

Practicus

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



April 2019
42. årgang // 244

TEMA ORGANISERING

Realistic Medicine - realistisk i Danmark? side 4

Cod ledelse skaber arbejdsglæde, side 10

Studiejob uden for universitetsbyerne, side 47

INDHOLD

Leder

- 3 Kursskifte – et fælles ansvar

DSAM

- 4 Realistic Medicine – realistisk i Danmark?
7 DSAM i pressen
8 Børnetegninger skal vise kontinuiteten i almen praksis

Artikler

- 10 God ledelse skaber arbejdsglæde
13 En praktiserende læge til alle patienter – uanset bopæl
14 Livet går jo videre ...
16 Skal vi bruge tiden ved telefonen?
18 Kvalitetslounge giver grobund for græsrodsprojekter
22 Har du talt med dine kolleger om patientsikkerhed i dag?
25 Fokus på fertilitet, tak!
28 Ny børnejournal til de fire første børneundersøgelser
30 FamilieTrivsel i Almen Praksis
32 Har du 12 ledige minutter?
34 3x3: Konsultationsprocessens ni F'er
37 Nyt om navne: Jan-Helge Larsen og Dorte Jærbøl
38 Nyt om navne: Per Kallestrup

FYAM

- 41 Praksis-KBU'ere i sparringsgrupper...

- 42 Her er din regionale FYAM-repræsentant

- 44 Temadag tager temperaturen på speciallægeuddannelsen

SAMS

- 46 Job i almen praksis som medicinstuderende
47 Studiejob uden for universitetsbyerne

Debat

- 48 Update-syndromet
49 Omhu og Opmærksomhed kræver Overskud
50 Nært er svært og kræver akademisk håndværk

Boganmeldelse

- 51 Smerter – baggrund, evidens og behandling

Opslag

- 6 DSAM's årsmøde 2019
24 Hvem skal have årets Talentpris?
24 Prækongres for yngre læger
39 Invitation til TAK-symposium, FE København
40 PLU-fonden, ansøgningsfrist
40 Mødekalender
52 Pejlemærker

// s. 28



PRACTICUS UDGIVES SOM MEDLEMSBLAD TIL MEDLEMMER AF DSAM

Stockholmsgade 55
2100 København Ø
Tlf. 7070 7431
www.dsam.dk

ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR

Ellen Louise Kristensen
redaktoer@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR

Jonas Fynboe Ebert
jonasebert@dsam.dk

REDAKTIONSEKRETÆR

Annette Gehrs
asg@dsam.dk

NÆSTE NUMRE

Nr. 245
Frist for artikler: 18. marts 2019
Udgivelsesuge: 23, 2019

Nr. 246
Frist for artikler: 8. juni 2019
Udgivelsesuge: 36, 2019

MANUSKRIPTER SENDES TIL

practicus@dsam.dk

CITAT

Tilladt med kildeangivelse

LAYOUT/TRYK

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

FORSIDEFOTO:

Jonas Fynboe Ebert

OPLAG:

5.000

ISSN: 0109-2235

Kursskifte — et fælles ansvar

Regeringen synes endelig at have fået øjnene op for, at tiden er inde til at ændre kurs. Efter en entydig satsning på sygehusene gennem det sidste årti er kursen nu sat mod almen praksis: Nu er det her, der skal gøres en indsats. Mens sygehusvæsnets har fået op mod 50 pct. flere læger, har bestanden af praktiserende læger været mere eller mindre konstant over de sidste 15 år. For tiden anslås det, at vi mangler op mod 150 praktiserende læger i Danmark. Hvor knækkede nålen af kompasset?

I overenskomstforhandlingerne i 2013 gik bølgerne højt. Det skræmte flere yngre læger fra at købe sig ind i en praksis. Det ramte særligt de yderområder, der i dag mangler læger. Her frygtede de nyuddannede speciallæger i almen medicin, at deres investering ville gå tabt på grund af en usikker fremtid for faget. Det kan være en af årsagerne til, at der nu er over 700 speciallæger i almen medicin, der har valgt ikke at arbejde i almen praksis. Cirka halvdelen arbejder på et offentligt hospital, mens en mindre del er ansat i private erhvervsvirksomheder eller er rejst til udlandet.

Barselsvilkårene for speciallæger, der arbejder i almen praksis, er heller ikke for gode. De bør kigges efter i sømmene. De dårlige forhold er en af grundene til, at mange kvindelige speciallæger fravælger almen praksis – i det mindste midlertidigt – fordi de gerne vil have børn. Der er nu politisk vilje til at uddanne flere speciallæger i almen medicin. Men hvis flere skal søge hoveduddannelse, bør man så ikke opslå flere af de mest eftertragtede stillinger nær de store byer? For eksempel er der ikke slået et eneste forløb op i Aarhus med start den 1. maj 2019.

Hvordan står det til med holdningen til almen praksis

blandt læger i andre medicinske specialer? Jeg oplevede selv flere gange under hospitalsopholdet i løbet af min studietid og i min KBU, at der jævnligt blev talt nedsættende om lægerne i almen praksis. Kunne det være en anden årsag til, at færre vælger almen medicin som speciale?

Og hvad med den politiske tone? ”Det, der ikke er svært, skal være nært”. Det mundrette slogan har vagt røre blandt mange praktiserende læger – og det har taget al fokus fra regeringens sundhedsreform. Hvem er det på Christiansborg, der finder på slogans til politikerne? Hvem er det, der finder på at tvinge nyuddannede læger ud i almen praksis for at løse lægemanglen i yderområderne og kalde det ”tjenestepligt”? Hvorfor ikke gøre det til en obligatorisk del af KBU-uddannelsen, eventuelt i en længere periode end den nuværende?

Cirka en tredjedel af alle praktiserende læger anslås at gå på pension inden for det næste årti. Hvis vi ikke sætter ind nu, risikerer vi at gå en hård tid i møde. Løsningen er ikke enkel. Lad os begynde med en god kollegial tone blandt alle læger, så man ikke allerede under studiet skal høre andre læger tale nedsættende om vores fag. Så kan vi sammen sætte sejl i medvinden fra politisk hold. //



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



BESTYRELSENS KLUMME:

Realistic Medicine – realistisk i Danmark?

D SAM har siden årsmødet 2018, hvor vores kollega Gregor Smith fortalte om Realistic Medicine (RM) i Skotland, undersøgt konceptet og ved to møder diskuteret berettigelsen af Realistisk Medicin i det danske sundhedsvæsen. De problemer, der søges løst, er parallelle til dem, vi har i Danmark: Defensiv journalføring og medicin som svar på målepunktskontrol og klager fører til spild af sundhedsprofessionelles tid og fremmer silotænkning i en tid, hvor der er brug for prioritering og samarbejde. Både lægernes arbejdsmiljø og patienternes sikkerhed presses.

Kan vi lære noget af de skotske erfaringer?

I Skotland – og i resten af Storbritannien – var der i 2015 alvorlig krise i NHS (National Health Service). Kvalitetsudviklingen (QOF-systemet) fungerede ikke. Både primærsektor og hospitaler var kronisk overbelastede.

Skiftende regeringer havde truffet forkerte valg og brugt penge på nyttesløse initiativer. Primærsektoren var udsultet, praktiserende læger gav op, og der kom ikke nye til. En ond cirkel. Lyder det bekendt? Måske kan den skotske løsningsmodel inspirere os?

Sundhedsvæsenets øverste rådgiverstilling, Chief Medical Officer, blev overtaget af den innovative obstetriker Catherine Calderwood, som lancerede begrebet *Realistic Medicine*, sammen med en gruppe nøglepersoner, heriblandt Gregor Smith, hendes "deputy". Tiden var moden, krisen udbredt, og behovet for en ændring på tværs af sundhedsvæsenet åbenlys. Projektet i Skotland kommer således fra toppen af sundhedsmyndighederne – med politisk opbakning. Man gør til gengæld meget ud af involvering af både borgere og sundhedsprofessionelle i udviklingsprocessen.

De områder, der er udpeget som fokusområder, og som man arbejder videre med i realistisk medicin, er:

1. **Fælles beslutningstagning** og fokus på effektiv kommunikation i hele sundhedsvæsenet, herunder aktivering af patienten, som opfordres til at stille gode spørgsmål som: Er denne behandling virkelig nødvendig? Er der alternativer? Det udbrede, at flere undersøgelser ikke altid er bedre. Det handler også om formidling og øget tilgængelighed af viden (hvad virker, hvordan, hvor meget og på hvem?). Fokus på mere kompetente patienter og på den fælles samfundsopgave at gøre solid viden tilgængelig for både læger og patienter.
2. **Personcentreret omsorg** udvikles i det samlede sundhedsvæsen i samarbejde med borgerne. Borgerne skal være mere med i beslutningerne. Samarbejde og overleveringer mellem forskellige behandlere og sektorer skal opprioriteres. Vi skal fokusere på den samlede omsorg for patienten i stedet for at behandle én sygdom ad gangen. Det er særligt vigtigt, fordi stadigt flere og ældre patienter har mere end en kronisk sygdom, og fordi polyfarmaci er et erkendt problem.



3. **Reduktion af skade og spild i sundhedsvæsenet** handler om, at sundhedsprofessionelle er forvaltere af sundhedsydelser. Vi ved, at overdreven brug af undersøgelser og behandling kan medføre patientskade, både direkte og indirekte. Ved at søge at eliminere skade og spild kan vi yde den omsorg, som folk virkelig værdsætter.

4. Fokus på **variation i sundhedsydelser** som en kilde til læring. Kortlægning af skade, spild og uberettiget variation kræver gode data af forskningskvalitet til brug for prioritering. Det anerkendes i øvrigt, at sundhed og lighed i sundhed primært er betinget af faktorer uden for sundhedsvæsenet: social integration, opvækst, boligforhold, indkomst, uddannelse, beskæftigelse, nærmiljø m.m.

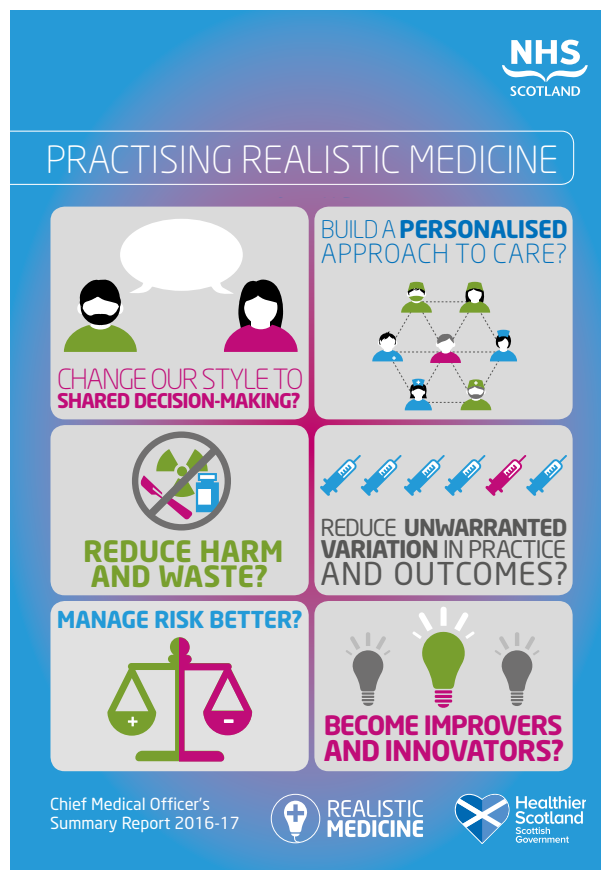
5. Forståelse og **styring af medicinsk-juridisk** risiko er nødvendig. I stedet for mere kontrol og lægers stigende bekymring for kritik og sanktioner for at have undladt eller overset noget handler realistisk medicin om at sikre rammer for, at beslutninger om undersøgelse, behandling og pleje kan træffes i fællesskab med patienten. Et meningsfyldt samtykke til undersøgelse eller behandling kræver, at vi kan formidle usikkerhed, og at patientens opfattelse af risiko bringes på bane.

6. Man arbejder bevidst med **værdsættelse af arbejdsstyrken som det vigtigste aktiv i sundhedsvæsenet** (fokus på ledelse og trivsel – en engageret arbejdsstyrke er vital for patientsikkerhed). Ikke kun af hensyn til patientsikkerheden, men i høj grad også fordi klinikeren er en kilde til innovation og forbedringer, som ellers ofte forsøges udviklet i distance af det udøvende sundhedsvæsen og derefter forsøges implementeret med begrænset succes.

DSAM arbejder videre med realistisk medicin (RM)

Vi har i DSAM diskuteret indholdet i RM på internatmøde og forårsrepræsentantskabsmøde med deltagelse af lederne fra både forskningsenheder og PLO. Der er enighed om, at RM peger på den retning, vi også har brug for i Danmark. RM er på mange måder gode almenmedicinske pejlemærker, som er bredt ud i sundhedsvæsenet. RM sætter samlet lys på mange af sundhedsvæsenets udfordringer, herunder den demografiske udfordring og polyfarmaci. Vi er helt klar over, at en ændring, som den skotterne har sat i gang med en vis succes, skal have bred opbakning og momentum i sundhedsvæsenets ledelse og hos myndighederne for at kunne lykkes.

Styrkerne ved RM set fra den almenmedicinske vinkel



er, at RM rummer både for lidt og for meget medicin. Men fokus er på, at variation må diskuteres af klinikere i trygge rammer, hvis årsagerne skal forstås, acceptable niveauer fastlægges, og kvalitet skal fremmes. Vores klyngeprogram skal fremme disse diskussioner og sikre, at klyngen bliver en ressource med fokus på innovation og inspiration.

Det personcentrerede fokus er klart truet af, at evidensbaseret medicin under pres er ved at mutere til guidelinebaseret medicin. Hvis vi lader realistisk medicin sætte rammen for vores arbejde med kliniske vejledninger i DSAM, så har vi en mulighed for at imødegå denne udvikling. De kliniske vejledninger skal ikke være facitlister for behandling af sygdom. De skal skitsere et udfaldsrum, hvor de beslutninger vi træffer – sammen med patienten – er indenfor det rimelige og også kan rumme fravalg af behandling.

Den foreløbige konklusion er, at almen medicin kan bruge RM som samlingsbegreb, og at DSAM kan arbejde videre med at beskrive dets berettigelse i forhold til udfordringerne for vores lægespeciale. Samtidig kan vi også forsøge at påvirke beslutningstagere og myndigheder og tage RM-tankegangen med i de mange høringer og faglige grupper og fora, hvor selskabet er repræsenteret. //

DSAM's årsmøde 2019

4. oktober på Comwell Kolding

Faglighed og forandring – fra udfordring til mulighed

Eller på engelsk: "Professionalism and change – from challenge to opportunity". Det er nemlig oplægget til årets keynote speaker. Glæd jer til at høre Martin Marshall, Professor of Healthcare Improvement, Primary Care and Population Health, University College London, i årets keynote speech. Martin Marshall vil tale om udfordringerne i almen praksis nu og i fremtiden, og hvordan vi kan fastholde fagligheden i den foranderlige hverdag, vi møder.

Et bredt udvalg af sessioner

Ud over at optræde som keynote speaker har vi fornøjelsen af at have Martin Marshall med i den ene formiddags-session, der handler om, hvordan vi måler på kvalitet. Det er et svært, men nødvendigt arbejde, der bl.a. skal bruges i klyngerne. I andre sessioner vil vi se på, hvordan vi laver et godt klyngeprojekt, og hvordan vi opsporer og håndterer sårbare patienter med fokus på børn og familier. Vi arbejder på en session om second victim-begrebet, om mediernes rolle, trivslen, og hvordan vi får skabt en kultur, hvor vi

kan tale om det og lære af det. Lidt i denne tråd vil der også være en session om at holde fast i arbejdsglæden.

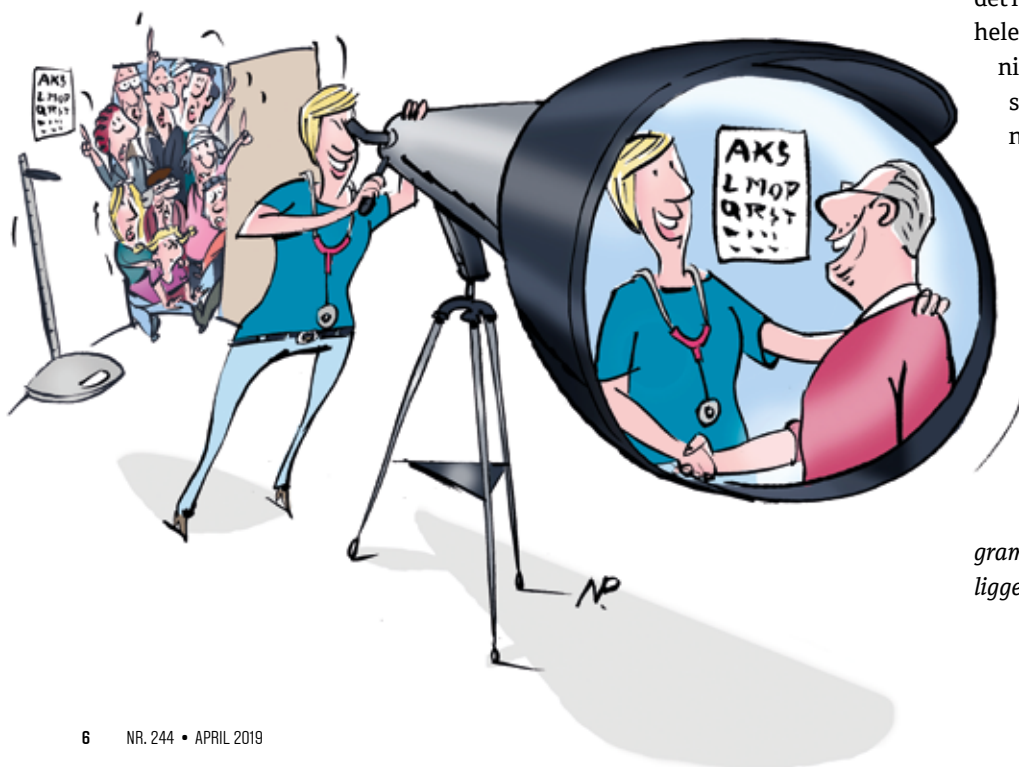
Den faglige kvalitet går igen i flere andre sessioner, fx når arbejdsopgaver uddelegeres til personalet, når vi taler muligheder og begrænsninger ved ultralyd, og når vi ser på, om vi kan bruge web- og telekonsultation til hudforandringer og til at tage bedre hånd om kronisk syge.

Reserver dagen nu

Der er alt i alt lagt op til en dag, der kun kan blive indholdsrig og spændende. Læg så den gode forplejning, det hyggelige gensyn med kolleger fra hele landet og endda den gode stemning ved festen om aftenen oveni, så er der al mulig grund til allerede nu at sikre sig fri fredag den 4. oktober 2019!

Der åbnes for tilmelding i begyndelsen af juni, hvor du vil kunne se hele paletten af sessioner i det samlede program på DSAM's hjemmeside og i Practicus nr. 245, der udkommer samtidig. //

OBS! Da vi stadig er i planlægningsfasen, kan ændringer i programmet forekomme, men dato og sted ligger helt fast.





DSAM i pressen

Læs klummen fra Sine Barrett-Madsen, der beretter fra journalist- og pressearbejderens maskinrum i DSAM.

