

Practicus

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

Marts 2025
48. årgang // 274

FOKUS PÅ KUNSTIG INTELLIGENS

SIDE 12-13, 14-15, 41, 48-49



Praksispersonalet er en vigtig ressource i behandlingen af mentale lidelser, 20-21

Psykometriske tests i almen praksis, 22-23

Hvordan bliver vi gode ledere?, 44-45

INDHOLD

LEDER

- 3 Det er ikke et spørgsmål om sort eller hvidt

DSAM

- 4 Opgavebeskrivelsen skal spejle kontinuiteten
6 Lydhørhed over for almen praksis
7 Farvel til Ellen Louise, velkommen til Mireille
10 Maria Krüger: ny næstformand i DSAM
12 Kunstig intelligens – potentialer og udfordringer

ARTIKLER

- 14 Implementering af kunstig intelligens
16 Rosenkærprisen til tidligere praktiserende læge
17 Hvordan sikrer vi trivsel og arbejdsglæde i almen praksis?
20 Ph.d.-projekt om behandling af mentale lidelser
22 Psykometriske tests i almen praksis
24 Den lille praksis med den store fordel
26 Konference om patientsikkerhed
28 Uddannelseskonference i almen medicin
30 Informationsskærm til venteværelset
32 Tema: Specialet og uddannelsen – før, nu og fremover!
36 3x3: Tre nedslag i mit lægeliv
38 En dag med: Jeanette Fjerbæk Sørensen
40 Praksisvikariat 1966: Videnskab og humbug
41 Grønt tip: Klimaaftryk på AI-tjenester



// s. 32

FYAM

- 42 Der er en første gang for alt...
44 Hvordan bliver vi gode ledere?

SAMS

- 46 Fra Island til Danmark: en personlig rejse

DEBAT

- 47 Frihed til at dø – eller en pligt?
48 AI = Alien Intelligence & Diagnoseboom

BØGER

- 50 Underskud – om værdien af omsorg

OPSLAG

- 11 Fjernsyn for FYAM
52 Årsmøde 2025



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

REDAKTØR

Mireille Lacroix
ml@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR

Solvej Videbæk Bueno
solvejvidebaek@dsam.dk

REDAKTIONSSEKRETÆR

Annette Scharff Gehrs
asg@dsam.dk

NÆSTE NUMMER

Nr. 275
Frist for artikler: 7. april
Udgivelsesuge: 25, 2025

MANUSKRIPTER SENDES TIL

practicus@dsam.dk

CITAT

Tilladt med kildeangivelse

FORSIDEFOTO

Colourbox

LAYOUT/TRYK

Jørn Thomsen Elbo A/S
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.

Det er ikke et spørgsmål om sort eller hvidt

Der er gået syv år, siden jeg for første gang satte mig til tastene for at skrive en leder til Practicus. Det har været et privilegium at få lov. Jeg vil gerne sige en stor TAK til alle jer, som har bidraget med artikler og opbakning til Practicus, og alle jer, der har læst med. Nu, 34 udgivelser senere, glæder jeg mig over at byde hjertelig velkommen til Mireille Lacroix som ny chefredaktør.

Hvad er egentlig de almenmedicinske kerneopgaver? Det spørgsmål stillede jeg i min første leder. Kerneopgaverne er jeg ikke længere i tvivl om. Nu går min tvivl mere på vilkårene for at løse dem.

Et politisk flertal vil løse lægemanglen ved at tage forhandlingsretten fra os. Så vi fremover har den økonomiske risiko, men begrænset indflydelse på drift og faglighed.

Det er ikke mærkeligt, at politikere kan se en strategisk fordel i at tale om de magelige praktiserende læger, der ikke vil flytte måsen fra deres velbjergede klinikker i byerne. Det højner forargelsen i medierne og hos vælgerne. Det er mere mærkeligt, at retorikken er kommet imellem os, hvor den skaber splittelse og gør mere skade end gavn. Vi bidrager endda selv til den.

Vi er hver især praktiserende læge for det menneske, der går ind i vores konsultation. Og vores faglighed burde betyde, at vi ikke på forhånd dømmer nogen ude.

Det er et kæmpe fagligt svigt af vores patienter, hvis vi som default accepterer, at spørgsmålet om lægedækning kan reduceres til en diskussion om land og by. Ung eller gammel. Nem eller svær. Det er et svigt, hvis vi uden vi-

dere går med på idéen om, at sygdom så nemt kan relativiseres ud fra postnummer.

Sygdom findes alle steder. En ældre ryger med KOL kan ikke få vejret hverken på Møn eller i Ålborg. En ung med depression føler sig lige trist i Ribe og i Roskilde. Et barn med anoreksi spiser lige lidt i København og i Rønne.

Fysisk sygdom kan være invaliderende, uanset hvor man bor. Sociale problemer kan slå benene væk under os alle. Mistrivsel og psykisk sygdom rammer børn, yngre og ældre. For nogle kan det endda være livstruende. Uanset hvor de bor.

Hvis vi understøtter den politiske polariseringsdagsorden, medvirker vi til et generationstyveri, hvor børnene og de yngre generationer betaler prisen. Vi skal ikke på den måde sælge ud af vores faglighed. Heller ikke i en krisetid som denne. Det løser intet.

Vi skal stå sammen og adressere, at nogle helbredsproblemer trækker flere ressourcer end andre, at vi skal kunne løse kerneopgaverne, uanset hvor vi praktiserer, og at vi skal have ret til at prioritere, hvis 5000 læger skal imødekomme fremtidens behov for en læge til alle.

Og det håber jeg, at vi skal. //



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



BESTYRELSENS KLUMME:

Opgavebeskrivelsen skal spejle kontinuiteten

Som en del af Sundhedsreformen skal DSAM bistå SST i arbejdet med en opgavebeskrivelse for almen praksis.

Sundhedsreformen 2024 har fokus på almen praksis. Det mærker vi i DSAM. Som aldrig før bliver vi i disse måneder inviteret ind i Sundhedsministeriets departement og forskellige styrelser. Jeg er glad for, at vi har mange stærke kræfter i DSAM. Tilsammen har vi masser af klinisk, forskningsmæssig og organisatorisk erfaring, og vi er gode til at løfte i flok. Men jeg indrømmer, at der også er netter, hvor jeg ikke får sovet så meget, fordi tanker arbejder videre, når dagene ikke er lange nok, og jeg har været lidt på udebane og forholdt mig til "regressionsvariable", "interaktionsvariable", "marginaleffekt" eller det lovgivningsarbejde, der følger politiske forlig.

De forskellige afdelinger i Sundhedsstyrelsen (SST) snakker ikke altid sammen, da de har "hver sin del af elefanten". Nogle gange kan det være svært at være "elefanten", som trækkes i forskellige retninger... samtidig.

Heldigvis er udgangspunktet godt. For vi har et værdifællesskab med SST: kræfterne skal bruges klogt, vi arbejder gerne evidensbaseret, alle kan ikke få alting (der skal prioriteres), det handler om mennesker (ikke sygdomme), patienter skal have medbestemmelse, og kontinuitet, relation og helhedssyn er afgørende for kvaliteten i almen praksis.

Hensigten med reformen er, at flere ting skal løses tæt på borgerne – uden for sygehusene. Vi skal have flere udgående teams fra sygehuse, flere praktiserende speciallæger (FAPS), flere kommunale tilbud. Vi skal også have flere almenmedicinske speciallæger, bedre geografisk fordeling af lægerne, differentierede lukkegrænser for den enkelte klinik afhængig af patientpopulation og – som den helt store ting – en central opgavebeskrivelse for almen praksis, hvor vi skal løse flere opgaver, efterhånden som vi bliver flere. Indtil nu har nye opgaver skullet forhandles ind via RLTN og PLO. Men politisk har man ønsket at ændre modellen, så det ikke længere er forhandlingsrummets bæreevne og armlægning, der afgør, hvad almen praksis skal lave. Fremover skal Sundhedsstyrelsen beskrive opgaverne. Derefter for-

handles pris og vilkår med PLO eller fastsættes via lovgivning.

SST skal levere en opgavebeskrivelse for almen medicin ved udgangen af 2025. Det skal ske med inddragelse af faglige input fra relevante aktører, dvs. især DSAM. Vi peger dog på, at PLO skal med ved bordet, da de har helt afgørende viden om branchen og kapaciteten, ligesom vores forskningsenheder skal inddrages, når det er relevant.

Opgavebeskrivelsen skal være dynamisk. Det betyder, at efterhånden som vi bliver flere læger, skal flere opgaver lægges til. Men 2025-udgaven skal kun indeholde "baseline"; hvad vi varetager i dag. Beskrivelsen skal indeholde to ting: den fælles del (hvad almen praksis som helhed skal levere) og basisfunktion (hvad det enkelte lægehus skal kunne levere til sine patienter).

Den fælles del omfatter f.eks. at nogle af os også skal være læger ved plejehjem og bosteder. Fra DSAM's side mener vi, at den fælles del også bør beskrive de institutioner, vi har i faget i dag, som er afgørende for, at vi kan levere: efteruddannelse, digitalisering, forskning, kvalitet, tutorlægefunktioner, formidling osv. Vi må ikke

miste disse håndtag og den kolossale faglige værdi, der ligger her. Det er blevet sagt, at almen praksis ikke ejer lederskab, men intet kunne være mere forkert! Omkring 35 pct. af os varetager på skift disse funktioner, men vores ledelsesstrukturer er horisontale og kollegiale (ikke hierakiske). Derfor er vores interne ledelse usynlig for Danske Regioner. Vi skal gøre den synlig for alle. Vi leder hinanden, og vi leverer bedst til vores egen population med selvstændigheden bevaret.

DSAM har holdt møde med centrale embedsfolk fra Sundhedsministeriet og SST, hvor strukturerne blev præsenteret inden for så forskellige emner som bæredygtighed, trivsel, overdiagnostik, internationalt arbejde, digitalisering, forskning, vejledningsarbejde, klyngearbejde. Målet var at fremme forståelsen af, hvordan vi får ”opgavebeskrivelsen” til at lykkes i praksis. Det var helt sikkert givet godt ud.

Basisfunktionen omfatter beskrivelse af funktioner, opgaver, tilgængelighed, samarbejde og kompetencer, som alle klinikker skal leve op til som udgangspunkt. Samtidig skal beskrivelsen afklare, hvad der så skal løses andre steder.

Jeg tror, at en stærk og respekteret opgavebeskrivelse for almen praksis vil værne os mod for mange opgaver fra andre aktører, f.eks. fra andre lægevidenskabelige selskaber, som opgaveglidning ifm. de regionale forløbsbeskrivelser eller via pres fra patientforeninger, medicinalindustri, forsikringer, arbejdsgivere eller skoler, som sjældent er fagligt begrundede.

Skal vi være bekymrede for de nye centralt beskrevne opgaver, som er på vej ind? Jeg mener, at vi skal holde øje med to ting.

De tværsektorielle arbejdsgrupper, hvor DSAM indgår i arbejdsgrupper i SST, skal have opmærksomhed. Det kan være udredning af demens, kræftopfølgning, 10-års plan for psy-

kiatrien. Desuden vil der komme fokus på de nye kronikerpakker. Det er alt sammen noget, der forudsætter et grundigt fagligt forarbejde i SST. Jeg forventer ikke en eksplosion af alt muligt, for SST er selv en flaskehals med begrænset kapacitet.

De nye specialebeskrivelser skal også have opmærksomhed. Alle de 40 lægefaglige specialer skal igennem en proces, hvor kerneopgaver for hvert speciale skal beskrives, herunder udviklingsperspektiv og potentiale for omstilling af opgaver, så det tværsektorielle samarbejde styrkes, og mere kan gøres hos egen læge. Af de 40 specialer har 30 snitflade til almen praksis, og DSAM skal sende en repræsentant til hver af disse 30 arbejdsgrupper. SST er begyndt med kardiologi, endokrinologi og ortopædkirurgi. De foreløbige erfaringer fra disse 3 specialebeskrivelser er dog, at vores LVS-kolleger er lige så utrygge ved at afgive deres opgaver, som vi er ved at modtage dem. SST er på en svær mission her, og kun småting skifter plads. Det er en anden grund til, at opgavemængden ikke forventes at ekspedere mellem hænderne på os.

Vi har udstyret hver af vores udsendte med en ”sparringspartner” og en vejledning i, hvad de skal have fokus på, når man overvejer at flytte en opgave ud til os. For at styre hele processen har vi ansat Mireille Lacroix som lægefaglig konsulent. Hun rådgiver de udpegede i tæt samarbejde med DSAM’s formandskab. Mireille sidder også i Lægeforeningens bestyrelse.

Kontinuitet er kvalitet. Den største vækst i opgaver vil måske vise sig at ligge i basisfunktionen, som den er i dag. Vi skal måske alle til at gøre det, som er aftalt i overenskomsten at vi skal levere. I lang tid har vi ikke haft tilstrækkelig kapacitet til at gøre det hele. At vi sørger for årlig status på vores patienter med forskellige kroniske sygdomme (0120). At vi får kørt de opsøgende hjemmebesøg (0121).

At vi laver fokuseret somatisk undersøgelse hos mennesker med svær psykiatrisk sygdom (2150). At vi aftaler, hvem der er bostedslæger. At vi har og vedligeholder det nødvendige kliniske udstyr. At vi får ajourført vores diagnosekort og sørger for digital sikkerhed. At vi får overblik over vores populationer inden for forskellige områder og aktivt kontakter dem, der behøver det. At vi deltager i klyngearbejde og efteruddannelse og anvender den nye viden i klinikken. At vi sikrer tilgængelighed for akutte henvendelser og elektive (til en kendt læge) både telefonisk og fysisk.

Vi skal værne om vores kontinuitet. Det er nok den vigtigste kvalitet i almen praksis. //

ELEMENTER I OPGAVEBESKRIVELSEN

- Er opgaven almenmedicinsk?
Hører den til i almen praksis? (ikke sjældent, farlig eller dyr)
- Kræver opgaven det almenmedicinske speciales kernekompetencer? (helhedssyn, patientkendskab, kontinuitet og nærhed)
- Giver opgaven fagligt mening iht. DSAM’s pejlemærker?
- Kan opgaven rent praktisk gennemføres i almen praksis? I hele landet uagtet geografi?
- Har almen praksis den nødvendige kapacitet? Hvor mange konsultationer kræver opgaven pr. år på landsplan?
- Kræver opgaven efteruddannelse? Kræver den ændring af speciallægeuddannelsen i almen medicin?
- Har almen praksis det nødvendige udstyr for at kunne varetage opgaven?
- Kan opgaven afskaffes? Kan den varetages af patienten selv? Kan den varetages af andre?

KLUMME OM KOMMUNIKATION OG PRESSE I DSAM:

Lydhørhed over for almen praksis



Begreber som lægedækning, målbeskrivelse, specialeplanlægning og praksisbus har tidligere kun interesseret få, men nu fanger de medierne, embedsmændenes og politikernes opmærksomhed. DSAM inviteres ofte til møder for at forklare om aktuelle emner. Det kræver ekstra arbejde fra bestyrelse og sekretariat; planlægning, udarbejdelse af præsentationer og indsamling af viden – alt imens det daglige arbejde fortsætter.

Med den nye politiske aftale om fremtidens sundhedsvæsen er almen praksis sat i centrum. Aftalen indebærer investeringer i flere ressourcer og flere kolleger. Det er positivt, hvis intentionerne bliver realiseret. Lydhørheden betyder, at FYAM's formand, Malene Nepper, har fået aftaler med alle regionsrådsformænd for at diskutere lægedækning ud fra de kommende lægers perspektiv. Samtidig søger embedsmænd og politikere DSAM's ledelse i deres praksis, og DSAM repræsenteres i centrale arbejdsgrupper. Med andre ord bliver der lyttet til al-

men praksis. Selvom ikke alt, vi siger, bliver indarbejdet, bidrager møderne til en større forståelse af vores funktion og betydning i sundhedsvæsenet. Tre dage efter sundhedsaftalen blev indgået, besøgte de konservatives sundhedsordfører, Per Larsen, DSAM's formands praksis for at diskutere, hvordan man gør det attraktivt at være læge i hele landet.

Denne interesse betyder, at når DSAM inviteres, stiller vi gerne op. Og når vi selv inviterer, oplever vi, at beslutningstagere og samarbejdspartnere tager imod. Vi bliver klogere på hinanden, og forhåbentlig opnår vi en gensidig forståelse.

Sundhedsreformen fylder meget, men det er ikke det eneste område, hvor DSAM er i medierne. Vi ser også interesse for emner som Kræftpakke V, kørekort og kørselsforbud, genoplivningsregler og hormonspiraler. Senest har Wegovy og Ozempic fået opmærksomhed. Det understreger, hvor omfattende almen praksis' rolle er, og hvilken central rolle familielægen spiller i sundhedsvæsenet. Den nære relation mellem patient og læge er afgørende – både når det handler om at vejlede en ung kvinde om hormonprævention, og når den alvorlige samtale om køreevne skal tages. Her viser almen praksis tydeligt sin værdi.

Men det er ikke nok kun at være til stede i debatten. Vi skal fortsat arbejde for at sikre, at almen praksis er attraktiv for nye generationer af læger. Det handler om både arbejdsforhold, uddannelse og en kultur, hvor familielægen anerkendes. Vi kan ikke tage denne opmærksomhed for givet. //





Farvel til Ellen Louise, velkommen til Mireille

Den afgående chefredaktør for Practicus, Ellen Louise Kristensen, og den nye, Mireille Lacroix, mødtes en vinterdag på Bolettes landsted i Tjele. I hyggelige omgivelser reflekterede de over, hvad der fylder som chefredaktør for Practicus – både når man ser tilbage, og når man kigger frem.

ELLEN LOUISE KRISTENSEN

Hvad er den vigtigste opgave for Practicus?

Practicus er DSAM's vindue udadtil. Da jeg blev chefredaktør, havde jeg et mål om at sætte DSAM's arbejde endnu mere i fokus. DSAM har en meget aktiv bestyrelse og et dygtigt sekretariat. Der er stor aktivitet i alle udvalg, og ved at formidle det kan Practicus bidrage til sammenhold i faget. Practicus er også fagets vindue. Og spejl. Almenmedicinere er ikke ens. Det er en stor styrke, hvis vi forstår, at vi kan lære af hinanden og om hinanden ved at interessere os for hinandens faglighed, udfordringer og arbejdsvilkår. Det kan man i Practicus, hvor kolleger skriver til kolleger.

Hvordan har bladet udviklet sig, mens du har været chefredaktør?

Først og fremmest får DSAM vist flaget hver eneste gang. Læseren kan mærke selskabets engagement. Vi har opdyrket en meget trofast skare af skribenter, og den udvides hele tiden,

så på den måde favner bladet meget bredt og spejler en faglig selvbevidsthed og faglig stolthed inden for alle grene af faget. Det var noget af det, jeg gerne ville med bladet. Læserundersøgelsen fra sidste år viste også, at der generelt er stor opbakning til Practicus. Det er jeg selvfølgelig virkelig glad for. Hen over årene har vi moderniseret bladets udtryk, og nye artikeltyper og en podcast er kommet til – drevet af FYAM-redaktørerne. Der er også kommet mere fokus på de yngre læger i artiklerne, og det er godt, synes jeg. De er jo fagets fremtid.

Hvad har været det bedste i din tid som chefredaktør?

Taskforcen under coronapandemien formåede at understøtte, at praktiserende læger hurtigt kunne levere brugbar sundhedsinformation til hele befolkningen – information som endda blev udfoldet i den bedste sendetid. Det krævede et kæmpe setup bag linjerne i DSAM. Det var skønt at sætte fokus på det i Practicus. Nu har vi en





ny taskforce om den nye sundhedsreform. Jeg ser det som et udtryk for, at det faglige selskab prioriterer at levere på vigtige områder. Det er godt stof til bladet, fuldstændig lige som de mange artikler fra kolleger er det. Jeg har mærket historiens vingesus under tilblivelsen af DSAM's professionsetik, hvor vi lavede et helt nummer om fagets fælles værdigods. Det var også en god proces. På det helt personlige plan har jeg været glad for at være tæt på beslutningsprocesserne i faget. Det giver arbejdsglæde. Også når jeg er i min klinik. Og så har samarbejdet med de mange forfattere jo været helt utroligt positivt og givende.

Har du haft nogle mærkesager eller artikler, der var særlige vigtige for dig at få i bladet?

Jeg har fokuseret meget på at gøre bladet alsidigt. Når jeg ser tilbage, har vi godt nok været vidt omkring, men den røde tråd er faget. Det har været vigtigt for mig. I forbindelse med DSAM's jubilæum bragte vi artikler om selskabets tidligste historie. Det er en fortælling om kollegers visionære tilgang til faget, vores uddannelse, forskningsområde, kvalitetsudvikling og samarbejde på tværs af landegrænser. Historien om DAMD skabte stor debat, men den var vigtig at få med, fordi den viser, at tillid og fortro-

lighed er helt afgørende for vores arbejde. Lægers arbejdsmiljø har også været et tema i bladet, aktualiseret af tragiske overfald på kolleger. Og psykisk sygdom, som får en stedmoderligt behandling mange steder. Helt overordnet har jeg forsøgt at fokusere på det, vi er fælles om: et fag med utroligt mange forgreninger og måder at arbejde på.

Hvad kommer du til at savne?

Helt klart samarbejdet med redaktionen og med alle de dygtige mennesker i DSAM. Og ikke mindst samarbejdet med forfatterne. Det har været fantastisk at arbejde sammen med jer alle, og det vil jeg savne. Men jeg glæder mig over, at det er Mireille, som tager stafetten videre. Det bliver godt.

Har du nye planer ud over livet som praktiserende læge?

