

Practicus

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

December 2024
47. årgang // 273

FOKUS PÅ ÅRSMØDET 2024

SIDE 5, 12-23



Fremtiden ifølge AI:

5000
praktiserende
læger i 2035



Slåinte! En beretning fra WONCA Dublin, side 28

Tema: Sådan fik det almenmedicinske speciale sin identitet, side 31

Faglig merit skal være med til at øge antallet af praktiserende læger, side 42

INDHOLD



// s. 31

LEDER

- 3 Sund skepsis eller sund fornuft?

DSAM

- 4 Fremtiden er her allerede
5 Asthildur modtager DSAM's Talentpris 2024
6 Dataetik – dødsdygt eller måske livsvigtigt?
8 Nye ansigter i DSAM's bestyrelse
10 Sundhedsstrukturen – det siger aktørerne

ARTIKLER

- 12 Årsmøde 2024: Kunstig intelligens i almen praksis
14 Årsmøde 2024: Aktiv dødshjælp: for eller imod?
16 Årsmøde 2024: Etiske værdier i kunstig intelligens
19 Årsmøde 2024: Klogere på B12
20 Årsmøde 2024: Ny vejledning om bæredygtig sundhedsforskning
22 Årsmøde 2024: Hvem vil være praktiserende læge?
24 Vi skal se mere på patienten og alt det rundt omkring
28 Sláinte!
31 Almenmedicinsk efteruddannelse gennem de seneste 50 år
36 Vidensbanken: Få inspiration til dit næste kvalitetsudviklingsprojekt!
38 En nestors erindringer: Og solen står med bonden op ...
39 Grønt tip: Central strømafbryder
40 En dag med Randi Kræmmer Nielsen

FYAM

- 42 Faglig merit skal være med til at øge antallet af praktiserende læger
44 Fra uddannelseslæge til praksisejer med opdateret rejsekammerat
46 Lad os få samfundssindet i spil igen

SAMS

- 48 Mit arbejde som praksisassistent

DEBAT

- 49 Tanker fra stolen: Alle. Alting. Altid.
50 Lægens bogstaver: Risikodomptør

OPSLAG

- 52 Klinisk vejledning om palliation



**PRACTICUS UDGIVES SOM MEDLEMSBLAD
TIL MEDLEMMER AF DSAM**
Stockholmsgade 55
2100 København Ø
Tlf. 7070 7431
www.dsam.dk/practicus

ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR
Ellen Louise Kristensen
redaktoer@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR
Solvej Videbæk Bueno
solvejvidebaek@dsam.dk

REDAKTIONSSEKRETÆR
Annette Scharff Gehrs
asg@dsam.dk

NÆSTE NUMMER
Nr. 274
Frist for artikler: 10. januar 2025
Udgivelsesuge: 12, 2025

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

FORSIDEFOTO
Malene Nepper under
velkomsten til DSAM's
årsmøde. Foto: Mogens
Folkmann Andersen

LAYOUT/TRYK
Jørn Thomsen Elbo A/S
Karetmagervej 11, 2. tv
7000 Fredericia
www.jto.dk

OPLAG
5.600

ISSN: 0109-2235



Practicus er trykt på FSC-certificeret papir fra bæredygtigt skovbrug, og papiret er Svanemærket. Trykkeriet har fokus på grøn energi i produktionen. Sampakningen med DSAM's vejledning-er og Practicus er indpakket i plast. Miljøbelastningen er nogenlunde den samme som ved papir- eller papom-slag. Dog er plast væsentligt billigere. Du kan bidrage til en grønnere fremtid ved at affaldssortere Practicus og emballagen korrekt. Det håber vi, du vil.

Sund skepsis eller sund fornuft?

Kort før dette nummer af Practicus gik i trykken offentliggjorde regeringen sundhedsstrukturen. Det er godt. For så kan vi igen fokusere på at være læger for vores patienter. Det tærer på arbejdsglæden og engagementet, hver gang vi afspores fra opgaven og i stedet skal iklæde os den mentale teflondragt og forsvare, at vi er for få til de opgaver, der skal løses, og forklare, at "længere åbningstid" og "bedre tilgængelighed" i almen praksis uvægerligt vil ramme de mest syge hårdst.

Vi synes, det er indlysende. Hvorfor er det så svært at forklare?

Jeg er nok ikke den eneste, som har undret mig over, at en del af kommunernes opgaver ser ud til at blive overtaget af regionerne. Det er opgaver, som de aldrig har beskæftiget sig med. Kommunerne er særligt dygtige til at få de socialfaglige indsatser til at fungere sammen med de sundhedsfaglige. Det har regionerne ingen erfaring med. Og alligevel skal de overtage ansvaret for indsatsen. Det bekymrer mig. Kommunernes ekspertise risikerer at gå op i røg og forsvinde, hvis ikke vi passer meget bedre på den. Det er først, når ekspertisen ikke findes mere, at vi kan mærke, at den mangler.

Det ved vi godt. Når vi mister kontinuiteten til fordel for lange arbejdsdage og opsplittede og definerede pakkeforløb, så mister vi samtidig noget yderst værdifuldt: kendskabet til patienten og muligheden for at være katalysator for en forandring. Jeg tror, alle læger ved præcist, hvor-

dan det føles. Uendeligt meningsgivende brændstof i vores arbejde. Og definerende for patientens samlede helbredssituation.

Vi ser ind i en ny fremtid for sundhedsvæsenet med nye strukturer, som også har fordele. En fremtid, hvor AI kommer til at spille en meget større rolle, og hvor vi igen og igen skubber til grænserne for, hvad lægevidenskaben og videnskaben i det hele taget kan. Det er godt, det skal vi ikke lade være med. Vi skal bare ikke glemme at få vores vigtigste aktiver med: vores evne til at finde nålen i høstakken, så kun de syge får behandling, vores pligt til at prioritere det, som er vigtigst for patienten, sammen med patienten og vores mulighed for at præge og påvirke sundhedsvæsenets udvikling.

Der er en disruption i gang i det nære sundhedsvæsen. Og de borgere, som viser mest sårbarhed i mødet med sundhedsvæsenet, bliver igen dem, der skal lægge krop til de mest uforudsigelige forandringer. Det er vist ikke sund fornuft. //



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

KLUMME OM KOMMUNIKATION OG PRESSE I DSAM:

Fremtiden er her allerede



Det er ikke mange år siden, at kunstig intelligens (AI) syntes at høre til i en fjern fremtid. Men på DSAM's årsmøde i Kolding i oktober kunne de 450 deltagere blive klogere på, at fremtiden er kommet tættere på, end vi måske troede. AI er nu en del af vores hverdag, både i privatlivet og i den faglige praksis, fremgik det af de forskellige oplæg, der var i løbet af dagen.

For nogle er AI et værktøj til små opgaver som brevskrivning og planlægning. Men flere og flere i almen praksis er begyndt at udforske, hvordan teknologien kan understøtte det daglige arbejde. Nogle eksperimenterer med AI til udfyldning af blanketter og skemaer, mens andre har brugt AI som støtte til diagnosticering i samspil med specialister. Tænk f.eks. på brugen af AI til at analysere billeder af hududslæt, som derefter vurderes af en hudlæge. På hospitaler bruges AI allerede flere steder.

AI som praktisk hjælpemiddel

AI handler ikke om at overtage lægens opgaver, men om at assistere med at håndtere store datamængder og optimere rutiner.

Målet med den nye teknologi må være, at den skal overtage rutineopgaverne og give mere tid til patientarbejdet. Hvis AI kan hjælpe med de mere administrative opgaver og automatisere nogle rutiner, så kan der måske blive frigjort tid? Og det er her, at almen praksis står over for en stor opgave i at være med til at påvirke udviklingen, så den sker til gavn for patienten og den praktiserende læges arbejde.

Forventningerne til den ny teknologi er i hvert fald store. Sundhedsstrukturkommissionen skrev i sommer i sin rapport om fremtidens sundhedsvæsen:

”De (moderne teknologier red.) har et enormt potentiale for at kunne forandre fremtidens sundhedsvæsen grundlæggende. Fx forventes det, at sprogmodeller fremover kan skrive resuméer af journalnotater, skrive epikriser, give behandlingsforslag og bruges af patienter til at forstå symptomer og sygdom bedre. Datadrevne teknologier som kunstig intelligens kan også bruges til screeninger, hurtigere diagnostik og automatisering af arbejdsgange.”

En balance mellem teknologi og menneskelighed

Det vigtigste er, at vi husker, at det er mennesker, vi arbejder med – relationen skal fortsat være i centrum i ens arbejde. Det gælder, uanset om man arbejder som læge eller som denne klummes forfatter – med kommunikation. Teknologien skal støtte os i vores arbejde, men den må ikke erstatte relationen.

For at sikre den rette balance mellem teknologi og almen praksis og for at påvirke udviklingen har FYAM allerede udarbejdet et holdningspapir om AI. Herudover er DSAM også ved at udarbejde et holdningspapir om AI. Fremtiden er kommet. //





Ásthildur Árnadóttir modtager DSAM's Talentpris 2024

Rørt og beæret – det er nogle af de følelser, der har fyldt hos Ásthildur Árnadóttir, siden hun fik at vide, at hun ville modtage DSAM's talentpris 2024. Hun fik overrakt prisen sammen med en check på 10.000 kr. i forbindelse med DSAM's årsmøde den 4. oktober 2024 i Kolding.

”Det er totalt overvældende. Den anerkendelse fra kolleger betyder alverden. Jeg er overrasket og glad. At gøre en indsats for faget og blive anerkendt af sine kolleger er virkelig stort for mig,” fortæller Ásthildur.

Relationer er vigtige

I en af indstillingerne til talentprisen fremhæves Ásthildurs omfattende bidrag til almen medicin:

”Ásthildur har en bred klinisk uddannelse og startede sin karriere med interesse for akut kardiologi. Efterhånden som hendes kompetencer udviklede sig, fokuserede hun i stigende grad på det relationelle arbejde med patienter og på at identificere dem, der har størst behov for hjælp.”

For Ásthildur er det da også især det relationelle, der giver mening. Både i forhold til patienter og kolleger. Det er noget af det, der driver hende.

”Det er mødet med patienter og fagfæller og de relationer, der opstår, som er meningsfulde og motiverer mig. Som praktiserende læge har man et tæt forhold til sine patienter, og det er med til, at man kan gøre en forskel.

Det handler om at se sine patienter og deres behov, og her er jeg måske særligt optaget af at gøre en forskel for dem, der har det svært. Jeg har nok en ret stor retfærdighedssans,” siger Ásthildur om sit arbejde som læge.

Forskning og undervisning

Ud over arbejdet som læge har Ásthildur også været engageret i forskning, uddannelse, undervisning og vejledning. Hun har været aktiv i Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget i Region Sjælland og været vejleder for flere studerende. Særligt forskning og uddannelse betyder meget for hende:

”Det er fagligt tilfredsstillende at arbejde med uddannelse og forskning, og det giver også personligt mening. Jeg er stolt over at være kommende praktiserende læge, og jeg vil gerne være med til at holde vores fag relevant. For at holde det relevant skal det udvikles, og her er forskning vigtigt. Vi skal turde lege, afprøve ideer og eksperimentere, så vi kan tilbyde patienterne den bedst mulige behandling,” siger Ásthildur.

Derudover er Ásthildur engageret i uddannelse som en del af en netværksgruppe for almenmedicinske bloklæger, som vejleder for KBU-læger og ved kandidatopgaver og som deltager ved nationale og internationale konferencer med oplæg og workshops.

Fokus på bæredygtighed

Et andet vigtigt aspekt af Ásthildurs



Bolette Friderichsen overrækker talentprisen til Ásthildur Árnadóttir. Foto: Mogens Folkmann Andersen.

arbejde er hendes fokus på bæredygtighed. Sammen med en gruppe læger har hun arbejdet på at gøre sundhedsvæsenet mere bæredygtigt. Hun har været aktiv i Grøn Praksis, hun er medforfatter på DSAM's bæredygtigheds-papir for 2023-2024, og hun har været med til at arrangere flere workshops om emnet.

”Der er flere gavnlige effekter ved reduktion af drivhusgasser for folkesundheden, samtidig med at flere konkrete klimavenlige løsninger betyder meget for den enkeltes helbred. Jeg mener, at vi har en forpligtelse til at bruge vores stemme til at tale om de udfordringer, der ligger i forhold til sundhed og bæredygtighed. Der er brug for et helhedssyn og en prioritering i sundhedsvæsenet, og der er det almenmedicinske blik et kompetent blik,” siger hun.

Privat er Ásthildur bosat på Sjælland med sin mand og deres tre børn. Hun håber at kunne fortsætte med at kombinere forskningen med arbejdet i almen praksis. //



BESTYRELSENS KLUMME:

Dataetik – dødssygt eller måske livsvigtigt?

Dataetik lyder måske kedeligt. Men dataetik handler om digital ansvarlighed og sikkerhed. EU's GDPR-regler skal sikre, at borgeren har medindflydelse på sine egne data og kontrol over, hvem de deles med.

Men EU har givet hvert land lov til at bestemme over deres borgers sundhedsdata til kvalitetsformål, så sundhedsdata kan forvaltes af den enkelte stat. I den anledning har regeringen lavet en lov, hvor data fra en del af vores patienter overgår til Sundhedsdatastyrelsen uden patienternes samtykke. Loven pålægger almen praksis at sende data for patienter med diabetes, KOL, astma, hjertesvigt eller atrieflimren til Sundhedsdatastyrel-

sen på cpr-nummer niveau – altså identificerbart. Det er nyt. Indtil 1. januar 2024 fik Sundhedsdatastyrelsen de 5 diagnosegrupperes data "maskeret", så de ikke var personhenførbare. Nu ligger patienternes data som f.eks. vægt, kolesteroltal og rygestatus identificerbare hos staten.

Loven giver desuden mulighed for, at disse patienters data kan trækkes for 5 år tilbage. Uden at patienterne kan undslå sig denne deling med staten. Og vi er lovmæssigt forpligtet til at overskride den implicitte fortrolighedsaftale, som vi indtil nu har haft med patienterne.

Det fortrolige rum er således truet. Det er en dataetisk problemstilling, som vi må finde en løsning på, før vi bliver medskyldige i at krænke patienternes ret til at have kontrol med egne data, også deres sundhedsdata. Jeg vil påstå, at det er livsnødvendigt, hvis vi skal kunne behandle vores patienter bedst muligt og sikre, at de føler sig trygge i vores konsultationsrum og ikke skal passe på, hvad de siger. De kan blive meget syge, hvis vi ikke får de nødvendige oplysninger, eller de undlader at søge læge af frygt for at blive registreret i en statslig database.

DSAM har gennem knapt et år forsøgt at få en debat i gang om problemstillingen. Vi har også et løsningsforslag, som kunne tilgodese statens ønske om oplysninger på personidentificerbart niveau og samtidig gav mulighed for at respektere patienternes ret til privatliv.

Vi efterspørger en nem og letforståelig digital mulighed, hvor den enkelte patient kan give samtykke eller frasige sig deling af data. Det kunne gøres enkelt på www.sundhed.dk med mulighed for at sige nej tak til deling af data mellem sundhedsbehandlere (hospital og primærsektor). Det kaldes datadeling til primære formål, dvs. at datadelingen sker i forbindelse med aktuel behandling og kommer patienten selv til gode.

Man kunne i samtykket give mulighed for, at patienten kunne sætte en stopper for, at dennes egne data blev opbevaret i Sundhedsdatastyrelsen eller brugt til forskning. Det kaldes datadeling til sekundære formål, dvs. at man donerer sine data til formål, der ikke nødvendigvis forbedrer ens egen behandling, men som måske kan forbedre behandlingen for andre på et senere tidspunkt. Man kunne forestille sig, at hvis man vælger at

Vi efterspørger en nem og letforståelig digital mulighed, hvor den enkelte patient kan give samtykke eller frasige sig deling af data.

Rigtig mange borgere vil godt dele egne data for at hjælpe andre, men forskning viser, at de generelt ønsker at have kontrol over egne data.

stille sine data til rådighed for forskning, vil man kunne vælge, hvilke forskningsområder der får lov at kigge med og få adgang til resultaterne af disse projekter.

Rigtig mange borgere vil godt dele egne data for at hjælpe andre, men forskning viser, at de generelt ønsker at have kontrol over egne data. Tillid forpligter. Når staten ønsker sig tillid i form af accept af at personhenførbare oplysninger opsamles i staten, må der også udvises respekt for den enkelte borger ved at give dem kontrollen over egne data tilbage. Det er dataetik efter vores 7. pejlemærke: "Vi beskriver og bruger erfaringerne fra praksis", når vi må gøre opmærksom på, at vi ved, at vores patientpopulationer omfatter sårbare patienter, der begrænses af denne lovgivning. Potentielt kan en patient med sukkersyge beslutte ikke at opsøge læge for at undgå at figurere i statens kartotek. Denne lovgivning vil kunne ende med amputation af et ben pga. mangelfuldt behandlet sukkersyge. Vores sårbare patienter kan blive dødssyge, hvis vi ikke insisterer på værdig behandling af data.

Man skal også have i mente, at det ikke kun er patienter med en overskuelig levetid tilbage, der nu indregistres; den medinddrager astmapatienter, dvs. også børn med astma får nu lagret deres sundhedsdata. Med udsligt til at data ligger i staten i 80-90 år. Ingen kan vide, hvordan data administreres om f.eks. 40 år. Det må

være op til den enkelte forælder og patient at bestemme, om de ønsker denne informationsdeling.

PLO har som de første i sundhedsvæsenet oprettet en samtykkemulighed i Min Læge-appen, så der kan spærres for datadeling på flere planer (f.eks. oplysninger fra et bestemt behandlersted, for en bestemt periode, en bestemt sundhedsperson eller aftaler i sundhedsvæsenet). Jeg har endnu ikke praktisk erfaring med det, men jeg håber, at den behandler, der åbner journalen, får besked om, at der er spærret for visse oplysninger, så man ved, at der er noget, man ikke ved (ligesom i FMK med beskyttet medicin). Ellers kan det forårsage utilsigtede hændelser.

Desværre er det ikke den løsning, der bruges, når Sundhedsdatastyrelsen automatisk trækker data fra vores journaler om patienter med de 5

store diagnoser. Dette træk kan ikke stoppes af patienterne i dag. Vi mangler en respektfuld dataetisk løsning på dette problem. DSAM forslår en samtykkemulighed, f.eks. gennem www.sundhed.dk. //

FAKTABOKS:

I en tidsalder med fuld fart på udviklingen af fantastiske tekniske løsninger har vi behov for at få styr på vores etiske ståsted omkring data. Derfor skriver DSAM i øjeblikket på et holdningspapir om kunstig intelligens. Som I kunne læse i sidste nummer af Practicus, er FYAM to skridt foran, da de allerede har formuleret deres holdningspapir om emnet!



Nye ansigter i DSAM's bestyrelse

Ved DSAM's repræsentantskabsmøde blev to yngre læger valgt ind som nye medlemmer af bestyrelsen. Malene Nepper Lindholm er som formand for FYAM automatisk medlem af bestyrelsen. Herudover blev Ásthildur Árnadóttir valgt ind i bestyrelsen på FYAM's plads efter Anders Elkær Jensen.

Her kan du læse mere om de to nye ansigter i bestyrelsen. //



Malene Nepper Lindholm

Hvem er Malene?

Jeg er 33 år og hoveduddannelseslæge i almen medicin i Region Hovedstaden. For tiden er jeg i gang med min hospitalsblok på Hvidovre Hospital. Jeg bor på Amager med min mand og 2 børn på 7 og 4 år.

Hvorfor har du valgt at være aktiv i FYAM?