”Der er ikke en gris, som bliver tunge af at blive vejlet”, sagde Anders Beich for en måned siden i et tv-interview på TV2, som gik på, at unge nemt kan teste sig selv for klamydia med en test bestilt på nettet. Anders Beich lagde bl.a. vægt på, at man ikke kan teste sig til sundhed, og at flere test ikke gør folk sundere. Derfor bør der i stedet være mere fokus på sundhedspædagogik og adfærdsændringer. Man kan f.eks. blive smittet kort tid efter behandling, hvis man vedligeholder den adfærd, man fik klamydiaen af.

Ovenstående eksempel er blot en ud af mange nyheder i det nye år, hvor DSAM's formand, Anders Beich, er stillet op til interview for at forsvare relevante lægefaglige synspunkter.

Debatindlæg med kant

Vi lever i de skarpe budskabers tid, og alle, der arbejder med politik eller presse, ved, at et godt budskab fanger modtageren. Nogle gange får politikerne dog rodet sig ud i slogans, hvor de ikke helt kan bunde. Regeringens nylige sundhedsreform er et godt eksempel, som med budskabet ”Hvad der ikke er svært, skal være nært” mødte stor kritik fra de praktiserende læger. I Ugeskriftet gør Anders Beich det f.eks. helt klart, at det er misforstået retorik, for det, der er nært, er ofte meget svært. Bertel Haarder indrømmede i et indlæg (den 29. januar) i Berlingske, at det var ham, som i sin tid opfandt sloganet, og han forstår ikke, hvorfor sætningen ”beklikker lægernes faglighed”. Han fortæller, at han beskrev visionen, for at komplicerede hospitalsspecialer skulle centraliseres for at sikre kvaliteten, men alt andet skulle løses uden – eller med korte – indlæggelser. Derfor skulle en stigende del af sundhedsmilliarderne gå til genoptræning og forebyggelse i bred forstand.

Til det svarer Anders Beich i et indlæg, at rim og remser kan være sjove

og rammende – men sloganet er ingen af delene. At Bertel Haarder bekræfter vildfarelsen, nemlig at opgaven i det nære sundhedsvæsen skulle handle om genoptræning og forebyggelse, skaber kun yderligere bekymring for, om politikere har fanget, hvad opgaven i almen praksis handler om. Det er en svær og kompleks opgave, måske den mest komplekse i sundhedsvæsenet. //





Børnetegninger skal vise kontinuiteten i almen praksis



Hvad har børnetegninger at gøre med en synlighedskampagne for faget almen medicin? Eller for den sags skyld tv-interviews på Bornholm med helt almindelige danskere? Og hvad betyder budskabet: "Det gør en forskel, at vi kender hinanden?"

Summen af spørgsmålene kan relateres til én eneste ting, som en kampagnegruppe i DSAM, bestående af formand, FYAM-medlemmer og sekretariat, har arbejdet med det sidste styk-

ke tid. Svaret er: Det er en kampagne, der skal synliggøre faget almen medicin og gøre opmærksom på de mange dygtige praktiserende læger, som hver eneste dag på umærkelig vis lægger deres liv og sjæl i arbejdet med deres

patienter. Du kan læse mere om kampagnen i denne artikel.

Gennem det sidste års tid har vi afprøvet ideer, forkastet ideer, testet budskaber, arbejdet med ord og sætninger. Vi har talt om stort set alle temaer i relation til almen praksis, holdt flere møder med et reklamebureau, der har hjulpet os med at finde ind til essensen af kampagnens budskab, og hvordan det bedst blev effektueret.

Hvis min læge ikke var her

På Folkemødet 2018 tog vi hul på forarbejdet til kampagnen under arbejdstitlen "Hvis min læge ikke var her". Vi forestillede os først en kampagne, hvor familielægen i samfundet var væk – og almen praksis lå tilbage i Tjernoby-lagtige, forladte lokaler og var afløst af en stor robot, en computer, hvor patienten kunne søge svar på sin sygdom eller sit sundhedsproblem.

Et lille dynamisk hold interviewede og filmede tilfældigt udvalgte borgere om deres relation til og erfaring med deres læge og betydningen heraf. Det er utroligt, hvor præcist og rammende borgerne betoner og værdsætter de samme ting, som vi selv som læger gør:



Budskabet "Hvis min læge ikke var her" blev testet på Folkemødet 2018.



Budskabet "Hvis min læge ikke var her" blev testet på Folkemødet 2018.



Rialtoklinikken på Frederiksberg har lagt hus til optagelserne.

kontinuitet, relation, nærhed, tillid, tryghed, at blive lyttet til. Ud af optagelserne kom der en lille testkampagnefilm, som vi i de kommende måneder forventer at vise i optakten til en større og bedre produceret film, som henvender sig til borgerne.

Kontinuitet redder liv

Budskabet "Hvis min læge ikke var her" blev dog i sidste ende ikke ramrende nok for alt det gode lægearbejde, som udføres hver eneste dag i almen praksis. Vi ville jo gerne sælge et positivt budskab til befolkningen.

Det budskab kom til os med en forskningsartikel fra juni sidste år fra British Medical Journal (BMJ), som viser, at det reducerer dødeligheden, når patienterne møder en og samme læge over længere tid. Et britisk forskerhold har for første gang påvist en generel sammenhæng mellem kontinuitet i læge-patient-forholdet og patienternes dødelighed. Men andre ord så har det betydning, at læge og patient kender hinanden, hvilket er kernen i almen praksis.

Men hvordan sælger man et ord som "kontinuitet" til befolkningen?

Børnetegninger og filmoptagelser

Efter endnu en runde ved klippe-klistre-bordet og med hjælp fra reklame-



Børnetegninger er en væsentlig del af kampagnen.

bureau, tv- og filmproduktionsselskab, er kampagnen nu klar til kick-off.

Med budskabet "Det gør en forskel, at vi kender hinanden" tager vi udgangspunkt i børns tegninger til deres læge. I filmen viser vi historien om en dreng, som har en tegning med til sin læge. I slutningen af filmen bliver tegningen hængt op på væggen ved siden af hans mors tegning, som hun gav til samme læge for mange år siden. Slutbilledet på kampagnefilmene sender seeren videre til en kampagneside, hvor filmen kan genses og deles. Her fortæller vi om baggrunden for kampagnen og præsenterer relevant forskning. Siden vil også indeholde lidt tungere tekster, end de sociale medier typisk kan rumme.

Selve filmen er optaget her i foråret. Vi har været så heldige at finde en lægepraksis, der gerne ville åbne dørene for os, så vi kunne rykke ind i en weekend med filmhold og skuespillere. Til filmen har vi brugt en masse børnetegninger, og også her har vi fået god hjælp fra en række kolleger i faget.

Vi håber, at I vil tage godt imod dette tiltag og hjælpe os med at sprede budskabet og dele filmen, når vi i forsommeren sender nyhedsbrev ud om kampagnen.

Spørgsmål og kommentarer er altid velkomne. Skriv til sekretariatet på dsam@dsam.dk, hvis I vil vide mere. //



God ledelse skaber arbejdsglæde

Tre studiekammerater fra Aarhus besluttede i 2016 at starte en ny praksis sammen i Grenå. Ambitionen om at skabe arbejdsglæde gennem tydelig ledelse og en fleksibel arbejdsdag har i dag sikret Lægefællesskabet i Grenå bred anerkendelse. Hvad er arbejdsfilosofien?

Arbejdsglæde er en faktor, man ikke skal undervurdere. Men hvad er det, der giver arbejdsglæde? Det er der skrevet lange bøger om. I Lægefællesskabet i Grenå tror vi på, at faktorer som at have det sjovt, at udvise fleksibilitet og imødekommenhed, at støtte og tro på den enkelte medarbejder, at give personalet ansvar og mulighed for at udfolde sig er med til at give arbejdsglæde. Det er også afgørende, at ledelsen giver personalet indflydelse på egen arbejdsplads, og at det er en naturlig del af kulturen, at nye ideer og forslag er velkomne.

Tre venner finder sammen

Vi startede Lægefællesskabet i 2016. På det tidspunkt havde vi – tre studiekammerater og venner – gennem mange år diskuteret, hvordan man kunne

gøre det attraktivt at arbejde i et område med lægedækningsproblemer. Sammen med andre gode kolleger og venner havde vi også diskuteret, hvordan man kunne gribe sådan et projekt an. Derfor var vi godt forberedt, da muligheden for at erhverve sig et ydernummer i Grenaa opstod. Vi lagde ud med et enkelt ydernummer og 1.200 patienter. Efter et års tid købte vi yderligere tre ydernumre. I dag har vi i Lægefællesskabet i Grenå cirka 6.800 patienter.

I starten havde vi ansat en enkelt sekretær. Men da vi købte flere praksis, overtog vi personale – som man jo gør ved en virksomhedsoverdragelse. Da vi var meget bevidste om, at det krævede noget ekstra at integrere flere kulturer, fik vi hjælp af en erhvervs-konsulent. Vi arrangerede blandt andet nogle personale dage med fokus på kultur og samarbejde.

Vi købte en spejderhytte i nærheden af Grenaa, der kunne fungere som mødested for personalet og med gode rammer for sociale arrangementer. Nogle af møderne med konsulenten holdt vi i hytten med fokus på, hvordan man skaber en god arbejdsplads. Vi præsenterede vores visioner og forsøgte også at formidle vores tanker om projektet. Den proces har vi efterfølgende haft stor glæde af, fordi personalet blev inddraget og fik kendskab til den kultur, som vi ønskede at fremelske i Lægefællesskabet.

En attraktiv arbejdsplads for alle

Vores udgangspunkt for at drive praksis i et udkantsområde med lægemangel var, at vi ville gøre det attraktivt for læger i alle aldre at arbejde i vores praksis ved at tilbyde så fleksible engagementer som muligt. Man er forskellige steder i livet og har dermed



Jannik, Hans Christian og Mogens holder fokus på arbejdsglæde, god patientbehandling og tydelig ledelse.

Foto: Jesper Balleby

også forskellige behov. Vi prøver stadig at tilgodese dette i vores arbejdsplanlægning, og det betyder blandt andet, at vi har både unge og ældre læger på deltid.

Vi ønskede at have stor fokus på arbejdsglæde, konstant udvikling og nytænkning. Samtidig ønskede vi at drive klinikken inden for overenskomsten, for vi var ikke interesserede i at etablere en udbudsklinik. Vi startede med at definere tre overordnede visioner:

- Lægefællesskabet er en praksis baseret på arbejdsglæde i tænkning og fleksibilitet.
- Vi vil behandle patienterne godt på alle måder.
- Gennem tydelig ledelse vil vi skabe en arbejdsplads, som alle er trygge ved og stolte af.

Faste møder og beslutningsdokument

Vores ønsker til vores praksis krævede en tydelig ledelsesfunktion med samstemte ledere. Selvom vi er tre gamle venner, der deler værdier om ledelse og har en fælles forståelse for almen praksis, fik vi i starten klare udfordringer, hvis vi i perioder ikke fik kommunikeret nok internt i ledelsen. Derfor indførte vi et telefonmøde en fast ugedag kl. 7.00-7.45. På det tidspunkt sidder flere alligevel som regel i bilen på vej til Grenå. Derudover holder vi regelmæssige møder i hytten, hvor vi tre ledere mødes efter arbejde og overnatter i hytten. Disse hyttemøder giver ro i forhold til at tænke strategisk og samtidig få afklaring på aktuelle udfordringer, fordi vi har tid nok til også at komme lidt op i helikopteren.

Men et er afklaring af strategi, et andet er at få implementeret det, som man beslutter. Det er en udfordring, som mange andre sikkert også slås med. Hos os har vi løst det ved at lave et beslutningsdokument, hvor vi løbende skriver mødepunkter med referat af fælles beslutninger og navnet på tovholderen for de forskellige opgaver. Det gør processen meget tydelig for os, og vi ved, hvornår opgaverne er udført, fordi det står i dokumentet. Dette redskab er helt essentielt. I en organisation som vores, hvor vi er flere forskellige typer af medarbejdere – læger, vikarer, sygeplejersker og sekretærer – men også ansatte medicinstuderende (praksisassistenter), har vi også et stort behov for at få formlidlet, hvilke beslutninger der så er taget om rutiner og måder at gøre tin-



Vi købte en spejderhytte i nærheden af Grenaa, der kunne fungere som mødested for personalet og med gode rammer for sociale arrangementer.

gene på. Derfor udsender vi et ugentligt nyhedsbrev, hvor nye tiltag formidles til alle medarbejdere.

Praksisadministrator og tilgængelighed

For at få hjælp med den daglige ledelse har vi opkvalificeret en af vores sekretærer til praksisadministrator. Det er et nyt tiltag, som vi har store forventninger til. Vi regner med, at det kan aflaste os i forhold til det ledelsesmæssige og gøre det lettere at få udført de opgaver og ændringer, som vi beslutter.

I forhold til det mere behandlingsmæssige har vi arbejdet målrettet med god tilgængelighed ved at bruge systemet 'tid samme dag', som mange praksis i dag bruger. Princippet er, at vi har cirka 50 pct. åbne tider hver dag, så disse patienter kan få en tid den dag, de ringer.

Vejledning og supervision

Vi havde et ønske om at gøre det attraktivt for yngre læger at være hos os. Derfor er vi meget bevidste om at prøve at skabe et miljø med fokus på undervisning og læring. Ud over den

daglige vejledning af uddannelseslæger og vikarer har vi hver morgen et fast 10-minutters morgenmøde kl. 7.45-7.55. Derudover har vi et ugentligt fællesmøde, hvor vi diskuterer både drift og undervisning. Seks gange om året har vi også halvdagsmøder i hytten, hvor de mere overordnede temaer tages op. I tillæg planlægger vi at tage på en personaletur med hele Lægefællesskabet hvert andet år.

Da vi gerne vil bruge vores ressourcer bedst muligt, har vi valgt at frigive en speciallæge hver dag som *supervisor*, der ikke har patienter den dag, men kun giver supervision. Sygeplejerskerne kan tage flere ikke-planlagte konsultationer, fordi de har en erfaren speciallæge i ryggen hele tiden. Derudover har vi ansat medicinstuderende (praksisassistenter) til at tage nogle af de mere traditionelle sygeplejefunktioner, f.eks. blodprøver (også i hjemmet), forberedelse af årskontroller og konsultationer med ukomplicerede patienter i tæt supervision. Supervisorfunktionen er en spændende måde at bruge sin faglighed på som erfaren praktiserende læge, fordi man bruger sin speciallægeviden meget koncentreret.

Det er vores erfaring, at *det er godt at have en gennemtænkt ledelsesmæssig strategi, at have klare visioner og et tydeligt værdigrundlag*, som er kommunikeret til hele personalegruppen. Hos os er det grundlaget for den daglige drift – og her er tydelig ledelse jo også vigtig. //

VORES 10 BUD PÅ, HVAD DER GIVER ARBEJDSLÆDE:

- At have det sjovt
- At have højt til loftet
- At have fleksibilitet
- At udvise imødekommethed
- At støtte den enkelte medarbejder
- At tro på den enkelte medarbejder
- At give personalet ansvar
- At give den enkelte mulighed for at udfolde sig – inden for lyst og evner
- At give personalet indflydelse på egen arbejdsplads
- At være lydhør over for nye forslag og idéer



En praktiserende læge til alle patienter – uanset bopæl

Udsigten til flere kolleger i almen praksis giver ekstra arbejde til de praktiserende læger – men det er en opgave, som vi skal løse.

Hvad er hot i Videreuddannelsesudvalget (VIA) lige nu? spurgte redaktøren. I VIA finder vi, at den største udfordring for os, men i særdeleshed også for hele specialet, er manglen på os praktiserende læger. Vi vil meget gerne bidrage til, at dette problem løses hurtigst muligt. Vi satser på to niveauer: studerende og speciallæger.

Studenterniveauet

Grunduddannelsen bør indeholde mere almen medicin og et længere ophold i almen praksis. Det vil give de studerende en bedre ballast i forhold til at forstå hele "væsenet" og patientens vej i dette. Valget af almen medicin som speciale vil også blive et mere naturligt valg. VIA har holdt møde med almenmedicinske folk ved de fire universiteter, og sammen har vi skrevet til ministre og Folketinget med henblik på dette. Vi har også bedt om, at man igen giver mulighed for økonomisk støtte til de studerendes transport til og ophold i praksis langt væk fra universitetsbyerne. At økonomisk "straffe" de studerende, der skal lidt langt væk, er jo bare helt tosset.

Speciallægeniveauet

Hvordan motiverer vi så en nyuddannet læge til at søge vores speciale? Helt kort er det via eksponering, en attraktiv uddannelse og gode arbejdsforhold. I løbet af det næste par år kommer vi tilbage til, at alle skal et halvt år i almen praksis i KBU – og det er vi glade for. Det giver de unge en god uddannelse, og specialet bliver eksponeret for dem. Vi har fået lov-

ning på 30 ekstra årlige hoveduddannelsesstillinger i almen medicin, men de aktuelle politiske udmeldinger taler om 100 ekstra i stedet for. Det er der brug for – så, ja tak!

I VIA er vi fuldt bevidste om de udfordringer, der ligger i denne kraftige øgning: Dels skal de mange stillinger besættes med motiverede unge læger, og dels skal der skabes ekstra uddannelsespladser. En del af de ekstra stillinger bør opslås relativt centralt, hvor vi sagtens kan få dem besat. Blot at opslå flere stillinger perifert, hvor der er i forvejen er ubesatte stillinger, sikrer ikke tilgangen til specialet.

Udvidelsen kræver mange flere tutorlæger – og flere yngre læger ad gangen i eksisterende uddannelsespraksis. Uddannelseskoordinatorerne i alle regioner er klar til opgaven – og vi håber, at rigtig mange praksis vil melde sig. Det er en opgave, vi skal løse! //





5 spørgsmål til forskeren: Denne artikelserie omtaler en publiceret forskningsartikel eller et igangværende forskningsprojekt, som har stor relevans for almen praksis.

Livet går jo videre...

Hvordan er det at have kræft samtidig med andre kroniske sygdomme? Og hvordan balancerer lægen behandlingen? Det er temaet i et nyt forskningsprojekt.

Hvorfor er forskningsprojektet relevant for den alment praktiserende læge?

Den praktiserende læge vil i stigende grad få ansvaret for kontrol og behandling af patienter med kræft og andre kroniske sygdomme som diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom. Denne gruppe af patienter har højere dødelighed end kræftpatienter uden komorbiditet. Tidligere studier viser, at patienter, som har haft kræft, kommer til færre kontroller for deres kroniske sygdomme end patienter, som ikke har haft kræft.

At gå igennem et kræftbehandlingsforløb er for de fleste patienter både

krævende og angstprovokerende, og spørgsmålet er, om det for patienten overhovedet efterlader overskud til at prioritere de andre sygdomme. Samtidig kan der for den praktiserende læge ligge en udfordring i at holde kontakten til kræftpatienter og balancere behandling af de forskellige sygdomme i forhold til hinanden. Det er derfor værd at blive klogere på, hvordan et kræftbehandlingsforløb kan påvirke fokus på de øvrige sygdomme.

Dette ph.d.-projekt undersøger erfaringer med og perspektiver på behandling af andre kroniske sygdomme hos kræftpatienter, set fra både den praktiserende læge og patientens perspektiv.

Hvad handler din artikel om?

Den første artikel i ph.d.-projektet omhandler patientperspektivet og undersøger, hvordan patienter oplever at have en kræftdiagnose og andre kroniske sygdomme, samt hvordan kræftsygdommen ændrer patientens hver-

dagsliv og prioritering af de øvrige kroniske sygdomme.

