge at få forældrene til at forstå, at der kan være en sammenhæng."

Mange af lægerne giver udtryk for, at de ikke tidligere har tænkt over, at de måske kunne have en primær forebyggende rolle i rådgivningen af børn og forældre om uhensigtsmæssig skærmbrug.

"Jeg har været mest bevidst om min rolle, når det [skærmbrug] har været årsag til noget uhensigtsmæssigt, end jeg har tænkt min rolle som forebyggelse. Det må jeg sige. Der har jeg ikke været min rolle bevidst."

Fire ud af otte læger angiver i løbet af interviewet, at de er åbne over for, at de i fremtiden kan spille en primær forebyggende rolle i rådgivningen af

børn og forældre om uhensigtsmæssig skærmb brug, f.eks. ved systematisk at tilføje det til børneundersøgelser.

"Jeg tror ikke, jeg selv har påtaget mig en aktiv rolle i det endnu. Det har jeg jo heller ikke, når jeg ikke har puttet det ind som en fast del af vores børneundersøgelser endnu. Det kunne man jo godt overveje, om man skulle."

Flere læger pointerer, at de nuværende børneundersøgelser allerede indeholder rigtig mange elementer og udtrykker en skepsis over for, om der er plads til mere. Der er også flere læger, der nævner den voksende opgavebyrde i almen praksis, som ikke harmonerer med de allokerede ressourcer.

"Vi kan lave rigtig meget sundhedsforebyggende arbejde, men lige nu halser vi nærmest efter for at klare sygdomsbehandlinger, så på en eller anden måde træder det i baggrunden."

Skal almen praksis spille en rolle i primær eller sekundær forebyggelse i fremtiden?

Samstemmende med vores fund tyder forskning på, at praktiserende læ-

ger hovedsageligt bruger sekundær forebyggelse, hvor de rådgiver på indikation. Ligesom man har fundet, at den manglende primære profylakse bl.a. skyldes, at lægerne er bekymrede for at ødelægge læge-patientforholdet, da de ikke ønsker at fremstå belærende og give uvelkomne råd. Denne bekymring deler flere læger i vores studie også. Derudover udtrykker lægerne i vores studie flere af de samme barrierer for at rådgive primært profylaktisk om skærmtid, som allerede er kendt fra andre undersøgelser om forebyggelse af livsstilsfaktorer. Således finder man, at der er flere parametre, der har indflydelse på, hvorfor forebyggende indsatser ikke implementeres i tilstrækkeligt omfang i almen praksis – herunder mangel på tid, økonomisk kompensation, faglig viden og bekymring for at virke fordømmende.

Forskningen tyder på, at der kan være forskellige negative effekter af et uhensigtsmæssigt stort skærmforbrug. Samtidig er skærmforbruget hos børn i meget stor stigning. Der findes ikke nogen vejledning for almen prak-

sis om børns forbrug af skærmtid. Således er opgaven med primær og sekundær profylakse af børns usunde overforbrug af skærmtid endnu ikke en del af de opgaver, som eksplicit er pålagt de praktiserende læger. Dette overlader problematikken til den enkelte læges individuelle praksis og holdning.

Flere af lægerne forholdt sig skeptiske over for at indføre primær forebyggelse af uhensigtsmæssig skærmb brug hos børn i almen praksis, da de mangler evidens på området, ligesom de mangler evidens for, at varetagelse af denne rolle i almen praksis vil medføre øget folkesundhed og være samfundsøkonomisk rentabelt. Vi fandt, at flere læger ud fra refleksion og tilegnet viden under interviewene åbner for muligheden for at indgå i en tværsektoriel forebyggende indsats. Spørgsmålet er, om den sekundære profylakse af børns uhensigtsmæssige brug af skærmtid, måske snarere end den primære, kommer til at blive et fokusområde for almen praksis i fremtiden. //





KOL-projekt vinder lodtrækning i DSAM's vidensbank

En vinder er udtrukket blandt kvalitetsprojekterne i DSAM's nye vidensbank. Det blev yngre læge og FYAM-medlem Adeel Sethi, som gennemførte sit projekt "Manglende årskontrol af KOL-patienter pga. COVID-19 og nye GOLD 2020-guidelines" i Hajnalka Krisztina Jakobsens praksis i 2020. En stor buket blomster er på vej til Adeel Sethi. Practicus har stillet tre spørgsmål til vinderen.

Hvad var motivationen bag projektet?

KOL-patienter er en meget sårbar gruppe ift. den sociale ulighed i sundhedsvæsenet, hvilket er beskrevet i rapporterne "Ulighed i sundhed" fra Danske Patienter og "Social ulighed i sundhed og sygdom" fra Sundhedsstyrelsen.

Efter den første COVID-19-nedlukning i Danmark den 13. marts 2020 har mange ikke brudt sig om at befinde sig i det offentlige rum, herunder at besøge egen læge. Herudover har man i mange klinikker i almen praksis været bekymret for at udføre spirometri-undersøgelser under og efter nedlukningen pga. øget risiko for smitte til personalet. Det har betydet yderligere stigmatisering af KOL-patienter.

Formålet med projektet var at finde ud af, hvornår vores KOL-patienter sidst havde været til årskontrol, herunder spirometriundersøgelse.

Inspirationen til anden del af projektet kom af de nye GOLD 20-retningslinjer, hvor der nu anbefales, at der tillægges ICS ud over LABA, hvis der er eosinofili svarende til ≥ 300 celler/ μ L. Formålet med denne del var at undersøge, hvor mange af vores KOL-patienter der kan drage nytte af de nye GOLD 20-retningslinjer i form af opstart af inhalationssteroid samtidig med LABA-inhalation.

Hvilke resultater har I fået?

Ud af klinikkens 32 KOL-patienter har kun 6 patienter (19 %) været til årskontrol med spirometri. Andelen af de ikke-kontrollerede patienter er 26/32 (81 %). For de kontrol-

lerede patienter er der gået 158,5 dage eller 0,4 år kontra i gennemsnit 878,5 dage mod 2,4 år for de ikke-kontrollerede. Herudover var de kontrollerede og ikke-kontrollerede sammenlignelige for MRC, antal eksacerbationer og FEV1%.

Der var 10/32 (31 %) patienter med eosinofile leukocytter på eller over 0,3. Af de 10 patienter havde tre også astma og fik ICS-behandling sammen med deres grundbehandling for KOL. Derfor bør man ved næste årskontrol overveje at tillægge ICS-behandling hos de resterende syv KOL-patienter, hvis man følger GOLD 20-retningslinjerne.

Hvilke overvejelser og handlinger har det ført til i klinikken?