Som kommende almenmediciner ønsker jeg at bidrage til at præge og udvikle specialet. Derfor har jeg været

aktiv gennem de sidste 3 år i det nationale FYAM-udvalg, hvor jeg også har siddet i DSAM's Videreuddannelsesudvalg. Jeg har i 2024 især fokuseret på arbejdet med omlægningen af hoveduddannelsen og FYAM's hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionen. Nu glæder jeg mig til at bære formandsposten for FYAM videre og fortsætte den rivende udvikling, FYAM er inde i. Arbejdet er drønsøgende og giver mig både energi og et stort netværk i specialet.

Vi skal turde deltage i den sundhedspolitiske debat med faglige input for at vise, hvilken almen praksis vi ønsker.

Almen medicin er et fantastisk speciale, som der er hårdt brug for både nu og i fremtiden.

Er der mærkesager, som du vil bære videre til DSAM's bestyrelse?

Almen medicin er et fantastisk speciale, som der er hårdt brug for både nu og i fremtiden. Vi har en stor rekrutteringsopgave foran os, som vil kræve både strategisk kommunikation, vedvarende udvikling af videreuddannelsen, og at vi som fagligt selskab står forrest, når strukturen for almen praksis skal diskuteres.

Hvad vil du gerne bidrage med i såvel FYAM-udvalget som i DSAM's bestyrelse?

Jeg vil fortsætte den positive udvikling, vi har gennemgået i de seneste år i FYAM-udvalget. Vi er et stærkt netværk af dedikerede og kompetente frivillige yngre almenmedicinere, der brænder for specialet og har noget på hjerte i det faglige arbejde i FYAM. I en tid med stor offentlig bevågenhed på almen praksis skal vi turde deltage i den sundhedspolitiske debat med faglige input for at vise, hvilken almen praksis vi ønsker som fremtidens praktiserende læger. Som del af DSAM's bestyrelse vil jeg bidrage med mit perspektiv som yngre almenmediciner på vej ind i specialet. Jeg vil bidrage til, at DSAM står stærkt, når vi skal diskutere den kommende struktur for sundhedsvæsenet, og hvilke opgaver der skal prioriteres i almen praksis. //



Ásthildur Árnadóttir

Hvem er Ásthildur?

Jeg er født og opvokset på Island, flyttede til Danmark for at læse medicin og har nu boet her i 20 år. Jeg er selv 40 år gammel, læge fra 2011 og ph.d. fra 2019. Jeg er i gang med min fase 3 i Nysted, Lolland. Min ansættelse er 80 % klinik og 20 % forskning ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Slagelse-Køge. Jeg bor i Køge med min mand og tre drenge på 5, 9 og 10 år.

Hvorfor har du valgt at være aktiv i FYAM og fagpolitisk arbejde?

Jeg startede med at stille op til DSAM's regionale bestyrelse i Sjælland for 2 år siden som FYAM-medlem. Det gjorde jeg af både en personlig og en faglig grund. Den personlige, fordi jeg savnede et netværk i specialet efter karriereskift. Den faglige, fordi jeg synes, jeg kunne bidrage med uddannelseslægeperspektiver til DSAM. Jeg ser det regionale arbejde som et vigtigt lokalt anker samtidig med det gode nationale samarbejde.

Er der mærkesager, som du vil bære videre til DSAM's bestyrelse?

Som aktiv i gruppen Grøn Praksis og med forskningsfokus på bæredygtighed i sundhedsvæsenet føles det na-

turligt for mig at holde fokus på disse emner. Ud over det kender jeg til arbejdet i et lægedækningstruet område og kender alt til vigtigheden af et godt uddannelsesmiljø, mulighed for forskning og fleksibilitet i arbejdslivet og høj faglig stolthed som vigtige elementer for rekruttering af kommende kollegaer. Det vil jeg gerne være med til at løfte.

Hvad vil du gerne bidrage med i DSAM's bestyrelse?

Jeg vil gerne bidrage med gejst og engagement for specialet. DSAM er med til at lave kliniske vejledninger og bidrager i flere tværfaglige og tværsektorielle arbejdsgrupper, hvor det er vigtigt, at den almenmedicinske stemme bliver hørt. Sundhedsvæsenets fremtidsscenarier – med personalemangel, høj alder, flere kroniske sygdomme samt knaphed på ressourcer – kræver prioritering og at kunne se sammenhænge i større perspektiv. Det er noget, almen medicin skal bidrage med. //

Jeg kender til arbejdet i et lægedækningstruet område og til vigtigheden af et godt uddannelsesmiljø.



Sundheds- strukturreformen - det siger aktørerne

I juni måned før sommerferien præsenterede sundhedsstrukturkommissionen sit udspil til en reform, og den 18. september var regeringen klar til at præsentere sit forslag til en ny organisering af sundhedsvæsenet.

Regeringen lægger bl.a. op til at styrke almen praksis og at samle Region Sjælland og Region Hovedstaden i én stor fælles region for at kunne løse lægemanglen på Sjælland.

Regeringen forventer selv et hurtigt forhandlingsforløb mellem de politiske partier, så et lovforslag kan fremsættes i anden halvdel af februar 2025.

I regeringens lovprogram for Folketingsåret 2024-2025 står der under Sundhedsministeriet:

”Lovgivning om opfølgning på Sundhedsstrukturkommissionen (Feb II).

Lovforslaget skal implementere den kommende politiske aftale om en Sundhedsreform, som skal følge i forlængelse af anbefalingerne fra Sundhedsstrukturkommissionen.”

Hvad mener organisationerne om udspillet?

Lægeforeningen, FAS, PLO og Yngre Læger meldte sammen ud om regeringens udspil, og umiddelbart var der ros til udspillet:

”Regeringens sundhedsudspil er et vigtigt skridt på vejen til at sikre flere speciallæger, som er lig med bedre lægedækning til patienter i hele landet og dermed en vej til mindre ulighed i sundhed. Det er glædeligt, at man nu for alvor tager hul på at løse speciallægemanglen. Det kommer til at tage år, og man skal gøre det klogt, men retningen er rigtig,” siger Camilla Rathcke, formand for Lægeforeningen.

Samme rosende toner er der fra Jørgen Skadborg, formand for PLO:

”Det er positivt, at regeringen vil afsætte penge til en konkret investeringsplan for almen praksis, øge antallet af praktiserende læger, uddanne flere speciallæger i almen medicin, udforme en national opgavebeskrivelse for almen praksis og gøre det mere attraktivt at være praktiserende læge i områder med mange syge borgere”.

Danske Regioner skriver på deres hjemmeside følgende om almen praksis:

”Det er virkeligt glædeligt, at regeringen med udspillet vil modernisere rammerne for at drive almen praksis i Danmark. Der er brug for at øge kapaciteten og brug for at fordele ressourcerne bedre. Begge dele er meget vigtigt, når vi vil styrke det nære sundhedsvæsen,” siger Mads Due-dahl, næstformand i Danske Regioner.

FYAM og Yngre Læger ser regeringens tiltag som en del af løsningen, men de efterlyser også en samlet indsats fra kommuner og regioner for at gøre lægelivet i yderområderne attraktivt.

”Det er et skridt i den rigtige retning. Der er ingen tvivl om, at vi skal have flere læger derud, hvor der er størst behov for dem. Det er vi allesammen enige om,” siger Thomas Purup til Dagens Medicin.

Fra Sara Radl, forperson for Almen Praksisudvalget under Yngre Læger lyder det:

”Yngre Læger tror ikke, at differentieret patienthonorering som enkeltstående parameter er nok til at få folk til at flytte sig til yderområderne, men det er en del af løsningen. Hvis vi skal undgå, at de praktiserende læger stopper med at praktisere i visse områder, fordi arbejdsomængden

er for stor, så er det et helt nødvendigt skridt,” siger Sara til Dagens Medicin.

Fra DSAM's formand, Bolette Friderichsen, er der også ros til udspillet, om end der også er betænkeligheder.

”Jeg bakker op om national styring af ydernumre. Det er fint, at den opgave bliver taget fra regionerne, for de har ikke vist sig i stand til at administrere den. Jeg glæder mig også over, at man udvider lægeuddannelser i Køge, Esbjerg og Nordjylland. Jeg er selv læge i Region Nordjylland, og lægeuddannelsen er en af flere grunde til, at vi trods demografiske udfordringer er mere velfungerende end Region Sjælland,” siger Bolette Friderichsen.

Men der er også elementer i oplægget, som bekymrer hende:

”Jeg oplever uklarheder om sundhedsrådene, som skal erstatte sundhedsklyngerne. Nu vil man lave et råd, der kan beslutte noget. Fint. Rådet skal bestå af folkevalgte. Det betyder, at kommunerne og regionerne vil sidde i rådene, men hvad med de praktiserende læger? Hvordan skal deres stemme blive hørt, når det kommer til at sikre en realistisk opgaveportefølje? Og jeg må som formand for DSAM insistere på, at netop vores stemme bliver hørt i det kommende arbejde,” sagde Bolette til Medicinsk Tidsskrift umiddelbart efter regeringens pressemøde om deres udspil den 18. september.

Hvad mener patienterne om udspillet?

Overordnet set er der tilfredshed fra Danske Patienter. De ser ikke den fare ved udspillet, som Bolette Friderichsen giver udtryk for ovenfor. De skriver på deres hjemmeside:

”Danske Patienter mener blandt andet, at loftet over privatpraktiserende speciallæger og speciallæger på hospitaler i udvalgte områder kan sikre en mere lige fordeling af speciallæger på tværs af regioner, og dermed mindske ulighed mellem patienter på tværs af landet, hvor nogle i dag kun har begrænset adgang til specialiseret behandling.

Det samme gør sig gældende for patienters adgang til alment praktiserende læger, som med regeringens udspil kan blive mere ligeligt fordelt over hele landet og dermed

øge tilgængeligheden til gavn for patienterne. Derudover vil regeringen også tage udviklingen af almenmedicinske tilbud ud af det lukkede overenskomstrum, hvilket er positivt.”

Ældresagen ser også flere positive takter i regeringens udspil, men de udtrykker bekymring over, at regeringen har valgt ikke at samle sundheds- og ældreområdet under samme myndighed. De skriver:

”Men Ældresagens største bekymring handler fortsat om, at regeringen valgte ikke at samle sundheds- og ældreområdet under samme myndighed. Dermed risikerer ældre mennesker stadig, at der ikke er sammenhæng i deres forløb fra forebyggelse til behandling, pleje og genoptræning.”

Ældresagen foreslår herudover, at egen læge som tovholder skal kunne visitere til både regionale og kommunale tilbud, f.eks. til pakke med helhedspleje.

DSAM følger selvfølgelig efterårets forhandlinger tæt, og vi vil sætte de almenmedicinske værdier og vores faglighed i spil alle steder, hvor det er muligt. //

Denne artikel er skrevet, før den politiske aftale blev indgået.



DSAM
Årsmøde
2024

Kunstig intelligens i almen praksis

I alt 450 deltagere havde sat hinanden stævne til DSAM's årsmøde i Kolding den 4. oktober for at blive klogere på kunstig intelligens (AI) i almen praksis. Temaet for årsmødet gik også under titlen "Deus ex machina" eller – om man vil – "gud i maskinen". For nogle er AI den nye gud, der kan alt. Andre er mere skeptiske. Er det en ven eller en tidsrøver? De 450 tilmeldte satte samtidig ny deltagerrekord.

Ud over de fælles oplæg om AI var der også en række forskellige sessioner med alt fra skuldersmerter til B12, afmedicinering og vægtstigmatisering.

Åbningsdebatten

Ved åbningsdebatten deltog læge og forfatter Michael Hejmadi, læge og ph.d. Christoffer Bjerre Haase og lektor og ph.d. i filosofi Sune Hannibal Holm. De holdt hver især et oplæg om, hvordan AI og ny teknologi kan være med til at forandre almen praksis. Kan AI gøre nogle arbejdsgange lettere? Er der nogle udfordringer ift. GDPR? Bliver læge-patient-relationen udfordret af den nye teknologi?

Målet med teknologien er jo, at den skal frigive tid til det direkte patientarbejde. Men kan man stole på, at den gør det?

Efter de fælles oplæg var der debat og spørgsmål fra salen. Her blev det pointeret, at mens man for nogle år siden ikke kunne forestille sig, at AI havde sin gang på jord i almen praksis, så var det på vej ind nu. Flere steder i sundhedsvæsenet bliver det allerede anvendt, og det bliver også virkeligheden i almen praksis.

Et anvendelsesområde kunne være ved mere sjældne sygdomme, f.eks. sjældne former for udslæt. Her kan man tage et billede og høre ChatGPT, hvad den vurderer af diagnoser, hvis man er i tvivl. Og så kan man efterfølgende vende forslaget med en speciallæge.

VOX
POP

Hvad siger deltagerne om årsmødet?

FLEMMING ØSTERBY MATHIASSEN

Jeg har deltaget i flere år i streg, fordi jeg finder DSAM seriøs og alment velanskrevet. Og det præger tilrettelæggelsen og afviklingen af årsmødet. Årsmødet er på en gang seriøst og holdes i en munter, lattermild stemning dagen igennem. Selvom jeg savner de

britiske talere, som udvidede vores horisont, så tænker jeg, man har fundet nogle gode danske talere til formiddagssessionen. I år var det et vanskeligt håndgribeligt emne som AI, hvor der alligevel blev fundet en AP-indgangsvinkel. Spørgelysten var så

stor som aldrig før ved den opfølgende AI-session, og jeg tænker, at lægerne var ligeså dedikerede og vidende som bilisterne om elbiler. Jeg glæder mig til igen næste år at møde unge og gamle kolleger.

Der var en enighed i panelet om, at det var vigtigt, at almen praksis bliver en medspiller i udviklingen, da man ellers kunne forestille sig, at de store internationale teknologivirksomheder vil styre udviklingen.

Michael Hejmadi rundede af med at opfordre til, at man går i gang med at prøve AI hjemme i egen praksis. Man skal ikke afprøve det på områder, der omfatter patientdata, men er der noget ift. at udfylde blanketter eller andet, så skal man bare gå i gang, lød anbefalingen.

FYAM-pris og ph.d.-cup

Ud over de mange spændende debatter og parallelsessioner om en lang række faglige emner, bød årsmødet også på en række andre aktiviteter.

Årets FYAM-pris blev uddelt. Den gik til Mikkel Saxov, speciallæge i almen medicin, praksisejer, Lægerne i Hasseris. Han var indstillet af Rana Baban og Katrine Boye Konggaard, HU-læger i Region Nordjylland, for sit arbejde med og sit engagement i sine uddannelseslæger.

Herudover blev årets ph.d.-cup også afholdt. Kampen om ph.d.-cuppen stod mellem de fire forskere Sofie Gjessing,



De tre oplægsholdere, Sune Hannibal Holm, Christoffer Bjerre Haase og Michael Hejmadi, besvarede spørgsmål fra publikum, formidlet af Christina Kjerulff og Maria Krüger fra DSAM's bestyrelse. Foto: Mogens Folkmann Andersen.

Anne Søjbjerg, Pernille Hølmkjær og Mie Kusk Søndergaard. Efter en kort og underholdende præsentation fra dem hver blev vinderen kåret via en afstemning blandt deltagerne i årsmødet. Vinderen blev Anne Søjbjerg for sin præsentation af "Sundt sind: Den problemløsende metode".

Udstillere og netværk

I forbindelse med årsmødet var der mulighed for at få en snak med blandt

andet de unge medicinstuderende i SAMS, Grøn Praksis-netværket og Månedsskrift for Almen Praksis. De fire forskningsenheder for almen praksis var repræsenteret ved i alt otte posterpræsentationer.

Årsmøde 2025

Datoen for næste årsmøde er allerede på plads. Det bliver fredag den 3. oktober 2025 i Kolding. Temaet bliver præsenteret senere. //

LASSE ECK

Jeg kommer til årsmøderne, fordi det er der, mange af mine kolleger er, og jeg kan virkelig godt lide mine almenmedicinske kolleger og venner! Det er der, jeg får et årligt boost af fællesskabsfølelse og lysten til at tænke ud over min dagligdag – det er kernen i faget og motivationen, jeg genfinder. AI er stadig et ret lukket område for mig. Jeg blev dog udfordret på, at vi kan bruge det her og nu. Til sessionen om AI og wearables var det super-spændende med avataren, der kunne være en hjælp til for eksempel anam-

neseoptaget, hvor patienten kan få tid til at tænke sig om forud for lægens spørgsmål og konsultation. Jeg kunne godt tænke mig en håndholdt session med AI for at lære at lege med det. Det havde givet ekstra pondus til dagen. Jeg er dog også enig i, at vi skal formulere et fælles sigte eller mål, og vi skal have indflydelse på AI, inden udviklingen fortsætter med os et skridt bagud altid.

POYA ARAM

Jeg har efterhånden været med til årsmøde rigtig mange gange. Jeg startede allerede som studerende, og denne gang er det vist 13. gang. For mig er det årets højdepunkt, hvor jeg både får mulighed for at møde gode kolleger og venner, som jeg ellers ikke får set – og så lærer jeg også nogle nye at kende. Herudover giver årsmødet også mulighed for at have fingeren på pulsen. Man bliver opdateret på det nyeste i almen praksis, og man er en del af noget større. Det er fagligt lærerigt. //



Aktiv dødshjælp: for eller imod?

Det er ulovligt at yde aktiv dødshjælp i Danmark, men emnet debatteres jævnligt. De mange dilemmaer var også rammen om en af sessionerne på DSAM's årsmøde.

Moderator Cees Stavenuiter, praktiserende læge på Sydfyn med hollandsk baggrund, introducerede parallelsession om aktiv dødshjælp med ordene 'I Danmark kan vi ikke udveksle erfaringer om aktiv dødshjælp – kun holdninger.'

Thomas Gørlén, praktiserende læge i København med diplom i palliation, og Nina Kjeldahl, praktiserende læge i Belgien, hvor hun udøver både palliation og eutanasi, holdt hver et kort oplæg, som blev efterfulgt af en debat med spørgsmål fra salen.

Gørlén: Palliation er tilstrækkeligt

Thomas Gørlén fremførte det synspunkt, at god palliation i de fleste tilfælde er tilstrækkeligt for patienterne, og at grunden til, at så stor en andel af den danske befolkning er for aktiv dødshjælp, ofte er et resultat af misforståelser. Ifølge Gørlén diskuterer befolkningen og lægerne ikke det samme; hvor patienterne ofte taler ud fra følelser som frygt, ser lægerne sig mere som hjælpere, hvis opgave er at lindre smerte og lidelse inden for lovens rammer.

Gørlén argumenterede også for, at det er muligt at lindre selv svære palliative situationer uden at ty til aktiv dødshjælp, f.eks. ved brug af palliativ



I Danmark kan vi ikke udveksle erfaringer om aktiv dødshjælp – kun holdninger. Moderator Cees Stavenuiter introducerede de to oplægsholdere, Thomas Gørlén og Nina Kjeldahl. Foto: Mogens Folkmann Andersen.

sedering. Han har ikke oplevet, at den nuværende debat i Danmark har medført en øget efterspørgsel på aktiv dødshjælp blandt sine egne patienter.

Kjeldahl:

Beskytter mod etiske dilemmaer

Nina Kjeldahl, som praktiserer i Belgien, hvor aktiv dødshjælp har været lovligt siden 2002, delte sine erfaringer med eutanasi. Hun forklarede, at eutanasi i Belgien udføres gennem en dødbringende injektion, men at processen er nøje reguleret.

