

Practicus

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



Juni 2019
42. årgang // 245

TEMA

NORDISK KONGRES 2019

Side 5, 20-21, 24, 38-39

Hvad sker der i regionerne, side 8-15

Lægevagten, side 32-35 og 48-49

Mød FYAM's nye næstformand, side 42

INDHOLD

Leder

- 3 Vi skal gå forrest i prioriteringsdebatten

DSAM

- 4 DSAM i pressen
5 Ingen kan gøre det alene
6 DSAM er medlemmernes selskab
8 DSAM Hovedstaden
9 DSAM Syddanmark
10 DSAM Sjælland
12 DSAM Midtjylland
14 DSAM Nordjylland

Artikler

- 16 FIT forkorter udredningstiden for lavrisikopatienter
18 Makrolider - et Cochrane review om bivirkninger
20 Ændring af praksis og adfærd
22 Er vi gode nok til at hjælpe "second victims"?
24 Stolte traditioner, faglig kvalitet og festlige rammer
29 Giv mest til dem, som har størst behov
32 Ændringer i organiseringen af lægevagten
36 Folkets stemme over for den medicinske evidens
38 3x3: Anna Stavdal

// s. 25



FYAM

- 40 Indtryk fra en ansættelsessamtale
42 FYAM's nye næstformand
43 Idéudvikling, fællesskab, babyhygge og god mad
44 Knæk og bræk: Velbesøgt fyraftensmøde

SAMS

- 45 Et stærkt, relevant og aktuelt SAMS
46 Medicinstuderende og teamplayer

Debat

- 48 Lukker almen medicin kl. 16:00?
50 Klyngers kvalitet - kvalitet i klynger
51 Al mad er god mad, al træning er god træning

Opslag

- 11 Kalender
13 PLU-fonden, ansøgningsfrist
25 Årsmøde 2019, program og priser
52 Lægedage 2019 og 2020



PRACTICUS UDGIVES SOM MEDLEMSBLAD TIL MEDLEMMER AF DSAM

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

ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR

Ellen Louise Kristensen
redaktoer@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR

Jonas Fynboe Ebert
jonasebert@dsam.dk

REDAKTIONSSEKRETÆR

Annette Gehrs
asg@dsam.dk

NÆSTE NUMRE

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

Nr. 247
Frist for artikler: 12. august 2019
Udgivelsesuge: 43, 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

Colourbox

OPLAG

5.000

ISSN: 0109-2235

Vi skal gå forrest i prioriteringsdebatten

Lige om lidt er der valg til Folketinget, lygtepælene er i knæ med valgplakater med smilende ansigter og budskaber om mere af det ene eller det andet.

Sjovt nok er der ikke så mange, der synes, at vi skal have mindre af noget – og slet ikke, når det kommer til velfærd og sundhedsydelser.

Det er selvfølgelig heller ikke så nemt at blive valgt på budskabet om, at der skal skæres i samfundets medicinudgifter, eller at der er behandlinger, som man ikke kan få, fordi de er for dyre. Hvem kan forestille sig en valgplakat, hvor der står ”færre lægebesøg til alle” eller ”nej til indlæggelser, ja til egenomsorg”?

Og det er egentlig en skam. Det kunne være rigtig godt, hvis flere politikere ville fortælle mere om, hvad der skal være mindre af i vores sundhedsvæsen. Jeg er ikke i tvivl om, at de har en holdning til prioritering af ressourcerne, men det giver nervøse trækninger, hvis nogen forsøger at afæske svar. Vi ved alle sammen, at midlerne er begrænsede, og at der skal prioriteres. Hvorfor så ikke tage debatten?

Den mest indlysende forklaring er – selvfølgelig – at der ikke er stemmer i at vælge noget fra. Og så skal man dribble uden om enkeltsager, som risikerer at afspore debatten, inden den kommer ordentlig i gang.

Så det er nemt at forstå, hvorfor valgplakaterne er, som de er.

”Der skal være 5.000 praktiserende læger.” Det står der ikke på nogen plakater, men flere læger ønskes både til højre og venstre i Folketingssalen – og ser altså ud til at blive til noget. Flere læger kan løfte flere opgaver, men hvilke opgaver? Hvis 5.000 læger i almen praksis medfø-

rer nedsat normtal og bedre tid til de patienter, vi har, så er det godt. Men det er vist ikke den politiske vision. Den går snarere ud på, at vi skal overtage flere og flere patienter med kroniske sygdomme fra kollegerne i hospitalsvæsenet. Jo flere jo bedre. Men de glemmer noget: Hver gang nye opgaver lægges til porteføljen, risikerer vi, at almenmedicinsk arvesølv skubbes til side. Prisen for at løfte de forkerte opgaver, dem, der ikke er almenmedicinske, kan blive høj: Kontinuitet, det langvarige personlige kendskab mellem læge og patient, er med til at reducere dødeligheden hos patienterne. Det må vi ikke lade politikerne glemme deroppe på lygtepælen.