Jeg elsker min praksis og mine patienter og kolleger. Og jeg kan ikke undvære det faglige arbejde, så der er nye opgaver i støbeskeen i samarbejde med DSAM og vores nordiske kolleger. //

MIREILLE LACROIX

Hvordan vil du udvikle Practicus i de kommende år?

Jeg synes, Practicus er et godt blad og har ikke planer om at ændre indholdet afgørende. DSAM kommer til at have en betydelig rolle for den fortsatte udvikling af almen praksis i forbindelse med sundhedsreformen. Det kommer til at præge artiklerne. Vi skal fortsætte med at formidle DSAM's og FYAM's arbejde og invitere endnu flere medlemmer til at blande sig i debatten.

Hvad angår formen har jeg derimod en del tanker. Selvom Practicus fortsat har en stor læserskare i papirudgaven, mener jeg, at det på længere sigt bliver nødvendigt at supplere papirudgaven med et bedre netbaseret format. Når bladet kun udkommer 4 gange årligt, er det svært at bringe højaktuelt indhold. Et netbaseret format vil gøre det muligt at lægge artikler og nyheder op løbende. Det bliver nemmere at søge på artikler og dele dem med andre. Det vil også gøre det lettere for andre aktører i sundhedsvæsenet at læse med, så bladet også kan være et almenmedicinsk ansigt udadtil. Practicus podcast viser allerede vejen.

I sidste ende er det min personlige drøm, at vi får en almenmedicinsk portal, hvor vi skaber plads til alle talerør for almen praksis: Practicus, Månedsskriftet, de mange nyhedsbreve fra DSAM, forskningsenhederne og gerne også PLO's orientering. Der kunne også være en side med nyheder fra eksterne samarbejdspartnere, f.eks. SST og Lægemedelstyrelsen. Der er utroligt mange økonomiske, politiske, tekniske og organisatoriske udfordringer ved dette, men måske det kan lykkes engang.

Hvad glæder du dig mest til som chefredaktør?

Jeg glæder mig til samarbejdet med Practicus-redaktionen og med alle andre aktive og engagerede mennesker i DSAM. Og så glæder jeg mig til at kunne kontakte absolut hvem som helst, der i mine øjne har noget spændende at fortælle, for at bede dem om at skrive en artikel. Jeg håber, de siger ja!

Hvordan vil du bruge din erfaring fra PLO i Practicus?

Jeg har været observatør i DSAM's bestyrelse i min tid som næstformand i PLO, så jeg har et godt forhåndskendskab til DSAM og hele det almenmedicinske landkort. Jeg vil også kunne bruge min erfaring med formidling. Den erfaring fik jeg især opbygget under covid-epidemien, hvor jeg var en del af corona-taskforcen, som nærmest fra dag til dag skulle formidle nye budskaber til lægerne. Via PLO har jeg også fået kontakter til og viden om mange andre sundhedsaktører. Måske jeg vil kunne bruge det til noget i mit arbejde i Practicus, hvis vi har brug for lidt input "udefra".

Hvilke faglige emner interesserer du dig for?

Jeg interesserer mig for nærmest alt. Det tog mig 8 år at vælge speciale, fordi jeg hele tiden besluttede mig for et nyt. Til sidst tog jeg konsekvensen og valgte specialet med den bredeste faglighed. I mit daglige arbejde trækker jeg allermest på min viden om konsultationsprocessen. Kalymnoskurset og min supervisionsgruppe har været en gamechanger for mig. Det har givet mig et helt nyt blik for mine patienter og øget min arbejdsglæde. Derudover interesserer jeg mig nok

mest for de sårbare patienter. Det er de patienter, der lider af psykisk sygdom, har mange samtidige sygdomme eller bare har behov for støtte og opbakning for at kunne fortælle om deres problemer.

Hvad er du særligt optaget af?

Sundhedsreformen. Den indeholder mange gode ting, men den er så flertydig, at den kan skifte indhold afhængig af de herskende vinde i ministeriet. Koncepterne "almenmedicinsk tilbud" og "digital fordør" signalerer ikke ligefrem, at patienterne får lov til at beholde deres egen læge som tovholder og gatekeeper. Reform-taskforcen kommer måske til at stå med en endnu større opgave end corona-taskforcen. //

OM MIREILLE - 60 ÅR

- Kandidat i 1992, speciallæge i almen medicin siden 2002
- Praktiserende læge i Lægehuset i Stenstrup på Sydlyn, praksisejer siden 2004
- Valgt ind i PLO's repræsentantskab i 2014.
Medlem af PLO's bestyrelse i 2018-2024, det meste af tiden som næstformand
- Medlem af Lægeforeningens bestyrelse og observatør i PLO's bestyrelse.
- Bor på Sydlyn og er medejer af Syltemae Camping, som hendes mand driver.



Maria Krüger:

ny næstformand i DSAM

Maria Krüger er ny næstformand efter Anne Christina Kjerulff. Ud over at være næstformand er Maria også formand for DSAM's kvalitetsudvalg, IT-og medicinalordfører og DSAM's nye repræsentant i Medicinrådet. Med andre ord bestrider Maria en række poster, der giver hende og selskabet adgang til at påvirke rammerne for almen praksis, og hvordan medier og beslutningstagere omtaler og forstår almen praksis. Og det er da også muligheden for at være med til at påvirke beslutningerne, der motiverer Maria til det politiske arbejde.

Hvorfor har du valgt at være aktiv i DSAM?

Jeg har altid været meget aktiv fagligt. Min fagpolitiske interesse og interessen for at gøre en forskel blev nok for alvor vakt under konflikten i 2013, hvor jeg var med til at arrangere demonstrationer og lave happenings på Folkemødet på Bornholm for at bevare familielægen, så det at søge at påvirke beslutningerne optager mig.

Det er nyt, at der er en repræsentant fra almen praksis i Medicinrådet. Hvad betyder det for faget?

Almen praksis udskriver jo langt størstedelen af al medicin i Danmark, så det giver god mening, at vi i fremtiden får en stemme i Medicinrådet. Medicinrådet skal som følge af nye regler i fremtiden stå for at rådgive alment praktiserende læger om udskrivning af tilskudsmedicin. Der bliver nødt til at være synergi mellem de faglige retningslinjer, som vi forholder os til, og de tilskudsregler, vi samtidig også skal overholde. Der skal være taget stilling til, om samfundet nu også har råd til, at vi udskriver den medicin, vi gør, så vi ikke endnu engang ender i en situation, hvor vi skal kalde patienter ind og omlægge deres behandling. Det skal være nemt for de praktiserende læger at få

vejledning om udskrivning og brug af tilskudsmedicin. Vi har ikke tiden til at læse lange skrivelser, så vi skal have tillid til, at beslutningerne er truffet på et fagligt evidensbaseret og uvildigt grundlag i samarbejde med de regionale lægemiddelenheder og medicinrådgivningsfunktioner.

Hvad har særligt gjort indtryk på dig, siden du kom i DSAM's bestyrelse?

Der er en lang række ting, der har gjort indtryk på mig. Jeg er meget imponeret og stolt på mit fags vegne over, hvor mange der løfter en opgave for almen praksis og bakker op om det arbejde, som vi laver. Det er helt fantastisk. Jeg er meget imponeret over, hvor professionelt vores sekretariat arbejder, og hvor meget opbakning og støtte, man får. Jeg er også overrasket over, hvor meget indflydelse vi rent faktisk har. Hvor nemt det er for os at få adgang til medier, politikere og myndigheder. Der bliver lyttet og noteret, og jeg oplever, at det virkelig gør en forskel, at DSAM engagerer sig i den politiske dagsorden og har en stemme. Det gør arbejdet meget meningsfuldt.

Hvad er dine tre vigtigste mærkesager for den kommende tid?

Sundhedsreformen har min store opmærksomhed lige nu. At komme med input til opgavebeskrivelsen for almen praksis. Få defineret vores kerneopgaver og få identificeret de opgaver, som skal løses et andet sted uden for almen praksis.

For det andet vil jeg fortsat have fokus på rationel brug af medicin i almen praksis. En opgave i forlængelse af min plads i Medicinrådet. Jeg ser for mig, at vi i højere grad skal samarbejde med de regionale medicinfunktioner og klinisk farmakologiske enheder. Det kan være svært at na-

Der skal være taget stilling til, om samfundet nu også har råd til, at vi udskriver den medicin, vi gør, så vi ikke endnu engang ender i en situation, hvor vi skal kalde patienter ind og omlægge deres behandling.

vigere i de forskellige vejledninger fra forskellige specialiteter, som ønsker, at vi skal foretage tidligere og tidligere opsporing, efterkontroller og brug af mere og ny medicin. Vi skal huske på, at vi har en anden patientpopulation, og vi skal tage højde for alder, komorbiditet og polyfarmaci, når vi behandler vores patienter.

Og endelig vil jeg bidrage til implementeringen af AI i almen praksis. Jeg har været med til at udforme DSAM's holdningspapir om kunstig intelligens. Det er et utrolig vigtigt emne, og hvis ikke vi forholder os til det og overvejer fordele og faldgruber, risikerer vi, at det går galt. Arbejdet med rapporten har åbnet for en masse dilemmaer (dem omtaler jeg på side 12-13). Jeg sidder også med som observatør i PLO's digitaliseringsudvalg og i MedComs lægelige referencegruppe. Udviklingen går så hurtigt. Det er derfor vigtigt, at vi får udviklet nogle centrale løsninger. Der er masse af udfordringer med GDPR, og hvis den enkelte læge bruger ikke-sikret software, kan man risikere brud på datasikkerheden og få en kæmpe bøde.

Maria Krüger er 48 år. Hun har siden 2016 været medejer af en kompagniskabspraksis på Frederiksberg. //

Fjernsyn for FYAM

Deltag i korte webinarer om klinisk almenmedicinsk forskning.

HVEM: Leveret direkte til uddannelseslæger og tutorlæger i almen praksis fra forskere på Forskningsenhederne for Almen Praksis.

HVORNÅR: I supervisionstiden sammen med din tutolæge. I bliver opdateret på den nyeste viden fra almenmedicinsk forskning og får et udgangspunkt til drøftelse om, hvordan I gør i jeres praksis.

Alle webinarer afholdes kl. 13.00 – 13.30, og materiale kan efterfølgende findes online på VIDs hjemmeside.



Netværk for viden og kompetencer i almen praksis

VID



PROGRAM FOR FORÅRET 2025

- 19. marts: Hvad betyder kontinuitet for dine patienter? ved @Anders Prior
- 24. april: Brug af PSA-tests i almen praksis ved @John Brand Brodersen
- 28. maj: Vægtneutral sundhed ved @Rasmus Køster-Rasmussen
- 19. juni: Grøn praksis ved @Asthildur Arnadottir og @Nanna Holt-Jessen



Kunstig intelligens i almen praksis – potentialer og udfordringer

Almen praksis skal selv have indflydelse på, hvordan vi bruger kunstig intelligens. Derfor har DSAM lavet en holdningsrapport.

På forårsrepræsentantskabsmødet i 2024 besluttede vi i DSAM, at vi skulle tage stilling til kunstig intelligens (AI) i almen praksis og udforme et holdningspapir.

Udviklingen stormer frem, og flere steder i sundhedsvæsenet eksperimenteres der allerede med AI-løsninger. Det efterlader almen praksis i en situation, hvor behovet for viden og retningslinjer er stort, og hvor utålmodigheden vokser for at finde teknologiske løsninger, der kan lette hverdagen – en hverdag, der er presset af flere opgaver og et konstant informations-”overload”.

Fra simpelt papir til kompleks rapport

Det stod hurtigt klart, at vi ikke bare kunne lave et enkelt holdningspapir.

AI er en teknologi med et enormt potentiale, men også med en lang række risici, etiske dilemmaer og faldgruber, som vi skal forholde os til. Jo mere vi dykkede ned i emnet og fik sparring fra forskellige fagpersoner, des længere blev papiret, så det oprindeligt tænkte holdningspapir blev til en mere omfattende rapport.

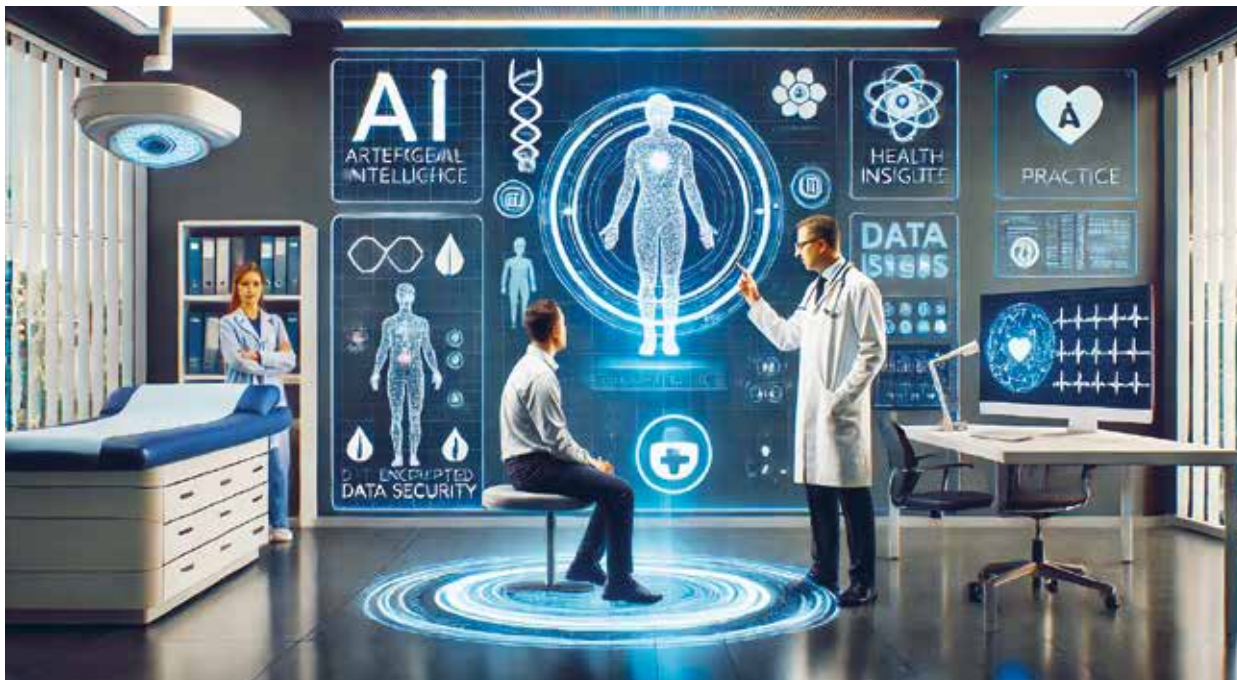
En afgørende hjælp

AI kan blive en afgørende hjælp i en travl praksis. AI har potentiale til at kunne automatisere de mest tidskrævende administrative opgaver: skrive udkast til journalnotater, lave henvisninger, svare på e-mails og optimere kalenderstyringen. Dette kan frigive tid til vores kerneopgaver, som er patientkonsultationer. Vi kan bruge AI som beslutningsstøtte, da teknologien kan analysere komplekse datasæt, opdage mønstre i patientjournaler eller identificere patienter, der er i risiko for at falde igennem systemet. AI vil også kunne benyttes til at øge kvaliteten af patientbehandlingen, f.eks. gennem apps og chatbots, som kan hjælpe patienten med at forberede sig inden konsultationen hos lægen.

Transparens og sikkerhed

Men selv de mest avancerede algoritmer er ikke uden fejl. De såkaldte ”black box AI”-systemer, hvor beslutningsgrundlaget er uigennemskueligt, kan lede til fejltolkninger og manglende tillid. Der er derfor brug for transparens. Og så er der datasikkerheden. Vi skal sikre, at patienternes data ikke ender i hænderne på kommercielle udbydere eller lagres på fremmede servere, hvor de kan udnyttes til kommercielle formål. Det kræver stram overholdelse af GDPR og AI Act, EU’s forordning om kunstig intelligens, og den enkelte læge kan ikke forventes at holde styr på alle kravene alene.

En konsultation hos lægen skal være et fortroligt rum. Vi skal passe på, at brugen af AI i en konsultation, f.eks. ved autonotar vha. stemmegenkendelse, ikke medfører, at patienten modtager målrettede reklamer for f.eks. blodtryksapparater eller vægttabsmedicin, når patienten går ud ad lægens dør. Det stiller store krav til vores IT-udbydere. Der skal laves en grundig risikovurdering af databehandleraftalen, og det kan kræve juridisk bistand. Implementering af ny



Her er en AI-genereret illustration lavet af ChatGPT på baggrund af artiklens tekst. Den viser en lægeklinik, hvor en læge interagerer med en holografisk AI-assistent, mens en patient ser AI-genererede helbredsdata på en digital skærm. Teknologien er visuelt repræsenteret for at understrege AI's potentiale og udfordringer.

software gør brug af anden software, som henter software et tredje sted fra. Og hvor ender data så?

Derfor er det også vigtigt at understrege, at læger ikke ukritisk bør tage AI-værktøjer i brug. Uden styr på datasikkerheden risikerer man store bøder. Datatilsynet vil i det kommende år have særligt fokus på kunstig intelligens som støtteværktøj i sundhedssektoren, og deres tilsyn rettes primært mod private virksomheders brug af generativ AI. Det skal nævnes her, at PLO ikke kan rådgive om datasikkerheden på AI-løsninger, de ikke selv har været inde over. Læs også artiklen på side 14-15.

Hvordan går vi videre?

Det er vigtigt at få formidlet, at forud for implementering af AI i almen praksis skal der være foretaget en risikoanalyse af AI's output. Derfor anbefaler vi juridisk rådgivning ved ibrugtagning af teknologien. Her vil jeg gerne henvise til PLO-orientering fra 23/1 2025. Vi ser gerne, at udvikling og udrulning af AI-løsninger i almen

praksis sker i fællesskab og sammen med PLO, som kan have kontakten til eksterne leverandører, f.eks. ligesom med udviklingen af appen "Min læge". Vi ser for os, at centralt styrede pilotprojekter kan bane vejen for en forsvarlig og kontrolleret udrulning.

Vi skal også huske, at AI kan være en tidsrøver, hvis teknologien ikke bruges korrekt. Forkerte eller irrelevante advarsler kan skabe forvirring og merarbejde. Derfor skal vi fra starten være skarpe på, hvad vi vil bruge teknologien til, så vi sikrer, at den gavner både patienter og sundhedspersonale.

En personlig læringsrejse

Under arbejdet med rapporten har jeg selv opdaget, hvor meget AI allerede kan. For eksempel bruger jeg nu ChatGPT til at hjælpe med at skrive og redigere tekster – som denne artikel. Det har gjort det lettere at formulere komplekse budskaber mere klart og kort. Det er et lille eksempel på, hvordan den nye teknologi kan være en hjælp i hverdagen.

Men jeg bruger ChatGPT med om-

tanke, for det sluger en masse energi, og det kan godt bekymre mig i forhold til klimaet, at den nye teknologi er så omkostningstung rent energimæssigt (red. Læs om AI og energiforbrug i Grønt tip side 41).

Skal bruges rigtigt

AI har potentialet til at revolutionere vores arbejdsgange, men det kræver, at vi gør det rigtigt. Datasikkerhed, etisk brug og grundig testning skal være vores ledestjerne.

DSAM vil fortsat arbejde for at sikre, at AI bliver en gevinst for både læger og patienter. Vi ser frem til at være en del af udviklingen og sikre, at teknologien bruges ansvarligt og med respekt for de værdier, der definerer vores fag. //

Se holdnings-
rapporten her





Implementering af kunstig intelligens i almen praksis: udfordringer og muligheder

Kunstig intelligens er ved at finde vej til almen praksis. Det er vigtigt, at lægerne sammen træffer beslutninger om brugen og adresserer fælles udfordringer.

Kunstig intelligens, artificial intelligence (AI), får et stadigt større fokus inden for sundhedssektoren, ikke mindst i almen praksis. Så vidt PLO er bekendt, har de første 10 leverandører af AI-løsninger til transskribering og journalføring allerede meldt deres ankomst med ønske om at sælge løsninger til klinikkerne i almen praksis. Det er en ekstrem udvikling, da almen praksis har været vant til, at de samme leverandører af lægepraksissystemer har domineret markedet igennem de seneste 20 år.

Det er afgørende, at de praktiserende læger sammen træffer velovervejede beslutninger om brugen af AI-løsninger, og hvordan reguleringen skal foregå. Ellers står den enkelte kli-

nikejer med ansvaret uden reel mulighed for indflydelse på løsninger, der får afgørende betydning for deres dagligdag.

Anvendelsen af AI (bredt set og dækkende for en lang række forskellige teknologier) i almen praksis bringer potentielt mange fordele med sig til arbejdsdagen for de praktiserende læger, men der er også betydelige udfordringer, som vi bør adressere sammen.

Kan revolutionere arbejdet

AI har potentiale til at revolutionere det daglige arbejde i almen praksis. Nogle af de positive effekter, der fremhæves (men med fortsat manglende dokumentation), er f.eks. tidsbesparelser ved automatisering af tidskrævende opgaver som journalføring, attestarbejde og resuméer, hvilket frigør tid til direkte patientkontakt. Her ser vi allerede en lang række AI-baserede systemer hjælpe med at udfylde journalnotater, mens lægen koncentrerer sig om samtalen med patienten.

Løsningerne har potentiale til både at forbedre patientsikkerheden, effektiviteten i almen praksis og bidra-

ge til at forbedre trivslen blandt lægerne, fordi de potentielt får mere tid til at fokusere på deres kerneopgave – kontakten med patienten.