Patienten skal have en alvorlig diagnose, hvor behandlingsmulighederne er udtømte, og lidelsen skal være konstant og ubærlig. De patienter, der modtager aktiv dødshjælp, er terminale eller befinder sig i en situation, hvor yderligere lindring ikke er mulig. Patienten skal gentagne gange anmode om eutanasi, og beslutningen skal vurderes som frivillig og velovervejet. En anden uafhængig læge skal godkende anmodningen, og en kommission bestående af læger, jurister og patientrepræsentanter skal efterfølgende evaluere sagen.

Kjeldahl understregede, at der er flere sikringsmekanismer i loven, og at patienten altid skal være kognitivt intakt. Hun mener, at loven beskytter læger mod etiske dilemmaer, da de altid kan afvise at udføre eutanasi.

Kjeldahl forklarede også, at aktiv dødshjælp i Belgien er mest udbredt blandt patienter med onkologiske og neurologiske lidelser samt terminale, mens meget få tilfælde har psykiske årsager. Hun afviste frygten for en såkaldt "glidebane", hvor eutanasi kunne blive anvendt på sårbare grupper som f.eks. handicappede eller demente, da dette er ulovligt. Samtidig pointerede hun dog, at forskelle i antal eutanasi-tilfælde mellem regioner ikke alene kan forklares med demografiske forhold, hvilket må siges at være interessant. Derudover er der en stigende tendens i forekomsten.



Vi bør være mere engagerende i debatten om aktiv dødshjælp, mener Nina Kjeldahl. Foto: Mogens Folkmann Andersen.

Under sessionens afsluttende debat blev der spurgt til, hvorvidt muligheden for aktiv dødshjælp får patienter til at opgive håbet hurtigere. Kjeldahl afviste dette og argumenterede for, at mange patienter søger trøst i visheden om, at eutanasi er en mulighed, selvom de ofte viser sig i stand til at tåle meget mere lidelse, end de selv tror. Hun nævnte, at hun jævnligt bliver kontaktet af danske patienter, der ønsker hjælp til aktiv dødshjælp. Det peger på en efterspørgsel, der endnu ikke favnes af lovgivningen i Danmark, men hun modtager ikke danske patienter til eutanasi.

Selvbestemmelse er vigtig

Selvbestemmelse og etiske dilemmaer var centrale emner i diskussionen. Mens både Gørlén og Kjeldahl anerkendte vigtigheden af patientens selvbestemmelsesret, så de to debattører forskelligt på, hvordan der bør lovgives, når det kommer til aktiv dødshjælp.

Gørlén advarede om, at lægeløftet forpligter læger til at bevare livet, ikke at tage håbet fra patienterne, og han spurgte om nogle liv er mindre værd

end andre. Det rejser etiske dilemmaer herhjemme, når spørgsmålet om aktiv dødshjælp bringes på banen.

Kjeldahl derimod påpegede, at patienternes behov og ønsker i Danmark anskues ud fra en misvisende præmis. Hun argumenterede for, at debatten i højere grad reflekterer hjælperens perspektiv, hvor det for patienten i virkeligheden handler om retten til selvbestemmelse. Hun mener, at vi i Danmark bør være langt mere engagerede i diskussionen om aktiv dødshjælp.

En nuanceret debat

Samlet set bød sessionen på en saglig og nuanceret debat om et af tidens kontroversielle emner. Vi når rigtig langt med palliation i Danmark, men der er plads til at nuancere vores syn.

Selvbestemmelsesretten er central for vores patienter, men den rejser en række etiske udfordringer. Kan selvbestemmelse betragtes som en borgerret? Og hvordan harmonerer det med lægeløftets principper?

Debatten gav ingen entydige svar, men sessionen gav en dybere forståelse af, hvor komplekst et emne aktiv dødshjælp er. //



Etiske værdier i kunstig intelligens

Algoritmerne kommer også til almen praksis. Hvilke etiske overvejelser skal vi gøre os, inden vi benytter dem til patientbehandling? Det var emnet for et af oplæggene ved DSAM's årsmøde 2024 om kunstig intelligens.

Der bliver i disse år udviklet en lang række maskinlæringsalgoritmer (ML-algoritmer), som kan komme med ganske nøjagtige forudsigelser om patienter. Der er således algoritmer, som kan detektere øjenssygdomme og forskellige former for cancer og lungesygdomme. Kort sagt, ML-algoritmer, der kan komme med nøjagtige og pålidelige diagnoser, prognoser og behandlingsforslag, banker på døren til almen praksis.

Det vel nok mest almindelige argument for at anvende ML-algoritmer er, at de i kraft af deres nøjagtighed kan sikre bedre kvalitet for patienter og mere effektiv anvendelse af knappe ressourcer. En algoritme, der sæt-

ter almen praksis i stand til hurtigt og nøjagtigt at screene diabetikere for øjenssygdomme, kan sikre, at en knap ressource som øjenlæger anvendes på dem, der faktisk har behov for den.

Nøjagtighed og effektivitet er imidlertid ikke hele historien om anvendelsen af ML-algoritmer. På trods af deres matematiske karakter og kvantitative natur er algoritmer ikke objektive og værdineutrale. Konstruktionen af en algoritme involverer en lang række beslutninger, som afspejler afvejning af etiske værdier: hvad er godt, og hvad er dårligt, hvad er retfærdigt, og hvad er uretfærdigt. Ansvarlig anvendelse af algoritmer kræver, at der er åbenhed om disse værdiafvejsninger.

I det følgende vil jeg kort præsentere en række af de elementer i udviklingen af en ML-algoritme, der vil reflektere antagelser om, hvad der har værdi, uanset om man eksplicit har taget stilling til dem.

Formålet med algoritmen

En helt fundamental etisk overvejelse vedrører formålet med at investere i og anvende en algoritme. Hvad er det algoritmen skal hjælpe med at opnå? Det er afgørende, at formålet bliver beskrevet præcist, da det er afgøren-

de for, hvilke mulige alternativer der kan være til at anvende en algoritme. Ydermere vil en beslutning om at investere i udvikling og implementering af en algoritme i realiteten antyde, at det antages at være en bedre løsning på et problem end tilgængelige alternativer.

Træningsdatasæt – afvejning af værdier

Som det ofte bliver fremført, er kvaliteten af en ML-algoritmes forudsigelser i høj grad afhængig af de data, der anvendes til at træne den. Det er træningsdatasættet, der giver algoritmen en repræsentation af den verden, den skal bruges i – verden ifølge data. Med andre ord er valget af træ-

Konstruktionen af en algoritme involverer en lang række beslutninger, som afspejler afvejning af etiske værdier.

ETIK og AI i SUNDHED

Sune Holm, lektor
Københavns Universitet
suneh@ifro.ku.dk



På trods af deres matematiske karakter og kvantitative natur er algoritmer ikke objektive og værdineutrale. Foto: Mogens Folkmann Andersen.

ningsdata et valg om, hvilken repræsentation af virkeligheden algoritmen skal lære af. Men hvornår er et træningsdatasæt godt nok? Det kan vi kun afgøre ved at afveje forskellige værdier.

Et eksempel på en værdiafvejning i forhold til træningsdata er følgende: En gruppe ingeniører er ved at udvikle en algoritme, der kan analysere billeder med det formål at identificere hudkræft. De har et budget til dataanskaffelse og skal beslutte, hvordan

de skal konstruere deres træningsdatasæt. Hvordan skal de anvende deres midler? Bør de sikre, at der er lige repræsentation af forskellige hudtyper eller proportionel repræsentation i overensstemmelse med de pågældende hudtypers prævalens i befolkningen? Eller noget helt tredje? Og hvilke slags overvejelser ville understøtte den ene eller den anden beslutning? Måske vil den overordnede nøjagtighed af algoritmen være højere ved at tillade en stor ubalance i for-

hold til hudtyper. Men til gengæld vil de færre fejl primært ramme borgere med en hudtype, der er lavt repræsenteret i datasættet.

Uanset hvordan man vælger at gøre det, giver træningsdata ikke en værdineutral repræsentation af virkeligheden, som er uafhængig af menneskelige værdier og interesser. Når det kommer til at bestemme, hvad der skal inkluderes i et træningsdatasæt, vil værdiladede overvejelser altid spille ind.



Er der en risiko for "defensiv medicin", hvor læger ikke tør gå imod anbefalinger fra AI?

Algoritmisk bias og fairness

Diskussionen vedrørende træningsdata knytter an til problemstillinger vedrørende algoritmisk bias og fairness. Ingen algoritme er perfekt. Der vil forekomme fejlforudsigelser i form af falske positive og falske negative.

I de seneste år er der kommet fokus på, at fordelingen af disse fejl kan ramme meget skævt i forhold til forskellige grupper. En hudkræftalgoritme kan f.eks. være ganske nøjagtig samlet set, men hvis alle dens falske negative rammer borgere med mørk hudfarve, vil det ofte blive set som et tilfælde af moralsk problematisk bias.

Risiko for ulighed

Så hvad er en fair fordeling af fejl på tværs af grupper? Skal algoritmen have samme sensitivitet og specificitet for mænd og kvinder, mørkhudede og lyshudede? Uanset hvad vil en algoritme som udgangspunkt have forskellig kvalitet for forskellige grupper, og det vil derfor altid være forbundet med værdiafvejninger, hvordan man vælger at konstruere den. Er én type fejl værre eller bedre end en anden? Hvis ja, hvor meget bedre eller værre? Er det acceptabelt at have flere fejl for én gruppe end en anden, hvilket i sidste ende kan betyde, at der vil være en stor ulighed i fordelingen af ressourcer mellem de pågældende grupper?

Uigennemskuelighed er en svaghed

Den sidste vigtige etiske afvejning, jeg vil præsentere, vedrører det forhold, at ML-algoritmers høje nøjagtighed skyldes, at de er meget komplekse. Det betyder, at selv hvis vi mennesker generelt forstår, hvordan et neuralt netværk fungerer, så er det umuligt for os at gennemskue, hvordan et neuralt netværk når frem til en positiv klassifikation af et bestemt individ på baggrund af et bestemt input. Selv hvis vi printede beregningen ud, ville den være totalt uigennemskuelig.

.. og en styrke

Den uigennemskuelige karakter af ML-algoritmer er også deres styrke. Algoritmer, der kan lære af data, er ikke begrænset af menneskets evner til at finde mønstre i store datasæt og skrive computerprogrammer. Omkostningen

er, at vi så heller ikke kan gennemskue dem. Der er derfor en vigtig etisk afvejning, som vedrører værdien af at få mere nøjagtige forudsigelser versus muligheden for at kunne gennemskue og forklare, hvordan et input om en specifik patient resulterer i en bestemt klassifikation af patienten. Hvis en algoritme foreslår en bestemt type behandling til patient X, vil det være oplagt at spørge, hvorfor den mener, at lige den behandling er bedst. Som det er nu, er det ikke oplagt, at hverken læge, patient eller nogen andre kan redegøre for det i det konkrete tilfælde. Der er dog en del forskning i "explainable AI," som arbejder på det.

Hvad skal vi overveje?

Selv hvis man har transparens om de skitserede etiske overvejelser, vil jeg mene, at læger, der eventuelt skal anvende dokumenteret nøjagtige og pålidelige algoritmer som beslutningsstøtte, har grund til at begynde at overveje en række spørgsmål.

Hvem bør pålægges ansvar for beslutninger, som er taget med AI-støtte? Hvordan kommunikerer man om AI-støttet beslutningstagning med patienter? Bør patienter have ret til at få en "second opinion" fra AI, hvis en valideret algoritme er tilgængelig? Har de krav på, at lægen ikke anvender AI som støtte? Er der en risiko for, at læger af frygt for at miste autoritet tøver med at anvende algoritmer som beslutningsstøtte? Er der en risiko for "defensiv medicin", hvor læger ikke tør gå imod anbefalinger fra AI?

Måske skal vi starte et andet sted

Der er andre og flere spørgsmål, som er vigtige at overveje i relation til AI i almen praksis og sundhedsvæsenet mere generelt. Måske er det mere presserende for læger at overveje, hvordan de kan anvende sprogmodeller til at udføre papirarbejde, som allerede nu fylder meget? Hvis der på den lange bane er en forventning om, at læger tager forudsigelsesalgoritmer i brug som støtte til at opnå bedre diagnoser, prognoser og behandlinger, vil jeg mene, at de spørgsmål jeg her har præsenteret bør overvejes allerede nu.

Referencer kan fås ved at kontakte forfatteren. //

Algoritmer, der kan lære af data, er ikke
begrænset af menneskets evner til at
finde mønstre i store datasæt og skrive
computerprogrammer.



Klogere på B12

– kommende vejledning om B12-mangel gør op med traditionel udredning og kontrol

Tidligere praktiserende læge Jørgen Peter Ærthøj præsenterede den kommende DSAM-vejledning om diagnostik og behandling af B12-mangel ved årsmødet 2024. Foruden Ærthøj består arbejdsgruppen af pensioneret praktiserende læge Morten Ohrt, de praktiserende læger Charlotte Hjort Sørensen og Trine Jepsen, de to kliniske biokemikere Tina Parkner og Bent Struer Lund samt ph.d.-studerende Emma Gram.

Forskellige tilgange i almen praksis

Generelt ses en stigende tendens i brugen af blodprøve, der tester for B12-mangel og metylmalonat (MMA), i almen praksis. Endvidere kunne en audit vise stor variation i brugen af MMA, hyppigt fravær af journalført indikation for B12-undersøgelse og brug for B12-målinger til kontrol af effekt efter opstart af behandling.

B12-mangel er en klinisk diagnose

En af hovedpointerne i Ærthøjs oplæg var nemlig, at B12-mangel er en klinisk diagnose, dvs. en diagnose, som baserer sig på patientens subjektive symptomer, og kun så-

fremt disse er til stede, bør der foretages en biokemisk analyse. Årsagen skal journalføres, så man sidenhen kan gå tilbage og se, hvad den oprindelige årsag var, for derved at kunne vurdere behandlingseffekten.

Det er en væsentlig pointe i den nye vejledning, at den efterfølgende kontrol af B12-behandlingen baseres udelukkende på patientens subjektive symptomer og ikke yderligere biokemisk undersøgelse.

Paradigmeskifte på vej

Fraværet af indikation for opfølgende blodprøver var en udfordrende tanke for mange af de tilstedeværende kollegaer, som måtte stille flere afklarende spørgsmål til dette. B12-mangel kan give symptomer inden for en lang række organsystemer, herunder neurologiske, neuropsykiatriske og gastrointestinale.

Man kan således forestille sig en lang række tilstande, som skal behandles alene baseret på patientens udsagn og uden efterfølgende kendskab til deres biokemiske status. Risikerer vi at overbehandle vores patienter, når opfølgningen er rent subjektiv?

Den endelige vejledning afventes med spænding. //

Det er en væsentlig pointe i den nye vejledning,
at den efterfølgende kontrol af B12-behandlingen baseres
udelukkende på patientens subjektive symptomer.



Ny vejledning om bæredygtig sundhedsforskning

En gruppe forskere fra de almenmedicinske forskningsenheder i Danmark har gennem det seneste års tid arbejdet på at udvikle en vejledning for bæredygtig sundhedsforskning. Den nye vejledning blev præsenteret ved DSAM's årsmøde i Kolding i oktober 2024.

Målet med vejledningen er at rådgive forskere om bæredygtighed i sundhedsforskning og derigennem øge den samfundsmæssige værdi af denne forskning og reducere spild af ressourcer.

Forskning har også et klimaaftryk

Det er vigtigt at understøtte bæredygtighed i forskermiljøet. Sundhedsforskning har til formål at forbedre menneskers sundhed, men forskningsaktiviteten afgiver i sig selv også et klimaaftryk, som er væsentligt at have fokus på.

Det kan tage op til 17 år, før ny evidens anvendes i klinikken, og det vurderes at op til 85 % af alle forskningsresultater går til spilde, blandt andet pga. suboptimalt studiedesign, publikationsbias og manglende involve-

ring af klinisk praksis, som gør implementering sværere.

Forskellige typer af sundhedsforskning og deres klimaaftryk vil givetvis se forskelligt ud, alt efter studiedesign, størrelse m.m. Forskningsaktiviteternes klimaaftryk ses f.eks. i form af transport til møder, konferencer og rekruttering. Rejser udgør ca. 20 % af CO₂-aftrykket af det samlede aftryk fra de enkelte forskningsstudier. Hvis man ser alene på den kliniske forskning, der var registreret globalt på ClinicalTrials.gov i 2021 (dvs. 350.000 studier), ses et estimeret CO₂-aftryk på 27,5 tons. Det svarer til halvdelen af Danmarks udledning på et år.

I forhold til social bæredygtighed er social diversitet og inklusion i forskningsprojekter fortsat mangelfuld og afspejler ikke samfundets sammensætning. Vi kender ikke de danske tal for social diversitet i forskning, men der er aktuelt en undersøgelse i gang om ligestilling i inklusion i forskningsprojekter. Den undersøgelse foretages af Lægemedelstyrelsen i Danmark. Internationale undersøgelser viser, at kvinder fortsat er underrepræsenterede i kliniske studier. Et andet aspekt

er, at etniske minoriteter ofte bliver ekskluderet på baggrund af sprogbarrierer. En bedre inklusion vil ofte kræve øget bevilling fra fonde (f.eks. til at betale en tolk til at bistå oversættelser), og det er aktuelt ikke noget, der bliver taget højde for.

Vejledning for bæredygtig sundhedsforskning

Vi kan blive endnu bedre til at lave sundhedsforskning, som giver en reel sundhedsværdi, og som hænger sammen med de ressourcer, der bliver lagt i forskningen. Derfor er "Vejledning for bæredygtig sundhedsforskning 2024"

EKSEMPLER PÅ BÆREDYGTIGE TILTAG I SUNDHEDSVÆSNET

- DSAM's bæredygtighedspolitik "Fra klode til klinik"
- Fællesregional strategi for grønne hospitaler
- Lægeforeningens målsætning om at reducere klimaaftrykket i sundhedssektoren med 70 %.



Ásthildur Árnadóttir og Nanna Holt Jessen holder oplæg ved en session på DSAM's årsmøde 2024. Foto: Sigrid Moesgaard Larsen.

FORSKNINGSENHEDERNES BÆREDYGTIGHEDSGRUPPE

- Ásthildur Árnadóttir, postdoc, HU-læge i almen medicin
- Nanna Holt Jessen, forsker, ph.d., læge
- Sigrid Moesgaard Larsen, forskningsårsstuderende, stud.med.
- Kristian Damgaard Lyng, ph.d.-studerende, fysioterapeut
- Malene Plejdrup Hansen, lektor, læge
- Torsten Risør, lektor, praktiserende læge
- Jens Søndergaard, professor, praktiserende læge

udgivet for nylig. Denne vejledning kan bruges som et redskab til at sætte fokus på bæredygtig sundhedsforskning. De almenmedicinske forskningsenheder i Danmark etablerede i efteråret 2022 en bæredygtighedsgruppe. Gruppen har arbejdet på at udvikle en dynamisk vejledning til, hvordan man konkret kan inkludere det bæredygtige perspektiv i sin forskning. Vejledningen kan anvendes sammen med "Den danske kodeks for integritet i forskning", som er udgivet af Uddannelses- og Forskningsministeriet, i udarbejdelsen af et forskningsprojekt.

Tre fokusområder

Den nye vejledning er inddelt i tre sektioner: Råd til klima- og miljømæssig forskningsaktivitet, Råd til at fremme social diversitet i forskning og Råd til god ledelsesmæssig og økonomisk forskningsaktivitet. Vejledningen tager afsæt i flere udenlandske rapporter om udvikling af bæredygtighed i forskning, bl.a. rapporter fra RAND Europe om udvikling af klima og miljømæssig bæredygtighed i sundheds-

forskning og guidelines fra National Institute for Health and Care Research om reduktion af klimaaftryk i forskning og øgning af social diversitet i klinisk forskning. Vejledningen er udgivet på København Universitets hjemmeside den 3. oktober 2024.