Hvordan er dit studie udført?

Studiet er kvalitativt, og datamaterialet blev indsamlet i 2016. Tretten praktiserende læger i Region Sjælland inkluderede i alt fem mænd og ti kvinder i projektet. Gennemsnitsalderen var 72,5 år (53-80 år), ni patienter var samboende/gifte og seks patienter boede alene. 14 patienter var pensionerede, en enkelt patient var i flexjob. Patienterne havde overstået kræftbehandling inden for de seneste fem år for forskellige kræftformer uden metastaser (kræft i tyktarm, spiserør, bugspytkirtel, strube, lunge, bryst og prostata). Derudover havde patienterne også diabetes, KOL eller hjerte-kar-sygdom, og enkelte patienter havde desuden andre sygdomme som muskelskeletsygdomme, psykiske lidelser og alkoholafhængighed.

Patienterne blev interviewet ud fra en semi-struktureret interviewguide,



og interviewene foregik typisk i patientens eget hjem, mens kun enkelte patienter blev interviewet i lægens praksis. Selve analysen blev udført med den kvalitative metode Systematisk Tekst Kondensering.

Hvad er de vigtigste resultater?

Et af de vigtigste resultater er, at "livet jo går videre" trods sygdom. De fleste patienter distancerede sig faktisk fra "sygerollen". Et godt hverdagsliv og et godt funktionsniveau havde højeste prioritet for patienterne, hvorfor det primært var funktionshæmmende symptomer, f.eks. smerter og åndenød, der gav anledning til bekymring og opmærksomhed, snarere end sygdommene i sig selv.

Et andet vigtigt aspekt var, at opfattelsen af kræftsygdommen og de øvrige kroniske sygdomme ændrede sig over

Fordi der er jo ikke noget at gøre ved
det – det er der trods alt med kræften.

Hvis jeg får en knude til, så kan de
fjerne den – de kan ikke fjerne min KOL.

Det kan ikke blive bedre... Jeg har
ikke styr på KOL." (pt. 5)

tid. Det at få stillet en kræftdiagnose blev for de fleste først opfattet som frygtindgydende og livstruende. Efter kræftbehandlingsforløbet beskrev de fleste kræftsygdommen nærmest som "et bump" på vejen og en intens og krævende "indskudt sætning" i hverdagslivet. Kræftsygdommen blev altså opfattet som overstået og "fjernet" af lægerne.

Modsat var mange patienter indledningsvist ubekymrede, da de fik diagnosticeret diabetes eller KOL. Disse syg-

Ph.d.-projekt: Prioriteringer hos patienter med kronisk sygdom og kræft

Vejledere: Annette Sofie Davidsen, Anette Hauskov Graungaard og Jens Søndergaard

Link til artikel: goo.gl/Pu7Xr9

domme gav først anledning til bekymring ved forstyrrende symptomer, og når patienterne indså sygdommenes kroniske karakter og deres eget ansvar for håndteringen af disse sygdomme, f.eks. i form af livsstilsændringer.

Angående kontroller for kronisk sygdom gav flertallet af patienterne udtryk for en uændret prioritering efter kræftdiagnosen. Et nært forhold til den praktiserende læge var højt værdsat. Mange patienter beskrev, at den praktiserende læges engagement i kontrol af de kroniske sygdomme havde betydning for, at de selv fastholdt opmærksomheden på disse sygdomme.

Hvordan kan det implementeres, og hvilke udfordringer kan det give?

Den nye vejledning "Kræftopfølgning i almen praksis" fra DSAM beskriver bl.a. vigtigheden af opmærksomhed på de kroniske sygdomme hos kræftpatienter. Resultaterne fra patientinterviewene understøtter dette budskab, da patienterne faktisk også ønsker at prioritere de kroniske sygdomme, trods en initialt angstprovokerende kræftdiagnose og et efterfølgende krævende kræftbehandlingsforløb. Studiets resultater giver også indsigt i, hvordan de kroniske sygdomme over tid kan vække bekymring for patienterne. Derfor er det afgørende, at den praktiserende læge prioriterer og fastholder de kroniske kontroller, ikke mindst fordi lægens faglige og personlige engagement kan have en afsmittende effekt på patientens engagement.

Netop lægens prioritering og erfaringer med kontrol og behandling af de kroniske sygdomme hos kræftpatienter er i fokus i næste del af mit ph.d.-projekt. //



Skal vi bruge tiden ved telefonen?

En mulighed for at frigive tid i en travl hverdag

Den faste skemalagte telefontid mellem 8 og 9 er under pres. Ventetiden er lang, og måske udnyttes lægens specifikke kompetencer ikke godt nok på den måde. Hvordan skal man så gøre det? Kommende kollegers forskningstræningsopgave giver måske svaret.

Vores fase 2-praksis havde forskellige tilgange til, hvordan man bedst leverer telefonkonsultation (TK). Derfor valgte vi som forskningstræningsprojekt at undersøge, om man kunne spare lægetid ved at omlægge fra fast morgen TK til ringe-tilbage-tider (RT). Vi fandt, at der var mulighed for en tidsmæssig og økonomisk gevinst ved at afskaffe eller reducere den skemalagte TK-tid.

Overenskomsten for almen praksis forpligter den praktiserende læge til at være telefonisk tilgængelig samlet set i mindst en time dagligt. Alligevel er der forskellige måder at organisere sig på, når det kommer til lige netop TK'er.

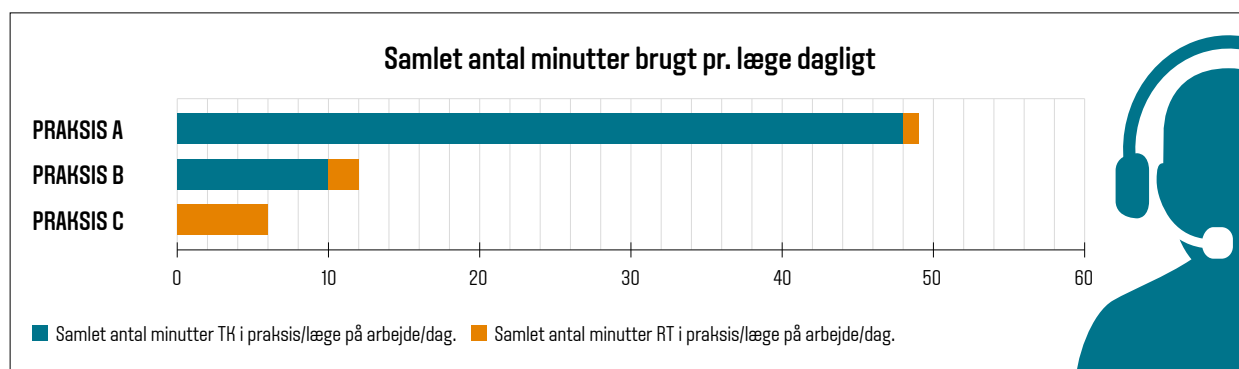
Omkring 85 pct. af danskerne er årligt i kontakt med deres alment praktiserende læge. Mere end halvdelen af befolkningen (55 pct.) havde telefonisk kontakt med deres praktiserende læge

i 2013. I faktiske tal svarer det gennemsnitligt til to TK'er pr. borger pr. år.

I en tid med færre praktiserende læger, hvor patienterne og dermed efterspørgslen på konsultationer bliver flere, er lægetid en mangelvare. Hvordan udnyttes lægens tid optimalt? Flere studier har vist, at omlægning fra TK til RT betyder, at lægens arbejdsbyrde falder. Fra projektaf rapportering af Dan-PEP-undersøgelserne ved vi, at en af de største gener for patienterne er ventetid på at komme i kontakt med en læge.

Hvordan lavede vi undersøgelsen?

Vi er i vores fase 2 tilknyttet tre forskellige kompagniskabspraksis, benævnt praksis A, B og C, som med deres beliggenhed og antal tilmeldte pa-





tienter er sammenlignelige. De tre praksis har organiseret deres måde at håndtere TK på forskelligt. Praksis A har direkte telefonisk adgang til de fleste læger én time dagligt. Praksis B har en halv times fast visiteret telefontid, hvor opkaldene, før de kommer til lægen, besvares og hvis muligt håndteres af 1-2 personaler (sekretærer, sygeplejersker og stud.med.). Praksis C har ingen fastlagt telefontid. I stedet sidder sekretær og/eller stud.med. ved telefonen og håndterer det meste og kan ved behov få lægen til at ringe tilbage.

Vi foretog en spørgeskemaundersøgelse, hvor vi bad lægerne i praksis A og B samt personalet i B og C svare på, hvor mange opkald de håndterede, hvad de omhandlede, og om de kunne løses af personale eller af læge. Ydermere estimerede de tiden, de brugte på at håndtere opkaldene. Spørgeskemaet inkl. vejledning kan findes online via QR-koden. I diagram 1 vises den ugentlige fordeling af den tid, der er brugt på TK og RT pr. patient, som er tilmeldt praksis.

Hvad viste vores undersøgelse?

Vores undersøgelse viste, at ved at omlægge modellen fra praksis A og B til praksis C med udelukkende RT kunne man frigive mere lægetid. Ud fra § 87-udtræk fra de tre praksis så vi ikke indikationer på, at dette skulle medføre betydeligt flere kontakter i form af e-mailkonsultationer eller konsultationer, idet praksisserne stort set havde lige mange kontakter.

Den mulige tidsbesparelse opgjort i minutter pr. læge pr. uge ved omlægning fra praksis A til praksis Cs model, dvs ingen TK men kun RT, vil den enkelte læge ugentligt have en tidsbesparelse på ca. 3,5 time. Såfremt praksis A omlægges til praksis Bs model med ½ times TK og forhåndsvisitering ved personale, vil tidsbesparelsen være 1 t 12 min. Hvis praksis B omlægges til praksis Cs model, vil besparelsen være cirka 30 minutter pr. uge.

Ved at afskaffe den faste TK ville man desuden forvente, at man kunne få mere tidsmæssig spredning på opkaldene. Derfor vil man dels kunne nedbringe ventetid i telefonen og dels frigive mere tid til f.eks. konsultationer eller administrativt arbejde. Hvis man i stedet for én times TK gennemfører fire konsultationer, vil det også økonomisk give en gevinst. Dette endog fratrukket en times sekretærløn.

Forskellige behov kræver forskellige løsninger

Der kan være mange grunde til, at man organiserer sig forskelligt med TK. Patientkulturen kan være forskellig praksisserne imellem. I praksis A, hvor det er muligt at kontakte egen lægen direkte pr. telefon hver dag, benytter mange patienter denne kontaktform til f.eks. opfølgning og videre plan i et længere forløb. Dette giver kontinuitet og tilfredshed for både patient og læge.

Hvis man antager, at flere patienter vil kunne håndteres i telefonen af en læge, i stedet for at skulle møde frem til en konsultation, vil flere patienter undgå at skulle op til lægen og evt. tage fri fra arbejde. I nogle tilfælde vil en konsultation dog give bedre betingelser for god behandling, modsat en telefonkonsultation, hvor man ikke kan se patienten, og en objektiv undersøgelse naturligvis må undlades. Et studie understøtter dette, idet det viser,

at patienter, der udelukkende har talt med lægen i telefonen, har større tilbøjelighed til efterfølgende at søge lægen, sammenlignet med patienter, der møder til en konsultation.

Undersøg dine egne præferencer

Endelig kan lægen have egne præferencer med hensyn til arbejdstilrettelæggelse og indstilling til tilgængelighed, som vægtes højere end både tidsmæssige og økonomiske perspektiver. Hvis der ikke er skemasat tid til at håndtere TK og RT, vil lægen risikere at overskride dagsprogrammet på dage med ekstra belastning.

Der er som beskrevet mange grunde til, at man har organiseret sig forskelligt i praksis landet over inden for de muligheder, der beskrives i overenskomsten. Skulle man have et ønske om at frigive noget lægetid, er der hermed viderebragt en idé til at fortage samme øvelse. Med en simpel spørgeskemaundersøgelse kan man danne sig et overblik over, hvordan tiden forbruges ved TK, og slutteligt opveje fordele og ulemper ved omorganisering i forhold til egen praksis og præferencer. //



Spørgeskemaet inkl. vejledning kan findes online via QR koden



Kvalitetslounge

giver grobund for græsrodsprojekter

Nordisk Kongres for Almen Medicin 2019 har fokus på kvalitet og den måde, der arbejdes på i almen praksis. En såkaldt "kvalitetslounge" giver plads til alle de spændende projekter, der spirer og gror i almen praksis, men som ikke nødvendigvis følger gængs videnskabelig praksis.

Hvordan kan vi blive bedre til at smertebehandle vores patienter? Hvordan giver vi vores døende patienter en bedre tid i den sidste del af livet? Hvordan laver vi en bedre opfølgning for de patienter, som har problemer med hjertet?

Det er spørgsmål som disse og mange flere, der danner baggrund for kvalitetsprojekter i almen praksis. I år får Nordisk Kongres for Almen Medicin en kvalitetslounge – som er et område med tv-skærme, der er dedikeret til præsentation af græsrodsprojekter, hvor deltagerne kan præsentere lokale og praksisnære projekter til inspiration for deres nordiske kolleger.

Praktiserende læger er handlekraftige

Et kvalitetsprojekt kan være mangt og meget, men det udspringer først og fremmest af en lys ide ved morgenmødet eller frokostbordet, hvor prakti-

steamet er blevet enige om at undersøge en konkret problemstilling og finde løsninger herpå. Herefter tager projektet form, og hele teamet medvirker i løsningsprocessen.

Practicus har spurgt praktiserende læge og professor Jette Kolding Kristensen, som er initiativtager til kvalitetsloungen på Nordisk Kongres 2019, om baggrunden for ideen.

"Praktiserende læger er meget handlekraftige, og det giver os som læger og vores praksispersonale en høj arbejdsglæde og energi, når vi får mulighed for at prøve vores ideer af og undersøge, om vi med få ændringer kan gøre en stor forskel i vores patienters liv," siger Jette Kolding og påpeger, at hun håber, at forskerne på kongressen vil blive inspireret af kvalitetsloungen og måske få lyst til at trække nogle af kvalitetsprojekterne ud i en større målestok.

Udover at hun glæder sig til at se,

hvad der spirer og gror i almen praksis i hele Norden og se, hvilke projekter der optager hendes nordiske fagfæller, så håber hun, at den vil inspirere deltagerne til at stoppe op, kigge på præsentationerne og tage en snak med kollegaer og de kvalitetsfolk, der er i området – bl.a. for at lære af de erfaringer, kollegaerne har gjort, og for at blive inspireret til selv at gå hjem og starte projekter i egen praksis eller klynge.

Kvalitetslounge er en nyskabelse

Den norske praktiserende læge Gisle Roksund, som er tidligere leder af Nordic Federation of General Practice, kalder kvalitetsloungen for en "nyskabelse inden for almen medicin".

"Det bliver vældig spændende at se, hvad der dukker op i kvalitetsloungen. Jeg håber at se en stor underskov af små og store ideer, som udspringer af den enkelte praktiserende



læges erfaring og oplevede behov for forbedringer i arbejdet,” siger han og fortsætter:

”Det kan være et arbejde, som sigter på at skabe bedre tilgængelighed, mindre ventetid, bedre tid til patienterne – i det hele taget arbejde, som gør os i stand til at kunne forstå og tage os af de medicinske forhold, som betyder noget for den enkelte, og ikke bare alene målsætninger, som efterlever myndighedernes retningslinjer for god praksis. God praksis er mere end at følge retningslinjer for enkelte sygdomme og risikotilstande,” siger Gisle Roksund.

Han håber, at de praktiserende læger kan få bekræftet meget af det gode arbejde, som de allerede gør, og få inspiration og ideer til det videre arbejde med kvalitetsforbedringer i de enkelte lægepraksis.

Uddannelseslæge Ida Vester Feilberg, medlem af DSAM's kvalitetsudvalg og formand for DSAM's græsrods- spor, der indsamler praksisnære kvalitetsprojekter, synes, kvalitetsloun- gen er en ”formidabel ide”. ”Der sker meget på kvalitetsområdet i Danmark i øjeblikket, og det er oplagt at sparre med vores nabolande for at få inspiration og blive helt skarpe på, hvordan vi vil kvalitetsudvikle i almen praksis herhjemme. Jeg tror, kvalitetsloun- gen kan give os en god fornemmelse af, hvilken retning specialet er på vej i,” siger hun.

Videnskab og kvalitet i almen praksis

Der er lagt op til høj videnskabelig kvalitet på Nordisk Kongres 2019, som foregår i Aalborg i Danmark. I skriven- de stund er der indsendt 250 abstracts, som kongressens videnskabelige komité er i gang med at vurdere.

”Vi ønsker selvfølgelig, at det vi- denskabelige program skal være af høj kvalitet, men det betyder ikke, at de spændende projekter, som spirer i al- men praksis, skal udelukkes, fordi de ikke følger gængs videnskabelig prak- sis. Kvalitetsprojekterne er ofte gode til hurtigt at få afprøvet en tese eller en teori uden de helt store økonomi- ske omkostninger, og hvis det ikke vir- ker, så har man afprøvet sin ide,” slut- ter Jette Kolding.

Nordisk Kongres for Almen Medi- cin foregår i år i Aalborg fra den 17. juni til den 20. juni 2019. Der er dead- line for tilmelding til kvalitetsloun- gen den 20. maj og for indsendelse af sel- ve præsentationen den 3. juni 2019. //

Som noget helt nyt præsenterer DSAM en kvalitetslounge på Nordisk Kongres i Aalborg i år. Formålet med loungen er, at den skal præsentere spændende praksisnære kvalitetsprojekter og inspirere læger til at kvalitetsudvikle i egen praksis. Practicus har stillet forskellige spørgsmål til en norsk praktiserende læge og en dansk uddannelseslæge og blandt andet spurgt ind til deres forventninger til kongressen.



**Uddannelseslæge
Ida Vester Feilberg**
Medlem af DSAM's
kvalitetsudvalg og
formand for DSAM's
græsrodsspor

Hvad får du som ung læge ud af deltage i kvalitetslounge?

"Unge læger, som er på vej mod drømmejobbet som praktiserende læge, er typisk meget engagerede og åbne for ideer. Vi ser med friske øjne på specialet. Vi har brug for alle mulige input for at kunne tænke ud af boksen og sætte vores eget præg på almen praksis i fremtiden. Desuden laver en del hoveduddannelseslæger selv græsrodsprojekter, som de vil kunne dele og debattere på loungen. Måske kan man ligefrem "tyvstjæle" en god ide fra en nordisk kollega og afprøve på danske forhold, hvis man går og savner lidt kvalitetsudvikling i hverdagen.

Hvad sker der i øjeblikket på kvalitetsområdet i almen praksis i Danmark?

Altså skal jeg svare kort på det? Vi er ved at ryste posen, kan man sige! Kvalitetsområdet får helt ny struktur med de nye klynger, hvor flere praktiserende læger skal samarbejde om kvalitetsudvikling. Jeg sidder selv i en arbejdsgruppe, der skal indsamle praksisnære græsrodsprojekter (på sigt også fra klyngerne) og oprette en vidensbank. Det er netop for, at vi kan sparre med og inspirere hinanden. Så behøver alle ikke opfinde den dybe tallerken, og kvaliteten generelt for almen praksis skulle gerne øges. Det bliver forhåbentlig win-win – både større arbejdsglæde for lægen og bedre løsninger for patienterne!