Men AI-løsninger introducerer også en række udfordringer, som de praktiserende læger bliver nødt til at adressere i fællesskab, for at sikre at klinikerne står stærkest muligt over for de virksomheder, der skal levere fremtidens vigtige digitale løsninger. Det er digitale løsninger som, medmindre vi formår at stille de rigtige krav, vil være dybt afhængige af særligt amerikanske tech-virksomheder som f.eks. Microsoft, Google og Amazon, der leverer indmaden og infrastrukturen til de AI-løsninger, vi ser på markedet i dag.

Komplekse juridiske krav

Anvendelsen af AI i almen praksis indebærer komplekse juridiske krav, herunder GDPR, MDR og sundhedslovgivning. Det er afgørende, at klinikerne forstår disse rammer for at beskytte patienternes data.

Det er særligt vigtigt at overveje, hvordan AI-løsningerne tilpasses den praktiske hverdag i almen praksis.



Træning af disse systemer bør ske med det udgangspunkt, at de skal fungere i den virkelighed, hvor praktiserende læger arbejder. Dette rejser spørgsmål om ejerskab til data, patienternes rettigheder og de etiske implikationer af at anvende sundhedsoplysninger. Hvad angår træning af AI-modeller, er hverken juraen eller de etiske problematikker håndteret.

De praktiserende læger skal stille krav til afprøvninger og grundige evalueringer af løsningerne. Vi kender alle sammen fænomenet med fartblindhed, fordi vi enten har kørt for lang tid i bilen eller kører i en topmoderne, støjsvag og perfekt affjedret bil, der gør os uopmærksomme på, hvad der egentlig står på speedometeret. Det samme fænomen kan forekomme med digitale løsninger, hvor vi stoler blindt på teknologien. I den bedste af alle verdener har lægen tid og overskud til at vurdere, måske endda efterprøve, om AI-løsningerne leverer indhold af en høj kvalitet. Men de praktiserende læger har dagligt i gennemsnit 50 kontakter fordelt på forskellige kontaktformer, hvor hastighed og kompleksitet meget hurtigt kan betyde, at man stoler blindt på teknologien. Det er velkendt, at AI-løsninger kan være påvirket af bias i de data, de er trænet på. Det kan føre

til diskrimination, hvis ikke der er et fokus på etisk træning og evaluering af systemerne.

Det er derfor vigtigt at opretholde en sund skeptisk tilgang, for at sikre at AI ikke erstatter klinisk vurdering.

En fælles tilgang

Et andet centralt aspekt er omkostningerne ved anskaffelse og implementering af løsningerne. Finder vi ikke en fælles tilgang, eksempelvis via fælles udbud, indkøb og løbende konkurrenceudsættelse, vil udgifterne ved at købe AI-løsninger blive meget høje i takt med at flere og flere arbejdsgange vil skulle understøttes af AI-teknologi. Det bør derfor være helt afgørende for de praktiserende læger at finde sammen om netop dette område i en fælles organisering.

PLO's bestyrelse planlægger i 2025 en række nye initiativer på AI-området, herunder flere pilotprojekter, som er relateret til journalføring, attester og patientresumé. Disse projekter har til formål at indsamle viden om den praktiske anvendelse af AI og bidrage til, at vi får skabt de rigtige rammer for, hvordan AI kan implementeres sikkert og effektivt i almen praksis. PLO forventer således at kunne bistå de praktiserende læger på AI-området i fremtiden. Men der skal træffes sto-

re beslutninger i fællesskab om, hvordan den praktiske forvaltning skal foregå for fremtiden, så vi sikrer en gennemsigtig styring og finansiering af fremtidens AI-løsninger, da de nye løsninger ikke kommer gratis.

Mange praktiserende læger er ivrige for at komme i gang med AI, og det er forståeligt. Desværre er det endnu ikke muligt for PLO at bistå det enkelte medlem med de nødvendige juridiske afklaringer.

Almen praksis går en spændende tid i møde, og der arbejdes intenst med området i PLO, selvom man ikke er i mål endnu.

PLO og DSAM samarbejder tæt om udviklingen af IT i almen praksis med basis i PLO's Digitaliseringsudvalg, hvor DSAM har en vigtig stemme. Ud over AI som fælles udfordring er deling af patientdata en anden stor opgave, hvor de to organisationer er helt afhængige af hinanden for at sikre, at vi kommer godt i mål.

Vil du vide mere?

Du kan læse mere om PLO's indsats på AI-området i PLO'orienteringen fra januar 2025. Der vil blive oprettet en side på PLO's hjemmeside, hvor information om PLO's indsats løbende vil blive opdateret. Mere herom i kommende PLO'orienteringer. //



Rosenkjærprisen til tidligere praktiserende læge



Imran Rashid, speciallæge i almen medicin, forfatter og samfundsdebattør, modtog i januar DR's store formidlingspris Rosenkjærprisen for sit arbejde med digital trivsel blandt børn og unge. Det er første gang, at en speciallæge i almen medicin modtager prisen, som gives til personer, der gør komplekse emner forståelige for et bredt publikum.

Gennem foredrag, bøger og medieoptrædener har han i mere end et årti sat fokus på digitaliseringens indflydelse på unges mentale sundhed. Hans bog *Sluk* har været central i debatten om skærmtid og dens konsekvenser. Practicus har talt med ham om prisen, hans motivation og syn på digital sundhed.

Hvad betyder det for dig, at du på den måde bliver anerkendt for din formidlingsindsats?

Det har været vigtigt for mig, når jeg er gået ind i rollen som samfundsdebattør, at folk så også har kunnet bruge og relatere sig til det, jeg har sagt og gjort. At jeg har kunnet gøre en forskel for både tidligere kolleger, familier, børn og unge. Det er en stor anerkendelse at få Rosenkjærprisen. Det

er jeg stolt af. Og jeg ser det også som en anerkendelse af, at arbejdet med digital sundhed er vigtigt.

Hvad motiverede dig til at fokusere på digital trivsel?

Som tidlig iPhone-bruger og tech-iværksætter med lægebaggrund fik jeg indsigt i, hvordan digitale platforme udnytter menneskelige behov og skaber afhængighed. Det blev dog først en mission for mig, da min 10-årige datter kom og bad om en smartphone. Jeg indså, hvor vigtigt det var at forstå problemets omfang og skabe samfundsmæssig opmærksomhed om de udfordringer, det fører med sig.

Hvordan kan forældre støtte deres børns digitale trivsel?

Forældre spiller en vigtig rolle i at skabe sunde digitale vaner. Jeg anbefaler typisk tre ting. For det første skal man skabe balance mellem digitale værktøjer og digitale stimulanter. For det andet skal man indføre skærmfri zoner. For det tredje skal man lære børnene om sociale mediers algoritmer, så de forstår, hvordan platforme fastholder deres opmærksomhed. Endelig er det også vigtigt,

at forældre er bevidste om deres egne digitale vaner, da børn ofte spejler voksnes adfærd.

Hvordan ser du udviklingen inden for digital sundhed?

Hvis der ikke gribes ind, vil unges mentale sundhed være under fortsat pres. Vi ved, at omfattende skærmb brug kan føre til søvnproblemer, lavt selvværd og afhængighed. Digitale platforme bliver stadig bedre til at fastholde brugere især med fremkomsten af kunstig intelligens og chatbotter. Vi må derfor udvikle løsninger, der sætter trivsel over afhængighed. Sundhedsprofessionelle spiller en vigtig rolle for folkeoplysningen, og en efteruddannelse i digital sundhed er for mig at se nødvendig for at kunne hjælpe patienter med at skabe en kultur, der prioriterer langsigtet trivsel.

Senest har Imran Rashid sammen med to kolleger lanceret en certificeringsuddannelse i Digital Sundhed, der giver fagpersoner redskaber til at vejlede i forskellen på hensigtsmæssig og uhensigtsmæssig brug af digitale medier og at skabe sunde skærmvaner hos børn og unge. Kurset er godkendt som selvvalgt efteruddannelse. //



Hvordan sikrer vi trivsel og arbejdsglæde i almen praksis i fremtidens sundhedsvæsen?

Sundhedsreformen lægger op til, at de praktiserende læger skal løse flere opgaver og være med til at modvirke ulighed i sundhedsvæsenet. Fremtidens patientbehandling kalder på individualiseret behandling, så vi undgår overbehandling og unødvendige indlæggelser på hospital.

De mange krav og forventninger til de praktiserende læger om at overtage flere og nye opgaver i et mere og mere specialiseret og komplekst sundhedsvæsen samt at være en vigtig brik og vej ind i det nære sundhedsvæsen kræver, at de er "klædt på" til opgaven. For hvordan navigerer man i en travl og presset hverdag, samtidig med at man holder trivsel og arbejdsglæde i balance? Er det overhovedet muligt?

Udbrændthed er i bund og grund en forsvarsmekanisme, som vi tager i brug for at overleve hverdagen.

Nærvær, kontinuitet og ansvar

Den seneste trivselsundersøgelse viste, at knap halvdelen af de praktiserende læger opfylder kriterierne for at være moderat udbrændte, og 14 procent opfylder kravene til at være alvorligt udbrændte. I alt 29 procent svarer, at de helt sikkert eller i nogen grad har fortrudt, at de er blevet praktiserende læge.

Der er mange udfordringer, spekulationer og "omkostninger" for en del af de praktiserende læger; økonomisk, fysisk, mentalt og socialt.

I mit virke møder jeg en del praktiserende læger, der er yderst dedikerede og ambitiøse, når det gælder klinikdrift og patientbehandling. Her er én af de helt store udfordringer, at vi som travle læger ikke har tilstrækkelig opmærksomhed på, hvordan vi selv trives. Vi ved, at mange praktiserende læger er ansvarsfulde og disciplinerede og tæt på deres patienter, som de kender godt. Denne kontinuitet og nærvær er én af de store gevinster for både læge og patient – og det kan forklare noget af både forpligtelsen og arbejdsglæden. Lægen vil gå langt...

Lægerne stiller store krav til sig selv og har en stærk selvkontrol. Ofte overhører de alt for længe signaler på

overbelastning og dårlig trivsel og får ikke lyttet til kroppen. De signaler og symptomer, som vi er meget opmærksomme på hos patienterne, overhører vi hos os selv. De fleste læger melder sig sjældent syge og går meget langt, før de må erkende, at de har brug for hjælp.

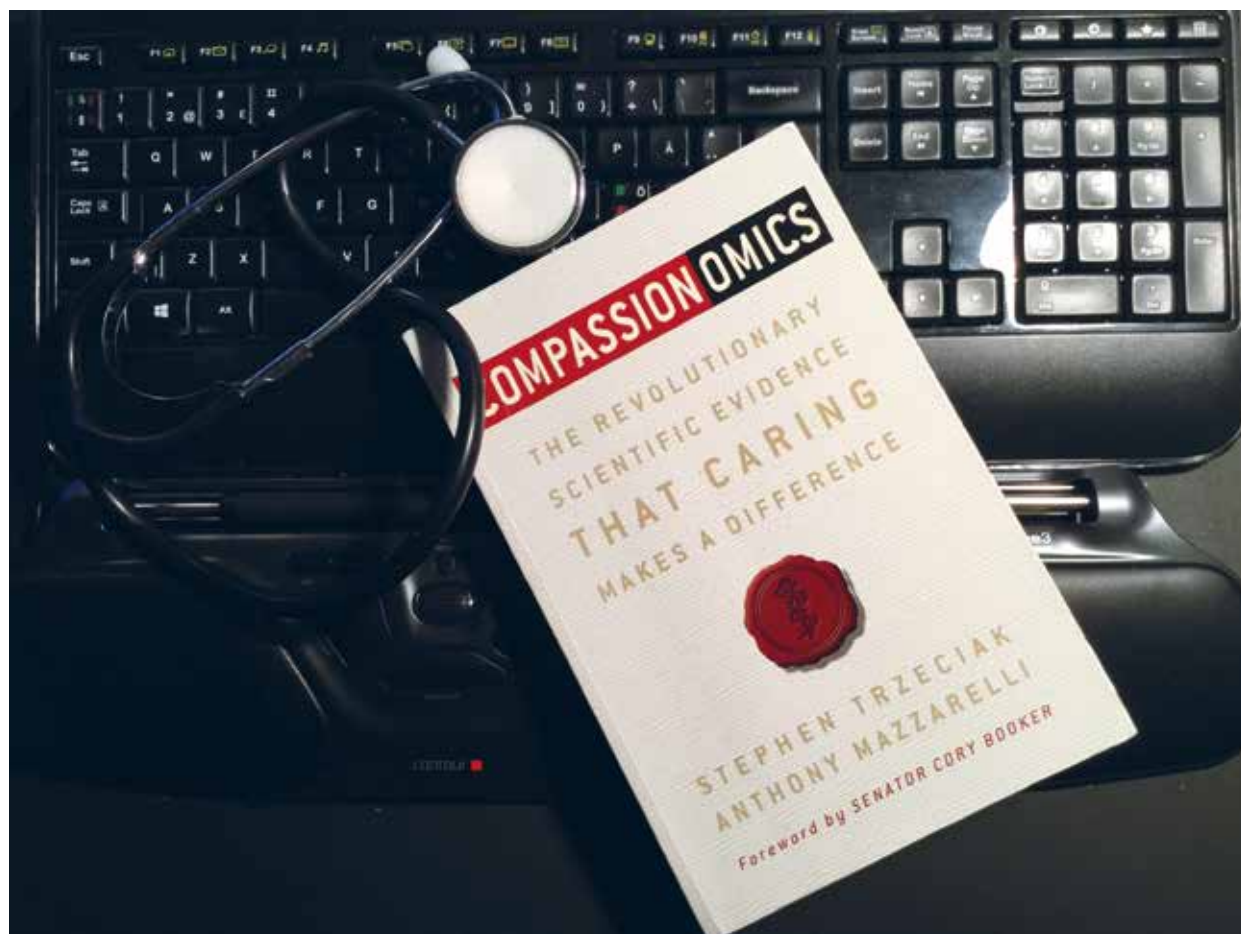
Det, vi ikke taler så meget om

Supermandsyndromet i lægekulturen gør, at vi ikke har tradition for at tale om det, der presser og stresser os, når det er uoverskueligt og "for meget" i vores eget liv. Hvordan vi bevarer nærvær, arbejdsglæde og trivsel – og hvilke redskaber og metoder, der kan være med til at bringe os nærmere målet – har heller ikke så stor en plads i den offentlige debat.

Det er nødvendigt, at vi taler kollektivt om de udfordringer, der er, før vi finder det, vi kan gøre anderledes og bedre, end det, vi "plejer" at gøre. Der er dog sket ændringer de seneste år.

Når arbejdet udtrætter os, og vi får fysiske og psykiske symptomer, fordi den nære kontakt til patienter kan betyde, at vi empatisk over- eller underinvolverer os i patienternes (og andres) vanskelige følelser og lidelser,





er der risiko for empatiudtrætning og udbrændthed.

Vi mister engagement og nærvær. Det oplever patienten som distance-ring og føler sig ikke tryk, ikke set og ikke hørt. Det går ud over vores relationer på arbejdet og i privatlivet.

Udbrændthed er i bund og grund en forsvarsmekanisme, som vi tager i brug for at overleve hverdagen. Det er ikke fordi, vi er dårlige læger eller mennesker, men fordi summen af belastninger og krav er blevet større end de ressourcer, vi har til at klare opgaverne.

Der er store "gevinster" ved at modvirke tendensen til empatiudtrætning og udbrændthed – nu og i fremtidens sundhedsvæsen. Der findes evidensbaserede metoder, vi kan implementere med baggrund i nationale og in-

ternationale erfaringer, som virker på den mentale trivsel og arbejdsglæde blandt sundhedsprofessionelle.

Det, der virker!

Men hvor og hvordan skal man begynde? De studerende på medicinstudiet er motiverede for at lære metoder til at få balance og glæde i studielivet – kompetencer, som kan bruges i deres kommende lægeliv og hjælpe dem med at bevare engagement og arbejdsglæde, så de kan blive i faget i mange år frem.

Nogle universiteter og hospitaler har prioriteret, at ansatte får viden og træning i compassion. Disse ledelsesmæssige initiativer forbedrer patientbehandlingen, da læger, der finder balance i deres arbejdsliv og får en anvendelig praksis med mindfulness og

compassion, også selv oplever større trivsel. Det gør det muligt at være empatisk, nærværende og til stede uden at risikere at blive empatiudtrættet. Der er igangværende forskning, hvor compassion-praksis udvides til også at omfatte patienterne. Meget tyder på, at træningen kan give kompetencer til bedre at tackle de sygdomsrelaterede vanskelige tanker og følelser.

Også i almen praksis er det vigtigt at hilse initiativer, der giver mere balance og arbejdsglæde, velkommen. Det er vigtigt af hensyn til de enkelte læger og de enkelte patienter, men det er også vigtigt, fordi det har betydning i hele sundhedssektoren og for samfundsøkonomien.

Ved at adressere og tale åbent om risikofaktorer for empatiudtrætning og udbrændthed og sætte nye meto-

Mange frygter, at det at anerkende sårbarheder vil blive opfattet som svaghed.

der på dagsordenen, opnår vi ikke kun bedre trivsel for læger og andre sundhedsprofessionelle. Vi opnår også bedre behandlingsresultater og prognose for patienterne.

Compassion – en mærkbar forskel

Ved at inddrage compassion-metoden får læger og behandlere nye tilgange, der gør en mærkbar forskel efter kort tid – både i deres eget liv og i deres relationer. Det er en praksis, hvor de enkelte læger ret hurtigt mærker forskellen på at møde de vanskelige følelser hos patienten med empati og med compassion. Det handler om en anden måde at være på, hvor hjernens plasticitet gør, at nye neurale netværk aktiveres ved træningen.

Et andet vigtigt aspekt er self-compassion. Det handler om, hvordan vi lærer at rumme det, der er vanskeligt i eget lægeliv. Det er den del af compassion-træningen, der (sammen med mindfulness) har den største prognostiske betydning for velbefindende og trivsel hos sundhedsprofessionelle. Det ved vi.

Hvorfor tøver vi?

Flere faktorer bidrager til tøven. Vi lever i en kultur, som er præget af tra-

ditioner og hierarki, og forventningen om at være robust gør det vanskeligt at tale om de udfordringer, der følger med lægelivet. Mange frygter, at det at anerkende sårbarheder vil blive opfattet som svaghed. Dette vanskeliggør indførelsen af blødere tiltag, selv om forskningen viser, at mindfulness og compassion-praksis, kan øge trivsel og positive følelser blandt sundhedsprofessionelle.

Paradoksalt nok er der et stærkere behov for forandring, når presset er størst. Den travle hverdag i sundhedsvæsenet giver lægerne for lidt tid til at tilpasse sig nye metoder, hvilket gør forandringer sværere, især under stress. Manglen på støtte fra beslutningstagere vanskeliggør implementeringen af effektive metoder, hvilket kunne anerkendes som en vigtig investering i både mental trivsel og patientbehandling.

For at ændre dette er det nødvendigt, at compassion-træning bliver en del af efter- og videreuddannelsen, med opbakning fra ledelse og politikere. Det vil ikke kun øge viden og erfaring, men også fremme en bedre anvendelse af nye kompetencer i hverdagen som en livslang læring og praksis.

Forandring er altid forbundet med en vis usikkerhed. At implementere compassion som en del af hverdagen kræver, at vi ser på vores arbejdsrutiner og tankemønstre med nye øjne. Denne proces kan virke skræmmende, især hvis vi føler, at vi i forvejen balancerer på kanten.

At vi tøver, handler ikke om, at vi

ikke vil. Det handler om vaner, tidspress og manglende prioritering fra systemet. Men det er her, vi må gøre op med status quo. For hvis vi vil skabe en fremtid, hvor læger trives – også på langt sigt – og patienterne får bedre behandling, vil viden og praksis med compassion være et godt og klogt sted at begynde. //

GRETHE HARBO

Grethe Harbo er speciallæge i øre-næse-halssygdomme med mange års erfaring som overlæge og privatpraktiserende speciallæge.

De seneste seks år har hun dedikeret karrieren til at styrke trivsel blandt læger og sundhedsprofessionelle. Med en baggrund i egne erfaringer med stress og belastningsreaktioner, har Grethe specialiseret sig i Resilienstræning, Mindfulness og Compassion.

- Hun underviser medicinstuderende på AAU Sunds valgfag om mental trivsel, resiliens og compassion.
- Hun underviser også på Lægeforeningens kurser i træning af compassion.
- Og hun afholder foredrag og forløb for kolleger og ledere i sundhedsvæsenet.



Af: Anne Søjbjerg, ph.d., HU-læge i almen medicin i Region Midtjylland, vinder af Ph.D.-cup ved DSAM's årsmøde 2024 - annsoj@ph.au.dk



Praksispersonalet er en vigtig ressource i behandlingen af mentale lidelser

Danskernes mentale sundhed er for nedadgående. Gentagne nationale undersøgelser peger på at stadig flere lider af depression, angst, stress og ensomhed. Dette afspejles tydeligt i almen praksis, hvor mere end hver tiende henvendelse handler om mentale problemstillinger.

Samtaleterapi – et vigtigt behandlingstilbud i almen praksis

Den praktiserende læge har som udgangspunkt tre muligheder for at behandle mentale lidelser: samtaleterapi i almen praksis, medicinordination eller henvisning til psykolog/psykiater. Flere studier har vist, at patienter ofte foretrækker samtaleterapi frem for medicinsk behandling. Samtidig er ventetiden til psykologbehandling i gennemsnit 14 uger, og den ikke ubetydelige økonomiske udgift ved denne behandling kan være en barriere for nogle patienter. Således er samtaleterapi i almen praksis for mange det eneste reelle behandlingstilbud.

