



FAGET almen medicin

Vi taler ofte om DSAM som fagets selskab, og om pejlemærkerne som fagets pejlemærker. Men hvad er FAGET almen medicin egentlig? Ordet fagvidenskabelig har sneget sig ind for at understrege, at der er noget mere på spil end teoretisk viden, når vi taler om den kliniske udøvelse af vores speciale.

Det er vist det, der kaldes et revolverspørgsmål, når Practicus' redaktør spørger: "Hvad er det vi kan i almen praksis? Hvordan udvikler vi vores fag - og hvordan værner vi om det?"

Lidt af en mundfuld, men relevant i en tid, hvor DSAM gerne taler om "faget" og om "fagets" pejlemærker, som skal være en rettesnor for de udøvende almenmedicinske speciallæger. For hvad ER faget egentlig?

Mit bud på et svar efter 25 år som praktiserende læge baserer sig bl.a. på min ansættelse i DSAM's sekretariat med ansvaret for kontakten til de mange engagerede og uundværlige kolleger, der repræsenterer DSAM i forskellige arbejdsgrupper. Det har givet et godt indblik i, hvad der forventes af os, og hvad vi kan bidrage med, når det handler om rådgivning med udgangspunkt i vores fag. Erfaringen er heldigvis, at der lyttes, når vores repræsentanter fortæller om "det virkelige liv". Selvfølgelig er der gange, hvor en politisk dagsorden ikke levner plads til argumenter fra primærsektoren, eller at andre specialister mener at "de alene vide", men det er heldigvis sjældent.

For selv om andre har grundigt kendskab til den sygdom eller tilstand, der er på dagsordenen, så mangler der viden om, hvordan det er at arbejde i frontlinjen, dér, hvor patienterne kommer uvisiterede og tidligt i forløbet. Dér, hvor tilstanden endnu er uafklaret og hoste kan vise sig at være en almindelig forkølelse, en coronainfektion eller det første symptom på lungekræft.

Et fag er både et vidensområde og et håndværk

Men har rådgivning om vores måde at gøre tingene på noget med *faglighed* at gøre? Selvfølgelig er det værdifuldt, hvis vi kan underbygge vores udtalelser med forskningsbaseret viden, men det kan være ligeså vigtigt, at vi kan forklare noget ved hjælp af en case fra hverdagen.

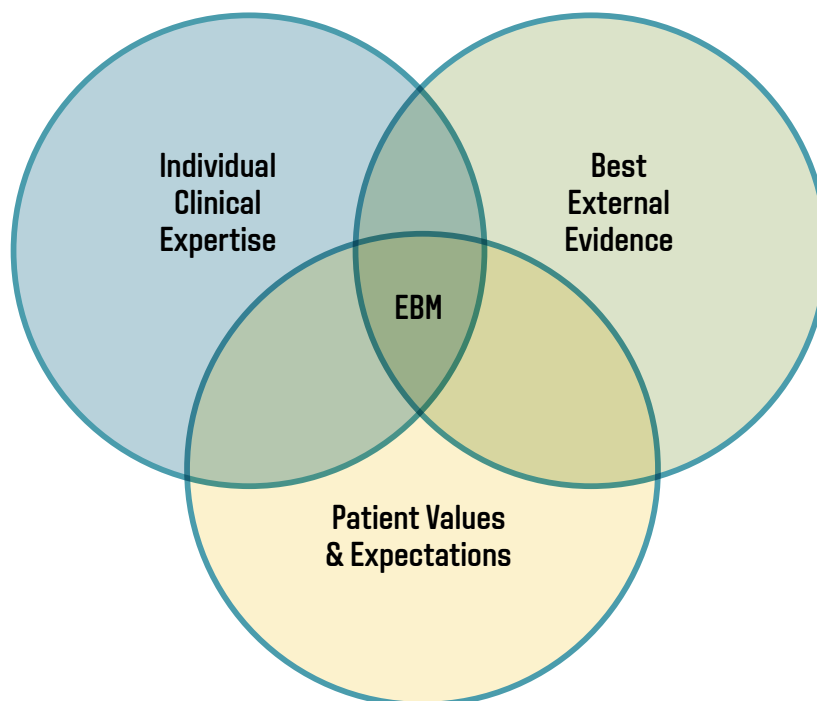
Slår man "fag" op i Nudansk Ordbog, står der, at et fag er:

1. Et afgrænset vidensområde, der studeres eller undervises i på en skole, et universitet eller en anden læreanstalt
2. Et håndværk eller erhverv, der forudsætter specialiseret viden, håndlag eller færdigheder af sin udøver.

Todelingen genfinder vi på DSAM's hjemmeside om faget almen medicins karakteristika: "Almen medicin er en akademisk og videnskabelig disciplin med sin egen uddannelse, forskning, evidensbase, klinisk indhold og er et klinisk speciale inden for den primære sundhedstjeneste." Altså: Faget almen medicin er *både* en videnskabelig disciplin *og* et klinisk speciale. Og begge dele er vigtige og kan ikke undværes.

Selv om de to måder at se faget på er to sider af samme mønt, så bruger vi normalt mere tid på at tale om den aka-

Figur 1: David Sacketts oprindelige beskrivelse af EBM (The evidence-based medicine triad).



demiske almenmedicin i forhold til den "håndværksmæssige" del af faget, som kræver specialiseret viden, hånddelag og færdigheder i udøvelsen. Det er ofte "tavs viden" – noget, vi bare gør, men uden at tale så meget om det. Den manglende italesættelse bevirker ofte, at udenforstående har svært ved at forstå kernen i vores arbejde og derfor ikke tillægger det værdi. I sidste ende gør vi det måske ikke en gang selv?