Vi blev klar over, at der lå en stor opgave med at få givet de ikke-kontrollerede KOL-patienter tid til årskontrol. Derudover har vi fået øget fokus på eosinofili ved årskontrolerne og bruger det som et pejlemærke ift. indikation for at tillægge ICS-inhalation, dog altid sammenholdt med de kliniske observationer i klinikken og anamnesen. Projektet var også en øjenåbner, for vi har nok underdiagnosticeret KOL, da gennemsnittet jf. DSAM's tal ligger på 125 KOL-patienter pr. klinik. Vi har fået øget fokus på forskellige patientgrupper som f.eks. rygere, som bør få en spirometriundersøgelse, hvis der er gået lang tid siden sidste undersøgelse. //





Tolkelovens konsekvenser for praktiserende læger og patienter

I 2018 blev der ved lov indført brugerbetaling i sundhedsvæsenet ved tolkebistand for patienter med bopæl i Danmark i mere end tre år. Det har påvirket den praktiserende læges behandling af patienter, der har begrænsede dansk kundskaber.

Tolkeloven er før, under og efter den trådte i kraft blevet anfægtet fra flere sider. Flere organisationer og foreninger, herunder Lægeforeningen, har kritiseret loven for bl.a. at skabe ulighed i

sundhed, være en trussel for patientsikkerheden og skabe en større bureaukratisk og administrativ byrde for sundhedsvæsenet. Samtidig anfægtes det etiske i en lovpraksis, der i praksis kan have alvorlige økonomiske og sundhedssolidariske konsekvenser.

Med dette forskningsprojekt sætter vi således fokus på de problemstillinger, der kan opstå på grund af fravær af professionel tolk i konsultationer, hvor der er en sproglig barriere. Vort mål med vores forskning er at belyse de konsekvenser, tolkeloven har for læger og patienter i praksis.

Lovens betydning for almen praksis

I forskningsprojektet har vi fokus på, hvordan og i hvor høj grad, der etableres forståelse mellem læge og patient, når der er en sprogbarriere, og hvilken betydning sprogbarrieren får for diagnostik og behandling. I flere af projektets delstudier udforskes tolkelovens konsekvenser for almen praksis. Gennem optagelser af konsultationer mellem patienter, der er i målgruppen for loven, og disses læger samt efterfølgende interview undersøger vi konsultationsprocessen, som den opleves uden tolkeadgang.

Årsagen til henvendelsen

Fraværet af tolk får bl.a. konsekvenser for, om patienten kan forklare sin henvendelsesårsag. Sprogbarrierer og for-

Forståelsesbarrierer i konsultationer uden professionel tolk hæmmer både læger og patienter. Kilde: Pexels.com





ståelsesproblemer kan medføre, at information går tabt, hvis patienten har svært ved at beskrive et symptom præcist, eller hvis lægen misforstår patienten. Smerte er eksempelvis i forvejen både abstrakt og subjektiv, og fraværet af en tolk kan gøre etableringen af en fælles forståelse af problemet særligt svær. Smertesympptomer er sværere at afkode, når der optræder en sprogbarriere, ligesom smerteproblematikker er sværere at diagnosticere med en præcision og forståelse, der kan lede til en passende behandling.

I mange konsultationer uden tolk må lægen og patienten bruge lang tid på at forsøge at opnå en fælles forståelse af patientens symptomer. Denne forståelse er afgørende for rettidig og fyldestgørende behandling af patienten. Et eksempel fra vores data illustrerer problematikken: En ældre patient henvender sig flere gange til både vagtlæge og egen læge, men på grund af sprogbarrierer forbliver årsagen til og omfanget af hans symptomer uafklarede, anamnesen udfoldes ikke tilstrækkeligt, og den akutte forværring i patientens helbredstilstand opdages ikke. Den praktiserende læge erfarer derefter, at han er blevet indlagt akut på intensiv med COVID-19. Fraværet af tolk kan derfor få store og alvorlige konsekvenser for patientens sundhed såvel som for samfundet. Forsinkel-

ser af diagnosticering og behandling, f.eks. i forbindelse med smittespredning, kan netop føre til større samfundsmæssige omkostninger som dyrere behandling og ringere chance for helbredelse, hvoraf tabt arbejdsevne og sygemeldinger kan følge.

Pårørende som ad hoc-tolk

Et af forskningsprojektets delstudier viser, at brugen af professionel tolk er faldet siden tolkeloven trådte i kraft, uden at antallet af patienter med begrænsede dansk kundskaber er faldet. I de indsamlede data fra projektets andre delstudier ses dette bl.a. ved, at flere patienter som konsekvens af brugerbetaling forsøger at begå sig på et sprog, de ikke er trygge ved, eller de vælger at dække deres behov for en tolk ved at bruge pårørende til at oversætte. Brugen af sådanne ad hoc-tolke kan medføre, at patienten udskylder lægebesøg, for ikke at bebyrde pårørende, oplever flere af patienterne.

Når patienten er nødsaget til at blive ledsaget af en pårørende, har den pårørendes forståelse af både patientens forløb og behandling og af den information og de spørgsmål, som lægen stiller den pårørende, betydning for overleveringen af information mellem patient og læge. Dette ses i det antal taleture, som lægen og den pårørende udveksler, inden patienten begynder at tale, ligesom i de taletu-

re, som patienten og den pårørende udveksler, hvor der ofte foregår længere samtaler mellem dem. De pårørendes forståelse for patientens problemstilling og lægens overlevering af informationer og spørgsmål til anamnese kan således fylde i konsultationsprocessen og påvirke muligheden for, at der kan skabes fælles forståelse med lægen om patientens problematik.

Lægens oplevelse

Forskningsprojektet belyser endvidere de bekymringer, som mange praktiserende læger udtrykker over lovens betydning for konsultationer med patienter med begrænsede dansk kundskaber. Lægen har en pligt til at sørge for tolk, hvis der er forståelsesproblemer pga. sprogbarrierer, men dette er i konflikt med, at disse patienter oftest er økonomisk dårligt stillede og derved har svært ved at betale. Desuden kan det ved akutte henvendelser ofte være svært at nå at etablere tolkebistand. Nogle læger oplever derfor at stå i et etisk og juridisk dilemma i mødet med disse patienter.

Vores foreløbige fund viser, at flere af lægerne får en følelse af utilstrækkelighed over for denne patientgruppe, og at de ikke kan yde et så godt lægearbejde, som de gerne ville. Flere har oplevet konsultationer, hvor de har måttet opgive at nå ind til kernen af problemet eller at kunne formidle en fyldestgørende forklaring og plan for egenomsorg. Bekymringen for at have overset noget på grund af fravær af tolk påvirker desuden lægernes arbejdsglæde. Herudover nævner flere læger, at de oplever, at fraværet af en tolk skaber et ekstra tidspres. Henvendelser må ofte følges op med flere konsultationer - der ofte har en tendens til at gå over tid - for at sikre en korrekt forståelse. Som en konsekvens af loven oplever flere af lægerne således en ringere tilfredshed med deres arbejde.

Sprogbarrierer og forståelsesproblemer kan medføre, at information går tabt, hvis patienten har svært ved at beskrive et symptom præcist, eller hvis lægen misforstår patienten.