Samtaleterapi kræver tid

Men hverdagen i almen praksis er præget af betydelig travlhed, og samtale-

terapi er tidskrævende (en konsultation varer typisk omkring 30 minutter) og honoreres aktuelt kun, hvis samtalerne varetages af en læge, som deltager i en supervisionsgruppe. Nogle praksis fravælger således at tilbyde samtaleterapi, hvilket efterlader patienterne uden gode behandlingsmuligheder. Der er altså behov for at udvikle nye tiltag, der sætter almen praksis i stand til at løfte opgaven uden at belaste en i forvejen presset hverdag. En oplagt mulighed er at inddrage praksispersonalet i behandlingen af mentale lidelser, og det er netop det-

te, jeg har beskæftiget mig med i mit ph.d.-projekt.

Forskningsprojektet SundtSind

Tolv almen praksis i Region Midtjylland deltog i forskningsprojektet. Både praktiserende læger og praksispersonale deltog i et 2-dages kursus, hvor de lærte en samtaleterapiform, kaldet "den problemløsende metode". Behandlingen blev efterfølgende tilbudt til patienter med kronisk sygdom, som samtidig havde nedsat mental trivsel. Praksis kunne selv vælge, hvem der skulle varetage behandlingen, men i langt de fleste tilfælde blev behandlingen varetaget af praksispersonalet, hovedsageligt praksissygeplejersker.

Vi fandt, at praksispersonalet kunne varetage behandlingen med "den problemløsende metode" og leverede behandlingen på lige fod med de praktiserende læger. Praksispersonalet havde ofte allerede en relation til patienterne og indgående kendskab til deres psykosociale baggrund, hvilket yderligere faciliterede den terapeutiske alliance. Samtalerne kunne varetages inden for de eksisterende rammer for samtaleterapi, og på trods af

Erfaringerne fra projekt SundtSind tyder på, at praksispersonalet kan spille en afgørende rolle i at løse udfordringerne med behandlingen af mentale lidelser i almen praksis.

SUNDT SIND

travlhed og tidspres kunne den integreres i den kliniske hverdag. Praksispersonalet var generelt meget positivt stemt over for at varetage mentale behandlinger, og patienterne var samtidig generelt meget tilfredse med behandlingen, som de opfattede som nyttig og effektiv.

Således tyder vores erfaringer fra projekt SundtSind på, at praksispersonalet, i særdeleshed praksissygeplejerskerne, med fordel kan inddrages i behandlingen af mentale lidelser i almen praksis og repræsenterer en uudnyttet ressource, som kan være med til at løfte behandlingen af mentale lidelser i almen praksis. Inddragelse af praksispersonalet i behandlingen af mental lidelse i almen praksis vil – ud over at kunne aflaste de praktiserende læger – også kunne bidrage til at nedbringe ventetiden til psykologbehandling, da flere patienter vil kunne behandles i praksis og dermed nedbringe behovet for viderehenvisning.

Politisk benspænd

For at praksispersonalet kan inddrages i behandlingen af mentale lidelser er politisk handling påkrævet. Af Sundhedsministeriets ”10-års plan for psykiatrien og mental sundhed” fra 2022 fremgår en vision om, at flere faggrupper, herunder praksispersonale, skal inddrages i behandlingen af mentale lidelser i almen praksis, dog uden konkrete forslag til hvordan. Først og fremmest er uddannelse og supervision – både internt i praksis og

FORSKNINGSPROJEKTET SUNDTSIND

- Projektet udgår fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og Institut for Folkesundhed ved Aarhus Universitet.
- Projektperioden løber fra 2021 til 2025.
- 12 almen praksis fra Region Midtjylland deltager: 40 læger/praksispersonale, 146 patienter.
- Find mere information om projektet med QR-koden.



gennem etablering af eksterne supervisionsgrupper – nødvendigt for at sikre kvaliteten af behandlingen. Dernæst er det afgørende, at personalet kan honoreres for at varetage samta-
lebehandlingen.

Praksispersonalet kan få en nøglerolle

Erfaringerne fra projekt SundtSind tyder på, at praksispersonalet kan spille en afgørende rolle i at løse udfordringerne med behandlingen af mentale lidelser i almen praksis. Inddragelse af praksispersonalet vil gøre det muligt at møde patienternes behandlingsbehov, samtidig med at de praktiserende læger ikke belastes yderligere. Praksispersonalet er altså en vigtig ressource i behandlingen af mentale lidelser i fremtidens almen praksis. //

DEN PROBLEMLØSENDE METODE

- Alle mennesker oplever psykosociale problemer (f.eks. skilsmisse, dødsfald, ensomhed), men det er evnen til at håndtere disse problemer, der afgør, om det medfører en mental lidelse.
- Behandleren guider patienten gennem trinvis problemløsning, hvorved patienten lærer aktivt at håndtere de aktuelle psykosociale problemstillinger.
- Behandlingen hjælper patienten med den konkrete problemstilling, men målet er at udvikle problemløsningsevner, der sætter patienten i stand til at håndtere fremtidige psykosociale problemstillinger og dermed skabe varige forbedringer.
- Metoden er udviklet fra kognitiv adfærdsterapi.
- Tidligere studier har vist, at metoden er effektiv til behandling af mentale lidelser, herunder depression og angst.

Den problemløsende metode er en konkret og håndgribelig metode, hvor patienten spiller den aktive rolle. Man bør dog altid være opmærksom på, om behandlingen kan stå alene, eller om der er behov for yderligere behandlingstiltag, så som tillæg af antidepressiv medicin eller specialiseret behandling ved svær psykisk sygdom.



Psykometriske tests i almen praksis

På statistikuddannelsen bliver man skolet i grundforskning. Man lærer at se det smukke i selve metoden og dens egenskaber. Forskning i almen praksis er anderledes. Læger, fonde, slutbrugere og andre interessenter kræver, at det er klinisk relevant og har fokus på, om det kan implementeres.

Jeg forsøgte efter bedste evne at koble de to verdener ved at lave et

ph.d.-projekt om psykometriske tests i almen praksis. Jeg studerede egenskaberne af og udviklingspotentialet for tre psykometriske tests: Perceived Stress Scale (PSS), Major Depression Inventory (MDI) og Anxiety Symptom Scale (ASS).

De tre skemaer bruges hyppigt i almen praksis, og de nævnes alle tre i en kommende klinisk vejledning fra DSAM om stress, angst og depression hos voksne. Samtidig med en mulighed for at blive endnu dygtigere til interessante matematiske modeller var det mit håb, at dette projekt kunne bidrage til at give de praktiserende læger endnu bedre værktøjer til at monitorere disse tre hyppige lidelser.

Da spørgeskemavalidering er en iterativ proces med mange skridt, vil det ikke nødvendigvis gavne den kliniske beslutningstagen at foreslå radikale ændringer af skemaerne på baggrund af mine studier. Dog vil jeg vove pelsen og fremhæve nogle pointer fra vores studier om de tre spørgeskemaer.

Perceived Stress Scale

Perceived Stress Scale (PSS) har 10 spørgsmål, der omhandler, i hvilken grad patienten i den seneste måned har oplevet, at livet er uforudsigeligt, ukontrollerbart og overvældende.

Spørgeskemaet har seks negativt formulerede spørgsmål og fire positivt formulerede spørgsmål. Den samlede score af disse 10 spørgsmål bruges til at anslå patientens sværhedsgrad af selvoplevet stress. Scoren på hvert af de fire positivt formulerede spørgsmål vendes om, inden de bruges i den samlede score. Konsensus i litteraturen er dog, at PSS skal deles op i to delskalaer: en skala bestående af de negativt formulerede spørgsmål og en skala bestående af de positivt formulerede spørgsmål. Der er overordnet enighed om, at de to skalaer kan fortolkes som at måle hhv. graden af selvoplevet stress (de negativt formulerede spørgsmål) og graden af selvoplevet kontrol (de positivt formulerede spørgsmål). I så fald giver det ikke megen mening at se på den samlede score af alle 10 spørgsmål.

I mit studie sammenlignede jeg PSS med en modificeret version, hvor vi omformulerede de positivt formulerede spørgsmål til at være negativt formulerede. Patienterne blev randomiseret til at besvare enten PSS eller den modificerede version.

Resultaterne viser som størstedelen af litteraturen, at PSS rent faktisk måler to ting. Dog finder vi ved at benytte de såkaldte bifaktormodeller og sammenholde dem med mere konven-

SPØRGESKEMABESVARELSER BLEV INDSAMLET VIA TRE KANALER

- I konsultationen, hvor lægen rekrutterede relevante patienter til at besvare skemaerne via et link
- Via reklamer til patientforeningers medlemmer
- I venteværelset hos en enkelt praksis.

Oprindeligt ønskede vi, at alle patienter skulle inkluderes via en konsultation, men det viste sig hurtigt at være en vanskelig opgave, bl.a. pga. en overvældende samtykkeerklæring. Derfor endte vi med at udvide til de tre nævnte kriterier.

tionelle modeller indikationer på, at todelingen skyldes forvirring over tilstedeværelsen af de modsatrettede spørgsmål i spørgeskemaet.

Cirka 10 % af patienterne giver urealistiske svarmønstre til PSS, mens det tilsvarende tal for den modificerede version er ca. 5 %. Samtidig fandt vi, at den modificerede version gav et mere præcist skøn af sværhedsgraden i forhold til PSS.

Major Depression Inventory

Major Depression Inventory (MDI) har 12 spørgsmål, der svarer til 10 symptomer fra diagnosen for depression i ICD-10. Hvert spørgsmål har seks svarkategorier og drejer sig om, hvor stor en del af de seneste 14 dage man har oplevet symptomerne. Nogle spørgsmål svarer til kernesymptomer, mens andre svarer til ledsagesymptomer. Antal kerne- og ledsagesymptomer kan hjælpe med at vurdere, om patienten har svær, moderat, mild eller ingen depression. Skemaet kan dog også bruges til at vurdere sværhedsgraden af depressionen vha. totalscoren.

Skemaet er hyppigt undersøgt. På baggrund af tidligere studiers resultater foreslog vi en modificeret versio-

on af MDI. Denne version var øjensynligt mere simpel; 10 spørgsmål med hver fem svarkategorier. Patienterne blev randomiseret til at besvare enten MDI eller den modificerede.

Vores resultater viser, at selvom den modificerede udgave er mere simpel end MDI med færre målepunkter, så giver den modificerede version umiddelbart et mere præcist skøn over sværhedsgraden af patientens depression. Dette kan skyldes, at patienterne har svært ved at vurdere, hvilken af svarkategorierne de skal vælge i MDI. Dette problem viste sig ikke at være lige så udpræget for den modificerede version, som havde fem svarkategorier.

Anxiety Symptom Scale

Anxiety Symptom Scale (ASS) har 10 spørgsmål. De første ni spørgsmål drejer sig om symptomer fra forskellige typer af angstlidelser, mens det tiende spørgsmål drejer sig om funktionsnedsættelse på grund af symptomerne. Som udgangspunkt bruges skemaet til at anslå den mest prævalente type angstlidelse i patienten.

Da ASS har samme form som MDI med seks svarkategorier per spørgsmål, testede vi om dette skema havde

HOVEDRESULTATER FOR DE TRE PSYKOMETRISKE TESTS

PSS: Har patienten opdaget de omvendt formulerede spørgsmål? Vi finder, at ca. 10 % af besvarelsene bliver usandsynlige. Dette skyldes delvist tilstedeværelsen af de omvendte spørgsmål.

MDI: Har patienten svært ved at vælge den rette svarkategori?

Vi finder, at patienterne har markant sværere ved at vælge mellem seks svarkategorier end mellem fem svarkategorier.

ASS: Kan totalscoren af de ni angstsymptoms spørgsmål bruges som et pålideligt mål for angstpåvirkning?

Vi finder indikationer på, at det kan den.

gavn af fem svarkategorier i stedet for seks. Vores resultater viser, at det ikke giver problemer for ASS med seks svarkategorier.

Derimod viser vores resultater, at totalscoren af de første ni spørgsmål kan tolkes som et mål for den overordnede sværhedsgrad af angsten.

En stor tak til alle deltagende læger, klinikpersonale og patienter, som har bidraget med besvarelser. //



Af: Claudia Haber og Randika Sivakumar, HU-læger i almen medicin, Region Midtjylland, og Morten Bondo Christensen, Forskningstræningen, Institut for Folkesundhed, AU, og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus - claudia.haber@outlook.com

FORSKNINGSTRÆNING

Den lille praksis med den store fordel

Kontinuitet har altid været en kerneværdi for familielægen. Gælder det også i større klinikfællesskaber?

Det gentagne møde mellem samme patient og læge fremmer relationskontinuiteten og opbygger en tryk og tillidsfuld alliance. Kontinuiteten bidrager med en akkumuleret viden om den individuelle patient, og undersøgelser peger på, at kontinuitet er associeret med lavere sygelighed, mindre dødelighed, færre indlæggelser, mindre kontakt til lægevagt/akutafdeling og bedre patienttilfredshed. Dertil kommer øget sundhedsfremme og compliance, reduktion af unødige undersøgelser, behandlinger og udgifter, færre lægefejl og øget arbejdsglæde. Diskontinuitet kan hos flere patienter skabe mistillid, skepsis, frygt for fejl, usikkerhed og illoyalitet over for egen læge.

Det moderne lægehus

Moderniseringen af almen praksis har budt på en udvikling mod større klinikker og en betydelig udfasning af sololægen. Øget forekomst af kronisk sygdom og kompleksitet, stigende forbrug af sundhedsydelser og politisk flytning af flere opgaver til almen praksis har spillet en rolle. Så hvad sker der med kontinuiteten, når flere læger deles om patienterne?

Den lille mod den store praksis

Vi indsamlede data fra en 2-mandssamarbejdspraksis i storbyen (praksis A) og en 5-mandskompagniskabspraksis fra en lille by (praksis B) i perioden januar 2021 til oktober 2023. Patienter over 18 år med isoleret angst/depression eller isoleret hypertension indgik i studiet. I alt blev 21 psykiatriske og 16 somatiske patienter inkluderet fra praksis A (fi-

gur 1 og 2), og 16 psykiatriske og 17 somatiske patienter blev inkluderet fra praksis B (figur 3 og 4). Graden af kontinuitet opgjorde vi som andelen af kontakter hos samme læge/mikroteam (læge + sygeplejerske) ud fra det samlede antal kontakter.

Den lille praksis som anfører

Som forventet havde den lille praksis en langt højere grad af kontinuitet sammenlignet med den store praksis – uanset diagnose. For begge patientgrupper gjorde det sig gældende, at de somatiske patienter lå lidt højere i kontinuiteten end de psykiatriske (97,8 % vs. 94,0 % i den lille praksis og 69,5 % vs. 55,7 % i den store praksis). Den lille praksis udmærkede sig ikke alene ved den høje kontinuitet, men i den grad også ved at bibeholde kontinuiteten til trods for et gennemsnitligt højere antal kontakter per patient (f.eks. 5 vs. 2,6 for de somatiske patienter) sammenlignet med den store praksis.

År i praksis baner vej for uovertruffen kontinuitet

Til trods for den generelt lavere kontinuitet i den store prak-

FORFATTERNE ANBEFALER

- Identificer patienter, der kan være særligt udsatte eller i risiko for at opleve diskontinuitet.
- Lav løbende audit på de patientgrupper, der kræver øget kontinuitet, f.eks. kronikere, sårbare, personer med lav socioøkonomisk status og lavt engagement i eget helbred.
- Udarbejd retningslinjer for visitation af de særligt sårbare patienter, f.eks. længere tider, en fast læge eller mikroteam, kontrol ved samme læge, før konsultationen er slut.

sis viste det sig, at den individuelle læges kontinuitet bl.a. afspejlede antallet af år, som lægen havde arbejdet i den store praksis: lægen, der havde arbejdet i 1 år, havde en kontinuitet på 37,9 % sammenlignet med en kontinuitet på 71,4 % hos den læge, der havde arbejdet der i 24 år. Denne positive sammenhæng mellem varighed af arbejde i praksis og kontinuitet, som vi finder, passer med fund i tidligere studier. Når lægens virke i praksis afbrydes (orlov, sygdom, ferie, generationsskifte mm.), falder kontinuiteten, og dette kunne vi ved en manuel gennemgang af alle inkluderede patienters kontakter også konstatere, da der i den store praksis både var afbræk i en læges virke grundet længere tids fravær og for en anden læge et generationsskifte. I sådanne tilfælde vil det i den store praksis uundgåeligt føre til overgangsperioder med "doctor shopping". Det kan ikke udelukkes, at den generelt lavere kontinuitet, som ses i den store praksis, formentlig havde været mindre udpræget, hvis studieperioden ikke havde indbefattet både længere tids fravær og generationsskifte hos lægerne.

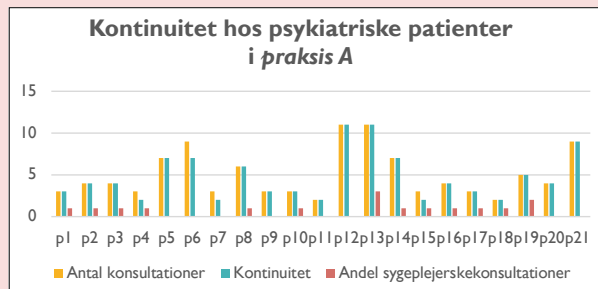
Når lægens tilgængelighed gør forskellen for patienten

De patienter, der har opnået en tillidsfuld og tryk relation til deres faste læge, kan oftere acceptere længere ventetid på opfølgning. Tilgængeligheden af den faste læge formodes således at spille en mindre rolle her. I den lille praksis har patienterne én fast læge, sjældent en uddannelseslæge. I den store praksis, med 9 læger og ca. 2,5 gange flere tilmeldte patienter, er den faste læge typisk booket langt frem af både "faste" og "nye" patienter. Her kommer bl.a. vikarer, uddannelseslæger og til dels øvrigt personale i spil med ledige tider, og der opstår let en diskontinuitet, når akut forværring af kroniske sygdom varetages af en person, som patienten ikke nødvendigvis kender. I den store praksis fandt vi således flere patienter med parallelle forløb ved forskellige læger. Det kunne være interessant at undersøge om patienterne – og lægerne – her er tilbøjelige til at miste overblikket og fejlagtigt få den opfattelse, at der er "styr på hele patienten"; patienten har jo "lige været ved lægen".

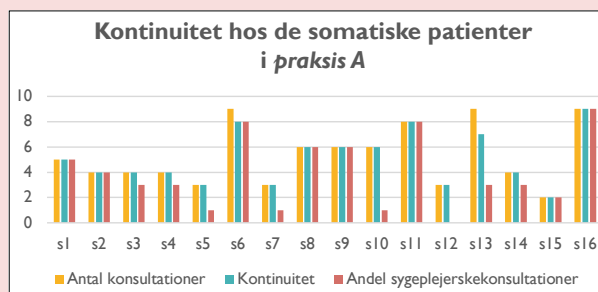
Fælles front for en styrket kontinuitet

For at styrke kontinuiteten må man dykke ned i de praksis- og patientkarakteristika, der har betydning for den relationelle kontinuitet i netop den enkelte praksis. Det kunne være praksisstørrelse, ansættelsesvarighed, geografi, lægens præferencer og uddelegering af opgaver til andet personale. Derudover kan patientpopulationens helbredsmæssige og socioøkonomiske sammensætning samt patienternes præferencer have betydning.

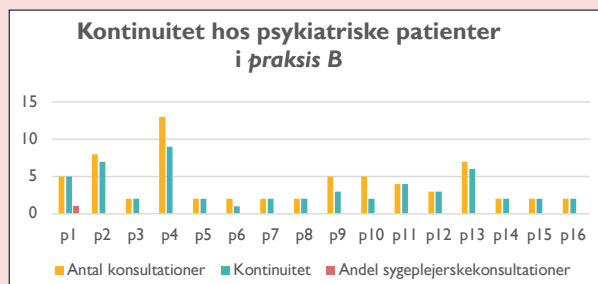
I sidste ende er vi fælles om at værne om kontinuiteten for at nyde godt af dens positive konsekvenser. //



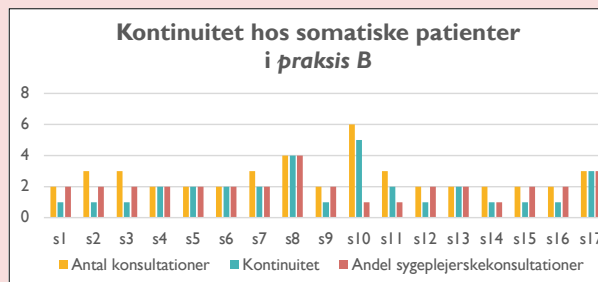
Figur 1: Antal konsultationer (gul) og fordelingen af disse ved samme mikroteam som udtryk for kontinuiteten (blå). For eksempel har p4 i alt 3 kontakter, hvor 2 af disse er ved fast mikroteam, og 1 af det totale antal kontakter er ved sygeplejerske. Kontinuiteten er således hos p4 66,7 %. Samlet ses en kontinuitet på 94,0 %. Andelen af sygeplejerskekonsultationer udgør 18,4 %.



Figur 2: Antal konsultationer (gul) og fordelingen af disse ved samme mikroteam som udtryk for kontinuiteten (blå). For eksempel har s8 i alt 6 kontakter, hvor alle 6 af disse er ved fast mikroteam, og alle kontakterne er ved den samme sygeplejerske. Kontinuiteten er således hos s8 100 %. Samlet ses en kontinuitet på 97,8 %. Andelen af sygeplejerskekonsultationer udgør 70,5 %.



Figur 3: Antal konsultationer (gul) og fordelingen af disse ved samme læge som udtryk for kontinuiteten (blå). p1 ses med en enkelt sygeplejerskekonsultation som del af et mikroteam. For eksempel har p9 i alt 5 kontakter, hvoraf 3 af disse er ved fast mikroteam. Kontinuiteten er således hos p9 60 %. Samlet ses en kontinuitet på 55,7 %. Andelen af sygeplejerskekonsultationer udgør 1,5 %.