Cisle Roksund
Praktiserende læge
i Norge, og tidligere
leder af Nordic
Federation of
General Practice

Hvad kan en kvalitetslounge bibringe til Nordisk Kongres for Almen Medicin?

Kvalitetslounge er jo noget helt nyt for Nordisk Kongres for Almen Medicin. Det bliver et område i kongresshallen, hvor praktiserende læger kan fremvise lokale kvalitetsprojekter, der foregår rundt om i Norden, og hvor kolleger kan diskutere forskellige tanker og ideer om kvalitetsarbejde i praksis. Det bliver spændende at se, hvad der vil blive vist her. Det er mit ønske, at deltagerne bliver inspireret og bekræftet i det arbejde, som de allerede udfører hjemme i deres praksis.

Hvad kan du fortælle overordnet om de praksisnære projekter?

Kvalitetsarbejde i almen medicin skal komme patienterne til gode. Det er i mødet med læger og medarbejdere, at patienterne oplever kvaliteten. Patienterne skal f.eks. opleve, at de bliver hørt, set og forstået i mødet med fagpersoner. Kvalitetsprojekter er nyttige for patienterne, og derfor er det så vigtigt, at hver enkelt praktiserende læge driver et kontinuerligt kvalitetsarbejde i den enkelte lægepraksis. Det handler bl.a. om tilgængelighed i klinikken, at arbejde med struktur og rutiner, interne møder, hvordan klinikken skal møde den enkelte patient, hvilke ydelser der skal tilbydes, hvilke undersøgelser der laves, når lægerne skal henvise videre, og hvad man ikke skal gøre.

Vi kolleger lærer af hinanden i diskussioner, især hvis vi sørger for, at vi virkelig kan se og observere, hvad vi gør, og ikke bare, hvad vi synes, vi gør. Det er vigtigt, at vi udvikler læringskulturer og organisationer, hvor vi bliver akademisk opdaterede. At vi kan acceptere ny viden og ændre vores adfærd. Erfaringer samt tilstrækkelig og relevant forskning tyder på, at det er nødvendigt.

En af de vigtigste ting for kvalitet er kontinuitet i læge-patient-forholdet. Det er vigtigt, at lægen kender patienten og omvendt.

Kvalitetsloungen på Nordisk Kongres er et spændende koncept

Anna Weibull, som er tidligere praktiserende læge i Grenaa, har to projekter fra almen praksis på bedding til kvalitets-loungen. Practicus har spurgt hende om, hvad hun ser mest frem til, samt hvad hun håber at få ud af præsentationen på kongressen.



Foto: Ditte Liholm

Anna Weibull ser frem til kvalitetsloungen på Nordisk Kongres med håb om at få mulighed for at præsentere erfaringer og ideer for sine nordiske kolleger. Det ene kvalitetsprojekt har titlen: 'Translation and cultural adaption of SPICT™ in a Danish context' og det andet: 'Cancer follow up in primary care – a personcentered narrative approach'. Sidstnævnte projekt har bl.a. fået stor opmærksomhed i den danske presse.

Om kvalitetsloungen på Nordisk Kongres siger Anna Weibull:

"Det er et meget spændende koncept, hvor jeg får mulighed for at komme ud med mit budskab til et meget bredere publikum end ved blot at lave en workshop eller et symposium, især når det handler om nogle konkrete værktøjer, som vi gerne vil implementere i almen praksis for at højne kvaliteten af vores arbejde." Hun håber at få begge sine projekter godkendt til kongressen. "Jeg håber, der vil komme en masse kolleger forbi, se på skærmene og tale med mig om projekternes indhold, hvordan processen har været, og evt. hvad de selv kan bruge det til. Måske kan nogle blive inspireret til at arbejde med udvikling af kvalitetsprojekter i fremtiden."

Der er deadline for tilmelding til kva-

litetsloungen den 20. maj, og præsentationen skal være DSAM i hænde senest 3. juni 2019.

Kort om de to kvalitetsprojekter:

1. 'Translation and cultural adaption of SPICT™ in a Danish context'

Oversættelsen af SPICT™ (Supportive and Palliative Care Indicators Tool) til dansk er et kvalitetsprojekt inden for den palliative indsats, især på basalt niveau i primærsektoren og på de almindelige somatiske afdelinger i sekundærsektoren. Indtil nu har der kun været den engelske udgave fra Universitetet i Edinburgh. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at SPICT bruges til identifikation af patienter med palliative behov. Arbejdet har derfor bestået i at lave en valideret oversættelse af SPICT og ved hjælp af semistrukturerede fokusgruppeinterviews med relevante aktører i primærsektoren (praktiserende læger, hjemmesygepleje og personale på plejehjem) og i sekundærsektoren (læger og sygeplejersker) dels oversætte og dels få en vurdering af, om SPICT er brugbar i en dansk sammenhæng. Oversættelsen er nu godkendt og kan findes, downloades og bruges af alle på SPICT's hjemmeside <https://www.spict.org.uk/the-spict/spict-dk/>.

2. 'Cancer follow up in primary care – a personcentered narrative approach'

Kræftpatienter, som har eller er helbredt for kræft, er tiltagende hyppige patienter i Danmark og i almen praksis, efterhånden som diagnostik og behandling bliver bedre. Halvdelen af patienterne har senfølger, og et evt. recidiv af kræftsygdommen diagnosticeres oftest mellem kontroller. International forskning viser, at kræftopfølgning ikke er bedre i sekundærsektoren end i primærsektoren. Kontinuitet og personcentreret opfølgning er også en fordel for patienterne. På denne baggrund besluttede DSAM at lave en vejledning om kræftopfølgning i almen praksis. Projektet blev gennemført af en arbejdsgruppe ved fælles dagsmøder, internatmøder og individuelt arbejde med litteraturgennemgang af eksisterende international og dansk litteratur på området. Med udgangspunkt i en almenmedicinsk tilgang til arbejdet, Sundhedsstyrelsens vejledninger samt deltagernes kliniske erfaring og almenmedicinske kompetencer udviklede vi en klinisk vejledning til de praktiserende læger om kræftopfølgning i almen praksis. //



Har du talt med dine kolleger om patientsikkerhed i dag?

Patientsikkerhed og kvalitetsudvikling er to sider af samme sag. DSAM har udviklet et politikpapir på området. Hvordan vender man en diskussion om fejl til et samarbejde om rutiner, der øger patientsikkerheden?

I dagligdagens klinik arbejder vi ud fra devisen at arbejde for patientens bedste. Det har vist sig, at der trods de gode intentioner er arbejdsgange og hændelser, der enten er potentielt skadelige og i visse tilfælde skader patienten, eller har en negativ indflydelse på patientens behandling.

Netop holdningen 'vi arbejder for patientens bedste' kan være hindrende for at erkende fejl og hændelser, der sænker patientsikkerheden. 'Vi gør jo vores bedste hele tiden!'

Derfor er det vigtigt, at læger og personale i den daglige klinik, ved planlægning af nye rutiner, i kvalitetsudviklingsprojekter og ved fejl i patientbehandlingen indarbejder kommunikation og erfaringsopsamling om patientsikkerhed som en del af klinikernes planlægning.

DSAM har udviklet et politikpapir, der beskriver området og arbejdet med patientsikkerhed i almen praksis.

Blodprøverne i køleskabet

For nogle år siden havde vi en vikar ansat i min klinik. Samtidig ansatte vi en ny sygeplejerske. Begge blev introduceret til arbejdsgange vedrørende rutiner i klinikken. Efter et stykke tid sker det, at de sent tagne blodprøver bliver stillet i køleskabet, uden at skiltet, der angav, at de skulle findes der, er taget frem. Dagen efter møder vi sent på arbejde, og laboratoriet tager ikke prøverne i køleskabet med. Herved forlises prøver fra 12 patienter, der skal genindkaldes til blodprøvetagning.

Det interessante ved denne case var, at da det blev taget op på et kliniskmøde i forbindelse med UTH-cases, gav personalet udtryk for, at det var, hvad der kunne ske, og at der ikke var nogen grund til at gå mere op i det. Som en af parterne sagde: "Vi skal ikke bruge tid på denne blamekultur. Det sker jo kun en gang." Der var absolut ingen interesse i at diskutere, hvordan man kunne skabe rutiner og sikker-

hed, der forebygger en gentagelse af samme UTH igen. Men så skete det igen et stykke tid efter ...

Pointen vedrørende UTH-registreringerne er, at de bruges til intern læring i klinikken og vender diskussionen om fejl til et samarbejde om opbygning af rutiner, der øger patientsikkerheden. Det kræver tid at opbygge en patientsikkerhedskultur i praksis, hvor fejl ved patientarbejdet er et læringsredskab og ikke et skyldsspørgsmål.

Kvalitetsudvikling er patientsikkerhed og vice versa

Når en klinik planlægger at udvikle kvaliteten inden for et område, er det vigtigt, at patientsikkerheden tænkes ind i forløbet fra begyndelsen. Drejer det sig f.eks. om patienter med diabetes: Kan man overveje, hvad der skal ske, hvis patienten udebliver fra kontrollerne? Hvis patienten har et andet forløb i klinikken, hvordan husker vi så hans kronikerkontroller osv.? Det vil øge kvaliteten af forløbene betydeligt og sikre læger og personale mod frustration og give patienterne bedre styring af deres sygdomme. Man kan vel egentlig ikke tale om kvalitetsudvikling, hvis patientsikkerheden ikke er inddraget.



Netop holdningen 'vi arbejder for patientens bedste' kan være hindrende for at erkende fejl og hændelser, der sænker patientsikkerheden.

Strukturelle faktorer

En af de hyppigste årsager til fejl i almen praksis er problemer i forbindelse med overdragelse af patienter og kommunikation om dem ved sektorovergange. Et eksempel på dette er sundhedsplatformens manglende integration med FMK, der fortsat udløser fejlordinationer. Det kan være uoverskuelige mængder autotekst i en epikrise, der hindrer lægen i at finde vigtige oplysninger om behandling og medicinering. Ændringen af reglerne om tolkegebyr er et andet eksempel, hvor politiske beslutninger sænker patientsikkerheden i almen praksis.

Her kunne man ellers forvente, at det nationale organ for patientsikkerhed var aktivt, men omkring denne kritik er STPS påfaldende fraværende. Her er der områder, hvor patientsikkerheden er alvorligt truet, og hvor man kunne forvente, at STPS trådte i karakter.

Arbejds miljø i almen praksis

Op mod 40 pct. af landets praktiserende læger er stressede. Udbændte, stressede læger og personaler udfører dårligt lægearbejde og er en trussel mod patientsikkerheden. Derfor er det uomgængeligt vigtigt, at der arbejdes for at forbedre arbejdsmiljøet i landets almenmedicinske klinikker. Pop op-skærme, cavemeddelelser og digitale hjælpeværktøjer, der forstyrrer kontakten med patienten, stresser lægerne. Den store arbejdsmængde og usikkerheden om fagets position i fremtidens sundhedsvæsen er også en stor faktor. Myndighederne og de almenmedicinske organisationer bør tilrettelægge et arbejde, der afdækker detaljerne i denne overbelastning af læger og personaler. Før stressfaktorerne er tilstrækkeligt afklarede, er det svært at sætte systematisk ind for at forbedre forholdene.

Et paradoks er, at flere læger, der har haft besøg af STPS i deres klinikker, fortæller, at de er mere stressede og udbændte efter besøget. Forværrer STPS' planlagte besøg patientsikkerheden? Det er et interessant spørgsmål.

Ulighed i sundhed skaber lav patientsikkerhed

De socialt dårligst stillede og mest sårbare patienter har den laveste patientsikkerhed. Multimorbiditet og polyfarmaci øger risikoen for hændelser, der kan være til skade for patienten. Derfor er der god grund til at registrere de sårbare patienter og planlægge specifikke forløb for dem. Denne gruppe patienter kræver en speciel indsats. Det kan være så enkelt, som at sørge for, at de har to faste kontaktpersoner i klinikken, der planlægger deres forløb. Eller at de bliver ringet op, et par timer inden de skal være i klinikken, så man ved, at deres transport er arrangeret, og at de kommer.

Politikpapiret

DSAM's politikpapir beskriver og afgrænser væsentlige områder inden for arbejdet med patientsikkerhed. På denne baggrund er det meningen at skabe debat om, hvordan man styrker patientsikkerheden i almen praksis. Samtidig forsøger DSAM sammen med PLO at styrke samarbejdet med STPS for at fjerne fokus fra tilsynsvirksomheden, der beviseligt ikke styrker patientsikkerheden, og i stedet arbejde på at styrke det pædagogiske og organisatoriske arbejde med patientsikkerhed i almen praksis.

Du kan finde politikpapiret på DSAM's hjemmeside og via dette link: goo.gl/qvPw93 //

Hvem skal have årets Talentpris?

Talentprisen blev i 2018 delt mellem de to praktiserende læger og ildsjæle Søren Kæseler Andersen og Morten Sig Ager Jensen for deres ekstraordinære indsats i "Udkantsdanmark" til gavn for både patienterne og ikke mindst for faget almen medicin.

Du kan nu være med til at beslutte, hvem der skal have den ærefulde pris i år.

Har du en god kandidat i tankerne?

Så send dit forslag (navn på kandidaten og hvorfor) senest den 7. maj 2019 til dsam@dsam.dk.

Om prisen

Talentprisen gives til en person, der ved en ekstraordinær indsats har medvirket til at profilere selskabet og/eller standen. Det kan også være en, som har ydet noget ud over det sædvanlige virke som praktiserende læge til gavn



for patienterne og faget almen medicin. Traditionen tro uddeles årets Talentpris på DSAM's årsmøde, der finder sted den 4. oktober 2019. Med prisen følger æren og en check på 10.000 kr. //

Prækongres for yngre læger

Nordisk Kongres i Almen Medicin afholdes den 17.-20. juni 2019 i Aalborg. I weekenden op til kongressen afholder Nordic Young General Practitioners (NYGP) en prækongres for de deltagende yngre læger.

Prækongressen består af to dage med fagligt indhold i form af oplæg, workshops og gruppedebatter, men mindst lige så vigtigt er det sociale sammenhold, der skabes, når 80 yngre læger fra hele Norden mødes. Aalborg vises frem fra sin bedste side, når deltagerne først inviteres på hotdogs og fadøl ved PLO-Nordjylland, dernæst street art-gåtur rundt i centrum og til slut (for de friske) en tur i Jomfru Ane Gade!

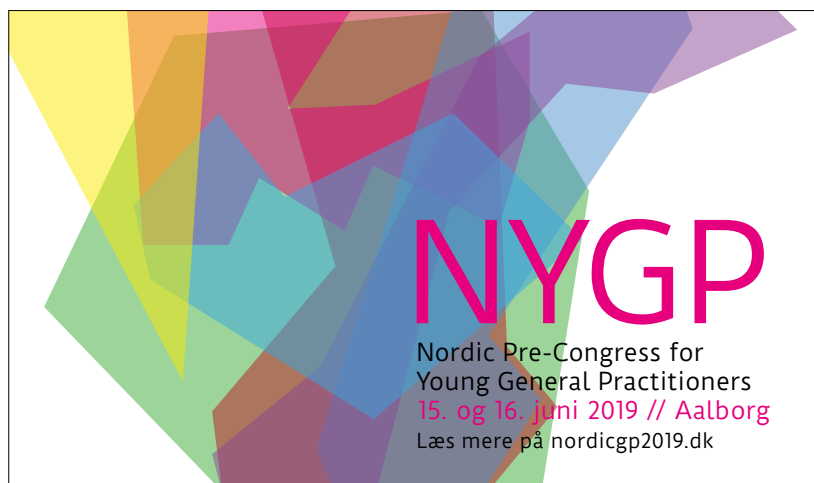
Det faglige program har overskriften "Changing Practice". Vi forsøger at kigge ind i fremtiden af almen medicin med oplæg om narrativ medicin,

ultralydsworkshop og paneldebat om innovation i almen praksis. Vi håber, at prækongressen vil inspirere os til at tænke ud af boksen, når det gælder livet i almen praksis.

Man kan tilmelde sig prækongres-

sen på hjemmesiden for Nordisk Kongres <http://www.nordicgp2019.dk>. //

Vi glæder os til at se dig!
Host Organising Committee
Anne Mette Torp





Fokus på fertilitet, TAK!

Når egen oplevelse øger passionen
for at hjælpe andre.

Knap 10 pct. af de danske børn kommer i dag til verden efter fertilitetsbehandling. Der er behov for større fokus på infertilitet, og hvordan almen praksis kan hjælpe denne patientgruppe på bedste måde. I artiklen her vil jeg med udgangspunkt i min personlige oplevelse som fertilitetspatient sætte fokus på håndtering af ufrivilligt barnløse.

Livet som ufrivillig barnløs

24 år, nyuddannet læge i KBU-stilling og klar til familie. Men ak! Aldrig i min vildeste fantasi havde jeg troet, at vi skulle være et af de par, som ikke kunne blive gravid på den naturlige måde. Hvorfor skulle det dog være os? Jeg er sund og rask – oprindeligt fra Irak, hvor der bliver født mindst tre børn per familie – nu gift med en sund og rask etnisk dansk mand.

Efter cirka 4-5 måneders babyforsøg tog jeg en snak med min praktise-

rende læge, som i starten ikke kunne forholde sig til mine bekymringer. Men efter et par samtaler blev vi henvist til Holbæk Fertilitetsklinik, hvor dommen lød: polycystisk ovariesyndrom og stærkt nedsat sædkvalitet – og ringe chancer for at blive gravid på naturlig måde.

Aldrig i min vildeste
fantasi havde jeg troet,
at vi skulle være et af
de par, som ikke kunne
blive gravid

Jeg kan tydeligt huske bilturen hjem fra klinikken efter at have fået beskeden. Min mand og jeg stirrede ud i luften uden at sige noget. Det var som at få en lussing af en anden verden. Bli-

ver vi nogensinde forældre? Hvad skal vi fortælle familien? Hvor kan vi få råd og vejledning? Ja, hvad i alverden skal vi i gang med?

Det føltes, som om jeg allerede havde mistet et barn – uden overhovedet at være gået i gang med en eneste behandling endnu; en slags sorg, der er meget svær at beskrive. Derudover var der en masse uafklarede spørgsmål omkring projekt baby. Vi savnede, at der var tid til at drøfte tilbud om psykologhjælp, parterapeut eller en afklarende samtale hos fertilitetslægen.

Udfordringer for ufrivilligt barnløse par

Diagnosen subfertil eller infertil er ofte traumatisk og kan for nogle medføre psykiske følgevirkninger. Mænd og kvinder i fertilitetsbehandling kan grundet infertilitet føle sig frustrerede, utilstrækkelige, bange og helt uforstående overfor, at de ikke kan få børn.



Fatin med børnene
Liam og Yasmin.
Privatfoto.

Ventetiden på offentlige fertilitets-klinikker stiger for hvert år. For eksempel er der i dag op til 12 måneders ventetid på behandling efter henvisning fra egen læge. Dette kan være en stor psykisk belastning og frustration, hvis man i forvejen i flere måneder/år har prøvet at blive gravid uden succes.