Betydningen af manglende professionel tolkning

Vores foreløbige resultater viser, at både læger og patienters mulighed for at opnå en fælles forståelse påvirkes negativt efter indførelse af tolkeloven – og det kan have konsekvenser for både lægernes arbejdsglæde og pa-

tienternes lige adgang til sundhed. Tolkelovens konsekvenser rækker langt ud, fra selve samtalen i konsultationen og ind i patienternes og lægernes liv, da begge parter oplever, at det er en byrde, at der ikke kan være en professionel tolk til stede. //

OM PROJEKTET

Forskningsprojektet er et samarbejde mellem Center for Forskning og Uddannelse i Almen Medicin (Cæcilie Hansen, Annette Sofie Davidsen, Johanna Lindell og Melissa C. Lutlerodt), Center for Migration, Etnicitet og Sundhed (Camilla Michaëlis) og Afdeling for Nordiske Studier og Sprogvidenskab, Københavns Universitet (Christina Fogtmann). I projektet undersøges konsekvenserne af loven for læger og ikke mindst deres patienter.



PRACTICUS // dsam

Af: Anette Sonne Nielsen, cheffkonsulent og ansvarlig for vejledningsområdet i DSAM - s.sonne@dsam.dk

Nyt FAQta-ark om PTSD



DSAM har udarbejdet et FAQta-ark om PTSD, som giver praktiserende læger kort og faktuel viden om diagnostik og behandling. Med FAQta-arket i hånden er du hjulpet i kontakten med disse patienter. Anbefalingen er blandt andet at etablere en fast og tillidsfuld kontakt for at afdække symptomer og komorbiditet. Dette kan medvirke til at reducere stress, f.eks. under ventetid på behandling. Det er også relevant at spørge ind til pårørende for at høre, om der er noget at gøre for dem.

FAQta-arket har fokus på risikogrupper, som udgør personer, der har været udsat for fysiske og psykiske overgreb, personer i udsatte jobsituationer eller flygtninge m.fl. Der indgår også overblik over henvisningsmuligheder regionalt og nationalt.

Det er praktiserende læge og bestyrelsesmedlem i DSAM Lise Dyhr, der har stået i spidsen for en tværfaglig vejledningsgruppe, som har udarbejdet FAQta-arket om PTSD i perioden 2019-2020. Der var et eksPLICIT ønske fra nogle af samarbejdspart-

nerne om, at der skulle være henvisningsmuligheder regionalt og nationalt, og derfor indgår afsnit om behandlingssteder med links. Den fulde version, som også inkluderer en kort metodebeskrivelse, findes på vejledninger.dsam.dk/ptsd.

FAQta-arket bliver trykt som et lamineret ark i en kort version og bliver sendt ud til alle praktiserende læger sidst i september sammen med FAQta-ark om UVI, redskabsarket om overblikstatus og årsstatus og den opdaterede dyspepsivejledning. //



Vi gjorde det for at få et bedre arbejdsmiljø i klinikken

Praktiserende læger Thomas Dein og Tina Hentze har arbejdet med personprofiler for at få et bedre samarbejde i klinikken.

Som en del af deltagelsen i et projekt, der skulle forbedre arbejdsmiljøet i klinikken, sagde Falkonerlægerne i foråret ja tak til at blive klogere på sig selv og hinanden.

Værktøj kan give bedre arbejdsmiljø

"Grunden til, at vi kastede os ud i det, var, at vi gerne ville have et bedre arbejdsmiljø i klinikken," fortæller praktiserende læge Tina Hentze, der sammen med praktiserende læge Thomas Dein driver Falkonerlægerne på Falkoner Allé på Frederiksberg.

De har arbejdet med personprofilanalyse for at forbedre kommunikationen i klinikken.

Da de deltog i projektet, fik de mulighed for få taget en DiSC-test, der fortæller, hvordan ens personlighedsprofil er sammensat, så man kan blive klogere på sig selv og de mennesker, man omgiver sig med.

DiSC-profilanalyse er et analyse-

værktøj, der er opfundet af psykolog og professor William Moulton Marston. Den beskriver fire personlighedstræk, som kan være mere eller mindre fremherskende hos den enkelte.

Profilanalysen kan hjælpe med at afdække, hvordan et arbejdsfællesskab er sammensat. Hvis alle i klinikken f.eks. har fremherskende træk i forhold til ønsket om ro og stabilitet, kan der måske mangle nogle, der tager teten, får nye idéer og udfordrer det eksisterende.

Stærke og svage sider

Efter at have gennemgået en personlighedsanalyse har de fået indsigt i, hvordan de kan arbejde med personlighedsprofiler.

De havde ikke betænkeligheder ved at kaste sig ud i at få kortlagt personligheden. "Det kunne da være meget interessant at tage testen og lære mere om sine stærke og svage sider," fortæller Tina Hentze.

At blive sat i kasse og få kortlagt sin personlighed kan måske opleves som en udfordring for nogen. Hvad hvis nu man ikke kan genkende de

træk, der bliver beskrevet i profilanalysen?

"Næ, det kom ikke som en overraskelse, hvor vi lå henne," konstaterer Tina Hentze.

OM PROJEKTET

- Falkonerlægerne har, sammen med 15 andre praksis fra hele Danmark, deltaget i projektet "Bedre arbejdsliv i almen praksis", som er støttet af Velliv Foreningen.
- Projektets formål er at bidrage med værktøjer til et godt arbejdsliv for alment praktiserende læger i Danmark.
- Læs mere om projektet på Velliv Foreningens hjemmeside: <https://bit.ly/bedrearbejdsliv>
- Læs mere om DiSC-profilanalyse: <https://altomledelse.dk/disc-profiler/>



De to praktiserende læger Thomas Dein og Tina Hentze har arbejdet med deres egne personprofiler.

Hun synes, at der var ting, hun kunne genkende, og også noget hun ikke kunne identificere sig med i resultatet af testen. "Det lød, som om jeg var sådan en, man skulle passe meget på, og som var lidt skrøbelig, og det synes jeg jo ikke, at jeg er."

"Ja, hun var måske lidt mere skrap i en periode efter testresultatet," griner Thomas Dein.

Som et par psykologsamtaler

Når det er sagt, føler de begge, at de par timer, de har brugt på arbejdet med personprofiler, har givet en gevinst i samarbejdet. "Thomas og jeg har fået mere viden om, hvad vi skal være opmærksomme på i forhold til hinanden," siger Tina Hentze.

Det har givet mest udbytte, når det kommer til kommunikation med andre, specielt personalet, fortæller hun. "Nogle gange synes man, at man har givet en besked, og så er den bare ikke forstået rigtigt af modtageren. Så skal man måske kommunikere det på en anden måde, så de bedre forstår det."

"Det har været interessant at arbejde med," siger Thomas Dein, "næsten som hvis man havde haft et par psykologsamtaler."

Efter testen modtog de en rapport med tilbagemeldinger på de svar, der var afgivet.

"Rapporten var ret interessant. Det mest brugbare var den del, der havde konkrete forslag til adfærd, synes jeg. Det var lidt som en manual over, hvad man kan gøre i forskellige i situationer. Jeg skal f.eks. måske være mere direkte over for andre mennesker og tage tingene med det samme," fortæller Thomas Dein.

At have et opslagsværk

Men nyhedens interesse forlader sig også. Begge læger fortæller, at de havde mest fokus på det, da de havde fået tilbagemelding på testen, og det var frisk i erindring. "Lige efter at vi havde taget testen, prøvede vi at bruge det aktivt," siger Tina Hentze.