Figur 4: Antal konsultationer (gul) og fordelingen af disse ved samme behandler som udtryk for kontinuiteten (blå). For eksempel har s2 i alt 3 kontakter, hvor 1 af disse er ved fast mikroteam, og 2 af kontakterne er ved 2 forskellige sygeplejersker, som ikke er en del af mikroteamet. Kontinuiteten er således hos s2 33,3 %. Samlet ses en kontinuitet på 69,5 %. Andelen af sygeplejerskekonsultationer udgør 75,6 %.



Nærhed, sammenhæng og sikkerhed: mantra for fremtidens sundhedsvæsen

Det var overskriften for konferencen om patientsikkerhed i det sammenhængende sundhedsvæsen 2024.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed er for os klinikere og specielt almen praksis en væsentlig samarbejdspartner og inspirator i udviklingen af et rationelt fungerende og omsorgsfuldt sundhedsvæsen.

Et kuriosum var, at undertegnede var en af de få læger, der var til kon-

ferencen. Ellers var det hovedsageligt administratorer, kvalitetsudviklere og forskere, der deltog i konferencen, som fandt sted i Kolding den 7.-8. oktober 2024.

Deltagerne fik inspiration til styrket patientsikkerhed i så forskellige områder som behandlingstilbud til borgere med sociale og helbredsrelaterede problemer, erfaringer fra sundhedsreformen i Finland og perspektiver på brugen af data i sundhedsvæsenet.

Social henvisning – en ny bølge

Projektet "Social Henvisning" ved Vesterbro-Sydhavnen i kvalitetsklyngen

af praktiserende læger er inspireret af en ny bølge af strukturel forebyggelse, der er udviklet i Storbritannien gennem de sidste 40 år. En opgradering af sundhedsvæsenet fra nederen er startet i Bromley-by-Bow, et af de fattigste distrikter i Østlondon. Her startede frivillige i 80'erne et medborgerhus for de mest udsatte borgere i en lille kirke. Her samledes 50 forskellige etniske grupper og støttede hinanden i at skabe større social tryk og omsorg. Senere blev de lokale praktiserende læger involveret i projektet, således at de kunne henvise deres patienter til social omsorg i lokale grupper, når der var behov for det.

Den finske sundhedsreform var nødvendig, men den ville for meget på kort tid. Det skal vi undgå i Danmark. Foto: Colourbox.

Den finske sundhedsreform

Fra Finland var der et indlæg af direktøren for den finske lægeforening, Janne Aaltonen, der fortalte om den finske sundhedsreform. Det er en reform, der har været undervejs i 15 år, og som var nødvendig for det finske sundhedsvæsen. Men nu – halvandet år efter, at den trådte i kraft – er det hele ét stort rod. Ansvar for det primære sundhedsvæsen og socialvæsenet er flyttet fra de omkring 300 kommuner til 22 nye velfærdsregioner, som integrerer primærsektor, socialvæsen og hospitalsfunktioner.

Den nye finske struktur minder om den såkaldte model 1, som blev foreslået af Sundhedsstrukturkommissionen; en model, der nok også ville have været mere gennemgribende end den meget modererede reform, som regeringen barslede med efter kommissionens rapport. Og en af pointerne fra Finland er netop, at man ville for meget på en gang og for hurtigt. Pointen er, at man skal have en langsigtet strategi og så ændre enkelte funktioner ad gangen, så man har god tid til at evaluere og tilpasse de nye tiltag. Den nye reform skulle nok blive en succes på længere sigt, mente han, specielt fordi den integrerer primærsektoren og socialvæsenet. Det er et tiltag, der uden tvivl vil styrke omsorgen for de svageste borgere i samfundet i deres vej gennem sundhedsvæsenet.

Data er Gud – eller?

Data er løsningen. Det er der mange, der mener. I et indlæg af Charlotte Laubek, der er ph.d. i evaluering, beskrev hun et evalueringsforløb, hvor man efter 3 års dataindsamling for et samarbejdsprojekt mellem hospitalsafdelinger og primærsektoren fandt ud af, at de data, man havde udvalgt, ikke sagde noget om kvaliteten af det samarbejde, som man havde undersøgt. Og når man ser på de komplekse sammenhænge, der er imellem pleje-



Flexklinikens tilbud er med til at skabe større lighed i sundhed.
Foto: Bispebjerg og Frederiksberg Hospitals Kommunikationsafdeling.

sektoren, almen praksis og sygehussektoren, kan man også indvende, at mange af de problemer, der ligger foran os i dag, skyldes manglende ressourcer, for få fagligt kompetente medarbejdere i plejesektoren og et hospitalsvæsen, der dårligt rummer patienter med komplekse problemstillinger. Det er næppe forhold, der forbedres af tilstrækkelig god dataindsamling. Data har deres begrænsning. Problemet med data er i øjeblikket, at der indsamles for mange og for dårlige data. Når strategien bag dataindsamlingen samtidig er uklar og kan bygge på et mangelfuldt fagligt grundlag, er vi, om man så må sige, langt ude i 'datasumpen'.

Bedre behandling for de sårbare

Flexklinikken på Bispebjerg Hospital er et eksempel på, at man sætter patienterne først. Man har i flere år registreret, at 20-35 af de akutte patienter, der indlægges, har brug for abstinensbehandling. Det er en behandling, som flere afdelinger ikke har faglige kompetencer til. Når man dertil lægger, at de patientgrupper, som det drejer sig om, ikke passer til hospitalsstrukturens orden og alkohol-/tobaksfri kultur, medfører det, at disse patienter

ofte forlader hospitalet ubehandlede eller ikke færdigbehandlede.

For at imødekomme denne gruppes behov har man skabt Flexklinikken. Den ligger i et hjørne af hospitalet i egne bygninger. Her kan patienterne komme med deres hunde og sidde udenfor og ryge og få sig en øl, inden de skal ind at tale med lægen. Herfra følges patienterne så til ambulante behandlinger på de relevante specialafdelinger. Klinikken har indtil nu været en stor succes, da man har kunnet fastholde flere fra denne patientgruppe i deres behandling, indtil de var færdigbehandlede. Det er et forbilledligt eksempel på, hvordan man skaber større lighed i sundhed.

Flexklinikken og social henvisning er begge alternative måder at arbejde indenfor den primære sundhedstjeneste. Det er tilbud, som er udtryk for differentierede og målrettede sundhedsfaglige indsatser, der retter sig specifikt mod borgere i sårbare positioner i lokalområdet. Og det er sundhedsfaglige indsatser, der udfordrer 'one-size-fits-all'-strategien bag de almenmedicinske storambulatorier for kroniske sygdomme, hvor regionspolitikerne gerne så os henslæbe vores lægeliv. //



Uddannelseskongference i almen medicin

– den første af sin slags i Danmark

Bedre uddannelse i almen medicin og flere praktiserende læger, der samarbejder på tværs af praksis, psykiatri og sygehuse, skal gøre livet lettere for patienterne. Det var et af budskaberne til en kongference i Slagelse, hvor patient Vagn Mortensen sad i debatpanelet.

Det går fremad med at uddanne læger, men der er brug for at gøre endnu mere, hvis patienterne skal have den optimale behandling i fremtiden.

Det var baggrunden for en kongference i Slagelse, der som den første nogensinde samlede praktiserende læger, læger under uddannelse i almen medicin, uddannelsesansvarlige fra sygehusene, repræsentanter fra almen praksis og patienter.

"Sammen om almen medicin er vi bedst – fremtidens uddannelse" løb af stablen 24. oktober, var arrangeret af Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse og foregik i Psykiatrisygehuset i Slagelse.

Multisyg patient deltog i debatten

Her var mere end 70 deltagere mødt op for at høre oplæg, deltage i workshops og debattere i en afsluttende paneldebat med blandt andre sundhedsøkonom Jakob Kjellberg, praktiserende læge Gunver Lillevang og formand for PLO-Sjælland, Camilla Høegh-Guldberg Spange.

I panelet sad også Vagn Mortensen, som er multisyg patient – og han var glad for at være inviteret:

- Man kan ikke gøre for meget omkring at promovere uddannelse, for jo mere tilgang af læger, der er - jo nemmere bliver det. Et af de store problemer er jo mangel på læger, specielt i den her region. Så jeg er vældig glad for, at de sætter fokus på det, sagde han.

Glad for, at der kommer flere læger

Vagn Mortensen har i årevis følt sig kastet rundt i systemet, fordi han har og har haft en lang række sygdomme. Blandt andet tarmkræft, hjertesygdom og gigt, så han har stomi og biologisk hjerteklap. Så han var glad for at høre, at Sundhedsstrukturkommissionen lægger op til, at der kommer langt flere praktiserende læger fremover.

- Når jeg hører om, at der skal være flere praktiserende læger, kan det for-

håbentligt tage lidt af gassen af det, konstaterede Vagn Mortensen om sine mange rundture i sundhedssystemet.

Og det er netop, hvad der kommer til at ske, lød det fra sundhedsøkonom Jakob Kjellberg, da han holdt oplæg:

- Almen medicin vil blive forgyldt. Almen praksis bliver stedet at være, hvis man formår at gribe de muligheder, der kommer, spåede han.

Lytter til unge lægers uddannelsesønsker

Og der er meget at tage fat på, hvis man spørger lægefaglig vicedirektør på Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse Henrik Stig Jørgensen, der skød dagen i gang med et kig ind i fremtiden.

- Det går virkelig godt, vi oplever en massiv større søgning. Vi er ikke i mål, men der er sket en markant tredobling fremgang på antallet af besatte stillinger, sagde han om uddannelsesforløbene i almen medicin på Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse.

Det skyldes en massiv indsats de senere år. Blandt andet, at Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse nu sammensætter hoveduddannelsesforløb efter individuelle ønsker fra ansøgerne omkring, hvor de ønsker uddannelse i både psykiatri og praksis.

- Så vi prøver at imødekomme individuelle ønsker, sagde vicedirektøren.

Mange flere multisyge og ældre

Men der er stadig plads til forbedring i fremtiden, understregede han. Blandt andet fordi der er brug for mere fokus på multisyge patienter, som der kommer langt flere af, ligesom der kommer flere ældre. Der er også behov for uddannelsesforløb, der er mere sammenhængende mellem psykiatri, sygehuse og praksis.

- Det er et stort problem, hvis ikke vi får løftet det i fællesskab.

Forskning skal gavne patienterne

Forebyggelse skal også spille en langt større rolle på sygehusene.

- Og så skal vi forske i de klinisknære emner, der giver værdi for patienterne, sagde vicedirektøren.

Klinisk nær forskning, som skaber løsninger, der kan anvendes i praksis omkring patienterne, er netop noget som Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse allerede har et stort fokus på.

Blod på tanden

Over hele linjen kræver det endnu mere samarbejde mellem almen praksis, psykiatrien og sygehusene. Det var netop et af hovedtemaerne dagen igennem.

Og det var en af deltagerne på konferencen, Maria Iversen Bay Poulsen, begejstret for:

- Man kan ikke andet end blive inspireret. Nu er jeg KBU-læge og snart færdig, og jeg synes faktisk, at det giver blod på tanden i forhold til at blive i almen medicin, sagde hun.

Maria var også begejstret for den simulationsmarkedsplads, man kunne melde sig på ved konferencen. Her fik hun blandt andet mulighed for at ultralydsscanne en rigtig person.

- Jeg synes virkelig, det er godt og meget brugbart. Det er sådan noget, man hungrer efter, når man kommer ud – at kunne nogle af de der håndgreb. Og når man får lov at prøve tingene, får man bare lyst til at prøve det endnu mere.

Derfor var Maria Iversen Bay Poulsen glad for, at hun valgte at komme til konferencen:

- Det er min plan at blive praktiserende læge, så det var rigtig spændende at komme med til. //

KONFERENCEN KORT FORTALT:

- Deltagere: praktiserende læger, læger under uddannelse i almen medicin, uddannelsesansvarlige fra sygehusene, repræsentanter fra almen praksis og patienter
- Oplæg
- Workshops
- Paneldebat
- Simulationsmarkedsplads





Informationsskærm til venteværelset

Vil du oplyse patienterne om din klinik eller relevante sundhedsemner i venteværelset? Så kan Praksisskærm være noget for dig.

Venteværelset udgør en unik ramme for at komme i kontakt med patienterne, inden de skal ind til konsultationen. Derfor tilbyder Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegerning, som er stiftet af DSAM, PLO og PLO København, et system, der giver dig en let mulighed for dels at præsentere information fra din egen klinik og sundhedsnyheder, og dels formidle nationale sundhedskampagner på en tv-skærm i venteværelset.

Bag Praksisskærm, som systemet hedder, står en lægefaglig redaktør, der sikrer kvaliteten af det indhold, der leveres fra centralt hold til alle de informationsskærme, som er koblet op på systemet. Du kan også selv forfatte og redigere al den information, du ønsker, på skærmene. Du kan lave dine præsentationer ved hjælp af en række skabeloner, som findes i programmet. Det gør det nemt og effektivt at bruge Praksisskærm til patientkommunikation.

Hvad siger brugerne?

Maria Krüger, praktiserende læge, Frederiksberg

"Jeg er rigtig glad for Praksisskærm, da det er et brugervenligt system, hvor jeg selv kan lægge mine slides med informationer om klinikken ind. Derudover sker der automatisk en løbende opdatering af nyheder og nationale kampagner fra sundhedsmyndighederne. Det er en god måde at informere patienterne på, når de sidder i venteværelset."

Torben Dahl Larsen, praktiserende læge, København S.

"Jeg synes, at Praksisskærm fungerer fint, specielt omkring ferier og lukkedage, hvor man kan sætte det op på skærmen. Ellers bruger jeg den til reklamer for Min Læge og almindelig information til patienterne."

Jon Zwisler, praktiserende læge, Kerteminde

"Praksisskærm kan anbefales, fordi det har den autonomi, som andre tilsvarende systemer ikke har, for eksempel regionens gratis system. Man kan selv udvælge præcis de slides og informationer, der skal ud på skærmen, og man er ikke forpligtet til at tage noget bestemt regionalt eller andet indhold med.

Der til kommer, at det kan bruges

direkte i kommunikationen med patienterne i venteværelset. Hvis jeg for eksempel er 10 minutter forsinket, så skriver jeg det bare på skærmen, og så ved alle i venteværelset det. Det har jeg fået gode tilbagemeldinger på.

Med Praksisskærm undgår jeg også opslagstavlerne, som har en tendens til at blive overfyldte med materiale, der hurtigt bliver uaktuelt."

Nyheder og beskeder

I Praksisskærm kan du abonnere på praksisrelevant information og aktu-

HVAD KAN PRAKSISSKÆRM?

- Giver mulighed for at vælge, hvad der skal vises (f.eks. via egne slideshows).
- Viser sundhedsfaglige nyheder til dine patienter i venteværelset.
- Sparer tid ved at informere dine patienter i venteværelset her og nu.
- Præsenterer praksisrelevante nyheder fra Praksisskærms lægefaglige redaktion.
- Styrer visningen i venteværelset fra en hvilken som helst tilkoblet online computer.
- Er uden reklamer.



Eksempel på praksisskærm.

elle nyheder fra f.eks. DSAM, PLO, Indsatser for Rationel Farmakoterapi (IRF), Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen. Nyhederne opdateres jævnligt af Praksisskærms lægefaglige redaktion.

Systemet er indrettet sådan, at du løbende kan lægge nye sider op, og de kan til- eller fravælges, som det passer dig. Du har også mulighed for at lave flere slideshows, som du kan skifte imellem. Det kunne f.eks. være i forbindelse med årstidernes skiften eller aktuelle emner.

Praksisskærm indeholder også en beskedfunktion, hvor du eller dit praksispersonale nemt kan skrive en besked, der optræder med det samme på skærmen i venteværelset. På den måde kan du meget hurtigt give en besked til de patienter, der sidder og venter. Det kunne f.eks. være oplysninger om aktuelle ventetider.

Beskeden kan sættes til at forsvinde efter et ønsket tidsrum. Alt sammen uden at du fysisk skal ud i venteværelset.

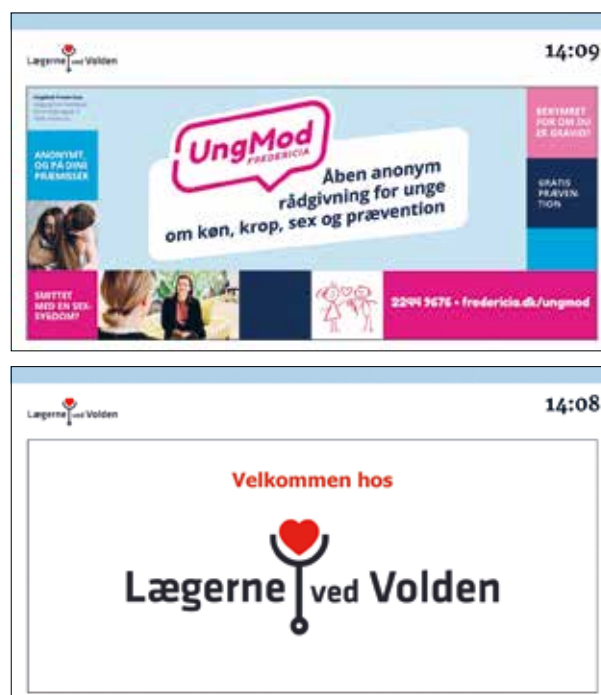
Sådan kommer du i gang

Flere leverandører kan levere, montere og installere din nye Praksisskærm. Du kan også selv stå for opsætningen, hvis du vil. Det kræver følgende hardware:

- Full HD TV, minimum 42"
- Windows PC, Mac Mini eller Cromebox
- Internetadgang.

Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegerning

Fonden for Tidsskrift for Praktisk Lægegerning er stiftet af



PLO, DSAM og KPL i fællesskab, og udgiver Månedsskrift for Almen Praksis, MediBOX og Praksisskærm.

Et abonnement på Praksisskærm tegnes pr. klinik og koster 1.800 kr. om året inklusive moms. Det dækker løbende drift og vedligehold, opbevaring af dine slideshows, løbende opdatering af redaktionelle nyheder og opdatering af katalog.

Du kan læse mere om Praksisskærm på hjemmesiden www.praksisskaerm.dk. //



TEMA: Sådan fik det almenmedicinske speciale sin identitet

Tema om fagets identitet. Hvordan er vi blevet til dem, vi er? Skiftende forfattere 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 speciallægeuddannelsen.

Specialet og uddannelsen – før, nu og fremover!

Almen medicin nyder i dag samme anerkendelse som andre lægelige specialer. Men det kom ikke af sig selv. Læs her om speciallægeuddannelsen fra den spæde start til den nære fremtid.

OM FORFATTERNE:

Roar Maagaard: Tidl. praktiserende læge i Skødstrup, uddannelseskonsulent og Klinisk lektor. Tidl. formand for DSAM og senere formand for DSAM's Videreuddannelsesudvalg og Internationalt udvalg med hverv i WONCA og EURACT. Nu formand for Nordic Federation of General Practice.

Gert Almind: Tidl. praktiserende læge i Holbæk og professor emeritus. Tidl. adm. direktør i Novo Nordisk Fonden, formand for Forskningsfonden for Almen Praksis' faglige råd og Forskningsudvalget samt Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse. Deltog i generalforsamlingen, da Forsknings-selskabet i 1970 ændrede formål og navn til DSAM.

Den teoretiske videreuddannelse til alment praktiserende læge opstod som resultat af en reform af lægestudiet i slutningen af 1960'erne. Før den tid forlod man universitetet som kandidat i medicin, kirurgi og fødselshjælper. Det gjaldt også den ene af artiklens forfattere. Derefter krævedes blot et års hospitalsansættelse i kirurgi og medicin (turnus) for at nedsætte sig i almen praksis.

Der var slet ikke tale om et speciale og ingen talte i alvor om specialistanerkendelse i almen medicin. Enkelte praktiserende læger nævnede det som en fjernere mulighed, men de fleste, selv i almen praksis, afviste det: 'specialist i noget alment var der ingen mening i'.

På den måde opfyldte langt de fleste læger hurtigt kravene til at gå i praksis, mens uddannelse til speciallæge blev set som noget 'højere'. Læ-

ger skulle være ansat på relevante sygehusafdelinger for at kunne betegne sig som speciallæge, og de fik efterhånden også nogle obligatoriske kurser. Således opfyldte langt de fleste læger kravene til at gå i praksis, og uddannelse til speciallæge var en overbygning. En del havnede i almen praksis, fordi de ikke kunne få en slutstilling i deres speciale.

Videreuddannelse ad bagvejen

Studiereformen i 1965 førte til, at en række fag på lægestudiet fik reduceret deres pensum så meget, at det ikke dækkede en rimelig viden til almen praksis. Derfor indførtes med lægeloven i 1970 et krav om 24 måneders hospitalstjeneste og et 120-timers kursus; den første ramme om en almenmedicinsk videreuddannelse.

De 120 timer blev fordelt over fire uger. De valgte fag var dermatologi, otologi, oftalmologi og pædiatri (de



Specialist i noget alment var der ingen mening i.

små specialer), som hver fik en halv uge. Den resterende tid omfattede socialmedicin. Professorerne i de fem specialer følte ansvar for og krævede ejerskab til deres del af kurserne. De havde jo afgivet timerne i studenteruddannelsen. Det prægede indholdet fra starten. På forskellig vis lykkedes det almen medicin over de næste år at få stigende indflydelse på kursernes indhold og overtage en del af timerne.