Fertilitetsbehandling indebærer ofte dyre og bivirkningsrige hormon-behandlinger, adskillige aftaler til skanninger og blodprøver, invasive indgreb samt flere sygedage fra arbejde – alt dette, som kan sætte stort pres på patienterne. Flere studier viser, at de kan opleve angst og depression i højere grad end fertile, hvorfor psykologisk intervention kan være en måde at afhjælpe disse psykologiske problemer og forbedre graviditetschancerne. Derudover er infertilitet tabubelagt. Derfor har mange par svært ved at tale om problemet med familie og venner, og i værste fald isolerer de sig fra det sociale liv.

Utilstrækkelig information om behandlingsforløb og medicinpåvirkninger kan føre til unødvendige frustrationer hos fertilitetspar. Den rette information på det rette tidspunkt er nøglen til et godt behandlingsforløb.

Den **økonomiske belastning**, hvis det ikke er lykkedes at blive gravid i det offentlige system efter tre reagensglasforsøg, eller man ikke ønsker ventetiden på offentlig behandling, kan i privatklinikker nå op på 25.000 kr. per behandling.

Den praktiserende læge som første stop på rejsen

Infertilitet er klassificeret som en sygdom af WHO og bør have lige så stort fokus fra sundhedspersonale som f.eks. kroniske sygdomme. Den alment praktiserende læge skal blive bedre til at

DEN MÅNEDLIGE SANDSYNLIGHED FOR AT OPNÅ EN GRAVIDITET, DER FØRER TIL FØDELSE AF LEVENDE BARN I FORHOLD TIL KVINDENS ALDER. KURVE BASERET PÅ DEMOGRAFERNE LARSEN & YANS HISTORISKE KOHORTE (3).

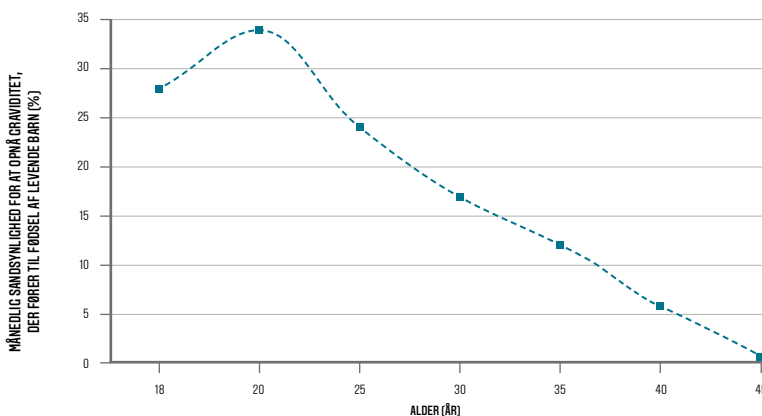


Fig. 1. Kilde: Larsen U, Yan S. The age pattern of fecundability: an analysis of French Canadian and Hutterite birth histories. Soc Biol 2000;47:34-50. Årsrapport for Assisteret Reproduktion, 2016.

Jeg kan tydeligt huske bilturen hjem fra klinikken efter at have fået beskeden. Min mand og jeg stirrede ud i luften uden at sige noget. Det var som at få en lussing af en anden verden.

forebygge og opspore nedsat frugtbarhed.

Ifølge klinisk lektor Kathrine Birch fra Institut for Klinisk Medicin ved Københavns Universitet og specialeansvarlig overlæge på Fertilitetsklinikken på Sjællands Universitetshospital, som under sin ph.d.-uddannelse var tilknyttet fertilitetsrådgivningen på Rigshospitalet, kan praktiserende læger hjælpe ufrivilligt barnløse til hurtig behandling ved:

Før fertilitetsbehandling

- Henviser hurtigt til fertilitetsbehandling, hvis parret har forsøgt i mere end 12 måneder.
- Være opmærksomme på infertilitet hos kvinder med uregelmæssig menstruation (normalt symptom ved PCOS) eller ved tidligere infektioner/operationer.
- Opfordre til optimering af livsstil allerede ved første samtale, fordi sund livsstil optimerer chancerne for en naturlig graviditet. Sund kost kan f.eks. regulere menstruation og ægløsning hos kvinden samt øge sædkvaliteten hos manden.
- Informere om, at sandsynligheden for at opnå graviditet er faldende med stigende alder (se Fig. 1).

Under og efter fertilitetsbehandling

- Støtte og informere tilstrækkeligt, så patienterne får mere viden om og ressourcer nok til at klare de udfordringer, de står med.
- Hjælpe og vejlede om private fertilitetsklinikker, når muligheden for behandling i det offentlige er slut.

- Forstå vigtigheden af og tage hånd om de psykologiske symptomer (stress, angst, depression), som kan følge infertilitet. Her er det vigtigt, at den praktiserende læge hjælper patienter til at finde professionel hjælp i form af psykolog eller terapeut, evt. med speciale i psykosociale konsekvenser af barnløshed og fertilitetsbehandling.

Og hvad skete der så med min mand og mig?

Efter knap to år med 'intra cytoplasmic sperm injections' (ICSI)-behandling stod jeg med den første positive graviditetstest, som endte med fødslen af min søn, Liam, der i dag er fem år. To års prøvetid i kontinuerlig hormonbehandling og det ene nederlag efter det andet tog hårdt på os som et ungt par. I 2016 fødte jeg Yasmin, også ved hjælp af ICSI-behandling. I dag arbejder jeg med ExSeed Health, hvor vi har udviklet en hjemme-sædanalyse med tilhørende app, der har til formål at guide og rådgive mænd til, hvordan de kan forbedre deres chancer for at opnå graviditet med deres partner. Jeg er på orlov fra hoveduddannelsen for at bruge min erfaring som læge og tidligere fertilitetspatient til at hjælpe andre par, der ønsker graviditet.

Fra den 1. november 2019 er jeg atter på den almenmedicinske sti, hvor jeg fortsætter som bloklæge i Holbæk. //

Referencer m.v. kan fås ved henvendelse til forfatteren.

FAKTA OM FERTILITET I DANMARK:

- Infertilitet (ufrivillig barnløshed) defineres sædvanligvis som manglende evne til at opnå graviditet efter mere end ét års forsøg.
- Forekomsten af infertilitet ved en etårs opfølgningsperiode er 12-18 pct. blandt kohorter af par, der forsøger at opnå graviditet.
- For 10 pct. af alle infertile par er årsagen uforklarlig.
- 15 pct. af mænd i Danmark har en sædkvalitet, der er så dårlig, at de vil have svært ved at gøre en kvinde gravid uden fertilitetsbehandling.
- 14 pct. blandt 44-årige kvinder og 20 pct. blandt mændene forbliver barnløse.
- Efter tre behandlinger har 60-70 pct. opnået at blive gravide.
- Lesbiske og enlige skal selv betale for donorsæd på private fertilitetsklinikker og hos privatpraktiserende gynækologer.



Af: Kirsten Lykke, seniorforsker, speciallæge i almen medicin, [Gritt Overbeck](#), seniorforsker, cand.mag. i sprogpsykologi, og [Anette Graungaard](#), lektor, praktiserende læge. Alle fra Center for Forskning og Uddannelse i Almen Medicin, København. frw642@sund.ku.dk

Ny børnejournal til de fire første børneundersøgelser



Fem erfarne praktiserende læger står bag et nyt journalmodul til børneundersøgelser. Modulet er foreløbig afprøvet i et pilotstudie og er nu klar til at indgå i projektet FamilieTrivsel i Almen Praksis, som er forankret ved Københavns Universitet. Pilotstudiet har vist, at lægerne har fået større indsigt i hele familiens trivsel, og det er blevet nemmere at beskrive forældre-barn-interaktionen. Det kan især komme sårbare børn til gode. Nu håber gruppen bag pilotstudiet, at deres erfaringer kan udbredes til en større gruppe af praktiserende læger.

Tolv praktiserende læger og deres personale fra Region Hovedstaden og Region Sjælland har afprøvet et nyt journalmodul til brug ved de fire første børneundersøgelser (5 uger, 5 mdr., 1 år og 2 år). Vi afprøvede journalen i forbindelse med et pilotstudie som forberedelse til en intervention, som er rettet mod gravide og forældre til 0-2-årige (FamilieTrivsel). Journalmodulet (herafter kaldet børnejournalen) var en succes. Den blev udfyldt ved alle børneundersøgelserne. Lægerne fandt børne-

journalen meget anvendelig – den styrkede deres indsigt i familiens forhold og forældre-barn-interaktionen. De fandt samtidig, at den passede ind i deres daglige rutiner og ofte korresponderede med de fraser, som klinikken allerede brugte i deres journalføring ved børneundersøgelserne.

Sådan blev børnejournalen udviklet og testet

Børnejournalen blev udviklet på baggrund af Sundhedsstyrelsens 'Vejledning om forebyggende Sundhedsydel-

ser til børn og unge'. Fem praktiserende læger med årelang erfaring i at lave børneundersøgelser deltog i udviklingsarbejdet. Kirsten Lykke, seniorforsker og mangeårig praktiserende læge, ledede gruppen. Vi fulgte en valideret metode kaldet the Nominal Group-teknik. Gruppen mødtes fire gange af fire-fem timer. Vi har tidligere beskrevet udviklingsarbejdet i en internationalt publiceret artikel.

Børnejournalen har fem korte afsnit: siden sidst, familien og sociale forhold, nuværende, objektivt (herunder kontakten med barnet og forældre-barn-interaktionen) og konklusion. Indholdet i afsnittene varierer lidt, afhængig af hvilken børneundersøgelse der er tale om. Mest mulig ensartethed tilstræbes, så lægen nemt kan orientere sig.

Børnejournalen blev introduceret ved de fire første børneundersøgelser (45 familier deltog).

Vi undersøgte, hvordan lægerne udfyldte børnejournalen, og gennem kvalitative interviews undersøgte vi deres erfaringer med, om journalen var forståelig, anvendelig og nem at integre-



Kirsten Lykke med en af sine små patienter. Privatfoto

re i hverdagen. Børnejournalerne var udfyldt med stor omhu, der var meget få misforståelser og forglemmelser. Alle havde notater om familiens trivsel, forældrenes samlivsform og deres egne og eventuelle andre børns helbred. Tre ud af de 45 familier havde væsentlige udfordringer for deres triv-

det sundhedspleje, eller at far og mor ikke længere bor sammen.

Større fokus på familiens trivsel

I interviewene fortalte lægerne, at børnejournalen havde styrket deres fokus på familien. Det havde været lettere og mere naturligt at spørge til fa-

systemer. Systematisk indspørgen til forældrenes oplevelse af deres egen omsorg for barnet var nyt for lægerne, ligesom det ikke var rutine at spørge, om familien havde kontakt til sundhedsplejersken ved etårsundersøgelsen. To familier, som ved etårsundersøgelsen havde behovssundhedspleje, var næppe blevet opfanget af lægen, hvis ikke det havde været for den systematiske børnejournal.

I pilotstudiet indgik et kursus, hvor vi bl.a. arbejdede med en systematisk metode til at vurdere og beskrive forældre-barn-interaktionen. Metoden tager afsæt i CARO-metoden, der er udviklet i Skotland til systematisk beskrivelse af interaktion i familier med betydelige familiære og sociale problemer. Vi videreudviklede metoden, så den kan bruges til at skærpe lægens opmærksomhed på interaktionen (hvad skal man se efter?) og til at give lægen et sprog, som kan beskrive det, som ses i interaktionen. Mange af lægerne fortalte i interviewene, at de gennem kurset havde fået et kærkomment relevant sprog til at beskrive interaktionen over for forældrene og andre fagpersoner.

Børnejournalen skal indgå i vores kommende projekt 'FamilieTrivsel i Almen Praksis', hvor 100 praktiserende læger kommer til at bruge den nye journal og dermed er med til at sætte større fokus på mental sundhed og trivsel hos det lille barn. Vi håber og forventer, at børnejournalen vil blive brugt fremover også uden for projektet. //

To familier, som ved etårsundersøgelsen havde behovssundhedspleje, var næppe blevet opfanget af lægen, hvis ikke det havde været for den systematiske børnejournal.

sel, to kvinder var alene med deres børn, og to forældre og en søskende havde betydelige sygdomme.

Børnejournalen afsluttes med en kort konklusion, hvori eventuelle planer for opfølgning på undersøgelsen indgår. Dette er tænkt overført til barnets løbende journalnotater. Her skal stå det, som lægen gerne vil huske, når barnet kommer i konsultationen næste gang med et helbredsproblem, f.eks. at barnet har søvnproblemer, er henvist til ØNH, at familien har udvi-

milieforhold, og de oplevede, at de havde fået værdifuld indsigt. I afsnittet om regulering og sygelighed var noteret en række aldersspecifikke reguleringsproblemer. Lægerne oplevede, at dette afsnit af børnejournalen svarede til de fraser, som allerede indgik i deres journaler. Den nye journal var nem at integrere i hverdagen og blev ikke oplevet som tidskrævende. Derimod havde de ikke fraser for familieforholdene, og flere havde efterfølgende integreret denne del i deres egne

BØRNEJOURNALEN:

- er enkel at anvende
- giver systematik til BU
- giver overblik
- forstyrrer ikke dine rutiner
- kan udfyldes under og efter BU'en
- kan udfyldes på 1-2 minutter.



Af: Anette Hauskov Graungaard, praktiserende læge, ph.d., Kirsten Lykke, speciallæge i almen medicin, ph.d., Gritt Overgaard, postdoc, projektleder, Jakob Kragstrup, professor og Philip Wilson, professor. angra@sund.ku.dk

FamilieTrivsel i Almen Praksis

Kan praktiserende læger medvirke til at give barnet de bedste betingelser for en sund udvikling – fysisk, psykisk og socialt – ved at øge fokus på mental sundhed hos småbørn og deres familier i de forebyggende svangre- og børneundersøgelser?

Det spørgsmål vil vi prøve at besvare i et nyt femårigt projekt, som har fået en større bevilling fra Tryk-Fonden. I projektet indgår kvalitets-

udvikling af de fire tidlige børneundersøgelser og afprøvning af et web-baseret forældreprogram, som bliver præsenteret i almen praksis.

De forebyggende undersøgelser er centrale

I Danmark er vi i den unikke situation, at en stor del af de forebyggende svangre- og børneundersøgelser foregår i almen praksis. Selvom nogle af undersøgelserne foretages af en konsultationssygeplejerske eller jordemor, så sikrer lokalisering i praksis kontinuiteten for familien. Samtidig sikres det, at den nødvendige viden om familien og barnet kan deles i praksis. Vi har f.eks. kendskab til familiens øvrige børn, bedsteforældre eller udfordringer i familien, som ikke er direkte relateret til graviditet og fødsel (f.eks. arbejdsløshed hos faderen eller can-

cer hos mormoren). Undersøgelsernes *indhold* er reguleret via Sundhedsstyrelsens vejledninger (Boks 1), men *udførelsen*, særligt vurdering af barnets mentale udvikling, forældre-barn-relationen og familiens trivsel, er utilstrækkeligt beskrevet.

Mental sundhed hos børn og deres familier

Et dansk kohortestudie, som undersøgte forekomsten af mentale helbredsproblemer hos 1½-årige børn i en normalpopulation, fandt, at cirka 17 pct. af en fødselsårgang havde bekymrende symptomer eller adfærd. Det drejede sig hovedsageligt om regulerings-, emotions- og adfærdsforstyrrelser. Der sås en stærk sammenhæng mellem problemer i forældre-barn-relationen og adfærdsforstyrrelser hos barnet samt association til kendte psykosociale ri-

BOKS 1: UDDRAG FRA SUNDHEDSSTYRELSENS VEJLEDNING OM DE FOREBYGGENDE BØRNEUNDERSØGELSER

"Formålet med de forebyggende helbredsundersøgelser hos den praktiserende læge er, at lægen gennem regelmæssig kontakt med barnet og dets familie medvirker til at give barnet de bedste betingelser for en sund udvikling både fysisk, psykisk og socialt".



sikofaktorer. Mange af problemerne er således potentielt reversible ved den rette indsats i familien. Et stigende antal unge kvinder lider af angst, depression og lavt selvværd. En tredjedel af alle børn lever i skilte familier, hvoraf 10-13 pct. er deciderede højkonfliktskilsmisses, hvor der kan være risiko for børnenes mentale sundhed.

Der er altså god grund til at sætte mere fokus på mental sundhed i svangre- og børneundersøgelserne. Men hvordan gør vi det i en travl klinisk hverdag? *Mange kollegaer efterspørger viden om, hvordan vi i almen praksis kan styrke den mentale sundhed hos småbørn og deres familier.*

Hvordan undersøges barnets og familiens mentale trivsel?

Vores gruppe har i et pilotprojekt udviklet og afprøvet en systematisk børnejournal, der dels følger Sundhedsstyrelsens vejledning og dels faciliterer et større fokus på familiens psykosociale vilkår. Desuden har vi i samme projekt udviklet og afprøvet en simpel metode til at observere forældre-barn-interaktionen i konsultationen. Vi bad desuden forældrene udfylde et spørgeskema om mentale symptomer før konsultationen. Både læger og forældre fandt, at dette var et hjælpsomt redskab i samtalen.

Kan vi øge den mentale trivsel i familien og dermed forbedre barnets kognitive og socio-emotionelle udvikling?

Vi har afprøvet et psykoedukativt, mentaliseringsbaseret program *Robusthed.dk*, der oprindeligt er udviklet i skolesundhedssystemet i Århus Kommune af læge Poul Lundgaard Bak og professor Carsten Obel. Programmet er nu placeret hos Komiteen for Sundhedsoplysning.

Vi har i en løbende proces gennem det sidste år videreudviklet programmet sammen med flere grupper af praktiserende læger, så det er blevet brug-

bart i almen praksis og retter sig mod målgruppen i vores projekt, nemlig gravide samt familier med børn op til 2-års alderen.

Programmet består af en række moduler, der adresserer håndtering af svære tanker, følelser og relationer. Det består af korte informationstekster, små videoer samt eksempler og øvelser, som er frit tilgængelige. Det kan være øvelser i at håndtere egne dystre eller negative tanker, konflikthåndtering i parret eller viden om spædbarnets udvikling af følelsesregulering.

Til brug for projekt FamilieTrivsel i Almen Praksis har vi tilpasset programmet, så det både adresserer de generelle problemstillinger, der er forbundet med at blive forældre og danne en familie, og de særlige udfordringer, som nogle gravide og familier kan møde i løbet af graviditeten og i barnets første leveår, eksempelvis svære graviditets- eller fødselskomplikationer, forælders egen sygdom eller et meget uroligt og grædende barn.

Programmet er afprøvet i en foreløbig udgave i pilotstudiet og forbedret på baggrund af surveys og interviews med de deltagende praksis og familier.

Projekt FamilieTrivsel i Almen Praksis

De inkluderede familier skal følges ved de planlagte svangre- og børneundersøgelser som vanligt, indtil barnet er to år. Interventionen anvendes, når der er behov for det – ud over den generelle introduktion af programmet til alle gravide (Boks 2). De inkluderede familier får derudover tilbud om et totimers foredrag om programmet, der afholdes af Komiteen for Sundhedsoplysning rundt om i landet. Alle gravide, der læser og forstår dansk og ikke planlægger at flytte læge under graviditeten, kan deltage.

Projektet afsluttes ved en vurdering af barnets kognitive og sproglige udvikling, når barnet er 30 måneder.