Session til DSAM's årsmøde

Fredag den 4. oktober 2024 holdt DSAM årsmøde med fokus på AI. Blandt mange spændende parallel-sessioner holdt Ásthildur Árnadóttir og Nanna Holt Jessen en workshop om bæredygtig sundhedsforskning, hvor den nye vejledning blev præsenteret.

Indledningsvist blev der holdt et oplæg om de problemstillinger, der ses i sundhedsforskning, og den nye vejledning blev kort introduceret. Derefter blev deltagerne i workshoppen inddelt i grupper og bedt om at anvende "Vejledning for bæredygtig sundhedsforskning" i en fiktiv forskningscase.

Deltagerne gav udtryk for, at det var relevant, at der kom fokus på bæredygtighed i forskning. Der blev dis-

kuteret anvendelse af og evt. problemstillinger i vejledningen. Der er ikke et standardiseret, sammenligneligt mål for bæredygtighed i forskning, så det kan være svært at gøre det "rigtige" selv med disse guidelines, mente deltagerne. Et dilemma kunne være, at man gerne vil udbrede sine forskningsresultater, så forskningen netop får en betydning, men at det kræver flyrejser til flere udenlandske konferencer og dermed sætter et betydeligt større klimaaftryk, end hvis man ikke rejste med fly.

Vejledningen kan bruges til at sætte gang i en refleksion over de valg, som vi tager i forskningsverdenen. Håbet er, at det kan afføde flere bæredygtige tiltag i sundhedsforskning. //

Vejledning for
bæredygtig sund-
hedsforskning i
Danmark, 2024





Ph.d.-studie

Hvem vil være praktiserende læge?

Det er afgørende for rekrutteringen, at almen medicin er i de medicinstuderendes og de yngre lægers bevidsthed på de rette tidspunkter gennem uddannelsen.

Det danske sundhedsvæsen er under forandring, og de fremtidige patienter forventes at blive både flere og mere komplekse. Det stigende behov for praktiserende læger vedrører os alle. Det fremgår også af den offentlige debat, hvor medier, beslutningstagere og borgere sætter emnet højt på dagsordenen.

Her kan forskningen også bidrage, fordi den bl.a. kan afdække mønstre, sammenhænge og udvikling over tid, der ellers er svære at få greb om. Vi kan dermed ty til forskningen, når vi skal søge at forstå problemstillinger eller fænomener, der er komplekse af natur.

En proces at vælge almen medicin som speciale

Medicinstuderende og lægers specialevalg har optaget forskere inden for medicinsk uddannelse gennem årtier. Da den medicinske uddannelse, både

akademisk og klinisk, er organiseret og tilrettelagt forskelligt verden rundt, eksisterer der også mange bud på, hvad specialevalg udgøres af og ikke mindst påvirkes af.

Overordnet er der dog enighed om, at det medicinske specialevalg er en proces, som medicinstuderende og yngre læger gennemgår over tid. Her sammenholder de løbende deres egne værdier, præferencer og interesser med deres indtryk af, hvad et speciale kan tilbyde dem.

Når først interessen for et speciale er skabt, bliver den også formet, herunder fastholdt eller forkastet. Det sker f.eks. ved, at en medicinstuderende, der under klinikophold har fået interesse for at blive praktiserende læge, reagerer på muligheden for et studiejob i almen praksis. Jobbet vil give den studerende erfaring med konkrete arbejdsopgaver i klinikken og en indsigt i det fremtidige job, herunder livet som praktiserende læge. Derudover vil erfaringen med arbejdsopgaverne i almen praksis give den studerende en

tro på egne evner inden for specialet. Det er alt sammen mekanismer, der vil kunne have en positiv indvirkning på den eksisterende interesse for at blive praktiserende læge.

Foranderlige ønsker

En udfordring i specialevalgsprocessen er, at den enkelte medicinstuderende eller yngre læges egne værdier, præferencer og interesser i sig selv er flydende og dermed formes gennem medicinsk uddannelse. Internationale studier peger på, at medicinstuderende begynder på universitetet med fokus på indhold, altså hvad de gerne vil arbejde med, mens de senere er mere optaget af livsstil, og dermed også hvordan de gerne vil arbejde.

Selvom meget er undersøgt, kan også forskningen komme til kort. Inden for medicinsk uddannelsesforskning har begrænsningen været, at specialevalget mange steder sker i umiddelbar forlængelse af lægestudierne. Det betyder, at der foreligger meget lidt indsigt i den del af specialevalgs-

Som almenmedicinsk stand har vi to krydspunkter med vores fremtidige kollegaer: først på medicinstudiet og senere under deres KBU.



Sofie Gjessing yderst til venstre. Hun deltog i dette års Ph.d.-Cup med en kort præsentation af sin forskning. De øvrige tre deltagere er Anne Sejbjerg, Pernille Holmklær og Mie Husk Søndergaard. Foto: Mogens Folkmann Andersen.

processen, som ligger efter, at lægerne har forladt universiteterne. Fra et almenmedicinsk perspektiv i Danmark er den tid ellers særligt interessant, fordi alle danske KBU-læger siden 2022 har tilbragt seks måneder i almen praksis. Derudover er introduktionsstillingen en dansk konstruktion, der tillader lægerne at få konkret specialeerfaring uden at skulle lægge sig fast på specialisering. Det sker alt sammen, samtidig med at livet udfolder sig i det private, hvor mange gennemgår store livsændringer, f.eks. stifter familie eller køber hus.

Hvorfor vælger yngre læger almen medicin?

Tidligere i år forsvarede jeg min ph.d.-afhandling. Den handler om, hvordan intentionen om at blive praktiserende læge i Danmark udvikler sig under medicinsk uddannelse. Det betyder, at der nu foreligger konkret viden på området. Vi har sat fokus på overgangen fra at være medicinstuderende til uddannelseslæge ved at undersøge specialeintentioner, værdier, præferencer, interesser og indtrykkene af specialers karakteristika. Vi har gennemført en spørgeskemaundersøgelse, som Sund-

hedsstyrelsen har udsendt til alle, der startede i KBU i 2022. Lægerne svarede på spørgeskemaet første gang, inden de startede deres KBU, og anden gang, mens de arbejdede i almen praksis i andet halvår af deres KBU.

Jeg vil bruge spalteplassen her på at sætte fokus på to tidspunkter, hvor vi som almenmedicinsk stand har krydspunkter med vores fremtidige kollegaer: først på medicinstudiet og senere under deres KBU.

Stigende interesse over tid

Studierne fra min ph.d. viser, at indsigt i det daglige arbejde og mødet med konkrete rollemødder gennem eksponering for specialerne via kliniske ophold og undervisning er de mest indflydelsesrige faktorer, når det kommer til specialeintentioner – uanset interesse. For almen medicin påvirkes interessen dog også af oplevelser med specialet som patient og pårørende gennem opvæksten og mindre gennem f.eks. forskningsaktiviteter.

Undersøgelsen viser, at hver fjerde af deltagerne har almen medicin som specialeintention forud for KBU. Samtidig er almen medicin det speciale, som færrest på det tidspunkt har ude-

lukket fra overvejelserne. Det efterlader en andel, der ikke har nogen udtrykt holdning til almenmedicinsk specialisering. Vi ser, at denne gruppe tager stilling, når de erhverver sig konkret arbejds erfaring i KBU. Så nogle fravælger almen medicin, mens der heldigvis er flere, som vælger specialet til.

Når vi ser på, hvad der er vigtigt for den enkelte læge, finder vi et næsten dosis-respons-lignende forhold. Jo vigtigere bestemte parametre (f.eks. fleksible arbejdstider, være selvstændig, være på deltid, mulighed for at bo, hvor man vil) er for den enkelte, jo større synes deres interesse at være for at blive praktiserende læge. Disse parametre samler vi under betegnelsen selvbestemmelse over eget arbejdsliv. Det tyder også på, at ønsket om selvbestemmelse styrkes, når lægen i privatlivet undergår forandringer, f.eks. får børn.

Vi finder altså, at det er afgørende for rekrutteringen, at almen medicin er i de medicinstuderendes og de yngre lægers bevidsthed på de rette tidspunkter. Resultaterne peger på, at et arbejdsliv med fleksibilitet kan give en fornemmelse af at besidde en kontrollabel livsstil, og at initiativer rettet mod det kan bidrage til oplevelsen af at have en god balance mellem arbejdsliv og fritid – den balance er meget efterspurgt blandt medicinstuderende og yngre læger i dag.

Yngre læger skal overbevises – ikke overtales

Min forskning sætter dermed fokus på den udfordring, der ligger i at skule forene kommende praktiserende lægers interesse i selvbestemmelse over eget arbejdsliv med den øgede belastning, der forventes at ramme praktiserende læger i fremtiden. Forskningen minder os om, at medicinstuderende og yngre læger skal overbevises om at blive praktiserende læge – ikke overtales til at blive det. //



Ph.d. i en alder af 78: Vi skal se mere på patienten og alt det rundt omkring

Den humanistiske og holistiske tilgang til patienterne er lige så vigtig som alle de målinger og medicinske virkemidler, vi bruger i behandlingen. For patienterne er så forskellige.

Praktiserende læger bliver bombarderet med krav om registrering. Men er der en påviselig effekt af årsstatus? Eller er det kontakten mellem behandler og patient, der spiller ind, hvis effekten er god?

I en videnskabelig leder i Ugeskrift for Læger i 2021 efterlyste Jesper Lykkegård en mere nuanceret tilgang end blot tørre tal for årsstatus ved kroniske sygdomme. Men effekten af en mere humanistisk tilgang er svær at måle og er heller ikke beskrevet i litteraturen, selvom vi som læger nok ofte fornemmer, at der må være en effekt i det lange løb – om end årsagen til effekten er ukendt.

En pensionist bliver ph.d.-studerende

Jeg har været praktiserende læge på Frederiksberg i 35 år. Siden 2001 har jeg været ansat på Center for Uddannelse og Forskning ved Københavns Universitet, bl.a. som kursusleder for "Klinisk almen medicin". Herefter begyndte jeg at forske i undervisning af medicinstuderende på 6. semester.

Min interesse for god undervisning har altid været stor, særligt som kursusleder og som tutorlæge for medicin- og speciallægestuderende. Hvordan underviser man i så komplekst et medicinsk speciale, hvor behandlingsalgoritmer er meget lidt værd, fordi patienterne er så forskellige?

Jeg fik den tanke, at hvis jeg lavede en ph.d. om under-

visning, ville det give mig mulighed for at promovere den humanistiske tilgang til patienterne – en tilgang, der er lige så vigtig som alle de tal og medicinske virkemidler, vi bruger i behandlingen af patienterne, men som er svær at måle. Efter 10 års arbejde forsvarede jeg min ph.d.-afhandling ved Københavns Universitet i juni 2024.

Ideen til ph.d.-studiet opstår

Tilbage i 2012 deltog jeg i et kursus på Københavns Universitet om brugen af online materiale i undervisningen. På det tidspunkt var der kun publiceret 13 artikler om brug af online undervisningsmateriale. I dag er der flere millioner, men kun ganske få fra almen praksis. Dengang forelå der intet om måling af effekten af online materiale. Det var det, der inspirerede mig til at gå i gang med at skrive en ph.d.-afhandling.

Kunne vi forbedre indlæringen af den patientcentrerede konsultation ved at lade de studerende se og analysere 16 små videoklip derhjemme? Og kunne vi finde en måde at måle effekten på?

Nyt fokus på den personcentrerede konsultation

På Københavns Universitet (KU) bliver de studerende introduceret til almen medicin på første semester i faget "Tidlig patientkontakt". Her skal de enkeltvis interviewe en patient i dennes eget hjem om livsforløb, sygdom og oplevelser med sundhedsvæsenet samt afprøve forskellige kommunikationsstrategier. Normalt ser de studerende patienten 3 x 2 timer, alternerende med besøg i grupper på fem hos patientens egen læge, hvor oplevelserne med patienterne bliver diskuteret. Sideløbende får de studerende undervisning i grupper på 24 i relevante sund-



Foto: Colourbox

hedsspsykologiske teorier (27 timer i alt).

Efter kurset skriver de studerende en rapport, der beskriver patientens livsforløb og sygdomsoplevelse og kommunikationen med patienten ud fra relevante kommunikationsmodeller, og indholdet af rapporten diskuteres ved en mundtlig eksamen.

Kurset i "Klinisk almen medicin" på sidste semester af medicinstudiet består af 8 dage i almen praksis, hvor de studerende optager deres konsultationer med rigtige patienter på video. Optagelserne medbringes til 5 gange a 4 timers undervisning i grupper af 12, hvor de bliver set, analyseret og diskuteret.

Som kursusleder søgte jeg KU om

midler til at optage 16 små videoklip og 5 hele konsultationer med indhold fra almen praksis. De praktiserende læger optrådte som sig selv med en skuespiller i rollen som patient. Vi brugte ikke manuskript, og lægerne fik ikke på forhånd at vide, hvad patienten kom for. Tre amatørskuespillere præsenterede symptomer, de selv havde haft og kendte. Optagelserne fandt sted på afdelingens bibliotek, der var indrettet som en lægepraksis til formålet. Et kamera optog scenen i sin helhed, mens et andet kamera optog nærbillede af både patient og læge. Redigering blev foretaget under optagelserne. I de 16 små video konsultationsklip ændrede vi lægens adfærd for at optimere læringsprocessen.

Hvad blev videoerne brugt til?

Mit ph.d.-forløb bestod herefter af to dele: en litteratursøgning og udvikling af en metode til at måle effekten af online videoer til forbedring af indlæringen af den personcentrede konsultation.

Første del: pædagogiske teorier

De nordiske lande, England og Holland har kurser i almen praksis af en varighed på 1-2 måneder, mens resten af de europæiske lande, som vi sammenligner os med, kun har kurser af få dages varighed eller slet ingen kurser i almen medicin. Almen medicin er det største speciale, og almen praksis behandler de fleste patienter. Derfor burde det have en større plads i



TRE RÅD OM UNDERVISNING I ALMEN MEDICIN

1. Refleksion hos den studerende er vigtigere end at få et endeligt svar.
2. Think-aloud-strategier er nyttige, når diagnoseprocessen diskuteres.
3. Illness script dannes bedst, når den studerende ser så mange patienter som muligt, evt. suppleret af videokonsultationer fra almen praksis.

den prægraduate undervisning. Som første del af min ph.d.-afhandling blev en række pædagogiske teorier identificeret.

Adult Learning Theory blev oprindeligt beskrevet af Malcolm Knowles i 1980. Han beskriver, at voksne elever har en bred erfaring. De ved selv, hvad de vil undervises i, og de vil selv være med til at styre undervisningen, hvilket betyder, at underviseren og de studerende løbende skal evaluere undervisningen.

Den eksperimentelle metode består af skiftevis dage i praksis og dage med undervisning, diskussion og refleksion. De 8 dage i praksis skal spredes ud over 5 uger – og ikke (som vi nogle gange er nødt til) lade de studerende have samlede dage i almen praksis. Det kan være svært at få tutorlæger nok, og praksislæger har andre opgaver end lige at passe de studerende. Men indlæringen lykkes bedst, når denne vekselvirkning er til stede, især den løbende diskussion af oplevelserne i almen praksis er vigtig.

Higher-order-thinking anvendes af de studerende (og læger), når de skal udrede komplekse og komplicerede symptomer. For at udvikle denne evne skal undervisningen bestå af refleksion over det, de oplever i almen praksis, det, de ser i deres videoer fra almen praksis, og diagnoseprocessen

skal også endevendes. Underviseren skal lade de studerende finde svaret selv og kun træde til, hvis de er på helt bar bund. Forelæsninger er ikke vejen frem, medmindre de er meget interaktive.

Undervisere på universitet og i almen praksis fungerer som *rollemodeller*. Men i diagnoseprocessen og i den kliniske håndtering af patienterne foregår der en del, som ikke er åbenlyst for de studerende. Som praktiserende læger kender vi patienterne. Vi ved, hvordan de plejer at se ud, og hvordan de generelt reagerer på symptomer. Vi observerer deres ansigtsudtryk, deres kropsholdning, små ændringer i deres sprogbrug. Og vi bruger vores intuition. Derfor er det vigtigt at bruge *think-aloud-strategier*, altså at sætte ord på tanker, når vi underviser studerende og yngre læger – ellers finder de diagnoseprocessen uklar og uforståelig.

Illness-script-dannelse omhandler de indtryk, som de studerende får og lagrer, når de ser patientens fremtoning og hører symptombeskrivelsen. De gemmes i hjernen som illness scripts til senere brug.

Når en lignende patient optræder, hentes erfaringerne fra tidligere illness scripts, der på denne måde kan genbruges, revideres og forfines.

Konklusionen på litteraturstudiet var, at kurset i "Klinisk almen medicin" er baseret på de rigtige pædagogiske teorier.

Anden del: videoklip

Som kursusleder af "Klinisk almen medicin" ved KU introducerede jeg de 16 små videoklip og en fuld konsultation fra almen praksis i undervisningen. De studerende skulle analysere og identificere patientcentrede elementer i fire små klip før hver af de sidste fire små gruppesessioner på universitet og i to af de seks forskningsgrupper lave konversationsanalyse på en fuld konsultation.

På den måde kom undervisningen til at indeholde forberedelse og efterfølgende diskussion af videoklip med undervisere og medstuderende i en 12-personers gruppe. Diskussionen skulle omhandle tilstedeværelse eller mangel på patientcentrede elementer og det kliniske indhold i klippene. På denne måde skulle high-order-thinking og diagnoseprocessen stimuleres.

Alternativ måling af effekt

Oftest måler man alene på eksamenskarakterer, men på kurset i "Klinisk almen medicin" omfatter eksamen en videooptagelse fra almen praksis med den studerende i lægerollen og en rigtig patient, hvor man vurderer, om den studerende kan udfylde lægerollen. Efterfølgende får den studerende lov til at analysere egen konsultation i forhold til, om de patientcentrede elementer er til stede eller mangler, og hvilken betydning det har for konsultationen, hvis de mangler.

Den studerende præsenteres også for en klinisk case for at sikre, at den studerende kender til hyppige sygdomme i almen praksis og kan handle hensigtsmæssigt i almen praksis. Endelig får den studerende et teoretisk spørgsmål om forholdene i den primære sundhedstjeneste. Da de to sidstnævnte elementer (klinisk case og teoretisk spørgsmål) influerer den samlede eksamenskarakter, er denne eksamensform ikke velegnet til at

Læge-patient-relationen skal have mere plads i det daglige arbejde – også selvom effekten ikke altid kan måles helt så nidkært som f.eks. behandlingen af sukkersyge.

Mange studerende er
nu ansat i almen
praksis under studiet.
Det er en god udvikling,
som har kunnet
mærkes i klinikkerne
i de seneste år.

måle effekten af de nye pædagogiske tiltag, der skulle øge den studerendes evne til at analysere en patientcentreret konsultation og handle hensigtsmæssigt.

I mit studie fik de studerende lov til at se en testvideo med en praktiserende læge, der behandler en amatørskuepiller. Herefter udfyldte de et spørgeskema om konsultationens indhold af patientcentrerede elementer og håndteringen af den kliniske problemstilling. Dette skete både før og efter kurset, så vi kunne måle en evt. effekt i deres evne til at observere og forstå indholdet korrekt.

I det første forsøg deltog 595 studerende, som gruppevis blev introduceret til gradvist mere online materiale. Deltagelsesprocenten var på 70-80, med lidt variation i de seks forsøgsgrupper. I den endelige opgørelse skulle den studerende have deltaget i både testen før og testen efter kursus.