3.400 nuværende og 1.600 nye speciallæger i almen medicin skal arbejde med det, vi er bedst til.

Derfor skal vi selv gå forrest i prioriteringsdebatten, der følger med de ekstra læger. Det er nemlig også en debat om vores faglighed. Og så er det endelig værd at huske, at 5.000 praktiserende læger kan producere mere arbejde til et i forvejen trængt hospitalsvæsen. Også derfor er debatten om prioritering vigtig. //



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



DSAM i pressen

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

Forleden mødte jeg i toget en kollega, som arbejder i en dansk styrelse. Hun fortalte, at når journalister ringer for at få et interview med en af styrelsens talspersoner, starter det en hel lavine af presse- og kommunikationsopgaver. Det sker heller ikke sjældent, at journalisterne ringer en halv time før, hun skal hjem, og de dage er det svært at gå til tiden.

Først skal journalisten sende sit oplæg med spørgsmål, da præmissen skal afklares. Så skal der skrives talepinde. De skal fagligt kvalificeres hos en eller anden ekspert, og det politiske bagland skal tjekke budskaberne. Efter mange timers arbejde kan talspersonen træde ind foran mikrofonen og tale med journalisten. Min kollega kommer sent hjem de dage.

I DSAM er det ikke nødvendigt at arbejde over eller skrive budskaber, når journalisterne ringer sent på da-

gen. Den store forskel er, at DSAM's talsperson, lægeformanden Anders Beich, allerede er fagligt kvalificeret. Han ved f.eks., hvad han som praktiserende læge vil sige, når journalister ringer og spørger, hvad DSAM mener om, at der er sket en stigning i brugen af sovemedicin til børn. Han kan berolige befolkningen, når mæslingefrygten raser blandt urolige forældre, og udtrykke lægefaglig bekymring, når unge vælger at teste sig selv for klamydia derhjemme i stedet for at gå til deres læge og tale om seksuel adfærd, for blot at nævne nogle få af de pressehenvendelser, som har været forbi mit bord i år.

DSAM er de praktiserende lægers faglige selskab, og den høje lægefaglighed formidler vi til medierne, så offentligheden kan få klar besked, når journalisterne (og dermed befolkningen) tager en sag op med et sundhedsfagligt emne.

Når pressesagerne skal ud af huset, så tænker vi pressestrategisk og

proaktivt, så historien eller budskabet får mest mulig omtale. Her kræver det ikke en læge, men en journalist med viden om, hvordan pressens nyhedsmaskine virker.

I DSAM arbejder vi således proaktivt og med mange projekter. I øjeblikket har vi en kampagne i støbeskeen, der skal fremme praktiserende lægers synlighed blandt befolkningen, en stor nordisk kongres, hvor vi forventer op mod 1.000 deltagere, og inden længe sender vi et nyhedsbrev ud om det kommende valg til DSAM's repræsentantskab i efteråret, hvor vi håber, at du vil bruge din stemme. //

I DSAM arbejder vi
således proaktivt og
med mange projekter.



Foto: Mads-Peter Eusebius Jakobsen



BESTYRELSENS KLUMME:

Ingen kan gøre det alene

For 3 år siden blev jeg spurgt, om jeg ville være leder af planlægningsgruppen for Nordisk Kongres 2019 eller sagt på engelsk: "Chair of the Host Organizing Committee".

Den videnskabelige komite var allerede nedsat og består af en lang række dygtige kolleger, og med professor Anne-Li Sandbæk i spidsen var planlægningen af det videnskabelige program i gode hænder. Der var fuld opbakning fra DSAM, der stillede et sekretariat til rådighed, som allerede havde erfaring med at planlægge store kongresser (WONCA 2016, POD 2018). Jeg havde ingen erfaring på området, men jeg stolede på, at der var andre med erfaring, som jeg kunne sparre med. Så jeg sagde ja.

Kongressen var planlagt til at foregå i Aalborg, hvilket mange havde betænkeligheder ved. Kan det i Danmark lade sig gøre at afvikle en kongres uden for København?

Min vision er at skabe rammerne for en kongres, hvor forskere og klinikere kan mødes. Hvor man kan blive opdateret på den seneste nye viden via mundtlig fremlæggelse af forskningsresultater eller mere interaktiv videns- og erfaringsudveksling i workshops. En mulighed for fagligt at blive beriget med viden, der udspringer af en almenmedicinsk kontekst og forhåbentlig kan finde anvendelse i den kliniske hverdag, samt ikke mindst muligheden for møde gamle studiekammerater eller kolleger og skabe nye samarbejdsrelationer. Det er for mig kernen i en kongres og den væsentligste grund til at deltage.