I 1977 bestemte Speciallægekommisionen, at kurserne skulle være almenmedicinske. Det førte til gennemgribende ændringer af ledelse og indhold og til rekruttering af mange nye undervisere både fra almen praksis og eksternt. For at bryde billedet af almen medicin som blot summen af en reduceret viden inden for en række andre lægespecialer blev kurserne opbygget efter menneskets aldre. Det samme kom til at præge lærebøger og mange efteruddannelseskurser. Dette var en del af en ny forståelse af den almenmedicinske faglighed, som blev båret frem af kolleger, såvel nationalt som internationalt.

Almen medicin til alle læger

Praksisreservelægeordningen med 6 måneder i almen praksis som en tidlig introduktion til faget for dem, som overvejede at blive praktiserende læger, blev indført i 1983. For at styrke kvaliteten i denne ordning begyndte amterne i 1990 at ansætte almenmedicinske uddannelseskoordinatorer, og disse blev typisk også amtsrepræ-

sentanter i DSAM. Det var en forbedring til næste vigtige skridt.

Fra 1991 blev turnus udvidet fra 12 til 18 måneder, og således skulle alle unge læger 6 måneder i almen praksis. Dette system har vores kolleger i stort set alle andre lande misundt os siden. Det har givet alle læger vigtig viden og værdifulde oplevelser om vores del af "væsenet", og det har været med til at fremme et samarbejdende sundhedsvæsen. Evalueringer viser, at turnus i almen praksis hos meget dedikerede tutorlæger har scoret højt nu i snart 35 år. Almen medicin er stadig en del af uddannelsen for alle læger – nu i Klinisk Basisuddannelse (KBU). Der har dog været nogle år, hvor kun 80 % fik almen medicin i deres KBU, men denne forkerte beslutning blev omgjort i 2017.

Et medicinsk speciale

Beslutningen i 1977 om specialuddannelse havde ikke gjort almen medicin til et speciale, selvom alle præmisser var opfyldt. Meget skulle overvindes, også i egne rækker. Der skulle gå helt til 1994, før det skete. DSAM og enkeltpersoner var de drivende kræfter, der fik anerkendelsen i hus.

"Marianne-modellen" var en forløber

Fra specialeanerkendelsen i 1994 til den nye uddannelse blev indført i 2003/04, var det fortsat en kort uddannelse på 3,5 år. Der var store ønsker om længere uddannelsestid i almen praksis end de daværende 6 måneders amanuensisstid i slutningen af uddannelsen. Den europæiske anbefaling var mindst 50 % i eget speciale. I Aarhus Amt havde man en visionær embedsmand, Jens Krogh, der som formand i det lægelige uddannelsesråd var med til at skabe et ekstra halvt års praksistid i starten af uddannel-

sen. Dette blev en overgangsmodel indtil ændringen i 2003. Modellen blev spøgefuldt kaldt "Marianne-modellen", da de tre første i den nye stillingstype hed Marianne.

På lige fod

Alle speciallægeuddannelser skulle renoveres efter speciallægekommisionens rapport i 2000. Almen medicin var da blevet et lægeligt speciale på lige fod med alle de andre. Under et møde i maj 1999 i regi af Lægeforeningen rejste Erik Jylling fra Yngre Læger spørgsmålet til almen medicin: "Nu er vinduet åbent, skal almen medicin ikke være et speciale med en uddannelse på 5 år som de øvrige specialer i stedet for som nu 3,5 år?". PLO's daværende formand Jørgen Lassen og Roar Maagaard, som var DSAM's repræsentant, var til stede på mødet. De kiggede hinanden dybt i øjnene på tværs af lokalet – og blev enige om et ja!

Men hvordan skulle de ekstra 1,5 år give mest relevant uddannelse? Dagen efter mødet deltog Roar Maagaard i en WONCA-konference på Mallorca, hvor de første streger blev lavet på en serviet på en café sammen med almen medicins uddannelsesnestor, Ivar Østergaard. Stregerne viste sig så siden at blive til den grundmodel, som vi kender i dag. Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse

Evalueringer viser,
at turnus i almen praksis
hos meget dedikerede
tutorlæger har scoret
højt nu i snart 35 år.



TIDSLINJE

- 1970 Ny lægelov, ændring af grunduddannelsen
- 1971 Første videreuddannelseskurser i udvalgte specialeområder
- 1972 Speciallægekommissionen nedsat
- 1977 Kommissionens forslag: almen medicin som speciale, almenmedicinske videreuddannelseskurser
- 1994 Almen medicin bliver et speciale
- 1998 Speciallægekommission - igen
- 2001 Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse nedsat
- 2003 Ny speciallægeuddannelse i almen medicin indført
- 2013 Revision af speciallægeuddannelsen i almen medicin.

nikkede også ja til modellen – et råd, hvor Gert Almind (formand), Jørgen Lassen (indvalgt af Lægeforeningen) og Ivar Østergaard (bestyrelsesmedlem i Dansk Medicinsk Selskab, som i dag hedder Organisationen af Lægevidenskabelige Selskaber) gjorde en meget aktiv og konstruktiv indsats.

En målbeskrivelse bliver til

DSAM havde i 20 år arbejdet indgående med uddannelse på alle niveauer med emnevalg, indhold og pædagogik. De syv lægeroller – medicinsk ekspert, kommunikator, samarbejdspartner, leder/administrator, sundhedsfremmer, akademiker og professionel – var derfor på ingen måde nye begreber for almen medicin. De beskrev på dækkende vis arbejdet i almen praksis og gav en brugbar struktur for beskrivelsen af specialet. Selskabet tog opgaven meget seriøst og leverede en fremragende målbeskrivelse, som kunne bruges til inspiration for andre specialer.

Vi fik således en 5-årig uddannelse med 2,5 år i almen praksis og 2,5 år på typisk 5 hospitalsafdelinger. Kontakten til almen praksis gennem hospitalsforløbet skulle bevares via en månedlig returdag til praksis.

Uddannelse med elektronisk logbog

I udlandet var der erfaring med en logbog til at understøtte læringen. Niels Kristian Kjær blev hooket på idéen. Sammen med kolleger og især teknisk knowhow fra Dansk Telemedicin skabte almen medicin herhjemme den første elektroniske uddannelseslogbog, som også var platform for godkendelse af uddannelsesmålene. Den skulle være klar den 1. september 2003, hvor

de første læger skulle tiltræde den nye introduktionsuddannelse i Sønderjyllands Amt. Systemet var i luften lidt før kl. 8.00, og senere på formiddagen kunne systemet præsenteres online på uddannelseskongressen for AMEE (som på daværende tidspunkt stod for: Association of Medical Education in Europe), som fandt sted i Bern

Almen medicin kørte med klatten den dag....

Forskningstræning for alle

Som led i speciallægereformen blev det et krav, at alle fremtidige speciallæger blev introduceret til forskning. Var man ph.d., kunne der gives merit. De 20 dages forløb indebærer også et miniforskningsprojekt. Almen medicin valgte som det største speciale selv at stå for træningen. Den blev tilkoblet de specialespecifikke kurser, som nu var blevet til 30 kursusdage. Begge typer kursusforløb afvikles i Aarhus, Odense og København med almenmedicinere som de ansvarlige.

Mange interessante projekter er det blevet til i årenes løb. Bent Østergaards motiv for at danne selskabet i 1966 var ikke mindst, at vi aldrig ville blive et speciale uden vores egen forskning. Der er en lige linje fra 1966 til, at vi tog forskningstræning til os med stor entusiasme.

Revisionen i 2013 – og frem til i dag

Efter 10 år bad Sundhedsstyrelsen specialerne revidere deres målbeskrivelser og være skarpere på kompetencevurderingsmetoder. I almen medicin var der igen en større gruppe praktiserende læger og uddannelseslæger, som var engageret i arbejdet. De 119 kompetencer fra 2003 blev til 84 i 2013, og der blev udviklet 5 kompetencevurderingsmetoder, hvoraf "vurdering af refleksionsevne" aldrig var set før – heller ikke internationalt.

I 2013 var DSAM's oplæg, at der skulle være et ekstra halvt år i almen praksis og således kun to år på hospitalsafdelinger. Danske Regioners svar var, at "hvis vi ville komme med de 110 millioner, som var værdien af de årsværk, der blev fjernet fra hospitalerne, så kunne vi snakke om det...". Sundhedsstyrelsen så opgivende til under denne diskussion, så det lykkedes ikke. Forslaget har dog ligget som en gemt fil på computeren siden

og blev så taget frem for nylig, da der var politisk medvind for almen praksis. Med snilde fik Gunver Lillevang, daværende medlem af PLO's bestyrelse, det politiske system aktiveret, og aktuelt arbejdes der på at indføre denne ændring i uddannelsen – og nej, almen praksis har ikke betalt fakturaen fra Danske Regioner.

Et korps af tutorlæger

De gode evalueringer af uddannelsen i almen medicin skyldes mest, at vi igennem alle årene har haft et meget dedikeret korps af tutorlæger i almen praksis. I begyndelsen var det relativt få, som var involveret i uddannelsen, men nu er der over 1000 tutorlæger, som med daglig sparring, vejledning og supervision hjælper uddannelseslægerne på vej. Mon mesterlære praktiseres bedre noget steds i den lægelige videreuddannelse? Tutorlægerne skal godkendes efter krav, som DSAM har opstillet – heri indgår der obligatorisk deltagelse i et pædagogisk kursus for tutorlæger (ofte 2 dage), og kompetencerne vedligeholdes via opfølgingskurser og temamøder.

Uddannelseskoordinatorer kom til

Gorm Jensen (Fyns Amt) og Lisbeth Errebo-Knudsen (Storstrøms Amt) var de første amtslige koordinatorer – inspireret af et studiebesøg i UK.

Modellen spredte sig hurtigt via DSAM's amtsrepræsentanter.

Snart var landet dækket ind med gode koordinatorer, der dannede et meget levende netværk med mindst ét årligt møde. Vi må snart være oppe på 35 år, og nu kendes samlingen under "Strib-møderne". De amtslige og siden regionale koordinatorer har været

essentielle i implementeringen af alle de nye uddannelses tiltag – og det aktive netværk har været med

til at skabe bedst mulige og ensartede forhold for uddannelseslægerne over hele landet. Visse områder af landet har været begunstiget af visionære embedsfolk. Det har betydet, at nye forbedringer i en region hurtigt har spredt sig til de øvrige regioner efter devisen "So ein Ding muss..." Et sådant amtsligt soloinitiativ var oprettelsen af en stilling, hvor en uddannelseslæge fik en koordinatorfunktion for sine kolleger. Nu har man i

hele landet DYNAMU'er. Ved 2003-reformen fik alle specialer postgraduate kliniske lektorer (PKL'er) eller lektorer med pædagogisk udviklende funktion (PUF'er), som har et overordnet såvel som et mere praktisk ansvar for specialedannelsen i almen medicin. De har delt erfaringer med lektorer fra de øvrige specialer og fået international inspiration og derved sikret den gradvise forbedring af uddannelsen.

Den nære fremtid

Sundhedsstyrelsen har for ganske nylig iværksat en revision af alle speciallægeuddannelser. Med revisionen ønsker styrelsen bl.a. at generalistkompetencer bliver mere udbredte, også i andre specialer, og at forbedre mulighederne for at "genbruge" dele af uddannelsen ved specialeskift.

I almen medicin skal der samarbejdes tættere med de specialer, som bidrager med hospitalsdelen af uddannelsen. Og så kan vi nok forvente, at der kommer større fokus på *entrustable professional activities* (EPA'er) end på enkeltkompetencer. Det har vundet sin udbredelse i en del andre lande. En EPA er en kerneopgave i en klinisk kontekst, som en uddannelseslæge fremadrettet kan udføre uden supervision. Det kunne f.eks. være at udføre de profylaktiske svangreundersøgelser eller at danne et team med en sygeplejerske og stå for diabeteskontrollerne i klinikken.

Decentral uddannelse og rekruttering

Erfaringer fra andre lande viser, at flere af de studerende vælger almen medicin som fremtidigt speciale, hvis universitetscurriculum har fokus på almen praksis, og en pæn del af undervisningen foregår lokalt i de samfund, hvor de studerende efterfølgende skal servicere som færdige læger. I Aalborg ser det ud til, at de lykkes med noget lignende. Vi håber, at det også vil ske i Esbjerg og Køge og snart i Hjørring og Gødstrup, som bliver hjemsted for dele af medicinstudiet. //

LÆS MERE:

Artiklen omtaler bl.a. Bent Østergaard, praktiserende læge og medstifter af DSAM.

Practicus bragte i 2020 en række artikler om fagets og selskabets tidligste historie.

Artiklerne er tilgængelige på dsam.dk/practicus.



Centrale personer inden for det almenmedicinske speciale fortæller, hvilke tre værker eller begivenheder der har formet dem som fagpersoner. Der er ingen krav til værkernes form, og det kan således være alt fra fagbøger, artikler, børnebøger, religiøse værker og poesi til sange, et særligt møde, en keynotesession ved en konference eller perioder, der har defineret karrieren.



3 x 3

Tre nedslag i mit lægeliv

For 50 år siden i 1974, da jeg var midt i 20'erne og godt i gang med de sidste 2 års medicinstudier, fik jeg chancen for at arbejde som "student doctor" i Swaziland, nu Eswatini. Vi var to medicinstuderende, der – efter et "tropicmedicinsk kursus" på "Blegdammen" – blev udsendt af Folkekirkens Nød-hjælp og International Medical Cooperation Committee (IMCC). Vi blev stationeret på et bjerghospital i det sydlige Afrika, hvor ingen andre læger ville være. Heldigvis var der en dygtig stab af sygeplejersker og jordemødre. Med en sorgløs indstilling til livet og en ukuelig tro på os selv gik det godt med at passe både de indlagte patienter og ambulatoriet og at køre klinikturer ud til små landsbyer. Hjemme igen tog vi uden at tøve afsted i sommerferien til Sverige for at passe en lægepraksis inklusive lægevagter, hvor den faste læge havde ferie. Det gik også!

Første nedslag: alvor og ansvar

Efter lægeeksamen i 1976, blev jeg ansat som reservelæge på Radiumstationen ved Finseninstitutet på Strandboulevarden i København.

Der gik det op for mig, at mit arbejde var alvor for patienterne, for deres pårørende og for lægen.

Jeg mødte meget syge kræftpatienter, ofte som eneste læge i ambulatoriet eller som vagthavende på sengeafdelingerne. Uden for dagtiden passede vi reservelæger på skift "Finsenvagten". Vi måtte alt for tit se unge voksne bukke under for livmoderhalskræft og testikelkræft. Efter HPV-vaccinen og forbedrede behandlinger af brystkræft og andre kræftsygdomme er der siden som bekendt sket store fremskridt.

Efter forskellige ansættelser på sygehuse i København, Sønderborg og Augustenborg startede jeg i 1982 som praktiserende læge i en landpraksis lidt uden for Sønderborg. De to ældre kolleger i praksissen passede deres patienter med en stor ansvarsfølelse og med en høj faglig ambition. Jeg fik lært at følge op på patientforløbene og at tage ansvar. Når noget blev glemt, eller der var patientforløb, hvor min vurdering ikke holdt, blev jeg gjort opmærksom på det. Vi havde en 7-skiftet vagt med nabokollegerne med telefonisk tilbagemelding fra vagtens hændelser hver morgen. Som noget meget lærerigt og vigtigt gennemgik vi dagens patienter i lægehuset hver dag kl. 13. Det havde også betydning for kendskabet til patienterne og sygdomsforløbene, at vi var bosat i lokalområdet.

Andet nedslag: faglighed og efteruddannelse

Da jeg var kommet i gang i almen praksis, mærkede jeg et stort behov for efteruddannelse rettet mod almen praksis. Fagligt skulle vi spænde vidt, og der var ikke mange praksisrelevante instrukser, programmer eller kompenser, hverken om de store folkesygdomme eller om de små specialer.

Det var derfor en stor glæde og tilfredsstillelse for mig, at jeg i løbet af 80'erne kom med i Sønderjyllands Lægekredsforenings Uddannelsesudvalg, hvor vi gik i gang med at lave praksisrelevante weekendkurser.

Det førte til, at jeg i 1990 blev ansat en dag om ugen som uddannelseskonsulent i Lægeforeningens Uddannelsessekretariat i København.

Der var internationalt og i Danmark en voksende erkendelse af, at læring og faglig udvikling i almen praksis bedst sker sammen med kolleger i et lokalt forum, hvor efteruddannelsesemner vælges ud fra problemstillinger i hverdagen.

På den baggrund planlagde vi et forsøgsprojekt med titlen "DGE - Decentral gruppebaseret efteruddannelse for praktiserende læger i Aarhus Amt".

Projektet blev virkeliggjort i samarbejde mellem PLO, DSAM og Lægeforeningens Uddannelsesfaglige Udvalg.

En af mine opgaver som uddannelseskonsulent var – sammen med kollegerne i Lægeforeningens Uddannelsessekretariat og kolleger i Aarhus Amt – at føre projektet ud i livet.

DGE-projektet blev 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. Senere blev DGE-ordningen som bekendt landsdækkende.

I mit arbejde i Uddannelsessekretariatet mødte jeg i de følgende år



Vi skal anerkende og værdsætte de skjulte dimensioner af professionel praksis. Bent Stolberg på besøg i Winchester hos Colin Coles. Foto: privat.

mange inspirerende kolleger, men jeg vil fremhæve Professor of Medical Education Colin Coles. Vi mødte og hørte Coles mange gange ved konferencer og kurser om medicinsk pædagogik og havde ham flere gange med som underviser på Uddannelsessekretariatets kurser og seminarer.

Coles præsenterede os for "isbjergsmetaforen" for professionel praksis. Modellen beskriver de synlige og usynlige aspekter af professionelt arbejde.

Ligesom hos et isbjerg er kun en lille del af den professionelle praksis synlig over overfladen, mens en større del forbliver skjult nedenunder. Begrebet understreger vigtigheden af at anerkende og værdsætte de skjulte dimensioner af professionel praksis, såsom praktisk visdom, etiske overvejelser og reflekteret dømmekraft.

Coles inspirerede mange til at engagere sig i livslang læring ved "at reflektere over vore handlinger i en proces med kontinuerlig tilpasning og læring".

Tredje nedslag: refleksion og supervision

I 1999 dannede jeg sammen med ni andre praktiserende læger en lokal refleksionsgruppe. Vi havde længe er-

kendt, at guidelines ikke kan give svar på alle udfordringerne i almen praksis, og at vi kendte til fænomenet udbrændthed.

Vi manglede en gruppe, hvor vi kunne drøfte, hvad problemer og udfordringer fra patienter og kolleger gjorde ved os, hvordan vi kunne forstå de "tunge patienter" bedre og arbejde med forskellige cases, og hvordan vi kunne støtte hinanden.

Vi begyndte at arbejde med en refleksionsmetode, der var inspireret af Colin Coles. Vi mødtes privat hos hinanden seks gange årligt sidst på en hverdags eftermiddag.

Et år efter gruppens start aftalte vi at mødes med Coles i Winchester, England, til en tredages workshop, hvor Coles var vores underviser og supervisor. Målet var at udvikle og afprøve gruppens refleksionsmetode, at afklare, hvad rollerne i metoden indebar, og at arbejde med cases under supervision.

Turen til Winchester blev en milepæl for gruppen. Vi fik styr på gruppens arbejdsmetode og på vores roller i refleksionsmetoden. I de følgende år fandt vi, at vi mødte færre "he-art sink"-patienter, at vi blev bedre til at reflektere over vores professionelle liv, og at vi i tilgift fik større selvtilid og arbejdsglæde. Vi blev bedre til at rumme og omfavne den usikkerhed, der er indlejret i almen praksis.

Her er et par citater fra workshoppen, jeg har støttet mig til i mit praksisliv.

"What is professional practice: To deal with complex, unresolvable problems – that's normal."

"A good professional is able to deal with that he can't solve all problems, and that he is not going down because of that".

Gruppen er stadig aktiv og er gennem tiden suppleret med yngre friske kollegaer. Jeg kan oprigtigt anbefale kolleger at engagere sig i en refleksions- eller supervisionsgruppe. //



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

EN DAG MED ...

Jeanette Fjerbæk Sørensen

Jeanette Fjerbæk Sørensen er praktiserende læge og arbejder også som praksiskonsulent i Region Nordjylland.

6.15: Vækkeuret ringer en halv time før vanligt, da jeg har aftalt et møde i Hjørring. Jeg er udtalt B-menneske, og som altid er jeg kommet lidt for sent i seng. Børnene vækkes, og jeg får skyllet den værste træthed af mig og indtaget morgenmaden. Jeg efterlader køkkenet i kaos. Børnene går heldigvis selv i skole, og manden er på vej ud ad døren. Jeg kører afsted mod Regionshospital Nordjylland.

7.55: Ankommer til Regionshospital Nordjylland, lidt senere end forventet. Der var overraskende meget trafik på vej ind til Hjørring. Jeg er praksiskonsulent for det kirurgiske område og har i dag møde med afdelingsledelsen. Jeg sidder med til morgenkonference for at hilse på lægegruppen. Min erfaring er, at det altid er nemmere med samarbejde, når man lige har sat ansigt på. Mødet med afdelingsledelsen starter. Der er stort fokus på subakutte tilbud, og de har et nyt tiltag på afdelingen, der skal flytte patienter fra akutmodtagelsen til subakutte tider i ambulatoriet. Det er heldigvis en helt anderledes opgave at samarbejde med dem som praktiserende læge, end jeg husker det som sygehuslæge. Det hjælper jo nok også, at klokken ikke er 3 om natten. Jeg har været praksiskonsulent i flere år, først som føl og senere som "voksen" konsulent. Det er givende og inspirerende at få lov til at arbejde på tværs af sektorer og at prøve at finde løsninger til gavn for patienter og mine kol-

legaer i almen praksis. På mødet drøfter vi forskellige patientgrupper og logistiske udfordringer. Jeg giver mit besyv med om almen praksis' arbejdsgange og ønsker. Det lover godt, og der er som altid god stemning til møderne.