Bedre forståelse af bio-psyko-sociale faktorer

Videoklippene viste sig at øge de studerendes forståelse af de bio-psyko-sociale faktorer, der influerer sygdomspresentationen i almen praksis. Det var fint, men vi havde forventet, at de ville blive bedre til at identificere de patientcentrerede elementer, når de skulle analysere og diskutere video-materialet. De blev generelt bedre efter at have gennemført kurset. Men

det var kurset i sig selv, der var årsag til denne ændring – ikke de tilførte online videoklip.

Underviserne var blevet instrueret i at prioritere feedback på de studerendes egne videoer og nåede kun at gennemgå cirka halvdelen af videoerne. Derudover erfarede vi, at selve proceduren med at lade den studerende se en videokonsultation og udfylde et spørgeskema med 33 items tog alt for lang tid.

Derfor udviklede vi et kortere spørgeskema med 13 items uden registrering af det kliniske indhold. Vi vidste nu (fra første del af forsøget), at videoklip forbedrede forståelsen for de bio-psyko-sociale faktorer. Så det nye spørgeskema fokuserede på patientcentrede og kommunikative elementer. Skemaet blev undersøgt for face validity, content validity, relevans og reliability. Effekten blev opgjort for hvert enkelt item, da vi bestemte, at skemaet nu skulle påvise mangler i undervisningen (ikke i den studerendes evner).

Vi brugte en eksamensfilm med den studerende i rollen som læge, så de studerende identificerede sig med lægerollen i stedet for patientrollen. Vi fik tilladelse fra patient og studerende til at lægge filmen på læringsplatformen Canvas. Et spørgeskema blev besvaret elektronisk før og efter kursus, og data overførtes automatisk til Excel. Effekten kunne aflæses umiddelbart efter kurset i form af ændringer i effect size fra før til efter kurset. Dette nye måleinstrument blev introduceret i undervisningen i 2019. Proceduren tog nu kun en halv time.

Svært at opnå en fast standard

Vi erfarede, at observation af kommunikation er meget subjektiv. Det tager blandt andet afsæt i, hvem man er, hvor man er i livet, og hvad man er vant til at beskæftige sig med. Det blev tydeligt, da vi skulle opnå de ”rigtige” svar i testfilmene. Ved den før-

ste testfilm sprang de erfarne praktiserende læger direkte ind i rollen som læge og så tingene fra lægens vinkel (ikke fra de studerendes). I anden halvdel af projektet valgte vi derfor at bruge en video, hvor en studerende optrådte i lægerollen. Alle testfilm blev transskriberet og patientcentrerede elementer blev identificeret. Vi holdt os til de verbale udtryk.

Større fokus på mennesket

Mange studerende er nu ansat i almen praksis under studiet. Det er en god udvikling, som har kunnet mærkes i klinikkerne i de seneste år. Måske kan de studerende være med til at afhjælpe det store pres på praksis? Måske bliver der endda plads til flere dage i almen praksis i medicinstudiets curriculum?

Mit store håb er, at regionerne bliver mere klar over det meget store arbejde, der handler om læge-patientrelationen. Den relation skal have mere plads i det daglige arbejde – også selvom effekten ikke altid kan måles helt så nidkært som f.eks. behandlingen af sukkersyge. Fremtidens praktiserende læger kan ikke nøjes med at tage blodprøver og forholde sig til ting, der kan vejes og måles. De skal kunne se det hele menneske og inddrage alt det, der er rundt om denne person, i behandlingen. //

HVAD KENDETEGNER GODE ROLLE-MODELLER?

- Skal kunne give og modtage konstruktiv kritik.
- Skal kunne indse, når der er noget, vi ikke ved eller har opfattet forkert.
- Skal kunne erkende, at den studerende måske ved mere end dem på nogle områder.



Sláinte!

Sláinte betyder "sundhed" på irsk/gælisk. Og der var lagt op til debat om sundhed i almen medicin, da Irish College of General Practitioners (ICGP), den irske pendant til DSAM, inviterede til WONCA Europe conference i Dublin 25. -28. september 2024. Sláinte har også en anden betydning, men den kommer jeg tilbage til.

Konferencen blev afholdt på Convention Centre Dublin ved floden Liffey midt i Dublin – en by i rivende udvikling. Irlands historie har været præget af store omvæltninger, og økonomien har svinget mellem ekstrem fattigdom og stor fremgang. For tiden

går det ret godt, så priserne er høje i den irske hovedstad. Men Dublin er klart et besøg værd! Desværre deltog kun ca. 10-15 danskere i konferencen. Det er synd, da det giver mulighed for at møde kolleger fra mange lande og udveksle erfaringer!

Interesse for trivsel og udbændthed

Inden selve konferencen blev der afholdt council meeting i WONCA Europe. Her diskuteres mange forskellige emner i det europæiske samarbejde. Danmark var repræsenteret af Roar Maagaard, underteget af DSAM's bestyrelse og John Brodersen, som er formand for EUROPREV – en af WONCA's store underorganisationer, som kæmper for forebyggelse af overdiagnostik.

Et af mødets vigtigste emner var godkendelsen af en politik om interesseorganisationer under WONCA. Der blev etableret en gruppe, som arbejder med alment praktiserende lægers fysiske og mentale sundhed og forebyggelse af udbændthed. Det er ikke kun i Danmark, der er et problem. Det er ret udbredt i Europa, men også mange andre steder i verden. Gruppen ledes af Andrée Rochfort fra ICGP, og de vil også gerne have deltagelse fra Danmark.

Kø til kaffen

Kongressen blev afviklet i deres relativt nye kongrescenter ved bredden af floden Liffey. Auditorium og mødelokaler var ok. Bespisningen var desværre ikke prangende, og organisationen af måltider kunne have været bedre. Svenskerne have sendt Anna Davelid, der skal være chef for næste nordiske kongres i Jönköping i 2026, og hun sugede observationer til sig! Læger gider ikke stå i kø for at få den kaffe, de har betalt for på forhånd....

I alt havde 2.443 valgt at deltage i kongressen (flest fra Irland, men også 48 fra Norge). Heraf var 860 yngre læger, hvoraf mange havde deltaget i præ-kongressen.

I alt 1.357 abstracts blev præsenteret ved kongressen, og over 800 var blevet nedgraderet til e-posters. Alle posters var elektroniske og kunne ses på relativt få opstillede store monitors. Posters kunne tilgås under hele kongressen, men relativt få benyttede sig af det.

Mange fælles udfordringer

Selve konferencen løb over 3-4 dage med undervisningssessioner fra kl. 8.30 til 17.45. Der var korte præsentationer af forskningsresultater med ny viden fra forskellige steder i verden, symposier, workshops og key no-

HOTTE EMNER PÅ KONGRESSEN

- Bæredygtighed og grøn praksis
- Digitale løsninger i almen praksis
- Hjerneværdier i almen praksis
- Kunstig intelligens (AI) i almen praksis
- Lægers eget helbred
- Mangel på arbejdskraft i sundhedssektoren
- Medicinsk uddannelse
- Ultralyd i almen praksis



Irlænderne er yderst gæstfrie, og de skilter med det.
Foto: privatfoto.



tes om aktuelle emner af særlig interesse for almen praksis.

Jeg valgte at deltage primært i workshops. Det gav mig mulighed for at få gode snakke med kolleger fra andre lande, og jeg fandt ud, at mange af os går og døjer med de samme ting: lægemangel, personalemangel, problemer med sundhedsmyndigheder og forsikringsselskaber. Selvom udfordringerne former sig forskelligt i de enkelte lande, kæmper de fleste med udfordrende patienter, henvisningsproblemer, ventetider og sektorovergange.

Positive health og nye briller

Jeg fik især stort udbytte af de workshops, der var arrangeret af holland-

ske Karolien van den Brekel-Dijkstra. Hun er praktiserende læge, ph.d. og leder af Institute for Positive Health, som blev etableret af Machteld Huber for en del år siden. Huber holdt en key note om etableringen af Positive Health-projektet ved WONCA-kongressen i Bruxelles i 2023.

Deres mission er at styrke menneskers fulde potentiale mod et mere meningsfuldt liv gennem positiv sundhed. Tanken er, at konceptet kan bruges i transformationen væk fra sygdom og over mod sundhedsorienteret omsorg og forebyggelse.

På baggrund af evidensbaseret forskning har man identificeret 6 kropslige og mentale funktionsgrupper og lavet et værktøj (spider web), som kan understøtte dialog med patienterne om, hvad der ligger til grund til deres bekymringer. Den indsigt kan være en hjælp til selvhjælp.

Brugen af værktøjet kan særligt hjælpe de hårdest ramte patienter, men det kan også lette byrden for lægen, der skal tage dialogen med patienten, og derved øge arbejdsglæden for lægen.

Institute for Positive Health udbyder også kurser for læger og behandlere i almen praksis om, hvordan man skaber arbejdsglæde med positive health ved at få ny indsigt og "nye briller" til at se, hvordan andre (f.eks. patienten) ser på samme problem, og det gør det lettere at få løsnet op for frustrationer.

Jeg har nu set deres præsentation til WONCA Europe 2023 i Bruxelles, ved nordisk kongres 2024 i Turku og nu senest igen i Dublin. Mit indtryk er så positivt, at det må være på tide, at vi får konceptet implementeret i dansk almen praksis. Jeg har kontakt med en arbejdsgruppe, der vil se på det.

Ultralyd i almen praksis

Konferencen bød på flere sessioner om ultralyd i almen praksis, bl.a. fra Belgien, Ungarn og Frankrig. Jeg deltag selv i to multinationale projekter om ultralyd, men vores planlagte symposium blev desværre reduceret til en e-poster og en 5-minutters præsentation.

Heldigvis blev konferencen også



Konferencen bød på flere sessioner om ultralyd i almen praksis, bl.a. fra Belgien, Ungarn og Frankrig.



Konferencemiddagen var helt speciel, den blev afviklet i Guinness smukke gamle bryggeri. Og jeg fik diplom på at kunne skænke dråberne korrekt
Foto: privatfoto.

Det smukke nybyggede kongrescenter ved floden Liffey. Foto: privatfoto.



brugt til at skabe netværk med ultralydsentusiaster fra mange lande. Jeg deltog bl.a. i et møde med deltagere fra Storbritannien, Irland, Frankrig, Spanien og Danmark. De ville meget gerne høre, hvordan vi har gjort i Danmark vedrørende organisation, forskning, kvalitetsudvikling og undervisning. Gruppen fik efterfølgende deltagere fra bl.a. Belgien og Ungarn. Dagen efter faldt jeg i snak med WONCA World-præsidenten Karen Flegg fra Australien. Hun sagde: Hvorfor var jeg ikke inviteret? Jeg har brugt ultralyd i mange år i Australien! Ultralyd er mere udbredt, end vi aner! Men vi mangler en organisation, og der vil blive arbejdet på organisationsstruk-

turen frem mod WONCA World 2025 i Lissabon og WONCA Europe 2026 i Paris.

Skal du også med?

Kongresmiddagen foregik fredag aften på det berømte Guinness Storehouse. Guinness-øl er jo nærmest synonymt med Irland og Dublin. Det var en hyggelig komsammen med mulighed for at se udstillingen i den historiske bygning og produktionen af den berømte øl.

Vi fik også mulighed for at prøve den liflige drik og skåle på en god konference.

Så Sláinte betyder også "skål" – eller "for din sundhed".

Du kunne overveje, om du skulle tage din lægekollega under armen og tage med til en af de næste WONCA-konferencer! //

KOMMENDE KONGRESSER

- WONCA World: 17.-21. september 2025 (Lissabon, Portugal)
- WONCA Europe: 29. juni-3. juli 2026 (Paris, Frankrig)
- WONCA Europe: 8.-12. juni 2027 (Ljubljana, Slovenien)



TEMA: Sådan fik det almenmedicinske speciale sin identitet

Practicus starter et nyt tema om fagets identitet. Hvordan er vi blevet til dem, vi er?

Skiftende forfattere fra alle hjørner af almen medicin giver deres bud på det, som binder os sammen og er fundamentet for vores speciales udvikling, fra den spæde start for over 50 år siden til i dag. Og vi får også et kig ind i fremtiden. Denne gang handler det om efteruddannelse, mens næste nummer vil fokusere på speciallægeuddannelsen.

OM FORFATTERNE:

Bent Stolberg, speciallæge i almen medicin, fhv. praktiserende læge og uddannelseskonsulent, sagkyndig i Styrelsen for Patientklager.

Roar Maagaard, speciallæge i almen medicin, fhv. praktiserende læge og uddannelseskonsulent.

Helle Ibsen, speciallæge i almen medicin, praktiserende læge, ph.d.-studerende ved Syddansk Universitet.

Niels Kristian Kjær, speciallæge i almen medicin, praktiserende læge, klinisk professor ved Syddansk Universitet og uddannelseskonsulent.

Almenmedicinsk efteruddannelse gennem de seneste 50 år

Efteruddannelse spiller en vigtig rolle i almenmedicinernes faglige udvikling og selvforståelse. Denne artikel beskriver de seneste 50 års udvikling i efteruddannelsen: Hvad har vi opnået? Hvad skal vi værne om? Hvilke visioner har vi for fremtiden?

Gennem årene har efteruddannelsen for alment praktiserende læger udviklet sig fra envejskommunikation til aktiverende undervisning og gruppebaseret efteruddannelse. Læring og faglig udvikling sker bedst sammen med kolleger i et forum, hvor emner udvælges fra hverdagens problemstillinger. Den erkendelse har været en vigtig brik i almen medicins faglige udvikling.

Lægers motivation for at deltage i efteruddannelse drives af et behov for at opnå nødvendig viden om patientbehandlingen, men også af et behov for faglig kollegial sparring og erfaringsudveksling.

God efteruddannelse af praktiserende læger kræver, at undervisere og kursusledere har en dyb indsigt i det almenmedicinske problemfelt, erfaring med optimale læringsprocesser

og viden om kompetenceudvikling. Mange kolleger har bidraget til udviklingen af den aktuelle efteruddannelse. Få navne nævnes undervejs i artiklen; de udgør eksempler blandt mange kollegers bidrag.

Selvstændigt speciale siden 1993

Almen medicin har været et selvstændigt speciale siden 1993 med egen klinisk og forskningsbaseret faglighed. Fagets identitet er vokset ud af refleksioner over mødet mellem patient og læge samt en patientcentreret tilgang. Disse refleksioner er suppleret med kollegiale diskussioner i formelle og uformelle sammenhænge.

Udviklingen har været aktivt understøttet af visionære kolleger, Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), de almenmedicinske forskningsmiljøer og egen speciallægeuddannelse.



GOD EFTERUDDANNELSE

fordrer viden, færdigheder, erfaringsudveksling, rum til refleksion, motivation og gode relationer. Den understøtter syv kerneelementer i almenmedicinsk kompetenceudvikling:

- viden, indsigt og færdigheder set i et almenmedicinsk perspektiv
- refleksiv klinisk praksis
- erfaringsudveksling mellem fagligt ligesindede
- faglig socialisering og kollegial faglig afstemning
- forståelse af kontekstens vilkår og patienternes behov og forventninger
- evne og mulighed for implementering i egen praksis
- den enkelte læges professionelle motivation, robusthed og evne til at rumme klinisk uvished.

1970'erne: fokus på læringsudbytte

Praktiserende læger har altid efteruddannet sig, f.eks. gennem hjemmestudier, aftenforedrag på sygehusene, uformelle netværksgrupper og forelæsninger. Lægekredsforeningerne og Lægeforeningens uddannelsessekretariat betjente alle søjler med efteruddannelseskurser, og almen praksis deltog aktivt. Men i 1970'erne blev efteruddannelsen grundlæggende forandret.

K.B. Rasmussen, praktiserende læge på Nørrebro, arrangerede sammen med kolleger ugekurser kun for praktiserende læger. Claes Kjær, praktiserende læge i Nivå og uddannelseskonsulent i Lægeforeningens uddannelsessekretariat, videreførte med engagerede kolleger Rasmussens initiativ. Kjær introducerede deltagerdefineret undervisning og aktiverende pædagogik med fokus på læringsudbytte, "det, kursisten tager med hjem", frem for undervisningstemaet. Han lagde fundamentet for den medicinsk-pædagogiske udvikling, der har præget almenmedicinsk efteruddannelse op til i dag.

Lægeforeningens Uddannelseskomité blev etableret i 1979 og blev siden omdøbt til Uddannelsesfagligt Udvalg (UFU). Flere praktiserende læger spillede her en central rolle. Det førte til dannelsen af almenmedicinsk efteruddannelsesudvalg (Amadeus) med repræsentanter fra PLO og DSAM. Amadeus fik ansvaret for de centraliserede efteruddannelseskurser, som var målrettet praktiserende læger, videreførte de pædagogiske tanker og etablerede pædagogiske kurser for undervisere, kursusledere og gruppeledere. Disse idéer blev siden introduceret til lægekredsforeningernes uddannelsesudvalg.

1980'erne: læring fra hverdagens problemer

Gennem 1980'erne fik problembaseret læring, selvdirigeret læring og gruppebaseret læring tiltagende fokus verden over. Det blev evident, at læring og faglig udvikling bedst sker sammen med kolleger i et lokalt forum, hvor efteruddannelsesemner vælges ud fra problemstillinger i hverdagen. Kollegerne bag efteruddannelsen blev inspireret af erfaringer med struktureret, gruppebaseret efteruddannelse i Norge, England og Irland.

1990: Lægedage

Poul Schiøler, formand for PLO, og Frede Olesen, formand for DSAM, fik i 80'erne idéen til en samlende efteruddannelsesaktivitet for praktiserende læger. Idéen var inspireret af tandlægerne og blev døbt "Lægedage". Lægedage startede i 1990 og blev en årlig efteruddannelsesbegivenhed for praktiserende læger. Ansvar for organiseringen af Lægedage flyttede omkring 2011 fra lægeforeningens uddannelsessekretariat til PLO.

Lægedage har siden været et flagskib for efteruddannelse og en velbesøgt aktivitet, der nu også tilbyder undervisning for uddannelseslæger og praksispersonale. I 2023 var der 126 kurser og 2.543 deltagere (53 pct. læger og 47 pct. praksispersonale) til Lægedage i Bella Centeret.

Lægedage tilbyder nyheder, faglig opdatering, mulighed for netværksdannelse og er et overflødhedshorn af læringsmuligheder for hele lægepraksis. Arbejdssomme uddannelseskonsulenter og et effektivt sekretariat sikrer kurser af høj faglig relevans, og aktuelle temasessioner er med til at sætte dagsordenen for udviklingen i det almenmedicinske speciale.

1990'erne: decentral efteruddannelse (DGE)

Ivar Østergaard, praktiserende læge i Galten, medlem af DSAM's bestyrelse og repræsentant i European Academy of Teachers in General Practice (EURACT) inviterede Michael Boland til at fortælle om det decentrale program i Irland. I 1994 tog Østergaard initiativ til forsøgsprojektet "Decentral efteruddannelse for praktiserende læger i Aarhus Amt". Projektet blev virkeliggjort i samarbejde mellem PLO, DSAM og Lægeforeningens Uddannelsesfaglige Udvalg.

To praktiserende læger, Douglas Henderson og Bent Stolberg, blev i 1990 ansat som uddannelseskonsulenter i Lægeforeningen. DGE-projektet skulle gøres levedygtigt i samarbejde med Lægeforeningens uddannelsessekretariat. DGE-projektet var en succes. Evalueringen viste, at DGE skabte rammer for tillidsfuld drøftelse af faglige emner mellem kolleger og bidrog med faglige input, værdifuld erfaringsudveksling og kollegial kontakt.