BOKS 2: DESIGN AF PROJEKT FAMILIETRIVSEL I ALMEN PRAKSIS

- I alt 100 praksis indgår. De inkluderer hver 10 gravide ved 1. graviditetsundersøgelse i almen praksis. Praksis beslutter selv, hvem og hvor mange fra praksis der skal indgå i projektet.
- Alle 100 praksis deltager i et endagskursus med fokus på kvalitetsudvikling af svangreundersøgelser og de fire tidlige børneundersøgelser. Kurset omhandler brug af den nye børnejournal, systematisk vurdering af forældre-barn-kontakt og kommunikation med forældre.
- Alle praksis randomiseres til enten interventions- eller kontrolgruppe med hensyn til introduktion af robusthedsprogrammet.
- Interventionspraksis deltager i et endagskursus yderligere med fokus på interventionen.
- Alle familier følges med de vanlige forebyggende undersøgelser. Familierne i interventionsgruppen introduceres for det webbaserede forældreprogram.
- Effekten af interventionen måles ved en vurdering af barnets kognitive og sproglige udvikling, når barnet er 30 måneder.

Projektet er planlagt til at foregå i Region Hovedstaden og Region Sjælland med start i efteråret 2019. Alle praksis, som deltager, får viden og redskaber til at udvikle deres fokus på de mentale sider af de forebyggende undersøgelser og på familiens trivsel, adgang til den systematiske børnejournal og træning i vurdering af forældre-barn-kontakten. Både for lægerne og deres praksispersonale vil der således være et vigtigt element af efteruddannelse. //



Af: Christian Vohtz, praktiserende læge og redaktør på Månedsskrift for Almen Praksis, og Søren Ipland, lyddesigner, podcaster og cand.mag. i digital kommunikation. drvoehtz@gmail.com

Har du 12 ledige minutter?

Ny podcastserie skal gøre det nemt at holde sig opdateret om faglige emner fra Lægedage.

PODCAST

<http://www.maanedsskriftet.dk/podcast/>



Månedsskrift for Almen Praksis har et godt tilbud til dig. Du kan blive fagligt opdateret på et emne og klogere på, hvad Månedsskriftet lavede på Lægedage.

Det bliver mere og mere velkendt, at Månedsskriftet ikke blot er noget, man kan læse, men også noget, man kan lytte til. For at booste denne udvikling, allierede en af de faste redaktører sig med en lyddesigner på Lægedage 2018. Ideen var, at de sammen skulle lave en række podcasts fra lægedage med interviews fra engagerede undervisere, lige efter de havde undervist. Det blev nogle intense dage, hvor der måtte tænkes kreativt for at finde tid og sted til at få interviewene afviklet. Redigeringen foregik indled-

ningsvist på Månedsskriftets stand på Lægetorvet og blev færdiggjort i ugerne efter Lægedage.

Podcast bliver en mere og mere anvendt form for formidling, og den viser sig især brugbar, når man ønsker faglig opdatering, men ikke har tiden til at sætte sig ned og læse. Podcast kan man høre på vej til arbejde, når man støver af eller bager boller.

Vi har valgt en længde på cirka 12 minutter pr. podcast. Det er en længde, hvor man som lytter kan nå godt omkring et emne på en overskuelig tid.

Podcastene er tilgængelige nu. Du kan her læse om de enkelte podcasts. Hvis du ønsker at lytte til dem, kan du bruge QR-koden eller søge på Månedsskriftets podcasts og finde dem i menuen. //

PODCAST #1 SORG

Mai-Britt Guldin, psykolog, forfatter og forsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, fortæller om sorg. Hun kommer ind på den nyere forståelse af sorgprocessen – den såkaldte tosporsmodel, som afløser de klassiske fire faser, der er den mere traditionelle opfattelse af sorg. Hun fortæller om den nye sorgdiagnose, vedvarende sorglidelse, og hun kommer med inspiration til, hvordan vi som praktiserende læger kan håndtere sørgende patienter. Også via et samtaleforløb.

**PODCAST #2 STRESS**

Jesper Bay Hansen, tidligere praktiserende læge, forfatter, sexolog og foredragsholder, møder vi i Bella Centers spa til en snak om stress og praktiserende læger. Jesper fortæller om 'mærk efter-pauser', som er afgørende for at undgå stress, og hvor vigtigt det er at kende sine egne stresssymptomer.

**PODCAST #3 BØRNEORTOPÆDI**

Bjørn Perrild, praktiserende læge, og Søren Bøtker, børneortopædkirurg, fortæller os om børneortopædi i almen praksis. De mest almindelige problemstillinger som hjulben/halveknæ, vokseværk og platfod berøres.

**PODCAST #4 CARDIEL INKOMPENSATION**

Niels Kristian Kjær, praktiserende læge, og Olav Vendelboe, kardiolog, hører vi her i samtale om cardiel inkompensation set fra forskellige perspektiver: almen praksis og hospitalsverdenen.



 $3 \times 3 = 9$

Konsultationsprocessens ni F'er

Centrale personer inden for det almenmedicinske speciale fortæller, hvilke tre værker eller beghenheder 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 eller måske en keynote session ved en konference.



PATIENTENS DEL

1. Før

Der er altid et før. Mit før var syv år på Sorø Akademis kostskole. At det havde haft så stor betydning, forstod jeg først, da jeg skrev min bog "Besværlige patienter?" Den byggede på interviews med 50 ofre for ulykker, som var indlagt på en ortopædkirurgisk afdeling, med opfølgende hjemmeinterviews. Under skrivearbejdet – blandt andet under sejlads i det græske øhav – indså jeg, at min drivkraft til at interessere mig så meget for patienternes oplevelser var, at de befandt sig i bunden af hierarkiet, ligesom jeg havde gjort de første år af kostskoletiden.

2. Forholdet

Jeg fik en 0-praksis i 1975 i Mørkhøj og ville ikke gerne udskrive Restenil, Stesolid og sovepiller. Men da jeg lyttede til mine samtaler med disse patienter, blev jeg beskæmmet over mig selv. Hvor kunne jeg lære at tale med patienter? Jeg startede en supervisionsgruppe med en psykologven og gik derfra videre til en fireårig nordisk gestaltterapiuddannelse (GIS). Det var en vild tid, hvor vi lærte sandhedsværdien af eksperimenter, dialoger mellem personer og dele af personen selv og betydningen af grupper.

I praksis eksperimenterede vi med samtalegrupper for patienter, der kom ofte. Ved efterundersøgelse af dem viste det sig, at deres netværk var blevet fordoblet, og deres lægeforbrug halveret. Også gruppe-børneundersøgelser havde samme positive effekt på socialt netværk.

3. Forestillinger, frygt og forventninger

Efter gestaltuddannelsen i 1983 måtte jeg igen undersøge mine konsultationer, nu ved at båndoptage, udskrive og analysere dem. Claes Kjær havde vist mig bogen "The Consultation" af Pendleton et al. I projektet skulle jeg forsøge at være tre forskellige slags læger for mine patienter, som blev interviewet før, lige efter og to uger efter af Lars Chr. Lassen. Lassen blev efterfølgende inspireret til at undersøge patienternes compliance, og jeg blev en af vejlederne på hans ph.d.-projekt. Både i mit og Lassens projekter blev betydningen af at få belyst patienternes tanker, bekymringer og ønsker åbenbar. I analysen af mine konsultationer opdagede jeg, at jeg hele tiden afbrød patientens historie med mine forsøg på at teste hypoteser. Betydningen af at holde en tydeligt opdelt patientdel, lægedel og fælles del blev klar.



Stemmingsbilleder fra Kalymnos. Her er der ro til at fordybe sig i konsultationsprocessen. Privatfotos



LÆGENS DEL

4. Forståelse

Jeg sammenfattede forskningen til en kronologisk beskrivelse af konsultationsprocessens faser og opdagede, at de fleste af ordene begyndte med F (otte F'er). Dermed kunne jeg begynde mit arbejde med at formidle min forståelse heraf.

5. Forklaring

Hvordan skulle jeg formidle denne erkendelse af betydningen af konsultationsprocessens kronologi og betydningen af at holde patientens og lægens del adskilt?

I 1989 havde jeg holdt et kursus i Danmark; det var ikke nogen succes. Så hvorfor ikke kombinere læring med at have det godt på en græsk ø? Jeg valgte Kalymnos, som jeg kendte. Sammen med Ole Risør og Jørgen Nystrup startede jeg Kalymnoskurserne i maj

1992. Ole bidrog med et niende F: forhandling.

Som lektor ved Afdeling for Almen Medicin ved Institut for Folkesundhed kontaktede jeg Bertel Harder ved en buffet i Sorø 1986, og vi fik fire uger og eksamen i almen medicin. Erfaringerne med at interviewe patienterne i deres hjem overførte jeg til faget 'Tidlig patientkontakt' i 1987. Modellen med konsultationens ni F'er dannede grundlag for den videobaserede eksamen i almen medicin i 1992 og afsnittet i lærebogen 1997.

FÆLLES DEL

6. Forhandling

Det tog tid at få forhandlet en tilladelse til, at kurserne kunne holdes på en græsk ø. Ville det ikke bare blive ferie? Hvordan kunne man være sikker på, at lægerne virkelig arbejdede? Der viste sig imidlertid en så overstrømmen-

de interesse for kurserne, at vi de første år lod os overtale til, at hver underviser havde to parallelle grupper med seks deltagere i hver. Kurserne byggede på, at lægerne gestaltede deres egne patienter, mens en kollega trænede sig i at bruge konsultationsprocessen. Det hele blev optaget på video og genset på TV. Læringen kom især hos den som gestaltede sin patient. Nu var der skabt et konsultationslaboratorium og en højskole på Kalymnos. Og hvor vanskelige konsultationer kan være, og hvor svært det er at være læge, blev herefter åbenbart i tusindvis af videoer, som vi mikroskoperede.

7. Forhindre og fremme

I alle forandringsprocesser må man finde frem til, hvad der fremmer, og hvad der forhindrer (den motiverende samtale). Det blev tydeligt, at de ydre



Smukt syn fra luften, på vej til konsultationslaboratoriet på Kalymnos.
Privatfoto



Forfatteren omgivet af kolleger på Kalymnos.
Privatfoto

rammer for kurserne, vejret, maden, de små intime grupper væk fra hverdagen, og det at beskæftige sig med kernen i ens hverdag betød, at læringen og lysten til at eksperimentere gik lettere. Tænk, at det kunne være så sjovt at lære!

Men det at være tæt sammen, at skulle se sig selv på video og høre kollegernes kommentarer kunne være for provokerende for nogle deltagere, også fordi vi de første år ikke var helt så skarpe på at passe godt nok på alle. Vi måtte også lære.

Fra 1995 kom de første svenske læger med. Frem til i dag har der været 1.266 danske og 2.462 svenske ugekursusforløb. Et væsentligt bidrag her til var, at nogle af svenskerne fik indført kursus i konsultation som obligatorisk element i uddannelsen af alle speciallæger, og i svensk almen medicin blev rejsen til Kalymnos en tradition.

8. Fakta – hvad tog vi med os?

På Kalymnoskurserne er vi nu 20 svenske og fire danske lærere og mere end

300 kursister årligt. I 2015 udkom den svenske lærebog "Patientsamtalet." I Sverige anvendes metoden på alle niveauer: universiteter, speciallægeuddannelse, for specialister, vejledere og studierektorer.

I Danmark oplever vi nu med glæde en øget interesse for metoden og kurserne.

Ud over kærligt og givende samvær med kloge kolleger har de gentagne eksperimenter i konsultationslaboratoriet på Kalymnos resulteret i flere artikler på engelsk: udvikling af vinduesmetoden; hvad der bidrager til, at læger arbejder unødigt meget; følelsernes betydning; udvikling af de fem kort i patientens del; kvitteringernes betydning og macro-micro supervisionsmetode.

9. Farvel: Livet leves forlæns og forstås baglæns

Kostskole i syv år, møde med patienterne, forskning, sejle i det græske øhav, gestaltterapi, institut, Kalymnos, betydningen af struktur og eksperimenter, søgen efter at forenkle - jeg har oplevet meget. Vi kan hele tiden blive klogere, og jeg er dybt taknemlig over alt det, som er lykkedes i mit arbejdsliv. //

Æresmedlem af Royal College of GPs



Jan-Helge Larsen har modtaget den store anerkendelse at blive æresmedlem i Royal College of General Practitioners (RCGP).

Ved ceremonien blev særligt en ting fremhævet: Jan-Helges utrættelige indsats for at forbedre og udvikle konsultationsprocessen med fokus på læge-patient-relationens betydning. Jan-Helge har gennem årtier arbejdet som praktiserende læge, været lektor i almen medicin ved Københavns Universitet, udgivet artikler, udviklet metoder til at bruge og supervisere video af konsultationer og holdt kurser inden for dette emne. Særligt kendt er Kalymnoskurserne, som flere end 3.500 læger har deltaget på.

Et omdrejningspunkt i Jan-Helges arbejde er, at hvis man ikke finder ud af, hvorfor patienten egentlig kommer, kan man ikke hjælpe vedkommende godt nok. Han har over årene udviklet en model, der består af fem kort, man kan "spille" med patienten. Kernen i Jan-Helges kortspil er, at man på kort tid får de relevante informationer, kan styre samtalen og samtidig undgå at arbejde unødigt meget. Det er noget, der er særligt vigtigt i en tid, hvor flere og flere opgaver skal fordeles i almen praksis på færre og færre hænder.

På billedet ses Jan-Helge Larsen (t.v.) i fuld ornat til ceremonien, hvor overrækkelsen fandt sted. Til højre er det Mayur Lakhani, præsidenten for RCGP. //

Dorte Jarbøl, ny professor i almen medicin

Dorte Ejg Jarbøl er i august 2018 ansat som professor i almen medicin ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet (SDU) – en arbejdsplads hun i mange år har været tilknyttet som forsker og lektor. Dorte skal styrke det almenmedicinske fagområde ved universitetet med fokus på håndteringen af den diagnostiske proces i almen praksis. Hun holdt tiltrædelsesforelæsning den 18. januar i år under overskriften: Challenges in the diagnostic process in the Danish health care system and among Danish GPs.

Hovedfokus for hendes arbejde er forskning i sammenhænge mellem symptomkomplekser i befolkningen, symptomfortolkning og lægesøgning. Et fokus er, hvilke personlige, struk-

turelle eller organisatoriske forhold der har betydning for, om individet søger læge. Et andet område, der har hendes bevågenhed, er de personer, der har bevæget sig ind i systemet via almen praksis pga. deres symptomer, men hvor symptomerne ikke passer ind i de traditionelle diagnoser. Et fremtidigt område, som Dorte i sit professorat vil styrke, er tidligere og mere præcis diagnostik i almen praksis.

Ved siden af universitetsarbejdet er Dorte praktiserende læge i Kerteminde. Dorte anser dette arbejdet for centralt i forhold til at undervise og forske inden for faget almen medicin. Hun anfører, at mødet med patienterne inspirerer hende til at stille de gode forskningsspørgsmål og i fortolkningen af forskningsresultaterne.



Foto: Imagebureauet

I DSAM-regi er Dorte formand for regionsbestyrelsen i Syddanmark og medlem af (hoved)bestyrelsen, hvor hun har fået forskning som sin naturlige ordførerpost. Hun bestrider således kyndigt posten som formand for DSAM's Forskningsudvalg. //



Ny forskningsleder:

Det nære er vigtigt, værdifuldt – og vanskeligt

Per Kallestrup er ny leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Han efterlyser en mere pragmatisk tilgang til forskning og vil prioritere videnskabelige projekter, der kan berige praksis.

Per Kallestrup, som pr. 1. februar 2019 satte sig i chefstolen hos Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, er kendt for sin udlængsel og sit store globale engagement. Han er ophavsmand til udvekslingsprogrammet 'Hippokrates', udviklingsprogrammet 'Partners in Practice' og DYNAMU – Den Yngre Almen Medicinske Uddannelseskoordinator. Hans store en-

gagement har høstet flere priser, herunder "Being Young Staying Young" ved den internationale WONCA-kongres og "Medicines for People" i 2015, som han fik for at sætte global sundhed på dagsordenen.

De fleste praktiserende læger jonglerer dagligt med mange specialiserede guidelines, som bygger på selekterede grupper af patienter. Per Kallestrup ved fra sit mangeårige virke som praktiserende læge i Skødstrup, at de kan være svære at håndtere i den brogede almenmedicinske virkelighed, hvor patienten måske har flere samtidige sygdomme, og lægen skal bevare det samlede overblik.

"Det nære er jo faktisk ofte rigtig svært. Virkeligheden er et morads af udfordringer og vilkår, som kræver manøvreduktighed og svære beslutninger. Virkeligheden er bare vanskelige. Og vi sidder lige midt i den i almen praksis. Det er også derfor, vi skal lave vore egne forskningsprojekter, som bygger på vores realitet", siger Per Kallestrup.

Han efterlyser en mindre akademisk og mere pragmatisk tilgang – operationel forskning, der kan berige praksis.



Per Kallestrup tiltrådte som leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus pr. 1. februar 2019.
Foto: Lars Hruse, AU Foto.

"Rettesnoren er solid skandinavisk grundetik: Pippi Langstrømpe tilsat Ternet Ninja. Engagement, gå-på-mod og ordentlighed. Når man er exceptionelt stærk, kan man også være exceptionelt rar og generøs. Hvis vi ikke gør det, er der ingen, der gør det – går foran med et godt eksempel", sagde han ved tiltrædelsen.

I Aarhus tror vi på, at Per Kallestrup kan omsætte forskningsresultater til praktisk anvendelse, og at han kan finde den helt rigtige balance mellem globalt og lokalt engagement. Diversitet er ikke kun noget, man ser ude i verden. Det er også virkeligheden i dansk almen praksis.

Læs hele interviewet med Per Kallestrup på feap.au.dk. //

BLÅ BOG

- Cand.med., ph.d. og speciallæge i almen medicin
- Alment praktiserende læge og kompagnon i Skødstrup Lægepraksis siden 2007
- Lektor ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet, siden 2011
- Grundlægger og leder af Center for Global Health ved Aarhus Universitet siden 2011
- Gift med Lisbeth. Sammen har de tre børn: Anders (1995), Rasmus (1997) og Katrine (2005).

Forskningsenheden for Almen Praksis i København har eksisteret i 40 år

For at festligholde denne begivenhed inviterer vi alle praktiserende læger i Danmark til symposiet "TAK til alle kolleger. Det kom der ud af dit bidrag".

Gennem de seneste 40 år har tusindvis af praktiserende læger bidraget til vores forskning ved at indsamle data om deres patienter til os. Det har ofte været et stort arbejde, og uden den hjælp og støtte ville de fleste af vores projekter aldrig være blevet gennemført. Vi står derfor i dyb gæld til jer, og vi vil gerne benytte jubilæet til at give jer en samlet tilbagemelding: Hvad kom der ud af din indsats igennem alle disse år?

Hvor og hvornår?

TAK-symposiet foregår fredag den 24. maj 2019 i Chr. Hansen-auditoriet på Center for Sundhed og Samfund – det tidligere Kommunehospital – i København lige ved siden af Forskningsenhedens lokaler. Dørene åbner kl. 10, og der er fagligt program fra kl. 11:00 til kl. 16:30. Vi serverer kaffe og boller ved ankomst, kage i pauserne og frokost.

Programmet er spændende, livligt, varieret, interaktivt og fyldt med overraskelser. 20-25 af os vil præsentere

dig for resultater fra den del af vores epidemiologiske forskning, som bygger på data, som er indsamlet i almen praksis. Temaerne er gravide, børn, diabetes, rygning, vægt, astma, diagnostik og behandling, alkoholvaner, infektioner, lændesmerter, amputationer – og den praktiserende læge er i fokus hele tiden.