Så selvom Aalborg ikke har en spektakulær natur som Island eller har karakter af en hovedstad, omend byen også kaldes "Nordens Paris", så håber jeg, at andre, ligesom jeg, er nysgerrige på vores fags faglige udvikling, og hvilken indvirkning det kan have på vores kliniske hverdag ude i klinikkerne. Og når det så er sagt, så er Aalborg en både hyggelig og smuk by, og naturen i Nordjylland er ikke så ringe endda.

Jeg har de sidste år arbejdet sammen med et meget dyg-



Den verdenskendte arkitekt Jørn Utzon voksede op i Aalborg. Utzon Center, som pryder Aalborgs havnefront, blev hans sidste værk, som han tegnede sammen med sin søn Kim.

tigt DSAM-sekretariat, der med stor energi, et fantastisk overblik og sans for detaljen får alle planer og aftaler på plads. Bagsiden af et så veltunet og effektivt sekretariat, der prioriterer opgaven højt, er, at de nogle gange synes at glemme, at jeg har påtaget mig opgaven ved siden af mit fuldtidsarbejde. Der kan snildt løbe 20-30 mails ind på en dag med spørgsmål, tekst jeg skal læse og kommentere på eller bare mails til orientering. Jeg må indrømme, at de få dage, hvor der ikke er tikket en mail ind, har jeg tjekket, om mobilen nu også virkede. Ud over at have en livlig mailkorrespondance har vi mødtes regelmæssigt.

Tiden for afholdelse af kongressen nærmer sig, og vi arbejder nu med de små detaljer. Blev jeg vækket kl. 3 om natten, ville jeg kunne opremse, hvor mange minutter hver enkelt taler har til åbningssessionen eller angive placeringen af opladerstationer, så deltagerne til enhver tid kan få mobilen opladet og gøre brug af vores kongres-app. Mit værste mareridt er, at der er noget, vi har glemt at tænke på. Men jeg ved, at vi alle i planlægningsgruppen har lagt rigtig meget energi i dette arbejde og gjort det så godt, som vi nu kunne.

Ville jeg gøre det igen? Ja - men ikke lige med det samme. //



DSAM

er medlemmernes selskab

Da DSAM for nylig i et nyhedsbrev efterlyste praktiserende læger til at repræsentere DSAM i Sundhedsstyrelsens arbejdsgrupper om angst, autisme og ADHD, var glæden stor, da vi fik 25 henvendelser retur, hvor flere skrev: "Jeg vil med glæde repræsentere mit fag". IDSAM lægger vi også mærke til, at valgprocenten i de seneste to år har været historisk høj. Det sender os et klart og tydeligt signal om, at interessen for at støtte op om selskabet er stor.

Medlemmerne er limen

DSAM er organiseret med et mindre sekretariat, som har til huse i Stockholmsgade i København. Sekretariatet refererer til formandskab og bestyrelse, som igen refererer til repræsentantskabet – selskabets øverste myndighed.

Selvom sekretariatet er en uundværlig del af DSAM, så er det medlemmerne, som er limen og sammenhængskraften i organisationen. At

være medlem betyder, at I bakker op om selskabets arbejde og støtter de tiltag, som udgår herfra.

Mange af selskabets godt 5.000 medlemmer følger med I, hvad der kommer fra selskabet via nyhedsbreve, Practicus og måske kolleger, der på en eller anden måde er engageret i selskabet. Og det er der heldigvis rigtig mange, der er. Først og fremmest i regionsbestyrelserne (der udgør DSAM's repræsentantskab), som altså ud over at være dem, der bestemmer, arrangerer temaaftener og fester for de nye speciallæger i almen medicin og mange steder også fungerer som bindeled mellem f.eks. regionale FYAM-udvalg og regioner. Det kan I læse mere om andetsteds i bladet.

Dernæst har vi en lang række medlemmer, der er udpeget til at repræsentere DSAM og dermed faget i arbejdsgrupper under primært Sundhedsstyrelsen. Det er ikke altid let, og man skal holde tungen lige i munden, men vi får ofte tilbagemeldinger om, at det er meningsfuldt og berigende

at være med til at skabe fremtidens sundhedsvæsen i samarbejde med andre faggrupper og myndigheder. Vi får også tit at høre, hvor stor lydhørhed der er fra de andre aktører, når de praktiserende læger fortæller om dagligdagen og fagligheden i almen praksis. Læger i sekundærsektoren og de ansatte i Sundhedsstyrelsen har oftest kun sporadisk kendskab til betingelserne i almen praksis, men de lytter gerne til vores repræsentanter. Der laves på den måde et stort, men ofte usynligt, image-arbejde på vegne af hele standen.