I de tidligere uformelle lokale 12-mandsgrupper deltog cirka halvdelen af de praktiserende læger. Med udrulning af DGE som landsdækkende tilbud fik alle praktiserende læger mulighed for at deltage i en efteruddannelsesgruppe. Amterne fik efteruddannelsesvejledere, som løftede kvaliteten af gruppernes arbejde gennem gruppelederkurser og erfaringsudveksling. Vejledere og gruppeledere samledes til møder, undervisning, gensidig inspiration og erfaringsudvikling. Deltagerprocenten kom hurtigt op på 80, og vejlederne arbejdede med at tilbyde samtlige praktiserende læger gruppebaseret efteruddannelse.

Den amtslige organisering af efteruddannelsesvejlederne var ikke længere relevant, da regionerne blev oprettet i 2007. Ansvaret for DGE overgik til regionerne, hvor der blev opbygget kvalitets- og uddannelsesafdelinger.

De decentrale efteruddannelsesgrupper har udviklet sig i flere retninger, bl.a. som lokalt forankrede grupper og refleksions-/supervisionsgrupper, f.eks. under speciallægeuddannelsen. DGE-grupper udgør stadig et vigtigt fundament i efteruddannelsen. I dag deltager cirka 90 pct. af landets praktiserende læger i en decentral gruppebaseret efteruddannelse; nogle læger deltager i flere grupper.

DGE-grupperne kan give lægen et rum til at udvikle en professionel tilgang til arbejdet som almenmediciner. Praktiserende læger lever med en risiko for udbændthed. Refleksions- og supervisionsgrupper (f.eks. Balint) kan modvirke risikoen for professionsfatigue ved at øge bevidstheden om og forståelsen for kompleksiteten i patient-læge-forholdet og ved at hjælpe med at acceptere og håndtere usikkerhed i klinisk praksis.

Læring i en reflekterende gruppe kan øge lægernes evne til at håndtere og omfavne usikkerheden i almen praksis,

og det kan styrke deres behandling af de svære (heartsink) patienter. Grupperne kan styrke lægernes professionelle modstandskraft.

00'erne: landsdækkende kurser og selvstudier

Lægeforeningens uddannelsessekretariat og staben af praktiserende lægekonsulenter fortsatte med at udvikle centrale landsdækkende kurser op gennem 90'erne og 00'erne. Utallige undervisere og kursusledere er rekrutteret blandt kolleger fra land og by.

Nogle kurser har særligt formet deltagernes faglige identitet. Som eksempler kan nævnes:

- Kalymnoskurserne om patientcentrerede konsultationsprocesser
- Cortonaseminarerne om f.eks. ansvarlighed, professionel udvikling i medicinsk uddannelse, lægens autonomi, narcissus, courage, narrativ medicin og etisk ansvarlighed
- APO-auditprojekterne
- Talrige faglige kurser om centrale emner fra hverdagen i almen praksis.

Selvstudier har altid spillet en rolle for læger. Månedsskrift for Almen Praksis har fulgt praktiserende læger gennem 100 år og er stadig en kilde til viden og indsigt. Online tilgængelighed af månedsskriftet og andre opslagsværker som f.eks. Lægehåndbogen, interaktionsdatabaser og DSAM's kliniske vejledninger, har flyttet læring helt ud til konsultationsbordet i klinikken. Lettere adgang til opdateret klinisk viden "i situationen" har betydning for form og indhold af efteruddannelseskurserne og tillader mere fokus på kompetenceudvikling og problemhåndtering fremfor "simpel" vidensformidling.

2004: Efteruddannelsesfonden etableres

Medicinalindustrien spillede tidligere en aktiv rolle i praktiserende lægers efteruddannelse gennem sponsorerede lægekurser. Nogle kurser og arrangementer var udmærkede, men op gennem 1980'erne kom en øget bevidsthed om det problematiske ved at sammenblande kommerciel markedsføring med efteruddannelse for læger. Det endelige brud blev muligt ved etableringen af Efteruddannelsesfonden for Alment Praktiserende Læger i 2004.

Efteruddannelsesfonden fik til formål at styrke udviklings- og driftsaktiviteter inden for kvalitet, faglighed, efteruddannelse og forskning i almen praksis. Fonden blev oprettet i et samarbejde mellem Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO).

Læger kunne nu få refusion for tabt arbejdsfortjeneste og kursusafgift dækket, hvis kurset levede op til nogle bestemte kriterier, som var fastsat af Efteruddannelsesfon-



Hvis den almenmedicinske efteruddannelse fortsat skal forme vores faglige identitet, skal vi selv forme vores efteruddannelse.

den. Sponserede kurser blev ikke godkendt som refusionsberettigede. Kriterierne for kursusgodkendelse blev i 2013 strammet efter politisk ønske og er siden løbende blevet revideret. Opstramningen kunne opfattes som ekskluderende over for uddannelsesinitiativer i den almenmedicinske periferi, men den var nødvendig for at opnå legitimitet og troværdighed for PLO – en legitimitet, der i dag giver rum til at definere indholdet af praksisrelevant efteruddannelse ud fra faglige og patientrelevante kriterier.

Omkring 90 pct. af de praktiserende læger gør i dag brug af refusionsordningen. Internationale kolleger fremhæver det danske system som enestående inden for efteruddannelse af praktiserende læger. Udvikling har det bedst i fremdrift, og der er fortsat rigtig mange gode initiativer, herunder udvikling af klinisknære efteruddannelsesaktiviteter og personaleuddannelse.

2013: PLO-Efteruddannelse kommer til

I 2012 blev lægernes uddannelsesmønster analyseret. Undersøgelserne beskrev lægers brug af efteruddannelse og gav en forståelse af lægernes præferencer. Blandt vigtige ønsker til efteruddannelsen i 2014 var mulighed for erfaringsudveksling med kolleger, undervisere og kursusledere med dyb indsigt i arbejdet i almen praksis og gode implementeringsstrategier.

I 2013 blev administrationen af de praktiserende lægers efteruddannelse flyttet fra Lægeforeningen til det nyoprettede PLO-Efteruddannelse (PLO-E) med James Høpner som leder. Lægedage var allerede tidligere flyttet til PLO. Traditionen med at tilknytte praktiserende læger med indsigt i både det almenmedicinske fagområde og uddannelsesrettelæggelse blev videreført og styrket i PLO-E. Sekretariatet i PLO-E fik en dobbeltrolle; dels som sekretariat for Fonden for Almen Praksis og dels som kursusudvikler og kursusudbyder.

PLO-E er vokset fra et mindre sekretariat med en håndfuld lægekonsulenter til en middelstor organisation og er nu blot én blandt flere kursusudbydere. Regionerne, offentlige myndigheder, private kursusaktører som Lægernes Uddannelsesforening (LUF), individuelle læger og

flere andre udbyder i dag kurser, som er målrettet læger og personale i almen praksis.

2014: systematisk efteruddannelse

På baggrund af uddannelseskonsulenternes oplevelse af, at enkelte kollegaer efteruddannede sig i interesseområder, hvor de allerede havde veludviklede kompetencer, har flere modeller været forsøgt til at hjælpe med at afdække den enkelte læges uddannelsesbehov. I den forbindelse rejste uddannelseskonsulenter til England for at hente inspiration. Ved overenskomsten i 2014 blev systematisk efteruddannelse (SE) introduceret som model. En obligatorisk efteruddannelse på 3 årlige dage skal sikre lægerne systematisk og kontinuerlig efteruddannelse inden for vigtige emner. SE-dagene er et supplement til den eksisterende frivillige efteruddannelse.

SE-temaerne dække områder, hvor professionen har brug for faglig opdatering – områder, der er relevante for (næsten) alle praktiserende læger. PLO-E igangsatte den første SE-behovsafdækning i 2014 og inddrog 20 DGE-grupper, Danske Regioner, repræsentanter fra sygehuse og de almenmedicinske forskningsmiljøer samt udvalgte praktiserende læger, der fik til opgave at forholde sig til det patientcentrerede perspektiv og kerneværdierne, som vanskeligt kan måles og vejes. Den almenmedicinske målbeskrivelse med de syv lægeroller blev brugt som reference.

Behovsafdækningen identificerede en række temaer, der dannede ramme for en række SE-kurser. Det var en logistisk udfordring hurtigt at udbyde kurser om de nye temaer. Derfor udarbejdede PLO-E uddannelseskoncepter til systematisk gruppebaseret efteruddannelse (SGE). SGE startede som en logistisk nødvendighed, men er blevet til en af vores mest potente efteruddannelsesaktiviteter.

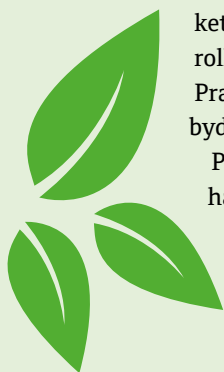
SE er netop evalueret. Der er stor opbakning til uddannelsesemaerne og kursernes kvalitet, men tilslutningen til kurserne er (endnu) ikke tilfredsstillende. Data om barrierer for deltagelse i efteruddannelsen er på vej, så det bliver muligt at målrette en rekrutteringsindsats.

Afdækningen af temaer til SE bygger fortsat på en fælles faglig analyse af praksissektorens behov, mens den selvvalgte efteruddannelse tager udgangspunkt i en individuel analyse af den enkelte praktiserende læges faglige behov og ønsker.

Pædagogisk indsigt og dømmekraft

Interessen for faglig udvikling gennem pædagogisk indsigt har spillet en central rolle, siden det almenmedicinske perspektiv blev inddraget i efteruddannelsen.

DSAM, PLO og Lægeforeningens uddannelsessekretariat har gennem årene deltaget i internationale møder og kongresser om efteruddannelse. Værdifulde internationa-





le kontakter er etableret. Mange internationale fagpersoner har inspireret, men vi vil alligevel fremhæve professor Colin Coles som en af de mest centrale.

Coles' formidling af tavs viden, god klinisk dømmekraft og beslutningsprocesser har medvirket til en nuanceret forståelse af, at erfaringsudveksling, faglig socialisering og indsigt i den almenmedicinske kontekst er nødvendig i almenmedicinsk uddannelsestilrettelæggelse.

Coles' formidling af Donald Schöns tanker om den reflekterede praktiker har været en øjenåbner i forståelsen af almenmedicinens udfordringer og vilkår – især Schöns beskrivelse af praktikerens virke "in the swampy lowlands far away from the high academia", hvor klinikerens skal kunne navigere fagligt i et "usikkert sumpet lavland langt væk fra elfenbenstårne på klippegrund af videnskabelig evidens".

I en tid med fokus på et hurtigt online informationsflow er Coles indsigt mere relevant end nogensinde. Uddannelse uden indsigt i kontekst og vilkår for kliniske beslutningsprocesser kræver både held og en ekstraordinær indsats af deltagerne, hvis det skal gavne patienterne. Vi bør holde fast i en tilgang, hvor viden om optimal læring og kompetenceudvikling uløseligt knyttes med dyb indsigt i det almenmedicinske problemfelt blandt kursusledere og undervisere.

Faglig udvikling og politisk formidling

Holdet omkring efteruddannelsen har altid haft fokus på udvikling og innovation. Men måske har der ikke altid været tilstrækkeligt fokus på at formidle nye idéer og indsigt til det fagpolitiske og politiske system. Trods friktion og modstand mod innovative initiativer undervejs har fornufte og respekten for faglig udvikling altid vundet. Etablering af styregrupper og efteruddannelsesudvalg, der indtager både praktiserende læger og Danske Regioner, vil være værdifuldt i processen fremadrettet for at kvalificere efteruddannelsen yderligere. I andre lande er indsamling af point, såkaldte "CME credits", styrende for praktiserende lægers efteruddannelse. Der er krav om, at lægen skal indsamle et bestemt antal point per år og begrænset fokus på emner og kvalitet af efteruddannelsen. Denne form for styring af efteruddannelsen har vi undgået i Danmark.

Eksterne aktører kan have bastante meninger om form og indhold af praktiserende lægers efteruddannelse. Det er vores erfaring, at simple "one-liners" som forklaring på komplekse problemstillinger oftest er forkerte. Vi skal ikke falde for det skråsikre. Vi skal fastholde og videreudvikle uddannelsesrammer, der styrker kompetencerne til gavn for patientbehandlingen.

Det handler om kompetencer inden for den medicinske ekspertise, men også inden for de understøttende huma-

nistiske og tekniske områder. I takt med udviklingen bør PLO-E fortsætte med at inddrage hele klinikker og praksispersonale i efteruddannelsen og flytte mere uddannelse ud i praksis – det fremmer implementeringen. Og gerne i en model, hvor lokale klinikker samles i efteruddannelsesinitiativer, så det også skaber vigtig faglig socialisering og erfaringsudveksling. Etableringen af et efteruddannelseseksperimentarium kan overvejes; det kunne støtte endnu mere op om nye idéer til kursuskoncepter, der kan udvikles og afprøves i frie rammer.

Meget er i gang. Måske er tilbuddene set fra den enkelte praktiserende læge blevet mindre overskuelige? En forenkling af uddannelsestilbud og administration kan være et delmål for efteruddannelsen. Tanken er, at det kunne skabe bedre overblik over eksterne uddannelsestilbud og lægens personlige læringsbehov.

Bedre behandling og faglig sparring

Efteruddannelse handler om at skabe bedre patientbehandling. Det må vi ikke give køb på, når vi tager nye undervisningskoncepter i anvendelse. PLO-E og andre kursusudbydere skal naturligvis inddrage nye teknologiske uddannelsesmetoder i uddannelsen, inddrage patienter og benytte indsigtsfulde personer med anden faglig baggrund. Men som profession må vi ikke lade efteruddannelsen glide os af hænde i en "administrativ pseudo-professionaliseringsproces". Det kan se godt ud på papiret, men det taber let kontekstuel viden og patientrelevans.

Planlægning af målrettet uddannelse på baggrund af data fra patientbehandling og kunstig intelligens er en nærliggende aktuel mulighed for at tilbyde individuel uddannelse i præcis det område, hvor lægen mangler viden. Det er dog vigtigt at huske, at lægers motivation for at deltage i efteruddannelse ikke alene drives af, hvad der er nødvendigt i den daglige behandling af patienter. Vi motiveres også af faglig sparring. Kollegial erfaringsudveksling er en stor motivationsfaktor til at deltage i efteruddannelse, men det er også en vigtig læringsparameter.

Vi skal selv holde hænderne på rattet, når det drejer sig om efteruddannelsens faglige indhold og form. Det kan ingen gøre for os. Hvis den almenmedicinske efteruddannelse fortsat skal forme vores faglige identitet, skal vi selv forme vores efteruddannelse.

Referencer kan fås ved henvendelse til forfatterne. //

Efteruddannelse handler om at skabe bedre patientbehandling.



Vidensbanken:

Få inspiration til dit næste kvalitetsudviklingsprojekt!

60 PROJEKTER
LIGGER ALLEREDE KLAR
I VIDENSBANKEN.
HENT DEM. BRUG DEM.
DER ER PLADS TIL
FLERE!

Sparring og inspiration er afgørende, når et nyt projekt skal i gang. Mange projekter blev tidligere ikke delt eller publiceret, og relevant viden gik tabt. Derfor udviklede DSAM Vidensbanken.dsam.dk.

De fleste læger er optaget af at udvikle kvaliteten i almen praksis. Kvalitetsudviklingsprojekter er vigtige – både for den enkelte praksis og for patienterne. Vidensbanken kan understøtte omorganisering, bedre trivsel og kvalitetsløft i den enkelte klinik. Et tiltag behøver ikke at være forankret i en forskningsenhed for at blive værdifuldt for andre.

Emner og temaer

På Vidensbanken.dsam.dk findes mere end 60 forskellige spændende projekter, som afspejler alsidigheden i almen praksis. Nogle projekter fokuserer konkret på rygpatienter, mens andre fo-

kuserer mere bredt på livsstilssygdomme eller psykisk sygdom.

Flere projekter involverer eksterne undervisere. Det kan være for at dygtiggøre sig inden for f.eks. medicingennemgang, brug af dermatoskop eller ultralydsscanning. Herudover findes også flere projekter om den organisatoriske kvalitetsudvikling med fokus på personaleopgaver, f.eks. årsstatus hos sygeplejersken eller supervision af uddannelseslægen.

Nye projekter

En række nye og spændende projekter er kommet til. Et af dem handler om somatisk undersøgelse af patienter med psykisk sygdom. Når projektet laves i egen klinik, kan det forhåbentligt forbedre livskvaliteten for de af klinikkens patienter, som har en sårbarhed i mødet med sundhedsvæsenet. Store dele af denne indsats blev implementeret som en del af overenskomsten mellem de praktiserende læger (PLO) og Danske Regioner pr. 1. januar 2022 med ydelse 2150: Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk lidelse.

Et andet projekt undersøger, hvor

stor en andel af børnene i en praksis, der kom til børneundersøgelser og tilsluttede sig børnevaccinationsprogrammet. Projektet førte til flere overvejelser om håndteringen af undersøgelserne, og hvordan tilslutningen til vaccinationer kunne optimeres.

Andre projekter har fokus på ledelse, arbejdsmiljø eller personalegrupper. Et projekt undersøger delegering og ledelsesstrategi, og hvordan ar-

OM VIDENSBANKEN

1. Vidensbanken samler kvalitetsprojekter fra hlynger og klinikker i hele landet.
2. Vidensbanken er etableret af DSAM for at gøre det nemt at få idéer og dele kvalitetsudviklingsprojekter med kollegaer.
3. Vidensbanken er en unik inspirationskilde til små projekter, som kan sikre læring i klinikken.



bejdsgangen i en ny praksis kan forbedres ved at omstrukturere patienthåndtering gennem teamwork og ledelsestræning. Klinikken oprettede kronikerteams og etablerede klare kommunikationskanaler i praksis. Resultatet var en mere strømlinet arbejdsgang, stærkere teamånd og større arbejdsglæde.

Lad dig inspirere

Vi håber, at Vidensbanken kan være med til at skabe bedre erfaringsudveksling mellem klynger, klinikere og aktører fra forskningsmiljøer. Flere yngre læger er interesserede i udviklingsprojekter, mens de er i introduktions- eller hoveduddannelse i almen medicin, så prik dem gerne på skulderen. //

Vidensbanken kan understøtte omorganisering, bedre trivsel og kvalitetsløft i den enkelte klinik. Et tiltag behøver ikke at være forankret i en forskningsenhed for at blive værdifuldt for andre.

NYE PROJEKTER I VIDENSBANKEN

- Somatisk undersøgelse af patienter med psykisk sygdom
- Børneundersøgelser og -vacciner
- Ledelse
- Arbejdsmiljø
- Uddelegering
- Kronikerteams

TAG ET KIG, OG BLIV INSPIRERET PÅ

Vidensbanken.dsam.dk.

Vi glæder os til, at det er dit spændende projekt, vi skal dele næste gang!





EN NESTORS ERINDRINGER

Her fortsætter serien Praksisvikariat 1966.

Læs om forfatteren og de første tre klummer i Practicus 271 og 272.

Hele serien kan allerede nu høres på Practicus Podcast.

Og solen står med bonden op ...

Klumme nr. 4 af 6

Der var meget få henvendelser på sorten nat, havde Knud Thomsen sagt. To om ugen, hvor den ene gerne kunne klares telefonisk. Til gengæld var der ikke tvivl om, at dagen for de fleste begyndte omkring kl. halvseks. Grundtvigs ord gjaldt også lægen. Man kunne lige så godt vænne sig til at høre friske stemmer med ønske om lægekontakt fra tidlig morgen. At lægens dagarbejde først startede klokken otte, var noget, sygekasserne havde fundet på.