10.00: Tilbage mod min klinik. Onsdagene er atypiske arbejdsdage, da klinikken først åbner for konsultationer kl. 11. Det giver fleksibilitet for mine kompagnoner og jeg at kunne holde møder, forberede undervisning, fordybe os i diverse projekter, køre sygebesøg, og hvad der ellers kan være behov for. Indimellem bruges onsdag formiddag også blot til at drikke kaffe i ro og fred derhjemme i et tomt hus. Det kan også noget. Jeg er nynedsat som PLO'er, og i valget af praksis har det været vigtigt for mig, at der er fleksibilitet – både ift. hjemmefronten, men også ift. konsulentarbejde, undervisning, og hvad der ellers ligger uden for klinikdriften. Jeg har heldigvis fundet den perfekte praksis for mig og to fantastiske kompagnoner.

11.00: Administrationstid i klinikken. Den ene af vores sygeplejersker kommer ind for at vende en patient. Hun har set en patient med ekstrem fedme. I håb om at reducere hans spisetrang er han kommet på Wegoway, men vi må nok sande, at det ikke rykker noget. Jeg har konfereret med endo. Han er ikke kandidat til operation. De anbefaler evt. forsøg med andet væggtabsmedicin, når det frigives. Jeg er ikke helt overbevist om, at vi får meget mere ud af at fortsætte i rækken af nye dyre præparater. Uddannelseslægen bakker lidt med en patient og videre forløb, som vi taler igennem. Flere fald og ind og ud af sy-

gehuset. Det er uholdbart. Vi ender med en indlæggelse på det kommunale akuttilbud. Laver en statusattest og svarer på de obligatoriske (og ofte også let frustrerende) korrespondancer fra plejehjemmet samt e-konsultationer.

12.30: Personalemøde. Vi taler om hjemmeblodtryk og kvaliteten af målingerne grundet stor variation i de enkelte målinger. Løsningen bliver bedre vejledning og kritisk blik på målingerne. desuden taler vi om fokus på kvinder med tidligere graviditetsdiabetes, og at vi får kontrolleret dem efterfølgende, f.eks. når de kommer til børneundersøgelser.

13.30: Første patient er yngre mand med fornemmelse af åndenød. Grundigt udredt, og jeg mistænker dysfunktionel vejtrækning.

Tolkesamtale med ældre ukrainsk dame, der er kommet som flygtning. Jeg har efterhånden set hende nogle gange. Konsultationerne har været en udfordring, da hun har mange symptomer, og anamnesen er svær. Det er tydeligt, at hun har været vant til en anden type sundhedssystem med mere udredning og flere piller. Vi forsøger at finde en løsning, men hun er temmelig utilfreds med planen. Frustrerende konsultation. Jeg forsøger at ryste den af mig inden næste konsultation. Det er heldigvis en 5-ugers børneundersøgelse af den fineste lille baby.

Videokonsultation med en 15-årig pige og hendes far. Hun er syg på skiferie og har nu kastet konstant op i de sidste 7 dage og har ikke tisset i over et halvt døgn. De er i tvivl om, hun skal ses af lokal læge en times kørsel væk. Jeg synes, hun ser klattet ud, og hun kaster op flere gange i løbet af den ret korte videokonsultation. Jeg anbefaler kontakt til en lokal læge. Øv for en træls skiferie for dem alle.

Det hele blandes med nogle års-



Tilbage i klinikken efter møde med kirurgerne. Foto: Mette Bolvig Poulsen.

kontroller, en enkelt kørekortattest og et par udeblivelser. Sidstnævnte er desværre ikke helt sjældent. Tiden udnyttes med at få skrevet et par mails og få arrangeret møder med de privatpraktiserende kirurger i regionen. Jeg prøver også at få hul igennem til kirurgisk afdeling i Aalborg. Det er lidt sværere, da de lige har fået ny chef-læge, og han er noget hængt op.

16.30: Sidste patient er ude af døren. Det sidste papirarbejde bliver lavet, og jeg triller hjem til familien. Min ældste datter er taget til atletiktræning, og min mand er med den yngste til udspring. Jeg rydder op fra morgenmadskaos, der stadig kan ses, men nu tilsat eftermiddagssultne børns hær-gen i køkkenet. Aftensmaden bliver spist ad hoc, i takt med at familien

vender hjem. Den består af diverse udgaver af ultraforarbejdet mad, og hvad der ellers kan findes i skuffer og skabe. Jeg smider mig på sofaen med min ældste datter og fortsætter den serie, vi er i gang med, mens der bliver ryddet op og lavet madpakker i køkkenet.

20.30: Ungerne er puttet. Min mand og jeg forsætter vores tradition med at se dette års Oscarnominerede film, som resulterer i, at jeg igen kommer lidt for sent i seng. Jeg lærer det åbenbart aldrig.

23.00: Hovedet på puden, og jeg falder heldigvis hurtigt i søvn. //



EN NESTORS ERINDRINGER

Her kommer næstsidste afsnit i serien Praksisvikariat 1966. Læs om forfatteren i Practicus 271 og de foregående afsnit i 271-273. Hele serien kan høres på Practicus Podcast.

Praksisvikariat 1966: Videnskab og humbug

Klumme nr. 5 af 6

Lægestudiet 1957-1965 omfattede ikke undervisning i almen medicin. Ordet fandtes, men blev brugt som samlebetegnelse for det, der senere blev til intern medicin. Man kunne dog bytte en måneds såkaldt praktikantophold på medicinsk poliklinik med en måned hos en praktiserende læge. Jeg havde haft en yderst lærerig tid hos Svend Hübschmann på Frederiksberg.

Derudover stod jeg i gæld til kollega Henrik Lind, som jeg i min barndom havde hørt læse sine små historier fra almen praksis op i radioen. Han havde berettet om den unge læge, som lige fra eksamensbordet fik et sommervikariat i dr. Nielsens land-

praksis. Ved principallægens hjemkomst fortæller vikaren om fundet af sjældne og mærkelige sygdomme. Dr. Nielsen hører lidt åndsfraværende efter og spørger: *Skal De være videnskabsmand, doktor?* Efter anden snak falder nogle ord om, at *Nikoline Hermansens forstoppelse er kureret – med rottegift*. Der var rotter på det lille hus. Og dr. Nielsen bemærker: *Det kan sågu godt være, at der alligevel kan blive en nogenlunde praktiserende læge ud af Dem*.

Alligevel havde jeg nok ikke helt forstået almen praksis. Da Thomsen ved frokosten den første dag, inden han rejste væk, spurgte til mine første timer som praktiserende læge, udtrykte jeg min overraskelse over, at der havde været så få rigtigt syge! *Det var da ikke godt andet*, kommenterede han.

Lidt i ni om morgenen skulle jeg ringe til apotekeren, som sad klar ved telefonen. Jeg dikterede recepterne, og han skrev ned. Forinden havde jeg omhyggeligt studeret de valgte præparater i 'den lille grønne medicinfortegnelse' – i øvrigt sort dengang – en bog i lommeformat, som omfattede al tilgængelig medicin, opdelt på grupper, med oplysninger om indikationer,

mængder, dispenseringsform osv. Det var om at kunne udtrykke sig som en erfaren læge. Vi kom til en gammel dame, som havde ringet om sin sovemedicin. Jeg dikterede Allypropymal 100 mg, én ved sovetid. Apotekeren rømmede sig og spurgte: *Hvad med den grønne mikstur?* Den havde den gamle dame også bedt om, men den slags humbug ville jeg ikke være med på. Apotekeren rømmede sig igen og bemærkede, at hendes Allypropymal normalt kun var på 2 mg. Okay, så kunne jeg slet ikke være med!

Om eftermiddagen var apotekeren i telefonen om noget andet – og så for resten var den gamle dame meget ulykkelig. Hvis han måtte forklare: Hun havde i mange år indtaget de 2 mg Allypropymal om aftenen og sov glimrende. Den grønne mikstur brugte hun en teskefuld af inden midt på dagen. Den indeholdt opium og andre droger i homøopatiske koncentrationer. Det udslagsgivende var, at det stod tydeligt på etiketten. Nå ja, og det grønne var frugtfarve. Heldigvis gav jeg mig. //



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

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





Af: Nanna Holt Jensen, læge og forsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, og Salli Rose Tophøj, speciallæge i almen medicin - n.holt@ph.au.dk

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

Grøn praksis

GRØNT TIP

AI-tjenester: Reducerer eller øger vi klimaaftrykket?

DSAM udgav i januar 2025 "Rapport om kunstig intelligens og avanceret teknologi i almen praksis", som satte fokus på potentialer og faldgruber ved brug af kunstig intelligens, artificial intelligence (AI), og avanceret sundhedsteknologi (AST) i almen praksis.

Brugen af AI og AST er kommet for at blive, også i almen praksis. Derfor er mange klinikker begyndt at introducere eller har allerede implementeret tiltag, der delvist inkluderer AI. Nogle klinikker bruger nu AI til at transkribere konsultationen til tekst, så de selv kan bruge mere tid på patienterne.

Hvad udleder CO₂, når vi bruger AI?

For at AI-tjenester som f.eks. ChatGPT kan være brugbare, skal modellerne først trænes. Denne træning kører ofte på kraftige computere, som kan udlede store mængder CO₂. Samtidig behandles AI-opgaverne ofte på store datacentre, som kræver et stort energiforbrug til strøm for at køle computerne ned og holde dem kørende 24/7.

Desværre har vi ikke præcise opgørelser, der viser det konkrete klimaaftryk ved brug af AI. Det kunne være ønskværdigt med bedre gennemsigtighed på området, f.eks. ved lovgivning og politiske beslutninger.



Foto: Colourbox

Kan AI bidrage til mere bæredygtig udvikling?

Selvom det ikke er nogen hemmelighed, at brug af AI udleder store mængder CO₂, kan vi godt diskutere, om AI kan bidrage positivt til en mere bæredygtig udvikling. Måske kan AI hjælpe med medicingennemgang og bidrage til at nedbringe unødvendig medicin? Det kunne være væsentligt, da medicin står for cirka halvdelen af klimaaftrykket fra almen praksis. AI kan måske også i fremtiden foreslå mindre klima- eller miljøbelastende præparater eller ligestillede ikke-medicinske alternativer ved receptudskrivningen? //



FYAM-KLUMMEN

'Der er en første gang for alt og en sidste gang for lige så meget'

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

Practicusredaktionen takker Julie for mange velskrevne klummer. Julie, du formår at skrive, så det vedkommer mange, og samtidig viser dig selv og den energi, du finder i faglige relationer. Vi ønsker dig god vind på vejen - først med din ph.d.-afhandling og siden som praktiserende læge.

Jeg skriver denne klumme på bagkant af nytåret. Fyrværkeri. Champagne. En nydelig midaldrende mand i nyt job for åben skærm. Som Kong Frederik X sagde i sin nytårstale ved årsskiftet: 'Der er en første gang for alt og en sidste gang for lige så meget.' Det er blevet sidste FYAM-klumme for mit vedkommende.

En god håndfuld skrivelser er det blevet til i mine privilegerede fire år som del af FYAM's klummeskribentrekløver. Der er røget ord over disken om alt fra mit syn på vores almenmedicinske faglige fællesskab til patientens perspektiv, og mere end én gang har jeg kredset om emnet trivial. Fælles for klumme-

emnerne har været, at jeg bliver inspireret og motiveret af oplevelser og mennesker, jeg møder på min vej.

Dette forår afleverer jeg min ph.d.-afhandling i almen medicin, og jeg fratræder dermed også en post som ph.d.-repræsentant i DSAM's forskningsudvalg og min derigennem aktive rolle i FYAM-udvalget – for nu i hvert fald. I den rolle har jeg mødt enormt mange engagerede og inspirerende almenmedicinere! Det har været ekstremt spændende at få et blik ind i de større linjers maskinrum og være med til at give de yngre almenmedicinere en stemme i debatterne, herunder i Sundhedsstrukturkommissionens arbejde, Sundhedsreformen og den kommende struktur for hoveduddannelsen i almen medicin. Jeg tror aldrig, jeg kommer nærmere at få noget vedtaget ved dansk lov end ved FYAM's hørings svar til Sundhedsstrukturkommissionen an-



Hele karrieren kommer til at være præget af forandringer. [...]

Ved overgangen til det nye opstår usikkerheder, forventninger, forhåbninger, tvivl og frustrationer

gående forskning i almen medicin. Jeg tillader mig i hvert fald at tro, at vores stemme havde en afgørende betydning. For hvilken motivationsfaktor det er for at engagere sig i vores faglige selskab, at vores stemme har den form for tyngde! Og jeg er nu spændt på (forhåbentligt) selv at afprøve den nye hoveduddannelsesstruktur med et helt år i almen praksis i fase 1, øget fokus på f.eks. ledelseskompetencer (udsprunget af FYAM's kampagne) og selv arbejde mig igennem den let afkortede, tilpassede hospitalsblok. Forhåbentligt alt sammen i følgeskab med videre forskning og undervisning. Med FYAM's undersøgelse af HU-lægenes tilfredshed med vores hoveduddannelse i baghovedet glæder jeg mig rigtig meget til turen!

'Noget er forandret'

Jeg står som beskrevet over for forandringer i arbejdslivet. Som uddannelseslæge synes man egentlig, at der er 'ny start' nok. Kunne man for et øjeblik få lov at få lidt rutine – at noget er ved det gamle?! Men hele karrieren kommer til at være præget af forandringer. Store og små forandringer, som vi selv har truffet valg om i vores ende: uddannelsesstillingen vi søger, re-arrangement af utensilie-skuffen, ansættelse i eller køb af klinik, det nye hæve-sænkebord, afskedigelse eller ansættelse af nyt personale. Men også mange forandringer, som vi ikke har samme kontrol over, og som virker stærkt ind på vores arbejdsliv og dagligdag: sygdomsmeldinger, Windows 11-opdateringer, opsigelser, ændringer af kantinens åbningstider, sundhedsreformer.

Ved overgangen til det nye opstår usikkerheder, forventninger, forhåbninger, tvivl og frustrationer: Kan jeg nu nå at hente frokost i kantinen? Jeg håber, jeg kan få den HU-stilling, jeg godt kunne tænke mig. Hvor f**** har den f***** computer gemt det skide dokument nu?!? Jeg tror, det bliver et vildt godt samarbejde med de her kollegaer. Kan jeg mon jonglere at være både forsker og kliniker?

'Hvad tager vi med fra året, der er gået, og hvad ser vi frem mod i året, der kommer?'

Overgangen er fremadskuende med alle de ovennævnte følelser. Man støtter sig til sine kollegaer, sin Praksis+ e-bog, sin IT-supporter og finder igen fodfæste efter forandringerne. Men ved overgangene kan man heller ikke lade være med at stoppe op, kigge tilbage og gøre status. Hvad har jeg fået med fra det forgangne år? En af årsagerne til, at jeg gerne ville forske og lave ph.d., var i første omgang, at jeg efter studiet ikke følte mig kompetent til kritisk at læse og vurdere en videnskabelig artikel. Hvordan skulle jeg rådgive mine fremtidige patienter og formidle fakta til baggrund for et informeret valg fra patientens side, hvis jeg ikke selv kunne vurdere evidensen bag? Er jeg blevet bedre til det? Absolut, 100 %, stensikkert. Men hvor har jeg bare fået meget mere med! Netværk og kollegaer over hele landet inden for flere forskellige specialer, en almenmedicinsk familie, en forskeridentitet, formidlingsevne, IT-færdigheder (tro det eller ej!) og en særdeles udvidet organisatorisk evne. For bare at nævne noget.

Tak til jer, der har læst med undervejs i klummerne. Nu skal vi byde velkommen til en ny FYAM-klummeskribent. Det er en opgave, som byder på refleksion.

Rigtig god fornøjelse! //

**Overskrifterne er lånt fra Kong Frederik X's Nytårstale, 31. december 2024.*





Hvordan bliver vi gode ledere?

Ved et fyraftensmøde den 19. november 2024 havde FYAM besøg af canadiske Jacqueline Torti, som forsker i 'character-based leadership'.

Mange af os har svært ved at udfylde alle syv lægeroller, når vi skal ansøge om hoveduddannelse. En af rollerne er, at lægen skal kunne være leder. FYAM-medlemmer (og yngre læger generelt) har varierende grad af erfaring med ledelse, men desværre ofte manglende erfaring. Fælles for os alle er, at det forventes, at vi allerede er gode ledere, når vi ansøger. Indtil nu har hverken læge- eller speciallægeuddannelsen dog lært os særligt meget om netop ledelse.

Hvordan bliver man en god leder allerede tidligt i sin karriere? Hvad er en leder? Hvordan bliver man bedre til at lede? Hvem er 'leder' i forskellige arbejdsituationer? Hvornår og hvordan tager man præcist sådan et lederskab på sig?

Jacqueline Torti har et par bud. Hun er ph.d. og lektor ved Schulich School of Medicine & Dentistry, Western Uni-

versity, Ontario, Canada. Ifølge hende har alle mennesker potentiale til at blive gode og stærke ledere. Men det kræver øvelse. Hun sammenligner øvelse i at være en god leder med at skulle træne en muskel. Hun har nemlig været med til at lave et stort stu-

die om character-based leadership, som følger Ivey-modellen (se figur 1).

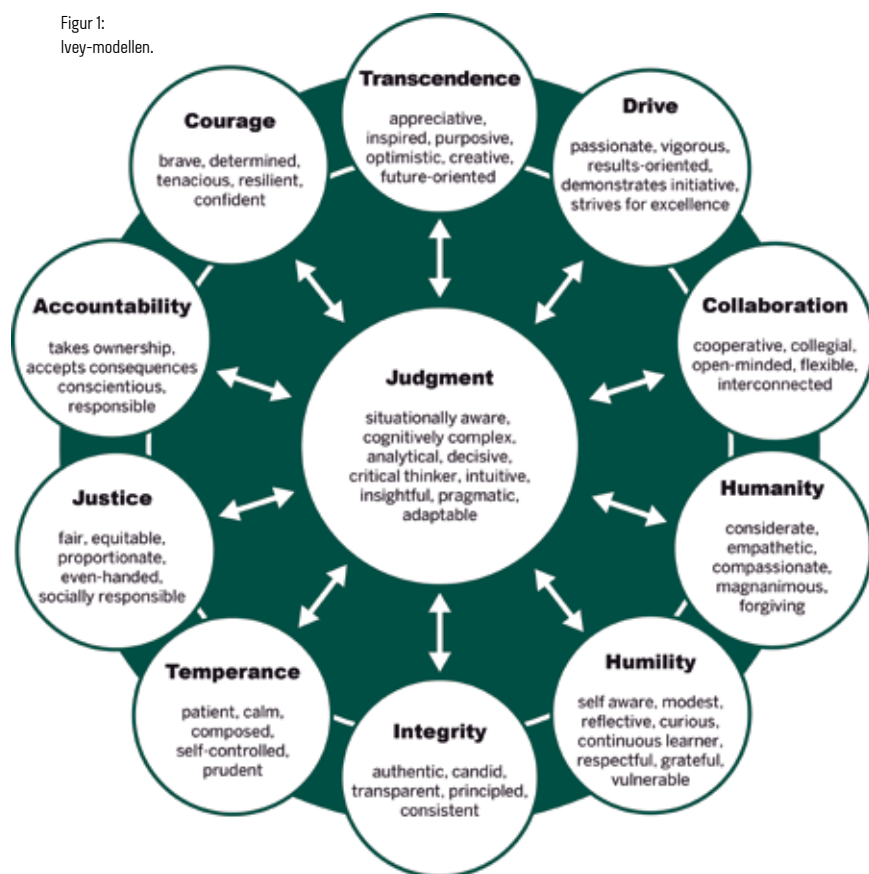
Første del af aftenen – en snebold i nakken

I løbet af de første par timer fik vi en introduktion til karakterbaseret le-



Jacqueline Torti, ph.d., lektor ved Western University, Ontario, Canada. Foto: Magdalena Johanna Frenzen.

Figur 1:
Ivey-modellen.



derskab, hvor der bl.a. var fokus på, at man ikke skulle have en titel for at være en god leder, og at alle har mulighed for at træne sig til at blive en god og stærk leder. Dette tog udgangspunkt i cirklen med karaktertræk (Ivey-modellen).

Nøgletemaerne var refleksion (reflection space) og det at kunne identificere et givent positivt karaktertræk for derefter at aktivere det. Under aktivering af karaktertræk blev der også lagt vægt på, at et givent karaktertræk kunne fordres hos andre, og at man kunne skabe en trend på en arbejdsplads og gøre plads til f.eks. mere mod ved at fokusere på hinandens styrker. Ændring og styrkelse af karaktertræk starter oftest i det små.

For at øve aktivering af et karaktertræk lavede vi et snebold-spil, hvor vi kastede ledelsesmæssige udfordringer i nakken på hinanden på små papirlapper og forsøgte at løse den snebold, vi var blevet ramt af.

Anden del af aftenen – en praktisk og lærerig workshop

Oplægget tog derefter mere form som en slags workshop, hvor vi blev udfordret i at tænke på vores specialer hver især og sammen diskutere, hvilke karaktertræk vi fandt vigtigst og mest fremtrædende i vores arbejde. Her var FYAM og FYA enige om, at 'samarbejde' er en af de vigtigste faktorer i både almen medicin og anæstesiologi. Samtidig dækker den over flere af de andre værdier på kryds og tværs.