Thomas Dein supplerer: "Ja, det glider lidt i baggrunden hen ad vejen, men

jeg tror da, at man kan have gavn af at genbesøge det og slå op i materialet, når man støder på udfordringer."

Det er kun lægerne i klinikken, der i første omgang har fået tilbagemelding på testen. Personalet har endnu ikke arbejdet med deres profiler, men Tina Hentze mener, at det kan blive et godt arbejdsredskab, når hele klinikken får kortlagt deres personprofiler. "Når vi kender medarbejdernes profil, kan vi bruge det til at arbejde med, hvordan vi kommunikerer med hinanden på den bedste måde."

Et godt værktøj

Efter at have brugt tid og kræfter på personanalysen, vil de så anbefale andre at prøve arbejdet med personprofiler?

"Jeg tænker ja," siger Tina Hentze. "Hvis man er nysgerrig, eller hvis der er noget, man oplever som svært med personalet. Man får ligesom en bedre forståelse af, at vi alle er forskellige; har hver vores behov og måder at kommunikere på," fortæller hun. //



Af: **Lene Maria Ørts**, HU-læge i almen medicin og postdoc på Sektion for Almen Medicin, Aarhus Universitet, DYNAMU i Region Midt/Øst, og **Tobias Ottosen**, HU-læge i almen medicin, DYNAMU i Region Midt/Vest - lenemaria.oerts@gmail.com

Kan vi gøre hoveduddannelsen i almen medicin endnu bedre?

Uddannelsesudvalget for Almen Medicin i Region Midtjylland vil undersøge om overleveringssamtaler mellem tutorlæge, vejleder og uddannelsessøgende læge kan forbedre uddannelsen. Derfor greb vi pennen og formulerede en projektbeskrivelse til et udviklingsprojekt, der forventes søsat i efteråret 2021. Region Midtjyllands initiativmidler til udvikling af kvaliteten inden for yngre lægers videreuddannelse har bevilget 211.330 kr. til projektet.

Hvorfor?

Hoveduddannelsen til almen medicin i Region Midtjylland strækker sig over 4,5 år og involverer otte skift. De første 3,5 år er man tilknyttet samme praksis med den samme tutorlæge. I

denne periode er man ansat 2,5 år på fem forskellige hospitalsafdelinger. På hver afdeling tildeles uddannelseslægen yderligere en vejleder, der er ansvarlig for godkendelse af kompetencer på de enkelte afdelinger.

Hvem?

En stor del af lægerne i hoveduddannelse til almen medicin giver udtryk for at føle sig rodløse, ensomme og frit svævende som en konsekvens af de mange skift. Dette kan tilskrives den manglende oplevelse af at have en gennemgående tutor, som løbende er involveret i uddannelsesforløbet for den pågældende uddannelsessøgende læge.

Hvordan?

Med udgangspunkt i slutevaluerings samtalen, som er obligatorisk under hver ansættelse i vores hoveduddan-

nelse, vil vi tilføje en 10 minutters virtuel vejledersamtale, hvor afgående vejleder, tutorlæge i praksis og den uddannelsessøgende deltager. Mødet skal indeholde en formaliseret overlevering, der tager udgangspunkt i tre definerede punkter omhandlende den uddannelsessøgendes udvikling i hoveduddannelsen.

Hvorledes?

Både hoveduddannelsesforløb i pædiatri og gynækologi/obstetrik anvender allerede lignende overleveringssamtaler, når den uddannelsessøgende skifter mellem to afdelinger. De er vilde med konceptet! Vi ønsker at tilføje tutorlægen fra praksis som en gennemgående person for den uddannelsessøgende og invitere denne med til de fem slutevalueringssamtaler på hospitalsafdelingerne, idet det er dokumenteret i andre sammenhænge,

ORDFORKLARINGER

Vejleder: Den læge på hospitalsafdelingen, som vejleder den uddannelsessøgende læge

Tutorlæge: Den praktiserende læge, som vejleder den uddannelsessøgende læge

Uddannelsessøgende: Den kommende praktiserende læge i sin hoveduddannelse

DYNAMU: Den YNGre AlmenMedicinske Uddannelseskoordinator



Slutevalueringssamtale mellem en uddannelsessøgende og dennes vejleder. Tutorlægen deltager virtuelt. Foto: Søren Prinds, praktiserende læge og postgraduat klinisk lektor.

at en gennemgående tutor i et uddannelsesforløb i høj grad er afgørende for udbyttet, oplevelsen og trivslen hos den uddannelsessøgende.

Hvad?

Vi håber, at dette initiativ kan øge trivslen og dermed også uddannelsespotentialen hos den uddannelsessøgende. Derudover håber vi også at kunne forebygge u hensigtsmæssige uddannelsesforløb. Opsætningen med virtuel deltagelse gør den tidsmæssige omkostning i deltagelse minimal og tillader stor fleksibilitet for alle parter. Derfor forventer vi også, at projektet bliver godt modtaget af de uddannelsessøgende, vejledere på ho-

spitalerne og tutorlægen i almen praksis.

Hvis du har uddybende spørgsmål til projektet eller har gode ideer til forbedring, er du velkommen til at kontakte forfatterne. //

OBLIGATORISKE SAMTALER

Det er obligatorisk, at vejleder og uddannelsessøgende læge under et givent ansættelsesforhold skal afholde introduktions-, justerings- og slutevalueringssamtale. Disse tager udgangspunkt i nogle fastlagte spørgsmål vedrørende uddannelsen og den videre karriereplan hos den uddannelsessøgende læge.

Vi ønsker at tilføje tutorlægen fra praksis som en gennemgående person for den uddannelsessøgende og invitere denne med til de fem slutevalueringssamtaler på hospitalsafdelingerne ...



Mød
McCartney på
DSAM's årsmøde
1. oktober 2021

3 x 3

Three Key Works

Centrale personer inden for det almenmedicinske speciale fortæller, hvilke tre værker eller begebenheder 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.

Margaret McCartney er hovedtaler på DSAM's årsmøde i Kolding den 1. oktober 2021.

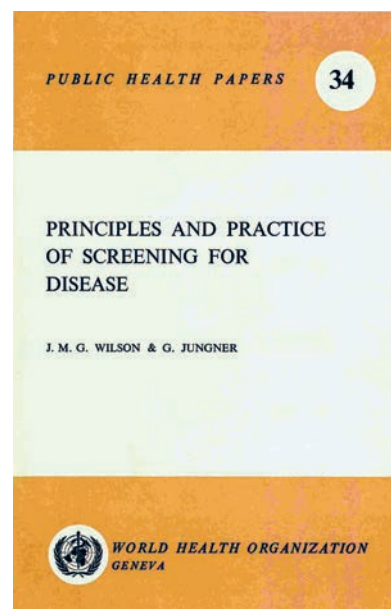


Here are my three key works: the brief was to describe 'why these works have been more critical than anything else in your academic career' and how these have 'influenced your development and views'. I have changed my mind about these works numerous times since the invitation to write; and it's a bit like (what I imagine) writing a dating profile might be like. I would like to appear dedicated, intellectual, good humoured, and smart, when in truth I feel furious for the state of the world, inadequate to effect change on it, and a turbulent anxiety that we (or, in truth, I) are running out of time. Since 2020, it has felt more important to try and do the basics of good general practice well, but it is also feeling harder to do so. I offer these works to you, which, I admit, I might have changed my mind on by the time I visit you in Denmark. My apologies in advance.