Lægeboligen med patientindgang foran. Familien selv gik ind fra bagsiden af huset. Hammershøj 1966. Foto: Privat.



En meget tidlig morgen ringede en bekymret kone om, at hendes mand havde stærke smerter i maven. Jeg var fremme ved den mellemstore gård ved femtiden og mente, at manden havde nyresten. Smerter hos en mand i venstre side med blødt abdomen er ikke så svært at diagnosticere. Han modtog med lettelse 1,5 ml Pethidin og formaningen om at drikke rigeligt. Da han ikke lagde skjul på sin uro og manglende tillid til den unge læges evner, lovede jeg at komme tilbage ved nitiden.

Konen modtog mig venligt smilende, manden lå stadig i sengen. Han så ikke ud til at have smerter. Om jeg stadig mente, det var nyresten? Hvor stor er sådan en? Så tog han en serviet fra natbordet, foldede den ud og åbenbarede en lille stenskal. Kan det være sådan en? Skulle han stadig drikke rigeligt? Vil De have en øl med?

Nysgerrigheden var stor. Når de sidste råd og formaninger var givet ved sygesengen eller siddende ved spisebordet, og jeg lagde regningsblokken frem til underskrift, blev der en tøven og så kom det: Så lægen har den her lille Morris Mascot, den skal være god? Er De læge fra Århus? Er



Vikaren på vej ind til et sygebesøg med dr. Thomsens fine læderlægetaske. Foto: Privat.

det lægens kone, der er med i konsultationen? Eller lige på: Lægen ser noget ung ud? Så skulle der fortælles nok til, at jeg kunne slippe fra at være en overlegen københavner. Jeg lærte hurtigt min forpligtelse den anden vej. Ikke kun at kommentere vejret, men at spørge til familien, bedriften eller det nye tag.

Flere søgte klinikken i konsultationstiden, om det nu skyldtes den heldige nyresten eller blot tiltagende sygelighed? //



Har du forslag til 'grønne' emner fra din hverdag i klinikken? Så skriv til redaktionen: solvejvidebaek@dsam.dk.

Grøn praksis

GRØNT TIP

Central strømafbryder

I almen praksis er computere og andre el-installationer ganske nødvendige arbejdsredskaber. Men mange steder trækker de også meget energi om natten, når vi slet ikke er til stede i klinikken.

Det kræver 29,2 kWh om året per computer, der står standby 16 timer i døgnet. Det svarer til ca. 5 kg CO₂. Hvis man sammenlægger alle computere i klinikker landet over og lægger øvrig elektronik til regnestykket, kan det blive en betydelig besparelse for klimaet og på elregningen at afbryde strømmen om natten.

Det er muligt at installere en central strømafbryder, som kan gøre arbejdet for én. Lægehuset i Hals har en central strømafbryder, som er indbygget i alarmen. Ved opsætning kan man undtage udvalgte ting som f.eks. server og køleskab. I Hals bruger de nu mindre strøm i en klinik på 360 m² end i de tidligere lokaler på 120 m². Desuden sætter de pris på ikke længere at skulle gå fra rum til rum for at tjekke, om alt er slukket. //



Af: **Randi Kræmmer Nielsen**, speciallæge i almen medicin og ph.d.-studerende ved Forskningsenheden for Almen Praksis & Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet - rakr@ph.au.dk



"En dag med" giver indblik i hverdagen hos forskellige praktiserende læger rundt omkring i Danmark.

EN DAG MED ...

Randi Kræmmer Nielsen

Randi Kræmmer Nielsen er speciallæge i almen medicin og arbejder lige nu på fuld tid som forsker i Aarhus, hvor hun undersøger Advance Care Planning (ACP) i palliative forløb.

6.40: Jeg bliver vækket af min yngste datter på 5 år, der er glad og morgenfrisk. Hun er allerede i tøjet og i gang med morgenmaden. Jeg tager et bad og en kop kaffe for at vågne. Jeg hjælper min store datter på 7 år med at pakke gymnastiktøj og rygsæk til skoleudflugt. Mine drenge på 10 og 12 har en højrodet diskussion om fodbold og sørger selv for at blive parate og komme ud ad døren.

7.30: Jeg går afsted med en pige i hver hånd for at aflevere dem i skole og børnehave. Gåturen tager 10 minutter og er ofte den bedste tid på dagen for mig. Vi snakker om, hvad vi glæder os til i dag. Pigerne lægger mærke til solopgangen, bladene, der skifter farve, og kvarterets katte.

Da jeg har afleveret pigerne, tager jeg høretelefoner på og lytter til Genstart. Jeg tager mig tiden til at gå på arbejde, hvilket er en 35-minutters tur fra det sydlige Aarhus, igennem midtbyen og op til universitetet, hvor Forskningsenheden for Almen Praksis ligger. Nogle gange hører jeg podcasts. Andre gange bruger jeg gåturen til at overveje idéer til mit projekt eller at brainstorme løsninger på en udfordring i vores setup.

8.20: Arbejdsdagen begynder, og jeg starter som altid med at besvare mails og danne mig et overblik over dagens to-do-liste.

I dag skal jeg forberede pilot-test af mit projekt, der handler om Advance Care Planning (ACP). Det er en tilgang, der skal afdække patientens værdier og ønsker for pleje og behandling i forløb med livstruende sygdom. Jeg skal rekruttere patienter med lungekræft på Kræftafdelingen ved Aarhus Universitetshospital (AUH). Hvis patienten siger ja til at deltage, vil jeg invitere dennes praktiserende læge til at afholde en ACP-samtale med sin patient. Håbet er, at processen vil bidrage til, at patientens stemme i højere grad bliver hørt, og at forbindelsen til almen praksis bliver stærkere i forløb med alvorlig sygdom. Jeg er spændt på, hvordan det bliver modtaget.

Der er meget, der skal på plads, før pilot-testen skal i gang: deltagersamtykke, spørgeskemaer, information til både patienter og læger om projektet foruden ressourcer, der skal understøtte ACP-samtalerne i almen praksis. I dag koncentrerer jeg mig om at finpudse en samtaleguide og en skabelon til at dokumentere samtalen.

Jeg skriver en mail til vores tilknyttede jurist, for jeg skal vide, om der er behov for at udarbejde en samarbejdsaftale mellem forskningsenheden og AUH, hvorfra jeg skal rekruttere mine patienter.

10.00: Kaffepause med mine kolleger på forskningsenheden. Vi er repræsenteret med mange fagligheder: læger, medicinstuderende, antropologer, kandidater fra idræt og



Randi Kræmmer Nielsen i universitetsparken på vej til kontoret på Forskningsenheden for Almen Praksis.
Foto: Halfdan Thorsø Skjerning.

folkesundhedsvidenskab. Det giver nogle gode diskussioner – både faglige og knap så faglige. I dag snakker vi om, hvordan det gode arbejdsliv kan se ud.

10.15: Jeg forbereder et oplæg for en gruppe af palliationslæger fra Lund, som min vejleder fra Enhed for Lindrende Behandling ved AUH har kontakt med. Jeg skal fortælle 20 minutter om mit projekt. Derefter skal vi høre om projekter fra Lund, blandt andet et med fokus på tidlig palliativ indsats. Mødet skal afsluttes med en snak om, hvorvidt der er mulighed for samarbejde i fremtiden.

12.00: Vi har en frokostklub, hvor vi skiftes til at stå for frokost til hinanden. Der er gerne rugbrødsmadder, salater og en chokoladekiks til dessert. I dag diskuterer vi DSAM's årsmøde, der løb af stablen i fredags.

12.30: Jeg læser mig igennem en mail fra PubMed. Jeg har gemt en søgning på ACP-interventioner i almen praksis, som måske vil være relevant for det systematiske review, jeg arbejder på. Jeg får en opdatering en gang om

måneden med nye artikler, der passer til min søgning. Jeg læser abstracts igennem, men finder ikke noget relevant i denne omgang. Til gengæld bliver jeg opmærksom på, at tidsskriftet Palliative Medicine har et temanummer om palliation i primærsektoren. Jeg gemmer en del af artiklerne i mit referenceprogram og planlægger at læse dem senere.

13.00: Jeg får styr på hotel og tog til København i næste uge. Jeg skal med til Braget, som er en sundhedsantropologisk konference. Årets tema er omsorg og prioritering i sundhedsvæsenet i et antropologisk perspektiv.

14.00: Vi er en del, der går til oplæg med Mogens Vestergaard om arbejdet i Sundhedsstrukturkommissionen og om regeringens sundhedsudspil. Mødet er arrangeret af et forskningsnetværk for primærsektoren. Vi deltager både fra Forskningsenheden for Almen Praksis og Institut for Folkesundhed. Der er mange gode spørgsmål og diskussioner af fremtiden for almen praksis og mulighederne for forskning. Diskussionen fortsætter efter mødet på vej hjem.

15.45: Jeg tager letbanen til det sydlige Aarhus og henter min datter i SFO'en. Vi har en lille time, før hun skal til gymnastik. Jeg har en Mumi-bog med i tasken, og jeg læser højt for hende, mens hun får en juice og en lille pause.

17.00: Min datter er til gymnastik, og jeg udnytter ventetiden med selv at læse i en bog. Jeg læser Atul Gawandes bog "At være dødelig", som er halvt lystlæsning, halvt inspirationslæsning til mit projekt. Bogen er en kirurgs refleksioner over, hvordan vi forholder os til vores patienters og egen dødelighed, og hvordan vi flytter fokus fra en god død til et godt liv, også i slutningen af livet.

18.00: Vi går hjem. Alle er trætte og har haft en lang dag. Min mand har lavet kartoffel-porre-suppe, og min yngste datter har lavet rugbrødscrou-toner til. Børnene fortæller om deres dag og vi snakker om efterårsferien, der starter om 4 dage. Vi skal til Vesterhavet, og alle glæder sig.

19.30: Børnene bliver puttet. Vi synger godnatsange, henter vand og synger en sang mere.

20.30: Min mand læser højt for os, mens jeg strikker og drikker te. For tiden læser vi "Om udredning af rumfang" af Solvej Balle, som handler om en kvinde, der er fanget i d. 18. november. Den kan varmt anbefales.

21.45: Det slår mig, at jeg mangler at forberede mig til morgendagens kursus "Responsible conduct of research". Jeg løber igennem programmet og undervisningsmaterialet.

22.30: Jeg smutter i seng med min to-do-liste for i morgen i hovedet. //





Af: **Malene Lindholmer Nepper**, formand for FYAM-udvalget og HU-læge i almen medicin, og **Bolette F. Jeppsen**, FYAM-repræsentant i PLO's Rekrutterings- og Fastholdelsesudvalg og HU-læge i almen medicin - fyam-formand@dsam.dk



FYAM MENER ...

Den konstante udvikling af ny teknologi og ændringerne af opgaver og rutiner i almen praksis får betydning for os som kommende speciallæger i almen medicin.

Derfor følger FYAM-udvalget løbende med i udviklingen. For at sikre os en stærk stemme i debatten laver vi holdningspapirer til de mest relevante emner. Følg med her, og send gerne dit indspark i debatten til formand for FYAM-udvalget Malene Nepper: fyam-formand@dsam.com



Faglig merit skal være med til at øge antallet af praktiserende læger

Hvordan skaffer vi 1.500 flere praktiserende læger inden 2035? Trods en klar politisk målsætning er det ikke så tydeligt, hvordan vi kommer i mål. Lempede meritkrav kan måske være en vej.

Det er en politisk målsætning, og alle taler om det: Hvordan skaffer vi 1.500 læger mere i 2035? Selvom antallet af HU-forløb er øget, er der lang vej til målet. På nuværende tidspunkt er der ingen klar strategi for, hvordan vi når det. At smidiggøre de eksisterende meritregler kunne være et oplagt bidrag til at sikre flere speciallæger i almen medicin.

I dag afgør den enkelte cheflæge suverænt, om afdelingen vil fritstille en HU-læge fra en hospitalsblokstilling, hvis der allerede er opnået tilsvarende kompetencer i en tidligere uddannelsesstilling, som kan give faglig merit. Når en uddannelseslæge så ikke bliver fritstillet, er det mest anvendte argument, at uddannelseslæ-

gen ikke kan undværes i afdelingens drift.

Seks måneders arbejde i psykiatrien trods en introduktionsstilling i psykiatri på CV'et. Seks måneders lunge-medicin trods to forskellige introduktionsstillinger i intern medicin i bagkataloget. 12 månedernes pædiatri og gyn./obs. trods tidligere introduktionsstillinger i begge specialer. Eller hvad med et par år i hoveduddannelse i akutmedicin, adskillige timer som traumeleder og bagvagt, men ingen mulighed for at blive fritstillet fra seks måneder i en akutmodtagelse?

Eksemplerne er mange. De nævnte her er fiktive, men ikke desto mindre er det virkeligheden for mange HU-læger i almen medicin med tidligere klinisk erfaring fra andre specialer.

Fra vores store netværk af uddannelseslæger ved vi, at ikke alle får lov at udnytte den merit, de er kvalificeret til, fordi afdelingerne ikke vil fritstille dem fra den pågældende blokstilling. De uddannelseslæger, som får afslag på fritstilling af cheflægen, er forpligtede til at møde op udelukkende for at sikre afdelingens drift, fordi de har takket ja til et samlet hoveduddannelsesforløb. Samtidig opgiver andre at søge merit på grund af historier om afvisninger, bureaukratisk besvær og krævende mails.

Er drift vigtigere end læring?

Det forlænger desværre unødigt hoveduddannelsen, når en HU-læge ikke kan afkorte speciallægeuddannelsen med en periode, der svarer til de hospitalsophold, de er fagligt kvalificeret til at få merit for. For hver gang det sker, kunne vi have fået én speciallægekollega mere og samfundet én almenmediciner mere mindst seks måneder tidligere. Hvor mange flere almenmedicinere kunne hvert eneste år frem mod 2035 rent faktisk ned-sætte sig i praksis, hvis vi sikrede merit, hvor det var relevant?

Derudover er der hensynet til den enkelte uddannelseslæge. Vi er glade for al den erfaring, som mange ansøgere kommer med. Men at være tvunget til at gentage de samme kompetencer igen giver ikke nødvendigvis dygtigere læger, mere læring eller bedre trivsel for den enkelte, der i forvejen skal jonglere en hoveduddannelse med mange skift, vagter og familieliv på siden.

Tænk bare på potentialet, hvis vi

rent faktisk anerkendte den faglige viden og de kompetencer, den enkelte ansøger har med fra tidligere uddannelsesstillinger. Det ville ikke kun gavne den enkelte, men komme hele samfundet til gode.

Hvordan løser vi det?

Det vil i sig selv virke rekrutterende, hvis den enkelte ansøger kan få merit for allerede udfyldte kvalifikationskort, når hoveduddannelsen søges. Helt konkret foreslår FYAM at indføre samme fremgangsmåde, som universiteterne har praktiseret i årevis; en forhåndsmeritvurdering af alle ansøgere på betingelse af fremvist dokumentation. Det kan så suppleres, hvis der er store forskelle mellem læringsmålene i lægens tidligere uddannelsesstillinger og de kompetencer, der kræves opnået i kompetencevurderingskortene.

På den måde tilrettelægges hoveduddannelsen efter den enkelte uddannelseslæges tidligere erfaringer, og det sikres, at de relevante uddannelseselementer meriteres. Dermed er det kvalifikationerne (og ikke som nu hverken den yngre almenmediciners overtalelsesevner, held eller driftshensyn), der afgør, om meritten effektueres i praksis.

Vi mister muligvis allerede på nuværende tidspunkt kompetente ansøgere til HU i almen medicin, som ikke orker flere hospitalsophold med kompetencemål, de allerede har opnået i andre uddannelsesstillinger. Desuden forsinker de nuværende regler unødigt målet om flere praktiserende læger. Som samfund og specia-

le kan vi ikke risikere at miste nogen i en tid med så stor mangel på almenmedicinere. Derfor arbejder vi i FYAM videre med en indsats på dette område.

Hvis du har oplevet udfordringer med merit, er du velkommen til at kontaktes os på fyam-formand@dsam.dk eller på vores Instagram ([fyam.dk](https://www.instagram.com/fyam.dk)) eller LinkedIn (Forum for Yngre Almen Medicinere – FYAM). //

HVORNÅR KAN DU SØGE MERIT SOM HU-LÆGE?

- De specifikke kompetencer er opnået i en tidligere uddannelsesstilling (mindst 6 måneders varighed)
- Dokumentation skal foreligge i form af udfyldt kompetencevurderingskort.
- Uddannelseslægen kan selv søge den enkelte afdeling om fritstilling fra opholdet. Afdelingen kan afslå (lovhjemmel), hvormed merit ikke kan udmøntes.
- Det er ikke muligt at søge om fritstilling eller faglig merit for et ophold, man endnu ikke har fået officiel ansættelse i.
- Gennemførte relevante introstillinger eller dele af anden hoveduddannelse giver ikke automatisk merit ved ansøgning om HU i almen medicin.



Af: Sara Kaas Frandsen, HU-læge i almen medicin og medlem af FYAM-udvalget, Maria Dahl, HU-læge i almen medicin og medlem af FYAM-udvalget, og Ulrik Bak Kirk, idemand bag og projektleder på Praksis+, forsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus - mariadahland@hotmail.com

Fra uddannelseslæge til praksisejer med opdateret rejsekommerat

Siden FYAM's kampagne "Speciallæge i ledelse" i 2023 har vi arbejdet med at revidere e-bogen Praksis+. Bogen er et værktøj, som hjælper dig med både de praktiske og andre overvejelser, som du kan gøre dig, når du nedsætter dig som praktiserende læge.

HVILKE AFSNIT ER NYE?

- Ledelse
- Mentorskab
- Det akutte beredskab
- Praksismanagement

Praksis+ har fået nyt layout, opdaterede links, faktabokse og optimeret navigation, så du kan læse både på din smartphone og computer. Glæd dig...

Praksis+ blev relanceret ved DSAM's årsmøde i oktober. Nu er den på FYAM's hjemmeside. Her bringer vi bogens forord, som opridser de oprindelige tanker bag projektet, og hvorfor Praksis+ stadig er relevant i dag.

Uddannelsesrejsen fra medicinstuderende til praktiserende læge er lige dele lang og kaotisk skøn. Universitetet giver dig de basale medicinske kundskaber og en cand.med.-eksamen, mens den kliniske basisuddannelse (KBU) fungerer som en nødvendig bro til lægegerningen. Den almenmedicinske speciallægeuddannelse

strækker sig over fem år og ruster dig som ung læge til at varetage de mangeartede opgaver, der følger med rollen som praktiserende læge i Danmark. Når du endelig er færdiguddannet speciallæge, er du formelt klædt på til at investere i din egen praksis. Men selv med alle de nødvendige kvalifikationer på plads føles overgangen fra uddannelseslæge til praktiserende læge ofte som et stort spring.

Den udfordring blev krystalklar for os for tolv år siden, da vi bemærkede, at mange nye læger havde brug for mere og andet end fag-faglig viden. De havde behov for støtte til at opnå

Når du endelig er færdiguddannet speciallæge, er du formelt klædt på til at investere i din egen praksis. Men selv med alle de nødvendige kvalifikationer på plads føles overgangen fra uddannelseslæge til praktiserende læge ofte som et stort spring.

praksis⁺



selsikkerhed og trives i rollen som praktiserende læge. I England talte man om forskellen mellem at være 'competent' og 'confident', og vi indså, at der også i Danmark var et kæmpe behov for at hjælpe nye læger med at udvikle den nødvendige selvtilid. Derfor blev Praksis+ skabt.