Efter symposiet vil du have mulighed for at deltage i en lille reception, i anledning af at professor i almen medicin Niels de Fine Olivarius går på pension.

Tilmelding

Der er kun plads til 450 deltagere, men du kan allerede nu sikre dig pladser til TAK-symposiet ved at skrive til feap@sund.ku.dk. Du er velkommen til at tage din livsledsager, sygeplejerske, laborant eller sekretær med til denne festdag.

Vi glæder os til at præsentere dig for et spændende program i København. //



COPLAB

THE COPENHAGEN
PRIMARY CARE
LABORATORY DATABASE



PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i maj 2019.

Det er fondens formål at virke til fremme af alment praktiserende lægers funktion i sundhedstjenesten til gavn for folkesundheden, herunder primært ved at yde støtte til videnskabelige og forskningsmæssige opgaver i almen praksis, projekter inden for uddannelse og efteruddannelse, praksisudviklingsprojekter, sundhedspædagogiske og tilsvarende foranstaltninger.

Støtten kan gives til praktiserende læger, yngre læger under uddannelse i almen medicin, samt læger og andre med tæt tilknytning til almen praksis, herunder de almenmedicinske forskningsmiljøer i nævnte prioriterede rækkefølge. "Græsrodder" prioriteres relativt højt.

Der kan primært ydes støtte til egen løn, vikarløn og/eller kontorhold i mindre omfang. Støtten kan gives såvel i forberedelsesfasen som under gennemførelse og i skri-

vefasen. Oversættelse af manuskripter, deltagelse i videnskabelige møder, forskningsmetnologiske kurser og kongresser, hvor man fremlægger originalarbejde, støttes i begrænset omfang. Der kan ikke søges om støtte til indkøb af apparatur eller it.

Ansøgningsskema kræves og udfyldes via DSAM's hjemmeside www.dsam.dk > Forskning > PLU-fonden.

Ansøgninger udfyldes online og infoside (underskriftside) samt eventuelle underbilag fremsendes til:

PLU's sekretariat
Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø.

Ansøgningsfrist for uddeling maj 2019: Onsdag den 24. april 2019.

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

MØDEKALENDER

FOLKEMØDE

13.-16. juni 2019
Bornholm

NORDISK KONGRES 2019

17.-20. juni 2019
Aalborg
www.nordicgp2019.dk

WONCA EUROPE CONFERENCE

26.-29. juni 2019
Bratislava, Slovakiet
www.woncaeurope2019.org

DSAM's ÅRSMØDE

4. oktober 2019
Comwell Kolding
www.dsam.dk

REPRÆSENTANTSKABSMØDE:

5. oktober 2019
Comwell Kolding
www.dsam.dk

LÆGEDAGE

11.-15. november 2019
Bella Center
www.plo-e.dk

30

31





Praksis-KBU'ere

i sparringsgrupper giver god ledelse, faglig udvikling og kollegialitet

Vi har alle været der, og nogle af os er der stadig. I KBU, hvor er alt nyt, og mange ting er svære. I udvalget Gruppen af Yngste Læger (GYL) i Yngre Læger arbejdes der med KBU-lægerne arbejdsmiljø, trivsel og muligheder.

Et af de igangværende initiativer er udbredelse af obligatoriske sparringsgrupper for alle KBU-læger i almen praksis over hele landet som en del af uddannelsesprogrammet. Inspirationen hentes fra lignende sparringsgrupper for intro- og hoveduddannelseslæger i almen medicin og de praktiserende lægers egne 12-mandsgrupper. Region Sjælland har som den eneste region i øjeblikket obligatoriske sparringsgrupper for KBU-læger i almen praksis, og her beskrives det af både KBU-lægerne og af praksisuddannelseskoordinatorerne som en succes.

Faste sparringsgrupper

Helt konkret foreslår GYL, at KBU-lægerne mødes i sparringsgrupper én gang om måneden i den halve arbejdsdag, der ligger i eftermiddagstimerne. Møderne afholdes enten i de forskellige praksis, som KBU-lægerne er til-

knyttet, i Lægeforeningens lokaler eller på almenmedicinske forskningsenheder. Deltagelse er obligatorisk og er en del af uddannelsesprogrammet. Fordelingen af KBU-læger i sparringsgrupper sker ud fra enten geografi, eller hvor KBU-lægerne har haft deres hospitals-/akutdel.

Ensomhed, stor variation og tidspres

KBU-undersøgelsen fra foråret 2018 har vist, at 49 pct. af KBU-læger kæmper med nogen eller høj grad af ensomhed! Ensomhed er særligt beskrevet som et problem i solopraksis. KBU-læ-

ger og får dem med på holdet i det halve år. Men for at komme ensomhed blandt de yngste læger til livs, er der også behov for mulighed for sparring med andre på ens egen alder, Yngre Lægers løbeklubber og brætspilscaféer, de faglige og sociale fællesskaber i Yngre Læger og FYAM og ikke mindst selve italesættelsen af problemerne.

Fast anker og netværk

Sparringsgrupperne er et fast anker for uddannelseslægen i KBU, intro- og hoveduddannelse i en tid med manglende tilhørsforhold til en afdeling og ensomhed i forhold til arbejdsopgaver og

KBU-undersøgelsen fra foråret 2018 har vist, at 49 pct. af KBU-læger kæmper med nogen eller høj grad af ensomhed!

gerne i praksis oplever også, at der er stor variation i de faglige krav, der stilles, og de føler sig presset på tid i konsultationerne med et for stort fokus på produktion. På billeder fra KBU-ophold i almen praksis fra mine venners studietid ser jeg, hvordan praksispersonalet tager varmt imod de unge læ-

-ansvar. Til møderne kan der diskuteres patientcases og arbejdsforhold i praksis, og når rollen som gruppeleder til møderne går på skift, er det den enkelte KBU-gruppeleders opgave, at der skabes rum for faglig sparring og refleksion over egen og andres hverdag i et kollegialt støttende netværk. //



Her er din regionale **FYAM**-repræsentant!

Hvert år arrangeres adskillige arrangementer i de regionale FYAM-grupper. De har ofte fagligt indhold i form af oplæg fra læger i andre specialer, men de har også socialt indhold og karrierevejledning. Nogle regioner oplever god tilslutning til arrangementerne, mens andre oplever en blandet

tilslutning. FYAM ønsker at sætte fokus på, hvad de engagerede regionale FYAM-repræsentanter laver.

Under FYAM-udvalget er der fem regionale FYAM-grupper. Det er her, man som ny uddannelseslæge kan prøve kræfter med organisationsarbejdet eller at arrangere et fagligt ar-

rangement, som kan komme ens kollegaer til gavn, uden at man skal have indsigt i og overblik over det organisatoriske landskab. Det kræver kun, at man kigger i kalenderen og møder op til det næste møde i ens regionale FYAM-gruppe eller kontakter sin regionale repræsentant. //

DE FEM REGIONALE REPRÆSENTANTER ER:

LADAN MOHAMMAD ALOUDAL FYAM HOVEDSTADEN

ladan_aloudal@yahoo.dk

Hvor langt er du i din uddannelse?

Jeg er i hoveduddannelse, fase 1 på Islands Brygge.

Hvorfor har du valgt at blive regional FYAM-repræsentant?

Jeg har valgt at blive repræsentant af to grunde. Dels vil jeg gerne være med til at arrangere spændende og lærerige fyraftensmøder, og dels er man i hverdagen ofte kun én uddannelseslæge i en praksis. Jeg savner nogle gange det sociale med de andre yngre læger. FYAM er en god måde at få et netværk på.

Hvad er jeres næste arrangement?

30. april 2019 holder FYAM-H fyraftensmøde om dermatologi, hvor både en privatpraktiserende dermatolog og en dermatolog fra Bispebjerg Sygehus kommer og gør os klogere på dermatologien.



KRISTINE MUNK JOHANNESSEN FYAM SJÆLLAND

kristinemjohannesen@gmail.com

Hvor langt er du i din uddannelse?

Hoveduddannelse, fase 1, praksisdelen.

Hvorfor har du valgt at blive regional FYAM-repræsentant?

Fordi det er sjovt! Det er fedt at få lov til at lave organisatorisk arbejde inden for det speciale, som jeg brænder for, sammen med andre engagerede yngre almenmedicinere. Det giver et godt almenmedicinsk netværk og er et rigtig godt supplement til en hverdag som uddannelseslæge i almen medicin.

Hvad er jeres næste arrangement?

FYAM Sjællands karrierecafé, som afholdes i starten af maj. Vi afholder karrierecafé to gange årligt. Her inviteres medicinstuderende, KBU- og intro-læger til at komme og høre mere om, hvordan man bliver almenmediciner i Region Sjælland. Hvad kan regionen byde på? Og hvordan optimerer man chancerne for at få en stilling?



SIGNE CHRISTIANSEN
FYAM SYDDANMARK

signe.christiansen.med@gmail.com

Hvor langt er du i din uddannelse?

Jeg er i hoveduddannelse i almen medicin i fase 1, sygehusophold nr. 3.



Hvorfor har du valgt at blive regional FYAM-repræsentant?

I 2016 flyttede jeg fra Aarhus til Sønderjylland, hvor jeg begyndte i introstilling. Jeg havde aldrig før deltaget i foreningsarbejde, men da posten som suppleant for Region Syddanmark ikke blev besat i forbindelse med årsmødet, besluttede jeg mig for at sende en ansøgning til udvalget. Selve FYAM-arbejdet lød spændende, men jeg havde også en social agenda, idet det også var en mulighed for at opbygge nye sociale og kollegiale relationer med andre engagerede yngre almenmedicinere. Jeg blev hurtig grebet af FYAM-arbejdet og -udvalget, og da Maria blev næstformand og måtte aflevere repræsentantposten, stillede jeg op til denne under DSAM-årsmødet i 2017. Det har jeg på ingen måde fortrudt!

Hvad er jeres næste arrangement?

Vi afholder flere fyraftensmøder om året og en sommerfest. Derudover er vi i gang med at planlægge en karrierecafé. Information kan findes på fyam.dk og på vores regionale Facebookside.

ANNE METTE TORP
FYAM MIDTJYLLAND

annemettetorp@gmail.com

Hvor langt er du i din uddannelse?

Jeg er på barsel fra min fase 1 i Aarhus. Jeg starter på sygehusdelen, når jeg vender tilbage.



Hvorfor har du valgt at blive regional FYAM-repræsentant?

I oktober 2017 blev jeg FYAM-repræsentant for Region Midtjylland. Jeg kan godt lide at lave foreningsarbejde, og det øger min glæde ved faget at føle, at jeg har "fingeren på pulsen". Mange er bekymrede for, om det tager for meget tid at være aktiv i FYAM, men jeg føler jeg får meget tilbage i form af netværk og oplevelser, og jeg synes, det er spændende at høre om forholdene for uddannelseslæger i andre regioner.

Hvad er jeres næste arrangement?

I Region Midtjylland arrangerer vi løbende fyraftensmøder med fagligt tema, men der er også tid til hygge og spisning. Man kan altid kontakte os, hvis man har et forslag til et arrangement.

EMIL BAKKÆR HAASTRUP
FYAM NORDJYLLAND

emilhaastrup@gmail.com

Hvor langt er du i din uddannelse?

Jeg er startet hoveduddannelse i almen medicin i november 2018 med Aalborg-forløb.



Hvorfor har du valgt at blive regional FYAM-repræsentant?

Da posten i Region Nordjylland var ledig, valgte jeg at melde mig, fordi jeg ønsker at prøve kræfter med organisatorisk arbejde inden for almen medicin og ser det som en god mulighed for at danne et socialt og fagligt netværk i Nordjylland. Ellen Jensen, læge og ph.d.-studerende, vil overtage FYAM-Nord-repræsentantskabet efter mig.

Hvad er jeres næste arrangement?

Vores kommende arrangement omhandler almen praktiserende lægers karrierevalg. Her vil være oplæg fra forskellige alment praktiserende læger, som har valgt forskellige karriereveje og praksistyper. Formålet med arrangementet er at give indblik og inspiration for yngre kommende alment praktiserende læger om specialets mange muligheder. Så kom og deltag i et spændende arrangement.

FAKTABOKS:

- FYAM står for Forum for Yngre Almenmedicinere og er betegnelsen for de medlemmer af Dansk Selskab for Almen Medicin, som stiler mod at blive speciallæger i almen medicin.
- FYAM er organiseret flere steder i DSAM. FYAM har sit eget udvalg (FYAM-udvalget), hvis hovedopgave er at varetage FYAM-medlemmernes interesser i DSAM og i andre sammenhænge, f.eks. PLO/DSAM's Rekrutteringsudvalg og Yngre Lægers Almen Praksisudvalg.
- FYAM-medlemmer indgår i DSAM's regionsbestyrelser og får dermed også FYAM-stemmer i DSAM's repræsentantskab.
- FYAM er repræsenteret i DSAM's stående udvalg, dvs. Videreuddannelsesudvalget, Kvalitetsudvalget, Internationalt udvalg samt Forskningsudvalget.



Temadag tager temperaturen på speciallægeuddannelsen i almen medicin: Trives vi? Og lærer vi det, vi skal?

En tirsdag i januar 2019 var over 100 uddannelseslæger fra Fyn og Lillebælt samlet til temadag om trivsel, uddannelses- og arbejdsmiljø på sygehusdelen i speciallægeuddannelsen i almen medicin.

Baggrunden og Yngre Lægers medlemsundersøgelse

Baggrunden for emnet på temadagen var blandt andet resultaterne fra Yngre Lægers (YL) spørgeskemaundersøgelse blandt yngre almenmedicinere i sommeren 2018. Formålet var at afdekke de udfordringer og problemstil-

linger, som læger under uddannelse i netop dette speciale oplever undervejs. I alt 744 deltog i undersøgelsen på tværs af landet.

Den ene del af undersøgelsen handlede om supervision og uddannelse, og undersøgelsens konklusion var klar: Supervision er afgørende for uddannelsen! I alt får 84 pct. i nogen eller høj grad den supervision, de har behov for, i den praksis, de er tilknyttet. I skærende kontrast er det kun 46 pct., der i nogen eller høj grad får den supervision, de har behov for, på sygehusene.

Centralt i undersøgelsens konklusioner er to punkter. For det første er der en signifikant positiv sammenhæng mellem de yngre almenmedicinernes oplevelse af tilstrækkelig super-

vision og oplevelsen af kvalitet i uddannelsen i almen medicin. For det andet er der en betydelig forskel på de yngre almenmedicinernes oplevelse af supervisionen i henholdsvis almen praksis og på hospitalerne. De yngre læger angiver, at de i betydelig mindre grad får den supervision, de har behov for, på sygehusene sammenlignet med i almen praksis. Trods forskellen er der forbedringspotentialer begge steder.

PANELET BESTOD AF:

- Mette Worsøe, ledende overlæge, FAM og Medicinsk Afd., OUH Svendborg
- Martin Hulgård, uddannelsesansvarlig ovl., Pædiatrisk Afd., Holding
- Lise Tøffner, uddannelsesansvarlig afdelingslæge i retspsykiatrien, Middelfart
- Helle Ibsen, praktiserende læge og PUF (pædagogisk udviklende funktion), ekstern lektor ved den lægelige videreuddannelse i Region Syd
- Kim A. Brogaard, HU-læge i almen medicin, Sønderjylland, bestyrelsesmedlem i YL og formand for Almen Praksisudvalget i YL



Panelet diskuterer. Privatfoto



Mange gode diskussioner – lærer vi det, vi skal?

"Motivation og trivsel – lærings- og arbejdsmiljø hænger sammen"

For at gøre os klogere på, hvilke udfordringer vi som yngre almenmedicinere generelt står overfor på vores vej til at blive speciallæger, begyndte temadagen med et oplæg fra YL's chefkonsulent Nynne Christensen med titlen "Motivation og trivsel – lærings- og arbejdsmiljø hænger sammen."

Når vi trives og er motiverede, er vi også mest åbne for læring. Nogle af de centrale budskaber fra Nynne var, at jo bedre tilhørsforhold, jo højere motivation til at indgå i – og bidrage til – arbejdsfællesskabet og dermed skabe relationer. Studier viser, at et liv som "organisatorisk nomade" med hyppige ansættelsesskift har individuelle konsekvenser i form af en følelse af altid at være på prøve, tab af tillid til egne evner, og at midlertidigheden står i vejen for investeringer i faste relationer. Nynne opfordrer desuden til, at vi bytter 'intet nyt er godt nyt' og fejlfindingskulturen ud med mere anerkendelse og konkret feedback med fokus på, når det går godt.

Paneldebatten

Eftermiddagsprogrammet bestod af en paneldebat mellem engagerede debattører, som var plukket fra de to ar-

bejdsgrupper fra henholdsvis Fyn og Lillebælt og YL. Vi tog temperaturen på uddannelses- og arbejdsmiljøet ude på afdelingerne.

En livlig debat foldede sig ud mellem debattørerne og de engagerede uddannelseslæger i salen: Bliver vi almenmedicinere set på afdelingerne? Ved de, hvem vi er? Og har de øje for de kompetencer, vi kommer med og skal tilegne os for at blive dygtige samarbejdspartnere ude i praksis? Mere direkte supervision var et klart ønske. Vi vil gerne væk fra at være den evige forvagt og have mere superviseret ambulatorietid, som er specielt tilrettelagt for almenmedicinske kompetencer, f.eks. i form af tandemambulatorier. Der var også gode eksempler på ting, der fungerer godt nogle steder. For eksempel gik der et misundelsens suk gennem lokalet, da en yngre almenmediciner fortalte om sit medicinske ophold med 3-4 ambulatoriedage om ugen og kun 1-2 nattevagter om måneden; det kan altså lade sig gøre! Et andet eksempel var aftenstuegang med speciallæge, som både gav et stort fagligt udbytte og tid til personlige snakke – og dermed en tættere relation og tilhørsforhold.

Vi fik ingen løfter, men vi oplevede, at alle var lydhøre og havde samme

I Det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse i Region Syddanmark har man på baggrund af Yngre Lægers medlemsundersøgelse blandt yngre almenmedicinere besluttet at nedsætte fire arbejdsgrupper. Grupperne er forankret i de fire sygehuseenheder i de fire geografiske områder, hvor de almenmedicinske uddannelsesforløb er fordelt. Formålet med arbejdsgrupperne er, i dialog mellem uddannelseslægerne, uddannelsesansvarlige overlæger, koordinatorer og sygehusdirektører, at forbedre uddannelsesmiljøet for de yngre almenmedicinere på sygehusdelen.

mål for øje: at forbedre trivslen og uddannelsesmiljøet for HU-lægerne på afdelingerne. Den kommende tid vil vise, om der kommer handling bag.

Temadagen var arrangeret af Dorthe Vedel Staal (Den Yngre Almenmedicinske Uddannelseskoordinator (DYNAMU) fra Fyn) og Nive Ilankovan (tillidsrepræsentant for fase 1 i Lillebælt og medlem af Det Regionale Videreuddannelsesråd i Region Syd) samt Maria Bundgaard (DYNAMU i Lillebælt og FYAM-næstformand). //

Læs mere om YL's medlemsundersøgelse fra 2018 blandt yngre almenmedicinere på: goo.gl/EZR5qX
Siden opdateres løbende i forhold til det arbejde, som YL varetager for yngre almenmedicinere.



Job i almen praksis som medicinstuderende

Tænk på de medicinstuderende som en ressource – de er dygtige, og de vil gerne arbejde i almen praksis.