Andetsteds i dette blad omtales den akademiske almenmedicin, så jeg vil her fokusere på vigtige elementer, når det handler om den "håndværksmæssige" del af faget.

Usikkerhed og kompleksitet

Som sundhedsvæsenets forpost er en af de vigtigste egenskaber at kunne håndtere usikkerhed og turde tage beslutninger, også når der ikke foreligger et facit. Der er selvfølgelig en lang række nemme beslutninger, som ligner lige til højrebent – og som af samme grund ofte kan uddelegeres. Der, hvor der kaldes på den almenmedicinske spidskompetence, er i de mange situationer, hvor vi skal navigere i

et komplekst og ukendt farvand. Med stigende erfaring er det nøjagtigt det, vi kan, og som efterspørges af os. Den skotske almenlæge Margaret McCartney, som er hovedtaler ved DSAM's årsmøde i oktober, skriver så smukt i en artikel i Lancet: "*General practitioners deal in uncertainty; it is our stock in trade.*"

Skøn og dømmekraft

En afgørende forudsætning for at tage beslutninger i en kompleks og usikker hverdag er evnen til – og muligheden for – at kunne udøve skøn og dømmekraft. Det handler ikke om usikre begreber som f.eks. "mavefornemmelser" og "intuition", men om at tage beslutninger på et så informeret grundlag som muligt ved hjælp af en klinisk ekspertise, der bygger på viden, erfaring og refleksion.

Personcentreret almen medicin

Vores specielle funktion i almen praksis kan måske bedst sammenfattes i, at vi arbejder personcentreret og benytter en tilgang, som bygger på relation og kontinuitet. Fagligt råd un-

der Fonden for Almen Praksis skriver, at "Den personcentrerede tilgang bygger på, at lægen kan sin sygdoms- og sundhedslære og samtidig er i stand til at anvende og omsætte denne i en form, der tager afsæt i og er centreret omkring det enkelte menneskes livssituation og -forståelse." Igen dukker todelingen op, hvor vi både skal kunne vores stof og samtidig være i stand til at oversætte en stigende mængde evidens til den enkelte patient, hvis liv og historier er unikke og afspejler forskellige holdninger og værdier, der skal tages hensyn til.

Ikke hokus-pokus, men klinisk ekspertise

Den kliniske ekspertise, hvor vi udnytter evnen til at lytte til og inddrage patientens historie, er vel at mærke hverken "langhåret" eller hokus-pokus. Det er en faglighed, der også følger David Sacketts oprindelige beskrivelse af evidensbaseret medicin (figur 1) som en måde at integrere de tre faktorer: den bedste videnskabelige evidens, patientens præferencer og lægens kliniske ekspertise.

Hvordan udvikler og værner vi om vores "håndværksfaglighed"?

Vi har allerede nogle gode forudsætninger i Danmark: Vi kan glæde os over at have en god videreuddannelse, der baserer sig på mesterlæreprincipper, som er afgørende, når man skal lære et håndværk. Vi har almenmedicinske forskningsenheder til at hjælpe os og nu også en kvalitetsudviklingsmodel, der baserer sig på arbejdet i klynger. Men herudover vil jeg adressere nogle specifikke punkter:

- Vi er nødt til at have (selv)tilid til at tro på, at dét, vi kan, gør en forskel – både for samfund og for den enkelte patient. Desværre møder jeg ofte praktiserende læger, der ikke selv er klar over værdien af deres erfaring og kunnen, når de bliver bedt om at gå med i en ar-

bejdsgruppe for DSAM. "Jamen, jeg er jo ikke forsker!", lyder det. Men samfundet har behov for læger, der kan visitere og tage beslutninger, også når grunden er usikker. Og vi skal huske, at for en patient er det afgørende at føle sig set som en person – noget som DSAM formidler i kampagnen: "Det gør en forskel, at vi kender hinanden".

- Efteruddannelse er selvfølgelig *et must*. Det er nødvendigt fortsat at udvikle kurser i klinisk beslutningstagning og kommunikation – uanset om kurserne hedder "Den svære samtale", "Kalymnoskurser", "Narrativ medicin" eller "Den gode læge". Personligt mener jeg - med baggrund som mangeårig underviser - at dele af

disse kurser med fordel kunne indgå som elementer i den systematiske efteruddannelse.

- Vi skal fastholde, at forskning sker i samarbejde med klinikeren. Den almenmedicinske forskning bliver bedst, når den inspireres af de kliniske og "håndværksmæssige" spørgsmål.
- Når vi uddelegerer arbejde, er der to ting at huske: Personalet skal også klædes på til at kunne varetage den relationelle og personcentrerede tilgang, og selv må vi ikke uddelegere så meget, at vi mister kontinuitet og kendskab til den "hele" patient. For de fleste er det netop det, at vi får lov til at lære vores patienter at kende, der gør arbejdet meningsfuldt. //

HUSK ansøgningsfrist for honorering af dataindsamling 7. august 2020

Fredag den 7. august 2020 er der deadline for projektledere, som vil ansøge Fonden for Almen Praksis om dækning af honorar til praktiserende lægers medvirken ved dataindsamling i forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter.

Sådan ansøger du

Se vejledning og download ansøgningsskema fra DSAM's hjemmeside: www.dsam.dk/mpu.

Projektet skal være godkendt af MPU-udvalget, før der kan ansøges om honorar.

Hvert projekt kan maksimalt tildeles 70.000 kr. pr. år til brug for honorering.

Ansøgningsskema, projektprotokol og relevante bilag sendes til mpu@dsam.dk.

Kontaktperson i DSAM

Dorthe Pedersen, dp@dsam.dk, tlf. 5150 1676.