1) Principles and practice of screening for disease. Wilson JMC, Jungner G (1968) World Health Organisation, Public Health Papers No 34

One of the many things that irritates

me is the promotion of screening tests which are not based in evidence, and lead to over diagnosis and over treatment. This happens frequently in the private sector - where the results are often just pushed back to the NHS to sort out - but also in the NHS, where screening is often seen as a universally good thing, and politicians can appear to be in a permanent love-in with check-ups. A previous UK health minister even disclosed, in her



I would like to appear dedicated, intellectual,
good humoured, and smart, when in truth
I feel furious for the state of the world, inadequate
to effect change on it, and a turbulent anxiety
that we [or, in truth, I] are running out of time.

autobiography, that she advocated for setting up the breast screening programme as she knew it would be popular with the electorate. But good medicine means doing things which are right but also unpopular - perhaps profoundly unpopular (part of the reason why a consumer culture is at odds with equitable, efficient healthcare).

This booklet - now over 50 years old - is freely available online (in vintage font) at the World Health Organisation website as part of their Public Health Papers series. It is a slender distillation of uncommon sense. It has definitions, statistics, clarity, and thoughtfulness. It sets out a framework for assessing proposed screening via the use of 'principles' - the condition sought for should be important, with accepted and resourced treatments; there should be a latent stage which can be acceptably tested for; the natural history should be understood; and the costs should not outweigh the benefits. These should be obvious. But sadly, attempts to start new adventures in screening - in the UK at least - have persistently been contrary to the Wilson and Jungner standards. For example, dementia screening was pushed into primary care in order to increase diagnosis rates, despite the massive amount of false positives, lack of effective ear-

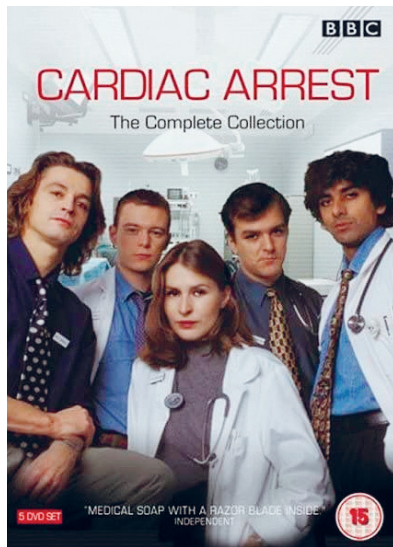
lier interventions, and opportunity cost for primary care. Most recently, rapid self-test kits of screening for COVID-19 have been showered upon the nation - tests which were acquired for the UK at a cost of 496 million pounds, which have a huge false negative rate, and which we still don't have decent evidence for using in real life (yet Scottish government is currently advising the population that "we need you to take two tests every week"). Screening is not just about doing a test - it's about being able to use the results in a useful way. To do that, it needs to be built into a robust system - for example, there is no point offering screening when people who are at the biggest risk of COVID can't afford to isolate and therefore don't use the tests. This means that it's also about screening being the best use of resources. So on the evidence we have, there is limited benefit in screening individual patients for their physical activity levels, and advising them to increase it, but far more potential using our resources to build active transport networks and green spaces.

Of course you, our Danish overlords, already know this, and we in Scotland look at you enviously, as you effortlessly cycle to work wearing not a trace of Lycra, with your coffee cup in one hand, and mobile phone in the other.



MARGARET MCCARTNEY

Margaret McCartney is a general practitioner in Glasgow, Scotland. She is the author of three books: *The Patient Paradox*, *Living with Dying*, and *The State of Medicine*, a regular broadcaster for BBC Radio 4, and freelance journalist. She is a Trustee of the Royal College of General Practitioners in the UK, and an honorary senior lecturer at the University of St Andrews, Scotland, where she is researching issues related to declarations of interest and evidence quality in decision making. She has three children, a dog, not enough bikes, and is wondering if anyone would like to do parkrun with her in Holding after the conference? Her declaration of interest is at whop-aysthisdoctor.org



2) Cardiac Arrest, BBC TV, created by Jed Mercurio (1994)

This was broadcast around the time I qualified. It is difficult to watch (and if you have the nerve, it is still available on YouTube). It follows a group of junior doctors as their enthusiasm and idealism is steadily extracted by the NHS, and they are bullied, hardened, horrified and humiliated by their training. The consultants are posh and austere (and often absent), and the depiction of sexism, racism, malpractice, and casual callousness make this a brutal, classic series. We all had a crush on Dr. Clare Maitland - the ice queen who tells drug reps to get stuffed, and who will speak truth to any level of power. She tells her junior house officer that their jobs are to make decisions which no one else will - and she is herself later destroyed by the catastrophic mismanagement of a patient who did not need to die.

This show was the antithesis to glamorous US imports like ER - for in Cardiac Arrest, doctors make mistakes, become exhausted, smoke in offices, can be horrible, and are neither heroic, or brave. Patient care is patchy, poor, or awful. It is a series undersco-

The only thing that got me through my junior year was my colleagues, who were and are brilliant doctors and people.

red in fury - Mercurio was a junior doctor himself when he wrote it, and it is informed by the NHS it was contemporary to. The series managed to upset everyone - nurses were often (but not always) unhelpful to the doctors, and consultants didn't like being depicted as workshop and arrogant. But it told clear bright truths of the ridiculous culture of the NHS. I could only bear to watch a little for the purposes of this essay, and I was bewildered at IMDb labelling it as 'comedy'. It is not. It explains the trauma that generations of junior doctors have endured, and as an ethnographic study of UK medicine, it remains unparalleled.

I know that in subsequent decades, much has been done to try and make junior doctors' working lives less awful, by reducing hours and having more mandatory training. This has had many unintended consequences. The only thing that got me through my junior year was my colleagues, who were and are brilliant doctors and people. Juniors now tell me that they don't have the same tight team of people around them who will support them and be supported in return. I wonder how much worse this must now make the job. There is now an industry of bureaucracy providing barriers to working life and career progress. Over my career, I have watched medicine change as doctors try and balance professional autonomy with better working rights. Sadly, I don't think we have done ourselves any favours. I have included this because it reflects past and real life, and because that has had, unfortunately, a deep, enduring effect.

3) Puccini, Madama Butterfly, Scottish Opera

Scottish Opera have traditionally offered young people and students cheap access to all performances (any seat, including the usually expensive ones). This was a good ploy to me as a medical student, as I lived in a back street near the theatre, and I was quickly hooked. Returning, post lockdown, to a production of Falstaff in a tent in the car park of Scottish Opera in Glasgow was thrilling (if not warm). But my fondest memories of opera are not that, or even the Idomeno (Verdi) in the Viennese state opera house on honeymoon, but Madama Butterfly, staged by Scottish Opera almost a decade ago.