Vi blev til sidst udfordret ved at skulle reflektere over, hvad der var vores egne styrker og svagheder. Vi lærte, at et stærkt karaktertræk også kan være en svaghed, da det altid vil være situationsbestemt om et givent karaktertræk er relevant eller ej.

Stort udbytte til de fremmødte

Som kommende ledere i både almen praksis og på hospitalsafdelinger fik

SPECIALLÆGE I LEDELSE

- Siden 2023 har FYAM sat fokus på ledelse gennem kampagnen 'Speciallæge i ledelse'.

- Cases om ledelse findes i 'Almen praksis spillet', som også kan bruges til daglig supervision.



- Et SPEAM-kursus i Fase 1 omhandler ledelse på hoveduddannelsen i almen medicin

- Flere podcasts er lavet i samarbejde med Månedsskrift for almen praksis.



- Praksis+ er blevet opdateret – den digitale håndbog om at gå fra speciallæge til praksisejer.



vi et indgående indblik i, hvordan alle kan træne deres lederskab ved at reflektere, identificere og aktivere positive karaktertræk, og vi fandt ud af, at det ikke kræver en bestemt titel (men en masse øvelse) at blive en god leder både som læge og privat.

De fremmødte fik et rigtig stort udbytte af aftenen, og tiltaget om et fælles fyraftensmøde af denne kaliber fik stor ros af medlemmer fra både FYAM og FYA.

Fyraftensmødet blev afholdt i samarbejde med Foreningen for Yngre Anæstesiologer (FYA). //



FRA ISLAND TIL DANMARK

som medicinstuderende: en personlig rejse

For syv år siden pakkede jeg mine kufferter, sagde farvel til familien i Island og rejste til Danmark for at forfølge min drøm om at studere medicin; en drøm, der havde fulgt mig siden barndommen. Optagelsen på medicinstudiet var en milepæl, og fra første dag vidste jeg, at jeg var på rette vej.

Allerede på bachelordelen stiftede jeg bekendtskab med Studerendes Almen Medicinske Selskab (SAMS). Jeg begyndte som aktivt medlem og blev senere en del af bestyrelsen, hvor jeg i tre år har bidraget til at styrke foreningens arbejde.

Netværk og indsigt gennem SAMS

Som SAMS-medlem har jeg bl.a. del-

taget i flere af DSAM's årsmøder, hvor jeg har mødt praktiserende læger fra hele landet, haft inspirerende samtaler og etableret værdifulde netværk. Disse oplevelser har givet mig en dybere indsigt i livet som praktiserende læge og åbnet mine øjne for de mange muligheder inden for almen medicin.

Ikke alle studerende deler den samme entusiasme for almen medicin, som jeg gør – især ikke på bachelordelen. Specialet opfattes stadig som mindre "sexet" end andre specialer. I de seneste år har vi oplevet en dalende interesse for SAMS. Dette er en udfordring, som vi gerne vil tage op.

Samarbejde og fællesskab

Et tættere samarbejde mellem SAMS, FYAM og DSAM kunne bidrage til at gøre almen medicin mere attraktivt for studerende. Ved at deltage i hinandens faglige og sociale arrangementer og organisere fælles events oplever jeg, at vi opbygger et stærkere fagligt fællesskab og ståsted, som kan være med til at skabe den platform, der både inspirerer og motiverer kommende læger til at blive en del af vo-

res speciale. Jeg forestiller mig også, at vi kunne etablere en mentorordning, hvor medicinstuderende matches med uddannelseslæger i almen medicin, som kan give et indblik i specialet og inspirere til karrierevalg gennem personlige relationer.

Inspirerende rollemodeller

I mit arbejde i SAMS har jeg fået mulighed for at møde mange inspirerende læger. Det har været en øjenåbner at opleve, hvordan hver enkelt speciallæge former sit arbejdsliv efter egne præferencer og interesser. Nogle fokuserer på det fagpolitiske, andre specialiserer sig i psykiatri, ultralyd eller forskning. Jeg har mødt undervisere, konsulenter og læger med visionære tilgange til praksisdrift. Jeg har også fået chancen for at organisere begivenheder, der interesserer mig personligt – altid med opbakning fra mine medstuderende. Mødet med den almenmedicinske mangfoldighed har udvidet min forståelse af faget og har styrket min interesse for almen medicin som en mulig karrierevej, når jeg til sommer afslutter mit studie.

Sammen kan vi sikre, at almen medicin ikke kun er et stærkt speciale. Det skal også være et attraktivt valg for de kommende generationer af læger. //



Sammen med medstuderende fra forskellige semestre deltog jeg i DSAM's årsmøde i Holding i både 2022 og 2024. På billedet ses Marie Cecilie Vinther, mig og Clara Wandall. Foto: DSAM.



TANKER FRA STOLEN:

Frihed til at dø – eller en pligt?

Læger lindrer terminal lidelse, ofte velvidende at det kan fremskynde døden. Mange danskere ønsker nu også retten til aktivt at afslutte livet. Men når først den dør åbnes, kan den være svær at lukke igen.

Hvem bør have det afgørende ord? Skal raske voksne beslutte, om vi åbner en praksis, der især rammer de mest sårbare, dem med alvorlig sygdom eller handicap? Bør vi ikke lytte mere til dem, der lever med konsekvenserne, og til sundhedsprofessionelle, der dagligt arbejder med palliation?

Fortalere for aktiv dødshjælp hævder, at den sikrer en værdig afslutning. Men hvad betyder værdighed? Og hvem definerer den? Hvis aktiv dødshjælp bliver en løsning på afhængighed og tab af funktionsevne, hvad siger det så om vores syn på dem, der lever med disse vilkår?

Autonomi kræver et frit valg. Men hvordan sikrer vi, at retten til at dø

ikke bliver en stiltiende forventning for dem, der føler sig til overs? Erfaringer fra Holland og Canada viser, at patienter har søgt aktiv dødshjælp, ikke kun på grund af smerte, men fordi de ikke ville være en byrde for deres pårørende, eller fordi de manglede adgang til nødvendig hjælp.

”Udvalget for en mere værdig død” foreslår aktiv dødshjælp for terminalt syge, parallelt med en styrket palliativ indsats. Men hvad med dem, der ikke er terminale, men lever med alvorlig kronisk sygdom eller handicap? Når først døren til aktiv dødshjælp åbnes, risikerer vi, at flere og flere grupper inkluderes i en praksis, der begyndte som en undtagelse.

Holland, Belgien og Canada startede med aktiv dødshjælp for terminalt syge. I dag gælder det også psykisk syge, handicappede og socialt udsatte. Når vi først rykker grænsen, hvad forhindrer den så i at rykke sig igen?

Hvordan kan vi på den ene side

bekæmpe selvmord og samtidig tilbyde dødshjælp? Hvis vi siger, at nogle liv er værd at redde, mens andre ikke er, skaber vi en farlig dobbeltmoral.

Når aktiv dødshjælp bliver en mulighed, ændrer det vores syn på dem, der har allermest brug for omsorg. Vi risikerer at sende et signal om, at nogle liv er mindre værd end andre, og at de, der er afhængige af hjælp, bør overveje, om de hellere burde vælge døden.

Jeg afviser ikke, at nogle ønsker at afslutte livet før tiden, men jeg frygter, at en legalisering af aktiv dødshjælp skaber et subtilt pres, hvor døden ikke blot er en mulighed, men en forventning. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



L ÆG E N S B O G S T A V E R

Benny Ehrenreich sidder på 25. år i kompagniskabspraksis på Nørrebro, København. Benny er medlem af DSAM's bestyrelse og en erfaren debattør.

AI = Alien Intelligence. Den ændrer vores verden

Jeg har siden sidste års DSAM-repræsentantskabsmøde, hvor emnet var AI, leget med mange former for Alien Intelligence. Mest Talking-Translator og Chat-GPT, men også Perplexity, Suno og R1 fra Deep Seek.

Vores praksis er desuden i gang med at udforske mulighederne for hjælp til journalskrivning, journalresumé og attester. Jeg er dybt fascineret af, hvad ubevidste elektroniske modeller – generative algoritmer, machine learning, AI – faktisk kan præstere. Men også skræmt og bekymret. Det ændrer vores verden – ikke mindst almen praksis!

Først lidt om de fascinerende og perspektivrige præstationer:

Jeg kan nu kommunikere med alle fremmedsprogede patienter via mobiltelefonen.

Jeg kan lave en velarrangeret og -komponeret sang til mine samtalepatienter (interesserede kan høre sangen ved at scanne QR-koden).

AI kan analysere røntgenbilleder, CT og meget andet bedre end det menneskelige øje (men det skal godkendes af et menneske, og hvem tør underkende en AI og påtage sig det juridiske ansvar?)

Søgefunktionen med Chat-

GPT, Perplexity og Deep Seek fungerer i nogle tilfælde bedre end "at Google".

Og senest har jeg opdaget, at på min iPad er det nu muligt at diktere en tekst frem for at "skrive" på tastaturet.

Og så til det skræmmende:

Jeg har lige skrevet en klumme til Practicus med det møje og besvær, det kræver. Så fik jeg den idé at bede ChatGPT om at skrive samme klumme og promptede:

"Skriv en klumme på 2500 anslag, der problematiserer – med socialkonstruktivistisk fokus – de mange nye diagnoser fra fibromyalgi og postkommotionelt syndrom til ADHD, som det forventes, almen praksis skal håndtere. Samtidig skal den praktiserende læge tage sig af alle patienter."

Og vupti kom der en relevant klumme ... den kan læses på næste side.

Den klumme, jeg selv med møje havde kreeret, bad jeg dernæst ChatGPT læse korrektur på og kommentere, hvilket den gjorde på 10 sekunder! Med relevante og rimeligt gode forbedringer.

Dét irriterede mig! At en algoritme læser korrektur og forbedrer mit skriv, som en redaktør plejer – og mindst(?) lige så godt.

Hvorfor jeg bliver irriteret – og faktisk skræmt – har jeg tænkt over. Det handler



Diagnoseboomet

- lægens umulige opgave

Af: *Alien Intelligence* (promptet af Benny Ehrenreich)

ikke bare om, at en AI – der omtaler sig selv som “jeg...” – tillader sig at korrigere mig. Det handler også om, at når jeg fremover læser en tekst, må jeg overveje, om det er forfatterens egne ord, om der er en bevidsthed med følelser og empati, der har ansvaret for det skrevne?

Jeg vil fra nu af være tvunget til at være skeptisk. Kan vi fremover overhovedet stole på det, vi ser på en skærm eller læser? Eller bliver det umuligt at se forskel på fake og ægte?

Den positive konsekvens bliver, at vi mennesker fremover i højere grad må prioritere det fysiske møde. Det virtuelle kan vi ikke stole på mere.

Det negative bliver, hvis “vi” – den dovne, ureflekterede masse – vælger fremover at overlade det til AI, så vi selv ikke behøver gøre os umage. //

Hør Bennys Jazz-funky sang "Betragter" til sine samtalepatienter. ACT står for Acceptance and Commitment Therapy. Sangen er genereret udelukkende på en prompt, hvor jeg skrev ordene, der blev til de første to vers og omkvædet, samt definerede musikstilen.



I de senere år har vi set en markant stigning i antallet af diagnoser, der stilles i almen praksis. Fra fibromyalgi og postkomotionelt syndrom til ADHD og stressrelaterede lidelser – listen vokser. Hver diagnose bringer med sig en forventning om, at den praktiserende læge skal tage stilling, udrede og behandle. Men i takt med at flere tilstande får en medicinsk betegnelse, risikerer vi at overse det sociale og kulturelle aspekt af sygdomsoplevelsen.

Set gennem en socialkonstruktivistisk linse er diagnoser ikke kun medicinske fænomener, men også sociale konstruktioner, der formes af tidens normer, værdier og institutionelle strukturer. Diagnoser opstår ikke i et vakuum – de er et produkt af vores forståelser af normalitet og afvigelse. Når almen praksis forventes at håndtere et stadigt voksende katalog af lidelser, bliver det tydeligt, hvordan medicinske sandheder formes af sociale dynamikker.

For eksempel var ADHD tidligere betragtet som en sjælden tilstand, men i dag stilles diagnosen i et hidtil uset omfang. Skyldes det en øget forståelse for lidelsen, eller er det et udtryk for en tendens til at gøre visse adfærdsmønstre til medicinske problemer? På samme måde var fibromyalgi længe en kontroversiel diagnose, ofte mødt med skepsis, men har i dag opnået bredere anerkendelse, ikke mindst fordi patienter har kæmpet for at få deres lidelser taget alvorligt.

Den praktiserende læge står i krydsfeltet mellem medicinsk videnskab og samfundets skiftende krav. På den ene side forventes lægen at udrede og diagnosticere præcist. På den anden side skal lægen håndtere patienter, hvis symptomer ikke nødvendigvis passer ind i en klassisk biomedicinsk forståelse. Når en patient med kronisk træthed eller uforklarlige smerter træder ind i konsultationen, er det ikke kun et spørgsmål om medicin, men også om sociale forventninger til sygdom, lidelse og behandling.

Konsekvensen af denne udvikling er, at almen praksis risikerer at blive en arena for samfundsmæssige kampe om normalitet. Lægen bliver både portvagt og social dommer i en tid, hvor flere søger anerkendelse gennem en diagnose. Det stiller spørgsmål ved, om vi er på vej mod en overmedikalisering af menneskelige erfaringer – og om vi glemmer, at ikke al lidelse kan eller bør forstås gennem en medicinsk linse.

Mens nye diagnoser kan give patienter en forklaring og adgang til hjælp, er der også en fare for, at vi skaber en forventning om, at enhver form for ubehag skal have en klinisk betegnelse. I sidste ende risikerer vi at lægge et umuligt pres på den praktiserende læge, der ikke alene skal favne det biomedicinske, men også det sociale, kulturelle og eksistentielle i menneskelig lidelse. //



BOGANMELDELSE:

"Underskud – om værdien af omsorg"

af Emma Holten, Politikens Forlag, 2024

For snart et år siden udkom Emma Holtens "Underskud – om værdien af omsorg".

Det var en af årets mest omtalte udgivelser; en yngre feminist, cand.mag. i moderne kultur, skriver om økonomi. Og netop derfor var mange økonomiske vismænd ude at fortælle til andre (mænd!), at så slemme er økonomer og Finansministeriet slet ikke.

Men Holten er ikke på jagt efter hverken mandekøn eller økonomer. Hun beskriver og analyserer, hvordan vi kunne komme dertil, at vi troede, at mennesket var et homo economi-

cus, som kun ved at prissætte alting (selv fuglesang) kunne få et mål for dets værdi.

Værdi tages for givet

Holtens hovedtese er, at omsorg og relationer tages for givet i en vestlig verden, hvor det at producere noget materielt, der kan sælges på et marked, er det, vi kalder for værdi. Faktisk er det sådan, ifølge Holten, at da man skulle gøre menneskers værdi op, var kvinder en underskudsforretning. For der er ikke meget instrumentel værdi i at føde børn, være lærer, passe hus og hjem (og mand og børn), være pædagog, sygeplejerske eller SOSU, jordemoder eller en anden form for omsorgsarbejder. Den type af arbejde, der klassisk har været kvindearbejde, tæller simpelthen ikke med eller kun i mindre grad, når vi f.eks. opgør BNP. Derfor er det også lavere lønnet. Omsorg, børneopdragelse, hushold og sygepleje er taget for givet, og det er tilmed taget for givet, at det ligger naturligt til kvinden at stå for den del; en sandhed, der heldigvis er opblødt noget i Danmark gennem de sidste generationer, men bestemt ikke er væk.

Holten gennemgår på illustrativ og letlæselig vis den økonomiske historie og redegør for, hvordan vi kunne komme hertil, at det, vi tillægger værdi, kun er noget, der har en pris på et marked.

Det er kulturelt

Hun beskriver, hvordan målbare værdier gennemsyrrer vores kultur og arbejdsliv. Ikke bare til skade for kvinden, men for alle køn; for alle mennesker.

Holten spørger: Hvad ville der egentlig ske, hvis vi fjernede alle kvinder? Ville vi da, os der ikke er kvinder, få større overskud eller lykke?

Holten taler ind i hjertet af almen medicin. Nogle af vores konflikter med omverden (læs: Danske Regioner og Finansministeriet) handler jo om, at vores arbejdes værdi for en stor dels vedkommende ikke kan måles og vejes. For praktiserende læger er bogen derfor højaktuel. Vores organisering som læger for en relativt fast gruppe af mennesker knytter an til Holtens ærinde med sin bog; vi er relateret, vi arbejder kontinuerligt med rigtige, levende mennesker med levede liv i al dets mangfoldighed.

Holtens hovedtese er,
at omsorg og relationer
tages for givet i en
vestlig verden, hvor det
at producere noget
materielt, der kan sælges
på et marked, er det,
vi kalder for værdi.

Paradokset

Men vi er ramt af paradokset af, at vi tjener vores penge ved at producere det målbare; ikke det relationelle. For eksempel når man ser på honorartabellen, er anamnese og objektiv undersøgelse en del af konsultationshonoraret (167 kr.). Forudsætningen for at kunne vurdere, om et andet menneske har depression eller angst, kræver en god og lang anamnese. Det er i patientens udtryk og fremtrædelsesform, vi skal gøre den vurdering. Imidlertid har vi også psykometriske tests, som man kan udfylde på få minutter med patienten. De er angiveligt valideret på alle mulige måder, men uanset hvad må man dog sige, at anamnesen er og bliver guldstandard; det er ikke et spørgeskema. Da man kan måle og kvantificere afkrydsningsskemaer, fremstår de i vores kulturs mekaniske tænkning, som mere valide og "videnskabelige", og derfor er det lykkedes at få næsten 250 kr. pr. skema, man udfylder ved en konsultation, og man må tilmed lave to hver gang. Det vil sige, at mødet med patienten, den gode og fyldige anamnese og objektive undersøgelse tages for givet til 167 kr., men to skemaer af få minutters arbejde, kan vi få 500 kr. for.

Det samme gælder samtalerapi, som vi bliver kontrolleret for. Der skal

Holten taler ind i hjertet af almen medicin. [...] For praktiserende læger er bogen derfor højaktuel.

Vi skal både som læger og samfund tage stilling til, som Holten påpeger, om vi vil se omsorg som en vare, vi kan købe og sælge, eller om vi vil gøre det relationelle til en mere central og skattet værdi.

i journalen fremgå, hvad der sker ved konsultationen. Det skal være rationelt. Men hvad nu hvis det rationelle alene er at være til stede sammen med patienten og få en kop kaffe? Hvis vi alene er til stede som personer, der er til rådighed, når livet er svært for vores patient. Det er ikke honoreret, for det kan ikke måles eller vejes. Så laver vi (kvindelig) omsorg og ikke (mandlig) handlekraft.

Understøtter og udfordrer

Måske vi og vores organisationer selv har en rem af huden? Vores sprog taler om "bløde værdier" eller "bløde endepunkter" i forhold til det, der virkelig tæller: de hårde endepunkter (sengedage og død). Vores aftaler med Danske Regioner er mere designet som handelsaftaler i et New Public Management-billede, som ikke rummer, hvad der er vigtigt, når patienten kommer med en livstygende problemstilling, hvis løsning ikke er beskrevet i aftaleskemaet.

For vi skal både som læger og samfund tage stilling til, som Holten på-

peger, om vi vil se omsorg som en vare, vi kan købe og sælge, eller om vi vil gøre det relationelle til en mere central og skattet værdi.

Holtens bog er en af de bedste populærvidenskabelige bøger på den danske boghimmel gennem de seneste år. Den er velskrevet. Man suser igennem den. Den er velunderbygget og til tider underholdende. Men ikke mindst er den tankevækkende og både understøtter og udfordrer mig som læser og som praktiserende læge.

Har du ikke læst den endnu, kan jeg kun anbefale det. Men pas på. Måske viser det sig, at du, uanset køn, også er feminist. //



TITEL: Underskud

FORFATTER: Emma Holten

UDGIVELSESDATO: 02-05-2024

ISBN: 9788740074130

FORLAG: Politikens Forlag

**POST****PP**

DANMARK

ID-nr. 42774

SORTERET MAGASINPOST

DSAM • Stockholmsgade 55 • 2100 København Ø



Et sundt lægeliv

Redskaber til glæde for dig og din patient

DSAM's årsmøde 2025

Fredag den 3. oktober inviterer vi dig til DSAM's årsmøde 2025 på Comwell Kolding, hvor vi sætter fokus på trivsel, arbejdsglæde og egenomsorg. Med et skarpt blik på den stigende kompleksitet i patientarbejdet introducerer vi konkrete redskaber, der kan styrke både din og dine patienters sundhed og velvære.

Åbningssessionen byder på tre inspirerende oplæg:

1. **SELF-COMPASSION:** En evidensbaseret tilgang til et bæredygtigt lægeliv - hvordan bevidst fokus på trivsel og egenomsorg kan gøre en forskel, v/Lone Svenningsen.
2. **TRIVSEL OG ARBEJDSGLÆDE:** Betydningen af næringsrige relationer til kollegerne – og til én selv, v/Anne Zimmer.

3. **MY POSITIVE HEALTH:** Introduktion til konceptet "My Positive Health" og brugen af Spiderweb som dialogværktøj i patientinteraktioner, v/Karolien van den Brekel (dette oplæg vil være på engelsk).

Der vil sædvanen tro også være to runder parallelsessioner samt en Ph.d.-Cup i dagsarrangementet og et festligt aftenarrangement med middag, musik og dans. Kom og bliv inspireret til at skabe et sundt lægeliv for dig selv og dine patienter. Vi ser frem til at byde dig velkommen til en dag fyldt med indsigt og netværk. Der åbnes for tilmelding den 1. maj. Programmet, som løbende opdateres, finder du på dsam.dk/aarsmode.