Processen med at udvikle Praksis+ var en kombination af dedikation, samarbejde og en dyb forståelse for de udfordringer, som nye læger står overfor. Det var vigtigt for os at skabe et interaktivt og digitalt værktøj, der kunne støtte lægen på vej til og i egen praksis, samtidig med at der var et kontinuerligt fokus på at fremme lægens trivsel og udvikling – især i en ofte opslidende og ressourcekrævende etableringsfase.

Vi ønskede at indfange og oversætte pionerånden af kollegial støtte og vidensdeling ved at tilbyde et håndgribeligt værktøj til landets bedste håndværkere, der kunne bruges og blev brugt aktivt i praksis. Da Praksis+ først blev lanceret, blev den mødt

med stor begejstring. Mange nye læger udtrykte lettelse over at have et værktøj, der kunne hjælpe dem gennem de udfordrende overgangsfaser. Vi modtog positive tilbagemeldinger fra dem, der brugte Praksis+, og det var tydeligt, at bogen gjorde en reel forskel. Dette vidnesbyrd fra første generation af brugere cementerede vores tro på, at vi havde skabt noget værdifuldt og unikt.

I dag er behovet for støtte imidlertid stadigvæk aktuelt, og FYAM-udvalget har oplevet tiltagende efterspørgsel på en opdateret udgave. De stigende krav til praktiserende læger og de mange forandringer i sundhedsvæsenet gør det nødvendigt at sikre, at uddannelseslæger i almen medicin er så godt klædt på som muligt. Derfor har vi besluttet at revidere og opdatere Praksis+.

Vores håb med denne genudgivelse er, at Praksis+ fortsat vil inspirere og støtte de nyuddannede speciallæger i deres rejse mod at blive selvstændige praksisejere. Vi håber, at Prak-

sis+ vil forblive et værdsat og håndgribeligt værktøj, du kan trække på gennem hele processen – fra uddannelseslæge til praksisejer. //

HVORDAN ER PRAKSIS+ OPBYGGET?

E-bogen er opbygget over tre "faser" – som en forlængelse af fase 1, 2 og 3 i din hoveduddannelse:

Fase 4: Købsovervejelser og forhandling

Fase 5: Når praksis skal åbnes

Fase 6: De første år i egen praksis.

Hvem er målgruppen?

- dig, der er i gang med din hoveduddannelse og vil orientere dig om fremtidig praksiskøbsproces
- dig, der er færdig som speciallæge og overvejer at købe dig ind i en praksis
- dig, som har nedsat dig i praksis inden for de sidste år.

Bogen er et opslagsværk eller en håndbog, hvor du kan læse de afsnit, som er relevante for DIG, hvor DU er nu, så Praksis+ kan være din følgesvend i mange år.

Vores håb med denne genudgivelse er, at Praksis+ fortsat vil inspirere og støtte de nyuddannede speciallæger i deres rejse mod at blive selvstændige praksisejere.



FYAM-KLUMMEN

Lad os få samfundssindet i spil igen

En ung almenmediciner skriver i hvert nummer af Practicus en FYAM-klumme om et valgfrit tema.

Har du en klummeskribent i maven? Kunne du tænke dig at blive FYAM's nye klummeskribent, så skriv til os på practicus@dsam.dk og fortæl, hvad du kan byde ind med.

Jeg vil starte med at spole tiden tilbage til 2020, dengang corona huserede, og ingen kendte fremtiden.

“Det kan kun lykkes, hvis alle gør det sammen. Alles adfærd bliver afgørende. Vi må alle sammen være klar over situationens alvor.”... “Vi skal stå sammen. Vi skal passe på hinanden. Men på en anden måde, end vi plejer.”... “Vi får brug for samfundssind.” Statsminister Mette Frederiksen (pressemøde i Statsministeriet d. 11. marts 2020).

Samfundssind. Vi kendte ordet og dets betydning, før vi hørte det. Men har vi nogensinde før rigtig haft en fællesskabsfølelse om noget så stort? Ikke så vidt jeg kan huske (i min generation) i hvert fald. Og netop begrebet samfundssind prikker til de tanker, jeg har haft det sidste halve år. Et

halvt år, hvor jeg selv har været sygemeldt med stress fra hoveduddannelsen. Et halvt år, hvor diskussionen om fremtidens sundhedsvæsen har runget i alle medier.

Vi skal passe på hinanden

Det er vist ikke gået nogen forbi, at regeringens nye sundhedsudspil fokuserer meget lidt på borgerrettet forebyggelse. Hvorfor fokuserer vi – som læger, pårørende, samfund og mennesker – ikke meget mere på forebyggelse og sundhed og lader det gå hånd i hånd med samfundssindet?

Mental mistrivsel kan forebygges, og det ville jeg ønske, at vi (alle!) talte meget mere om. Vi skal stresse mindre, tale pænt til og om hinanden, tænke uden for kasserne, acceptere langt større afvigelser fra 'det almindelige' og have mere tillid til hinandens mavefornemmelser om, hvordan vi hver især skaber det bedste liv. For os selv, for vores familie og vores nærmeste. Vi er for dårlige til at passe godt på os selv.



Livet skal leves. Nydes. Elskes.
Vi skal arbejde for at leve og ikke leve for
at arbejde. Vi siger det tit, men vi er
ikke gode til at efterleve det

Samfundets normer er ikke altid de rigtige

Alt for tit går vi danskere (også læger!) på arbejde med ondt i maven. Vi skynder os alt for hurtigt gennem livet. Og vi opfordres faktisk til det. Vi skynder os gennem et skolesystem, som bliver kortere og kortere (nu vil de endda fjerne 10. klasse), og vi får flere og flere målinger på 'kvalitet' undervejs. Vi skynder os videre til en uddannelse, før mange af os er klar til det, og vi kan endda få bonus, hvis vi færdiggør den før tid. Vi skal gerne have det rigtige job fra start, men vi får afslag, fordi disse stillinger kræver flere års erfaring. Vi skal skynde os at få børn (senest presset af Lars Løkke her i 2024). Men vi får dem passet fra tidlig morgen til sen aften i institution, mens vi knokler derudaf på arbejde og samtidig prøver at nå at være sociale og at pleje vores familier og relationer. Endelig skal vores karriere selvfølgelig også afspejle det eneste, vi kan måle arbejdslivet på: løn og anerkendelse.

Det er alt sammen, fordi det er normen i samfundet, og fordi vi tilskyndes at gøre det. Og vi er alle med til at bidrage til den udvikling, når vi ikke stopper op og overvejer, om vi har gang i det helt rigtige for os, vores familie og vores nærmeste. Det er i min optik helt galt!

Lad os sammen løfte opgaven om mental forebyggelse

Hvornår har du sidst følt arbejdsglæde? Hvornår har du sidst smilt og følt dig lykkelig? Hvornår har du sidst taget et valg, som du vidste var pissegodt?

Vi skal alle blive bedre til at vise samfundssind. Vi skal spørge ind til hinanden. Interessere os for hinanden. Være glade på hinandens vegne. Tale pænt til – og om – hinanden. Vi skal hjælpe hinanden med at passe på hinanden. Vi skal ikke længere acceptere de af samfundets normer, der giver os ondt i maven, og som gør, at vi skal stresse os gennem livet. Det er forebyggelse af mental mistrivsel.

Livet skal leves. Nydes. Elskes. Vi skal arbejde for at leve og ikke leve for at arbejde. Vi siger det tit, men vi er ikke gode til at efterleve det.

Min rejse har lært mig at pleje min familie

Personligt har jeg mærket presset gennem alt for mange år. Jeg har også skyndt mig gennem livet. Jeg skyndte mig at blive voksen, skyndte mig at blive uddannet og skyndte mig at få et arbejde. Al den opbyggede stress sætter sig som en generel uro i maven.

For mig var det en stor personlig udfordring at trække stikket og sygemelde mig fra hoveduddannelsen for igen at finde roen, livsglæden og arbejdsglæden.

Denne hårde oplevelse har sat gang i disse tanker om samfundssind. Tanker om at passe bedre på hinanden, og særligt om at passe bedre på os selv. Der skal være balance mellem arbejdsliv og familieliv på forskellige tidspunkter i livet.

Jeg er yngre læge i almen medicin, Jeg nægter at have ondt i maven over at føle mig utilstrækkelig på både arbejds- og hjemmefronten, fordi der ikke er nok timer i døgn. Jeg er fortalende for deltidsarbejde, hjemmearbejde, fleksibel arbejdstilrettelæggelse og mulighed for hjemmepasning af eget barn i perioder. Jeg er tilhænger af, at man bruger dagens timer på opgaver og personer, der giver energi frem for at kræve energi. At man vælger det liv, der fungerer for en selv. At familie, kollegaer og samfundet accepterer, anerkender og støtter op om disse beslutninger. For den eneste, der ved, hvad der er rigtigt for en selv, er en selv.

Vi læger skal også udvise samfundssind over for hinanden. //

Mit arbejde som praksisassistent

Arbejdet som medicinstuderende i almen praksis giver en unik indsigt i de praktiske aspekter af lægegerningen, som jeg ikke kan læse mig til i lærebøgerne. Det styrker mine kompetencer i patientkommunikation, journalføring og diagnostisk tænkning, men jeg lærer også meget af samarbejdet med klinikkens øvrige personale.

Fra lærebøger til klinisk virkelighed

I Region Nordjylland har mange praktiserende læger givet medicinstuderende mulighed for at blive ansat som praksisassistent. Som ny medicinstuderende i Aalborg ønskede jeg at få klinisk erfaring gennem et studiejob så tidligt som muligt. For at styrke mine kompetencer meldte jeg mig ind i SAMS og deltog i et færdighedskursus.

Vekselvirkningen mellem undervisning på universitetet og arbejdet i klinikken har været utroligt givende. Teorien fra bøgerne blev pludselig vakt til live, når jeg stod med rigtige patienter. Især patientkontakten er central. Kommunikation er en afgørende del af hverdagen, uanset om jeg skal forklare en procedure, tage en blodprøve, udføre EKG eller tage telefonen.

Håndtering af "patient flow"

En af de vigtigste ting, jeg har lært, er, hvordan man effektivt håndterer patientflowet i en travl klinik. Tid er en kostbar ressource, og evnen til at prioritere og træffe hurtige beslutninger er afgørende for at opretholde en god rytme i arbejdet og minimere ventetiden for patienterne.

Samarbejde i klinikken

Jeg har også fået indsigt i, hvor vigtigt samarbejdet med klinikkens personale er. Jeg har lært, at det er vigtigt at

spørge om hjælp, kommunikere tydeligt og indgå klare aftaler i mit samarbejde med læger, sygeplejersker og sekretærer. God kommunikation og teamwork gør det lettere at håndtere de daglige udfordringer. Det tager jeg med til mit arbejde som fremtidig læge.

Jeg har oplevet, at læger, sygeplejersker og sekretærer er meget imødekommende over for os praksisassistenter og vores behov for supervision og vejledning. Den gode stemning på arbejdspladsen skaber tryghed, hvilket gør det rart og sjovt at være på arbejde. //



Forfatteren på arbejde i klinikken. Foto: Privat.

TIPS TIL MEDICINSTUDERENDE

- **Spørg om hjælp**, hvis du er i tvivl.
- **Kommunikér klart**, så du er tydelig over for både patienter og kollegaer.
- **Erkend, at fejl er en del af læringsprocessen**; det vigtigste er at lære af dem og udvikle sine færdigheder.
- **Deltag aktivt**: Intet slår praktisk erfaring og 'learning by doing'. Prøv tingene af i praksis, og reflekter over dine oplevelser.
- **Vær åben og tal med dine kolleger**: At skabe gode relationer til kollegaer og andre medicinstuderende kan være en stor fordel. Uformelle samtaler kan føre til faglig sparring, som kan hjælpe dig med at bearbejde svære situationer på arbejdet.
- **Bliv medlem af SAMS**: Studerendes Almen Medicinske Selskab (SAMS) tilbyder faglige kurser, sociale aktiviteter og netværk, som kan styrke dine kompetencer og dine venskaber på medicinstudiet.

**VELKOMMEN TILBAGE**

Practicus byder Asger Dalmose velkommen tilbage som skribent af Tanker fra Stolen. Asger er praktiserende læge i Aabyhøj, og så er han sololæge.

TANKER FRA STOLEN:

Alle. Alting. Altid.

I ndimellem opstår debat om kontaktmønsteret til almen praksis. For nylig nævnte et avisindlæg, at de emner, patienterne henvender sig med i hovedstadsområdet, er forskellige fra de emner, patienterne henvender sig med ude på landet. Og der blev filosoferende spurgt: Er det en rimelig forskel, hvis der et sted bliver brugt tid på emner, der et andet sted i landet ofte ville ligge under bagatelgrænsen?

Vi ved alle, at mænd søger læge noget sjældnere end kvinder. Så dér er der en yderligere forskel i henvendelsesmønsteret. Hvordan skal vi bedst håndtere disse forskelle?

Svaret er enkelt. I almen praksis skal alle være velkomne. Og de skal henvende sig med netop det, de har på hjerte. Intet er for stort, og intet er for småt. Og de skal altid føle sig velkomne. Det symptom, en patient hen-

vender sig med, ville måske ikke have bragt naboen til lægen. Eller det ville måske ikke have bragt patienten til lægen, hvis det havde meldt sig et halvt år tidligere. Det rette tidspunkt for at henvende sig er i sin enkelhed netop det tidspunkt, patienten så vælger. Så huskereglens for, hvem der er velkomne, hvad de må henvende sig med, og hvornår de må det, bliver derfor: alle, alting, altid.

Dermed også sagt, at det aldrig må være sundhedsvæsenet, der beslutter henvendelsesmønsteret til almen praksis; den udvælgelse skal ligge hos patienterne. Vi skal altid være parate til at tage os af det, patienterne har på hjerte. Lægeligt vælger vi så, om vores ydelse skal være mail, telefonisk, konsultation i klinikken eller et hjemmebesøg. Nok så vigtigt vælger vi også, om vi vil tage os af emnet videre frem, for selvfølgelig er der em-

ner, der ikke fortjener mere opmærksomhed og flere kontakter. Men det kan vi tidligst beslutte ved første kontakt, så derfor skal vores dør altid være åben.

Hvis man forsøger at regulere tilstrømningen, er al erfaring, at den gruppe, der vælger at undlade lægebesøg i for stort omfang, udgøres af de sårbare patienter.

Den åbenhed, vi ønsker at vise som driftsherrer, er det seneste årti blevet klemmt af opgaveglidningen, som sender hospitalernes problemer ind ad vores bagdør. Vores fornemste opgave er at tage os af patienternes problemer, og de kommer ind ad vores fordør. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



Risikodomptør

Benny Ehrenreich sidder på 24. år i kompagniskabspraksis på Nørrebro, København. Benny er repræsentant i DSAM og formand for PLO-København samt en erfaren debattør.

En risikotilstand giver ikke symptomer, men varsler mulig sygdom og lidelse på sigt. At vurdere betydningen af den risiko er svært – både for patient og læge. Ofte end jeg behandler manifest sygdom, håndterer jeg risikotilstande af tvivlsom betydning: unge mænd i 40'erne uden relevant anamnese efterspørger PSA-måling, kvinder i 50'erne uden disposition til knogleskørhed spørger om DXA-scanning, alle aldersgrupper ønsker helbredstjek – især mænd uden symptomer, der har fået formanet, at de går for lidt til læge!

Og beboerne på mit plejehjem har mængder af forebyggende medicin mod kolesterol, højt BT, osteoporose, vitaminmangel, blodpropper, m.m., selvom den forebyggende effekt næppe er relevant inden for deres restlevetid. Når jeg foreslår at tage nogle af de mange piller væk, bliver den ældre ikke sjældent bekymret – for den risiko, det medfører!

Der kan være gode grunde til at forebygge alvorlige risikotilstande. I 1950'erne havde man endnu ikke erkendt risikoen ved forhøjet BT. For eksempel blev BT op

til 210/100 mmHg kategoriseret som mild hypertension, der ikke skulle behandles. Framingham-studierne viste imidlertid eklatant effekt på morbiditet og mortalitet ved BT-sænkende behandling. Tilsvarende er rygningsskadelige virkning stadfæstet, og behandling af manifest type 2-diabetes har reduceret risikoen for at udvikle hjerte-kar-sygdom og organsvigt betydeligt. Men screening for "prædiabetes" er uden effekt på sygelighed og død. "Årskontroller" af patienter med diabetes, hypertension eller KOL kan derfor give god mening. Men efterhånden som antallet af risikomarkører og størrelsen på RCT-studier stiger, medfører det statistisk signifikans ved relativt lille behandlingseffekt, så risikobegrebet udtyndes. Dermed risikerer behandlingen at blive en byrde fremfor forbedret sundhed for patienten. Risikotænkningen risikerer med andre ord mentalt at begrænse det gode liv, og måske – kun måske – forlænge det fysiske. En god ven pointerer: "Spørgsmålet er ikke, om der findes et liv efter døden, men om der er et liv før."

I min klinik havde vi et E-kursus, der

Jeg bliver i tvivl om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at udrede og ultimativt behandle tilsyneladende raske patienter, og jeg tager gerne en snak om det.



præsenterede en case: Martin på 45, med systolisk BT=145, totalkolesterol=6,9, let overvægtig, motionerer moderat og ingen familiær disposition til kardiovaskulær sygdom (CVS). Vi diskuterede, hvad hans gevinst ved behandling for det let forhøjede BT mon kunne være, og vi fandt frem til, at hans 10-års risiko for CVS eller død var 4,6 %, mens en mand i samme alder med normalt BT, kolesterol, BMI osv. havde en 10-års risiko på 2,4 %. Det kan Martin næppe opnå. Hvis man følger 100 mænd på Martins alder med mild hypertension og en 10-års risiko på 5 %, vil 5 af dem på 10 år altså få CVS eller dø. Hvis man behandler deres hypertension, sker det for 4,4

mænd! Det vil sige, at der er en relativ risikoreduktion på 12 % og en absolut ditto på 0,6 %.

Prøv selv at lege med tallene på: www.GPevidence.org & www.qrisk.org/index.php eller alternativt: www.u-prevent.com/calculators/results/lifeCvd.

Jeg bliver i tvivl om, hvorvidt det er hensigtsmæssigt at udrede og ultimativt behandle tilsyneladende raske patienter, og jeg tager gerne en snak om det. Nogle bliver forundrede eller irriterede over det, og andre bliver glade. Jeg hører af og til velmenende kolleger påpege: "Der er jo ingen, der takker dig for at lade være med at behandle, hvis patienten får

en blodprop!". Nej, men risikerer jeg ikke til gengæld at gøre mine patienter bekymrede (de fleste uden grund) med al den risikoprofilering? Er det meningsfuldt lægearbejde?

En kær kollega betroede mig en gang: "Den læge, der uden tilsagn tjekker mit kolesterol, sagsøger jeg!". Der er altså nogen, der påskønner, at jeg ikke insisterer på behandling af risikotilstande, men nuancerer problemstillingen. Endnu har jeg ikke fået utak for at undlade behandling. //



Klinisk vejledning om palliation

Sammen med dette Practicus modtager du en opdateret klinisk vejledning om palliation. Vejledningen er også tilgængelig elektronisk på DSAM's hjemmeside.

Udgivelsen af denne vejledning følges op af et webinar, som holdes den 10. december kl. 16.15. Her vil Anna Weibull, speciallæge i almen medicin, guide dig igennem de vigtigste opdateringer.

Læs mere om webinarret og tilmelding dig her: www.tilmeld.dk/9022724

Som en fodnote kan oplyses, at arbejdet med opdatering af palliationsappen er i gang, og appen forventes at være færdig i løbet af 1. kvartal i 2025.