She is a young girl who is arranged to marry an American naval officer. After Pinkerton has returned to America, she gives birth to his son. When he returns several years late, Butterfly realises that he has now remarried and now, with his new wife, plans to take her son back to the States. Devastated, she kills herself. You will likely know the aria 'Un Bel Di' ('One Fine Day'), where Butterfly assures her maid that Pinkerton will return, and describes her assurances at her future joy when he will. We see her innocence and optimism, witness her being disregarded, and then dying in despair and heartbreak.

My youngest son, then aged 5, played the part of Sorrow - Butterfly and Pinkerton's son - on tour around Scotland. He absolutely adored it. He was applauded in the street, given standing ovations, and lauded in reviews. But for me, it was entirely stressful.

At each performance, I would be terrified for my often capricious, worryingly strong willed (and of course, adorable) son, and whether or not he would decide to grace the stage with his performance. I would then be moved to tears by Hye-Youn Lee, the soprano star, and her rendition of One Fine Day.

I now have a Pavlovian response. Whenever I hear the first few bars on the radio, I melt. I have included this as a key work for a simple reason. It gives of beauty, joy, hope, and devastation, and all of this reaches into the deepest parts of being human, and, for all the awfulness we have just now, being lucky enough to be alive and experience all this is still amazing. We still have a lot to live for. //



We still have a lot to live for.

PRACTICUS // opslag

PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i november 2021.

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. "Græsrodde" prioriteres relativt højt.

Der kan primært ydes støtte til egen løn, vikarløn og/eller kontorhold i mindre omfang. Støtten kan gives såvel i forberedelsesfasen som under gennemførelse og i skrivefasen. Oversættelse af manuskripter, deltagelse i viden-

skabelige 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 oktober:

Onsdag den 10. november 2021.

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



FYAM-KLUMMEN

Forkælede yngre almenmedicinere?

Practicus har lanceret FYAM-klummen. En ung almenmediciner vil i hvert nummer af Practicus skrive en klumme om et valgfrit tema.

Seks måneders introduktionsstilling og kortvarige hospitalsophold i hoveduddannelsen i almen medicin gør, at vi alle sammen er videre, før vi har haft mulighed for at reflektere over, hvordan vi kan forbedre vores uddannelse. Derfor stiller vi yngre almenmedicinere ofte meget få krav, og rundt omkring stilles der nu spørgsmålstegn ved rimeligheden i at forbedre vores arbejds- og uddannelsesforhold. Men hvis vi vil have dygtige, engagerede yngre almenmedicinere, som trives – og hvis vi vil rekruttere flere til vores speciale, så skal vi investere mere i læring og i lokale faglige netværk for yngre almenmedicinere.

Den vigtige begyndelse

”Du SKAL da være praktiserende læge”, sagde en af de praktiserende læger til mig en måned inde i min introduktionsstilling. Et par dage før havde jeg foreslået en udredning af en patient, som præsenterede sig med forskellige klager, og prøven var kommet positivt tilbage. På det tidspunkt

var jeg ikke sikker på, om jeg skulle følge hendes råd, men det blev jeg snart. Ikke på grund af de diagnostiske nødder, men fordi man ikke nøjes med diagnostik, men får så meget mere som praktiserende læge.

Jeg var heldig med min introduktionsstilling i almen medicin. Vi var flere uddannelseslæger i samme praksis, og de praktiserende læger havde stor faglighed, bredde, stolthed og en inspirerende patient-tilpasset kommunikation. Jeg fik også lov til at komme til Lægedage i København og blev bekræftet i, at det ikke kun var i Sydvestjylland, at man kunne finde disse dygtige, engagerede almenmedicinere. I løbet af de første to måneders ansættelse gik jeg fra at hælde til et andet speciale til at være helt sikker på, at jeg skulle være almenmediciner.

Det ærgrer mig, at mange af vores introduktionsstillinger har langt til

Men hvis vi er så privilegerede, hvorfor er der så mangel på yngre almenmedicinere og praktiserende læger?





disse forhold. Mange yngre almenmedicinere er eneste yngre læge

i deres intropraksis, og i stillingen på seks til tolv måneder er der ingen obligatoriske kursusdage, hvor man møder andre yngre almenmedicinere. I vores lægedækningstruede område i Sydvestjylland med rekrutteringsproblemer i almen medicin har det blandt andet betydet, at vores introduktionslæger ikke har mødt andre yngre almenmedicinere lokalt i første halvår i 2020 og nu igen i første halvår 2021, da vores temadage har været begrænset af møderestriktioner for ikke-obligatoriske møder på grund af COVID-19.

Godt i gang

Efter mit første halve år på sygehusets medicinske afdeling kom COVID-19 til landet. Pludselig skulle alle arbejdsopgaver lægges om. Da ambulatorierne lukkede, blev vi yngre almenmedicinere sendt ud foran sygehuset i en vurderingsklinik, som vi skulle bemande i aften- og natteid i tillæg til vores funktioner inde i FAM. Lægevagten kunne ikke tilse alle dem, som havde det mindste tegn på COVID-19, så pludselig gik visiteringsrollen til os. Det gav på mange måder

god mening, men jeg følte mig ikke særlig privilegeret de nætter, hvor man ikke vidste meget om COVID-19, og hvor retningslinjerne skiftede fra dag til dag. Patienterne kom i en drive-in, og så skulle vi enten vurdere dem ude i kuldene kun afskærmet af et party-telt, eller de skulle komme inden for til nærmere undersøgelser. Jeg husker, at jeg skulle i bad, når jeg kom hjem, før jeg havde fysisk kontakt med familien. At bade på sygehuset kunne gå, men så var der jo dørhåndtagene på vejen ud.

Ti måneder senere fik jeg første stik med vaccinen. Jeg var nu på ortopædkirurgisk afdeling og havde få dage forinden haft en forfærdelig vagt nytårsnat. Jeg var glad for at blive vaccineret, det indrømmer jeg gerne. Jeg fik et batmanklistermærke på skulderen, som jeg skulle vise min datter, som et par uger forinden havde taget sin 5-års vaccine 'i stiv arm' og dermed vist sin lillebror på 15 måneder, hvordan det skulle gøres. På det tidspunkt vidste man ikke så meget, som man nu ved, om vaccinen sikkerhed. På sin vis kunne det lige så godt have været Pfizer, som i fase 4 havde vist sig at have alvorlige bivirkninger, men det er der få, som tænker over nu. Nu er jeg den privilegerede læge, som kom foran i køen.

Tid til refleksion

I mine nuværende arbejdsdage på afdelingen for kvindesygdomme og fødsler er der tit mere ro på vagterne. Der er også tid til at få indtryk af specialet – både de fantastiske stunder, man kortvarigt deltager i, og de dybt traumatiske øjeblikke, som man ved, vil kaste lange skygger over de involver-

edes liv. Endnu et speciale med introlæger, som har kursusdage og masser af fagligt fællesskab med andre ligesindede. Jeg misunder ikke deres valg af speciale – men jeg ser nogle årsagerne til, at de ikke har rekrutteringsproblemer i gynækologien og obstetrikken.