Mange medicinstuderende ønsker under studiet at få et relevant job, både for at få lidt på CV'et og specielt også for at få den kliniske erfaring, som sådan et job medfører. De lange dates med Medicinsk Kompendium kan være en lidt af en gyser at komme igennem, hvorfor adspredelse med et studierelevant job lige er sagen.

Jeg selv har haft et par relevante studiejobs undervejs. På bachelordelen var det primært i hjemmeplejen. Hver anden weekend cyklede jeg ud for at hjælpe de ældre borgere i Odense. Efter mange timers læsning for at bestå eksamen i hjertet og lungernes fysiologi diagnosticerede jeg på weekendens hjemmeplejebesøg en af mine faste borgere med pneumoni, hvilket gav mig blod på tanden, og tanken "jeg kan jo godt" bed sig fast.

På kandidatdelen blev jeg bestyrelsesmedlem i SAMS Odense, nærmest ved et tilfælde. Men tanken om et kommende lægeliv som alment praktiserende tog til, og jeg

søgte derfor et job som lægesekretær i en solopraksis i det centrale Odense. Jeg fik det. I de tre år, jeg arbejdede i klinikken, fik jeg et unikt indblik i den forskel, som praktiserende læger kan gøre for deres patienter. Lægen havde haft klinikken i otte år, da jeg startede, og man kunne virkelig fornemme, hvor værdsat han og hans sygeplejerske var hos patienterne. Vi var fem medicinstuderende, som varetog lægesekretærfunktionen, tog blodprøver, gav vaccinationer og lavede strep-A. Det var et fedt og unikt læringsmiljø, hvor hjælpen altid var inden for rækkevidde og kompetencerne samt troen på ens faglige viden voksede med hver patient, man var i kontakt med.

Vi var fem medicinstuderende, som varetog lægesekretærfunktionen, tog blodprøver, gav vaccinationer og lavede strep-A.

Med inspiration fra det job samt fra SAMS i København og Aarhus afholdt vi i SAMS Odense vores første "1-2-3 Praksisklar"-kursus i efteråret 2017. Her blev de medicinstuderende, som deltog, rustet i praktiske færdigheder og kunne derigennem øge deres chancer for at få et job, som er relevant for ens videre færd i lægelivet. Vi har indtil videre afholdt to kurser i "1-2-3 Praksisklar" i Odense. Det seneste blev afholdt for 25 studerende den 16. januar, hvor vi var så heldige at samarbejde med en praktiserende læge, der stillede sin klinik og sin tid til rådighed for os. Forhåbentlig kan det komme som et fast kursus én gang årligt.

Så kære praktiserende læger og kommende kollegaer. I SAMS håber vi inderligt, at I vil ansætte flere kompetente medicinstuderende i jeres praksis. For det vil vi virkelig gerne! //



Foto: Colourbox



Studiejob

uden for universitetsbyerne

Det er helt vildt fedt! Sådan beskriver Cathrine sit studiejob i en lægepraksis i Holstebro.

Fra Aarhus til Holstebro

Jeg studerer medicin på 11. semester i Aarhus, og så har jeg lige købt hus i Tvis uden for Holstebro med min kæreste og vores søn.

Jeg ville gerne have et studierelevant arbejde, og jeg var så heldig, at Lægerne ved Klippen tilbød, at jeg kunne arbejde med lægeopgaver – selvfølgelig under supervision. Jeg startede her i februar, så det er stadig meget nyt, men jeg har mit eget program, hvor jeg ser mange forskellige patienter med alt fra hoste og halssmerter, børneundersøgelser til smerter i bevægeapparatet.

Det er helt vildt fedt

Der er også to andre medicinstuderende i huset, de er på 8.-9. semester. De løser sekretæropgaver om formiddagen og læge-/sygeplejerskeopgaver om eftermiddagen.

Det er så spændende at møde mange forskellige mennesker med forskellige helbredsproblemer. Jeg bliver udfordret både kommunikativt og fagligt. Det er helt vildt fedt at prøve at arbejde selvstændigt og koble teori og praksis sammen. Den største udfordring er, når patienten fejler flere ting. Om morgenen gennemgår jeg patienterne med en af lægerne, så jeg ved, hvad konsultationen skal indeholde. Jeg drøfter alle mine patienter med en af lægerne efter konsultationen, da mit arbejde jo stadig er deres ansvar.

Godt kolleger

Jeg præsenterer mig selv som lægestuderende over for mine patienter. De fleste tager rigtig godt imod mig, og

hvis der er en, som ikke er helt tilfreds, så sørger jeg bare for, at der kommer en læge ind og kigger med.

Alle i lægehuset har været så søde ved mig. De er hjælpsomme til både faglige og praktiske ting, og de er også rigtig gode til at lære fra sig. På min første dag stod der en fin buket på mit skrivebord, så jeg føler mig virkelig velkommen.

Hvis jeg er i tvivl om noget, kan/skal jeg enten ringe til en af lægerne på den interne telefon eller banke på hos en af dem; så kommer de og hjælper mig, medmindre de er i gang med en GU eller noget i den dur. Det er en kanon sikkerhed for mig – og selvfølgelig også for lægerne.

Hvad med det praktiske?

Jeg arbejder hos lægerne hver fredag. Transporttiden er ikke noget problem for mig, fordi jeg bor her. De to andre har mulighed for at overnatte hos familie i nærheden. Hvis andre vil rekruttere medicinstuderende, så er det vigtigst at give gradvist ansvar og mulighed for at se patienter. Hvis man dækker transporttid og udgifter eller laver hold, som kan dække vagterne på skift, så bliver det nok også nemmere at rekruttere medicinstuderende til praksis. //



Foto: Karina Hvarregaard, "Færd", Aalborg.



Update-syndromet

- et par råd mod fortvivlelse

Opgaven med at holde sig opdateret er lige så nødvendig, som den kan være besværlig. Den er vedvarende, men noget taler for, at den ikke bør tages for tungt.

Både forskeren og den alment praktiserende læge kan være berørt af symptomerne, der spænder vidt: orienteringsbesvær, resignation, dårlig samvittighed samt somatiske tegn som hovedpine og almindelig udmattelse. Ganske vist har syndromet ikke fået plads i det medicinske ordforråd, men diagnostisk kan det sammenfattes med titlen på dette indlæg.

LØFTET

Som ophavsmand til Lægeløftet kunne Johan Herholdt i 1815 ikke forudse, hvad det godt 200 år senere kan indebære, når man som læge lover at søge sine "kundskaber fremdeles udvide". Havde han været i stand til det, ville han formentlig være taknemlig for at leve dengang og ikke nu. I samtiden kan løftet nemlig virke umuligt at overholde, når der tænkes på mængden af relevante data på kerneområder som forskning, publikationer og præparater.

MÆNGDEN

For at modvirke fortvivlelse er der (mindst) to råd: At anse det besværlige som varig beskæftigelse med interessante udfordringer – og så vidt

muligt tillade humor. Med det in mente kan der ses på betydningen af mængde i de tre nævnte kategorier.

1. Forskning: Det gælder efterhånden som en banalitet, at både sundhed, sygdom og helbredelse bør ses som et samspil af bio-psyko-sociale faktorer. Men det banale indeholder gerne kimen til komplikation, og det gælder også her. Til tider er det sin sag at fastslå, hvad der vejer tungest i mængden af faktorerne og derfor er udslagsgivende i det enkelte tilfælde. Forskningsspecialer har det med at adskille det, der hænger sammen, og derfor er det sin sag at se helheden. Fordi alt dermed ikke er (lige) tilgængeligt for forskeren, er der gerne et eller andet i det bio-psyko-sociale puslepil, der er ubekendt. Og når der drages konklusioner på det grundlag, kan de kun være midlertidige og minder mest om hypoteser. Derfor er fortsat forskning på sin plads.

2. Publikationer: Selv med den bedste vilje er det efterhånden blevet umuligt at holde sig orienteret om alt. Det gælder for mængden af det, der er undersøgt og offentliggjort inden for flere specialer. Prøver man alligevel, vil man næppe få tid til at møde en virkelig patient. Netop grundet manglen på det totale ind- og overblik er det punkt nået, hvor antallet af gentagelser i forskning og publikationer overstiger antallet af originaler. Det hand-

ler altså om ufrivillige plagiater, der kan antages at være mere udbredte end de bevidste af slagsen; sidstnævnte forudsætter jo, at man har fundet noget at plagiere. Men ... da sundhed, sygdom og helbredelse er righoldige fænomener, er der pæn sandsynlighed for at opdage noget mere, så gentagelserne også fører til nye originaler.

3. Præparater: I lighed med kritiske farmakologer ved den erfarne kliniker, at der i mængden af medicinalprodukter med så mange forskellige navne er et mindretal, der er absolut nødvendigt, imens flertallet er kopiprodukter og/eller direkte overflødigt. Det vil industrien selvfølgelig ikke bare være enig i, men det er der jo sagt og skrevet så meget om før.

HOVEDSAGEN

Kniber det med at finde humoren i for søget på at modvirke fortvivlelse, må der fokuseres på det afgørende: formålet med opdatering er lærdom. Den alment praktiserende læge kan slå på, at den vigtigste af slagsen handler om noget, man ikke kun kan tilegne sig i et uddannelsesforløb, og som hverken RCT's, metareviews, produktinformationer eller andre fjerne kilder kan udkonkurrere: forkendskabet til og tilbagemeldingen fra patienten.

Formår man at fokusere på det som hovedsagen, er det måske knapt så slemt at leve med update-syndromet. //



TANKER FRA STOLEN:

Omhu og Opmærksomhed kræver Overskud

Astrid på 78 havde bestilt tid til kørekortattest. Hun kom ind sammen med manden og med side et udfyldt i venteværelset. Den var upåfaldende – kryds i "diabetes." Jeg gik på vanlig vis i gang med at undersøge synet, men Astrid reagerede usædvanligt. "Jeg må have lov at sidde ned." Nu bemærkede jeg, at Astrid bevægede sig meget langsommere, end hun plejer. Kørekortattesten blev lagt til side, og vi talte om, at Astrid havde tabt seks kg på seks uger og var meget træt. Vi drøftede funktionstab, og det blev til en pakkehenvielse i stedet for en kørekortattest.

Det var jo ikke, hvad Astrid og manden havde tænkt sig. Det kan undre, at de ikke selv var opmærksomme på det skrantende helbred, men der kan jo være grunde til, at man negligerer sine symptomer. Som læge er det imidlertid min pligt at helbrede, lindre og trøste. Det kan jeg kun, hvis jeg er op-

mærksom – og har friheden og overskuddet til at fravige det programsatte til fordel for det lægeligt presserende.

Men der er rift om vores opmærksomhed, og det truer friheden og det mentale overskud. Årskontrollerne med krav om dataregistrering og forløbsplaner skal helst forløbe efter en fastlagt skabelon. Det kræver lægens udelte opmærksomhed at få det hele registreret og krydset af. Mon ikke vi alle oplever, at der kan være stor forskel mellem datakomplethedskvalitet og konsultationskvalitet?

Også kravene om at afstemme FMK og om at dokumentere vores indsats og information tager tid og bortleder opmærksomheden fra at være til stede i mødet med patienten. IT har potentialet til at støtte vores overblik og mindske risikoen for fejl. De mange IT-redskaber, der nu er en del af vores

hverdag, og som mere eller mindre eksplicit alle har til hensigt at fremme kvaliteten af lægens kontakt med patienten, risikerer imidlertid i al deres kompleksitet at tage opmærksomheden fra selve mødet med patienten – og dermed at true den lægelige omhu. For man kan jo aldrig vide, hvorfra fejlen truer.

Det er derfor vigtigt, at vi værner om friheden til selv at sætte dagsordenen for mødet med vores patient. Astrid accepterede, at kørekortet måtte vige for en kræftudredning, men hvor mange årskontroller kan vi tillade os at springe over, fordi noget andet var vigtigere i mødet med patienten? //

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

Nært er svært og kræver akademisk håndværk

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



At reducere vores fag til en række bestemte handlemåder over for hver kategori af diagnoser reducerer vores faglighed. Vi bliver ikke længere akademikere, men bare medicinske teknikere – og den medfølgende reducerede faglighed lader patienterne i stikken.

Vores fag indeholder en fordring om at handle. Når vi handler over for et konkret menneske, udøver vi dømmekraft, for vi kan ikke bare følge en algoritme. At være læge er ikke bare en uddannelse. Det er også en læring i en kultur, indlevelse, medlevelse, manerer, koldblodighed og af og til hengivenhed. Til forskel fra en tekniker, der "blot" skal kunne en række færdigheder, er arbejdet med det enkelte menneske komplekst; derfor skal vi kunne spille på mange strenger.

I den klassiske fysik arbejder man med relativt simpel kausalitet. Man isolerer en faktor, undersøger den og "spørger naturen", hvad der er sandt under givne forhold. På den måde kan sammenhænge mellem årsag og virkning kortlægges. Historisk har denne erkendelse betydet enormt i både forståelsen og udnyttelsen af tilværelsens muligheder.

Men et kort vil aldrig være landskabet selv. Renæssancens filosoffer mente, at hvis vi kortlagde al viden, ville vi til sidst kunne forstå naturens store mekaniske ur. Dermed ville vi også kunne forstå og reparere. Vi ville kunne forudse ulykker. Vi ville kunne betvinge historiens gang.

Springet fra den klassiske fysik til kvantemekanikken kan bl.a. beskrives ved, at vi ikke længere finder det sande i et punkt. Vi kan ikke længere kortlægge hele verden og

dermed herske over den. Der vil være faktorer, vi ikke længere kan sige noget bestemt om. Man kan ikke både bestemme en elementarpartikels (elektrons) position og dens retning. Vi kan ikke kortlægge den. Hvis vi ved, hvor den er, kan vi ikke sige, hvor den er på vej hen. Hvis vi kender dens vej, ved vi ikke, hvor den er. Det betyder, at et svar ikke kan anføres som koordinaterne (x,y,z), men at vi kun kan sige, at den findes i en sky – svaret kan altså ikke være bestemt, kun sandsynligt. Ligesom arbejdet med det enkelte menneske.

Erkendelsesmæssigt stiller det os et sted, hvor vi må leve med, at vi ikke kan kortlægge og forudbestemme alt. Vi må tage beslutninger i en kompleks verden på grundlag af vores dømmekraft. Og den formes jo netop af både uddannelse, viden, erfaring, skoling, personlige forhold, dagsform osv.

Fedme eller diabetes er et mere komplekst fænomen end et simpelt (kausalt) forhold mellem indtag og forbrænding af kalorier. Denne forklaringsmodel tilfredsstiller kun ét niveau, og mennesket er dog mere komplekst end sin biokemi.

Jo mere simple forklaringer og modeller man tyr til, des mindre kan vi forstå og hjælpe vores patienter (selvom simple budskaber indimellem kan være at foretrække i den konkrete situation). Og honoreringsaftaler, der skubber os i den retning, er gift for vores akademiske DNA.

Vi må have en ydmyg tilgang til kausalitet og menneskers ageren i en kompleks verden. Omvendt må vi vedvarende gøre os klogere, spørge, undre os – for vi bliver nødt til at tage en så rigtig beslutning som muligt. Nært er svært. //



BOGANMELDELSE:

Smerter - baggrund, evidens og behandling

752 sider, 67 forfattere. Så omfangsrig er bogen, som er udkommet på FADL's Forlag i sin 4. udgave.

Bogen henvender sig til sundhedsprofessionelle helt bredt. Den er meget systematisk opbygget. Derfor er den også nem at finde rundt i - både tematisk i sine syv dele og med et udførligt register sidst i bogen.

De syv dele

Efter introduktionen (del et) følger en almen del (del to), som omhandler forskellige aspekter af smertefysiologi og smertepsykologi. Børn og smerter har eget kapitel, ligesom smerter hos ældre og demente og multimorbide patienter også har fået grundig og brugbar omtale.

Del tre omhandler den akutte smerte, f.eks. efter ulykker og operationer. Del fire sætter fokus på smerter hos patienter med kræft. Forfatterne har behandlet emnet bredt; der er både taget hånd om de patofysiologiske faktorer og psykosociale og eksistentielle aspekter ved smerteoplevelsen hos kræftpatienter. Og ikke mindst er der givet plads til et velskrevet kapitel om palliativ smertebehandling, både den farmakologiske og den non-farmakologiske af slagsen.

Del fem behandler de kroniske smerter. Det er et absolut plus, at neuropatiske smerter og hovedpine har fået en grundig omtale, både med hensyn til patofysiologi, forebyggelse og behandling. Også mere sjældne tilstan-

de som Complex Regional Pain Syndrome (CRPS) omtales. Særligt læseværdige er afsnittene om den kroniske smertepatient, hvor der sættes fokus på copingstrategier ved angst og depression og livskvalitet. Der er også god inspiration at hente, hvis man har patienter med funktionelle smerter eller Bodily Distress Syndrome (BDS).

Ca. 170 sider i bogen er i del seks afsat til en mere traditionel gennemgang af alle tænkelige farmakologiske, kirurgiske, fysioterapeutiske og psykologiske behandlingsmuligheder for smerter. Det er interessant og velskrevet, og man kan læse det, som man skal bruge.

Bogens sidste kapitel om sygepleje til smertepatienter er som det eneste noget løst og overfladisk beskrevet, og det hører dårligt sammen med resten.

Et godt opslagsværk

Jeg savner en speciallæge i almen medicin på den ellers varierede forfatterliste. Men det er nok mest af forfængelige årsager. Det er ikke en bog, som man læser fra ende til anden. Men den er supergod som opslagsværk, og den giver et solidt fagligt grundlag for at møde patienter med smerter af enhver slags, også i almen praksis. Den har fået en plads på hylden hos mig. //



TITEL: Smerter - baggrund, evidens og behandling

FORFATTER: Mads U. Werner, Nanna B. Finnerup og Lars Arendt-Nielsen (red.)

FORLAG: FADL's Forlag

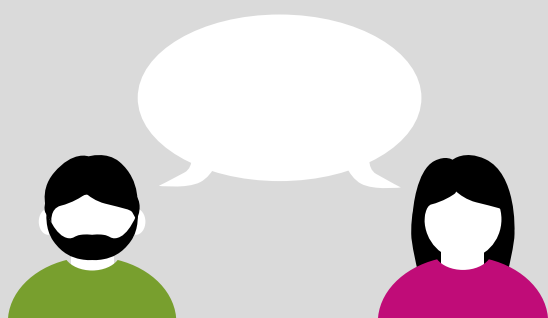
UDGIVELSEÅR: 2019

UDGAVE: 4. udgave

SIDETAL: 752

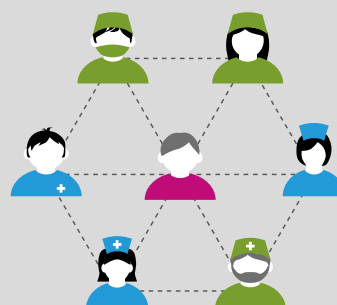
ISBN: 978-87-774-9834-3

PRACTISING REALISTIC MEDICINE



CHANGE OUR STYLE TO
SHARED DECISION-MAKING?

BUILD A **PERSONALISED**
APPROACH TO CARE?



**REDUCE HARM
AND WASTE?**



REDUCE **UNWARRANTED
VARIATION** IN PRACTICE
AND OUTCOMES?

MANAGE RISK BETTER?



**BECOME IMPROVERS
AND INNOVATORS?**