Det er svært at stille krav fra et privilegeret ståsted. Men hvis vi er så privilegerede, hvorfor er der så mangel på yngre almenmedicinere og praktiserende læger? Yngre læger har klarlagt, at yngre almenmedicinere er stressede og ensomme i løbet af deres uddannelsesforløb på sygehusene. Vi savner bedre uddannelsesmiljøer og faglige fællesskaber. Jeg har også talt med mange, som savner en introstilling, der vil mere end blot parkere os i seks måneder i en almen praksis. Af savnet af faglige fællesskaber i hoveduddannelsen er ved at blive afhjulpet af netværks-/uddannelsesmøder flere steder i landet. Det er helt lokale initiativer, som er båret af lokale ildsjæle, uden om vores regionale videreuddannelser.

Tænk, hvis vores introduktionsstillinger ikke bare var en forlængelse af KBU'en. Hvis den i dens form tilkendegav, at hvis man satser på almen medicin, så investerer den lægelige videreuddannelse i den yngre læge. En start kunne være lokale, obligatoriske kursusdage, f.eks. i misbrug, sorghåndtering og småkirurgi. Hvis vores videreuddannelser samtidig støttede op om flere møder og opmuntrede til lokale faglige netværk, tror jeg, vores speciallægeuddannelse ville blive væsentligt mere attraktiv. At deltage i forbedringen af vores speciallægeuddannelse, så den bliver mere relevant og populær, er ikke tegn på, at vi er forkælede – men på, at vi yngre almenmedicinere oplever, at der er masser af uforløst potentiale. //



Af: Signe Ulfbeck Schovsbo, formand, SAMS København, Christiane Abildgaard, formand, SAMS Odense, Rikke Haahr, formand, SAMS Aarhus, Emma Johanne Magnussen, formand, SAMS Aalborg - samskbh@gmail.com

Det nationale SAMS

Det er ikke noget nyt, at SAMS har en afdeling i København, Odense, Aarhus og Aalborg. Men det var en kærtkommen overraskelse for os alle, at coronapandemien skulle blive startskuddet på et tættere samarbejde mellem studiebyerne.

Da landet lukkede ned sidste forår i forbindelse med coronapandemien, blev foreningslivet som bekendt sat på standby fra den ene dag til den anden. De enkelte SAMS-afdelinger landet over har i den tid skullet finde alternative måder at eksistere

på. Alt fra online oplæg til online konkurrencer og rekruttering til studiejobs har fyldt i det sidste lange stykke tid. Online, online og online.

Nedlukningen har været hård for studenterforeningerne, som nu efter et års dvale skal til at genopstå. Dette er i SAMS blevet gjort med manér.

I foråret var formændene for alle fire SAMS-byer inviteret til møde med DSAM for at diskutere fremtidige samarbejdsmuligheder. Mødet var inspirerende, fyldt med gode, store tanker, og SAMS-gnisten blev atter tændt.

Siden da har SAMS-afdelingerne blandt andet samarbejdet tættere ved sparring om kurser, oplæg og aktiviteter for SAMS-medlemmerne. Dette er ganske konkret sket ved afholdelse af fælles online oplæg om arbejdsliv og arbejdsglæde i almen praksis og afholdelse af Aalborgs succesfulde ultralydskursus i København.

Erfaringsudvekslingen og samarbejdet har dog også resulteret i nogle større fælles linjer. SAMS har i fællesskab fået stablet en online forskningsportal på benene, som forhåbentlig kan bygge en endnu stærkere bro mellem forskningsmiljøerne og studerende. Derudover har vi i samarbejde lavet en ny kampagnefilm, som er filmet i alle studiebyer, om, hvad vi laver i SAMS. Den glæder vi os meget til at dele med jer.

I efteråret mødes alle fire foreninger til årsmødet i Kolding. Broen mellem de fire SAMS-afdelinger bliver således stærkere og stærkere, og ligeledes gør SAMS. Tak til corona. //



Klip fra SAMS' kommende kampagnefilm.



TANKER FRA STOLEN:

Almen praksis er i vælten

Med udgangspunkt i konkrete patientsager anfægter pressen navngivne lægers hæderlighed, og det er slemt. Der stilles endda spørgsmål ved selve vores tillidsbaserede afregningssystem. Og det er meget værre.

Samtidig er der for få almenmedicinere, og det er svært at rekruttere nyuddannede til at nedsætte sig med eget ydernummer. Tidligere har dette givet anledning til regions- og udbudsklinikker i landets tyndt befolkede egne. Men de seneste år er der dukket såkaldte "stråmandsklinikker" op i hele landet, hvor enkeltlæger udnytter sundhedsloven til at erhverve mange ydernumre, som så "udlejes" til koncerner, der driver praksis på PLO-vilkår, men med skiftende vikarer. Vores "brand" udhules!

Endelig er der arbejdspresset. Coronapandemien satte hele samfundet under pres, og det gav også store ud-

fordringer i almen praksis – men vores decentrale organisering og dynamiske arbejdsform viste sig igen at være en styrke. Vi har løbende tilpasset os de skiftende udmeldinger, og trods det generelle pres har vi fundet individuelle løsninger på at møde patienterne. Vores ageren under krisen har mødt anerkendelse i det omgivende samfund, og denne goodwill, mener jeg, er nøglen til, hvorledes presset på vores sektor kan afhjælpes.

En kilde til stort arbejdspres og frustration for mange kolleger har været lægevagten. Især i landets to mindste regioner – Nordjylland og Sjælland – har lægevagten været tiltagende belastende for kollegerne og påvirket rekrutteringen negativt. Men under corona har problemerne fundet løsninger, som forhåbentlig kan forbedre rekruttering og arbejdsglæde. I Nordjylland blev løsningen fundet lokalt. Løsningen i Sjælland blev til, sideløbende med

at det lykkedes at få en landsdækkende overenskomsttaftale på plads efter halvandet års forhandlinger.

Netop OK22 mener jeg kan blive et vendepunkt. Det er lykkedes at formulere målsætninger for praksisdrift, der fremadrettet vil begrænse stråmandsklinikkens udhuling af vores brand, og der er skabt ro om vores hverdag. I forhold til de uheldige enkeltsager i pressen har vi sammen med regionerne igen en fælles platform til at træffe de nødvendige beslutninger. Dermed kan vi bevare tilliden til den decentrale, dynamiske organisering, der er nøglen til vores arbejdsglæde. Så selv om praksis er i vælten, er jeg nu ikke bange for, at vi vælter. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



L ÆG E N S B O G S T A V E R

Tillid – ordentlighedens tvilling

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



Ordentlighed. Det er et godt ord. Det er måske ikke så præcist, men alligevel har vi et klart billede af, hvad det vil sige at være ordentlig. At opføre sig ordentligt. At være en ordentlig læge.

At være en ordentlig læge.
Hvad mon det indebærer?

At man er fagligt opdateret. At man gør sit bedste. At man er nærværende og altid har patienten for øje. At man er ærlig. At man lader patienten tale ud. At man holder døren. At man læser ugeskriftet (hver uge). At man gør, hvad der bliver sagt? Og sagt af hvem? Eller at man ikke gør, hvad de andre siger, fordi man netop er ordentlig?

Hvad nu, hvis man ikke altid er ordentlig? Hvis man ikke altid kan leve op til egne forestillinger om ordentlighed?

Den af jer, der er uden synd, skal kaste den første sten, siger Jesus, da en menneskehob vil stene en kvinde for utugt. Som mennesker er vi uperfekte, vi er til tider uordentlige.

Men er det nok bare at indrømme det, så der derefter er fripas til grådighed, dovenskab og snyd?

Jeg svarer ikke. For jeg vil være ordentlig, men ikke belærende.

Ved siden af ordentlighed står tillid. Tillid som en suveræn livsytring, som Løgstrup kaldte den – sammen med barmhjertighed og oprigtighed. En suveræn livsytring er noget, der kommer før bevidst-

heden; noget, vi alle har med os fra fødslen.

Tillid kan brydes. Og først da begynder vi at tale om den. Tillid sætter vi først ord på, når mistilliden har vist sit ansigt. Vi kan love hinanden troskab. Men vi kan ikke love hinanden tillid. Tilliden er det umiddelbare, der står til disposition, og vi kan kun gøre os fortjent til ikke at opnå dens antitese, mistilliden.

Vores patienter og samfundet møder os med tillid. Hvis de ikke har tillid til os, er de umulige at hjælpe, og vores arbejde vil blive derefter. På den måde læner vi os op ad patienternes tillid. Og samfundets.

Arbejdet som praktiserende læge indebærer mange hensyn, f.eks. klinikens arbejdstilrettelæggelse og drift, personaleforhold og ikke mindst indtjening. Men når disse hensyn sættes over hensynet til patienten, svigter man egentlig sine patienter, sine kollegers og offentlighedens tillid (frit efter filosofen Hans Fink, Aarhus Universitet i 'Om tillid, mistillid og professionsetik').

Jeg tænker tit på, hvad vi gør ved det uordentlige. Hvad gør vi ved dem blandt os, der svigter? Nogle få – dem, der er egentlig kriminelle eller fagligt svært anløbne – kan vi næppe rumme i vores fællesskab.

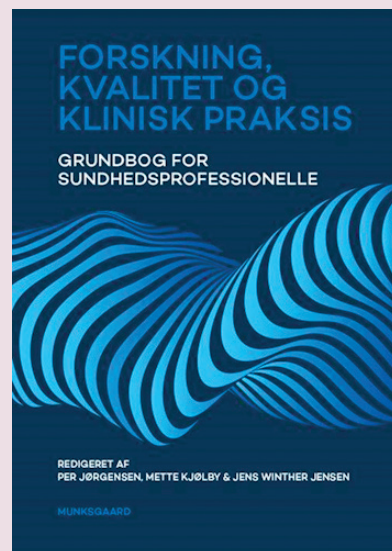
Men for os andre, som er "de mange"; gode mennesker med let flossede kanter, ser jeg kun en styrkelse af vores faglige fællesskaber og fælles fokus på ... ordentlighed. //



BOGANMELDELSE:

Forskning, kvalitet og klinisk praksis

– Grundbog for sundhedsprofessionelle



Forfatterne introducerer os til, hvordan man i sundhedsvæsenet arbejder systematisk med forskning og kvalitetsudvikling i klinisk praksis. Dette må bestemt betragtes som et prisværdigt formål, og vigtigheden af synergien mellem de tre elementer kan ikke understreges nok. Bogen er delt op i fire hovedsektioner, som dækker henholdsvis forskning, kvalitetsudvikling, klinisk praksis og afslutningsvis sammenspillet mellem de tre. Det er tydeligt, at forfatterne har megen ekspertise inden for bogens kerneområde, og teksten er skrevet i et let tilgængeligt sprog.

I bogens undertitel lægges der ikke skjul på, at der er tale om en grundbog. Således forbliver mange af bogens afsnit på et beskrivende niveau. Dette ses blandt andet i starten af bogen, hvor vi får en historisk og teoretisk gennemgang af henholdsvis det kvalitative og kvantitative forskningsparadigme. I sektionen om kvalitets-

udvikling beskrives også rationalet for og udarbejdelsen af rapporter om medicinsk teknologivurdering (MTV) samt de kliniske retningslinjer. Men selvom bogen er meget beskrivende, er den mere end blot et opslagsværk.

Forfatterne har gjort et stort arbejde for at fremhæve nogle særligt vigtige emner og reflektere over disse. Dette er blandt andet gældende i afsnittene om de danske kvalitetsdatabaser og patientsikkerhed. Særligt vil jeg fremhæve afsnittet om brugerinddragelse og fælles beslutningstagning. Her gør forfatterne et grundigt stykke arbejde med at beskrive, hvad disse begreber dækker over. Ligeledes præsenteres vi for konkrete og anvendelige værktøjer til at opnå brugerinddragelse og fælles beslutningstagning i klinisk praksis såvel som i forskning.

I den sidste sektion om sammenhæng og sammenspil præsenteres vi blandt andet for det historiske forløb bag kræftpakkerne, herunder den megen refleksion og læring, som kom ud

TITEL: Forskning, kvalitet og klinisk praksis – Grundbog for sundhedsprofessionelle

REDAKTION: Per Jørgensen, Mette Kjølby og Jens Winther Jensen

FORLAG: Munksgaard

UDGIVELSEÅR: 2021

af processen. Dernæst beskrives en række teorier og modeller til, hvordan sammenspillet mellem forskning og udvikling i klinisk praksis kan forbedres med henblik på at styrke det samlede sundhedsvæsen.

I min optik fungerer bogen som et udmærket opslagsværk for såvel erfarne som nyere praktiserende læger og ligeledes studerende. Det er dog vigtigt at have for øje, at indholdet langt hen ad vejen er af beskrivende karakter, og kun udvalgte emner betragtes fra et anvendelsesorienteret perspektiv. //

Kunstplakat

Til alle
DSAM's medlemmer

I år skal det være! Vi fejrer DSAM's 50 + 1-års jubilæum både til årsmødet og Lægedage. I den anledning vil vi selvfølgelig gerne forkæle vores medlemmer (og også dem, der ikke har meldt sig ind i selskabet endnu).

Derfor uddeler vi på Lægedage en mulepose i flot DSAM-design og en kunstplakat fra standen på Lægetorvet, så længe lager haves. Kunstplakaten er udarbejdet af John Bosco Muramuzi, Uganda, og motivet kan ses som et billede på den multifacetterede hverdag i almen praksis.

Plakaten trykkes i formatet 50 x 70 cm, så du kan allerede nu godt begynde at se dig om efter en ramme, hvis du kunne tænke dig at have plakaten hængende enten i konsultationsrummet, i venteværelset, derhjemme eller et helt 4. sted.

Vi håber, I vil tage godt imod den, og glæder os til at fejre jubilæet sammen med jer!



My Home Village II af John Bosco Muramuzi, Uganda

50 dsam

Plakaten er trykt i forbindelse med Dansk Selskab for Almen Medicin 50-års jubilæum