Bestyrelsen sætter retningen

Sekretariatet, som består både af lægefaglige konsulenter og administrative medarbejdere, sørger for driften, som f.eks. består i at svare på de henvendelser, som vi får fra medlemmer, kommende medlemmer, pressen, myndigheder og andre organisationer. Vi planlægger årsmøder og kongresser, sørger for, at der bliver udbetalt mødegodtgørelser, vedligeholder og ud-



Det er et engageret sekretariat, der arbejder for bestyrelsen, repræsentantskabet og alle medlemmerne.
Foto: Imagebureauet.

Selvom sekretariatet er en uundværlig del af DSAM, så er det medlemmerne, som er limen og sammenhængskraften i organisationen.

bygger hjemmesider, udgiver medlemsblad, svarer på høringer og meget andet. Men vi arbejder også med proaktive opgaver, som f.eks. at tilrettelægge presseindsatser med det formål at sætte dagsorden i medierne. Det foregår alt sammen i tæt samarbejde med formandskab og bestyrelse, som i dagligdagen udstikker retningen for selskabet.

Det sker, når formanden er på kontoret i Stockholmsgade to dage om ugen, og når han dagligt er i telefonisk kontakt med sekretariatet. Det sker også til bestyrelsesmøder, hvor

der bliver truffet beslutninger om både langsigtede og kortsigtede sager, og ikke mindst, når bestyrelsen med jævne mellemrum vedtager politikpapirer, der udstikker en kurs. Senest er der udarbejdet en politik for annoncering i selskabets medier og en politik for patientsikkerhedsarbejdet.

Under DSAM har vi også udvalg, interessegrupper, arbejdsgrupper for kliniske vejledninger og ad hoc-udvalg, f.eks. kampagnegrupper, hvis medlemmer året rundt er med til at skabe fagligt indhold til gavn og glæde for mange.

Vi har brug for jer, og vi lytter til jer

I DSAM håber vi, at I vil blive ved med at byde jer til, og vi håber, at I fortsat vil sige til, hvis der er noget, I ønsker gjort anderledes. DSAM er medlemmernes selskab, og det nytter faktisk at sige til eller fra.

Et eksempel på dette er, at vi i de seneste år har fået mange henvendelser fra medlemmer, der ønsker, at DSAM's kliniske vejledninger igen bli-

ver udgivet på print. Nogle har ringet, nogle har skrevet, andre har taget fat i bestyrelsesmedlemmerne. Og på trods af beslutningen om at digitalisere vejledningerne (som primært bundede i, at det ville blive nemmere at opdatere dem), har bestyrelsen på baggrund af medlemmernes respons for nylig besluttet, at vejledningerne igen skal udkomme på print. Og der er to på vej i år: dels en opdateret diabetesvejledning og dels vejledningen fra 2018 om kræftopfølgning i almen praksis, som dengang kun udkom elektronisk. Begge lander i postkasserne senere på året.

Til efteråret har vi regionsvalg i DSAM. Stil gerne op, eller husk at bruge din stemme, så de valgte kandidater får et solidt mandat med sig i det videre arbejde. Bliv ved med at give selskabet feedback, og engager dig, hvis du har tiden og lysten til det. Vi har brug for dig. //



Dét sker i DSAM i regionerne

HOVEDSTADEN

Som optakt til efterårets valg til DSAM's repræsentantskab har Practicus spurgt de fem regionsbestyrelser, hvad der rører sig på det regionale plan.

Mere samarbejde på tværs

I DSAM-Hovedstaden har vi brugt nogle kræfter på at etablere et samarbejde på tværs med bl.a. PLO-H og KAP-H for at opnå synergi. Det er ikke nyt, at de fleste af os oplever at have nok at lave i den daglige klinik. Så den tid, vi bruger i de forskellige organisationer, skal jo gerne opleves tilfredsstillende og meningsfuld og give fornemmelsen af, at vi løfter i flok – trods forskellige vilkår. Det betyder bl.a., at vi nu deltager som observatører i møderne i PLO-H, hvor også FYAM er repræsenteret, ligesom vi er i dialog med KAP-enheden via vores plads i den faglige interessentgruppe.

Konkrete opgaver

I forhold til det utal af udfordringer, som den nye tolkelov har givet os, har vi givet dele af bolden videre til PLO-H, som vil kontakte Region Hovedstaden, der, som ansvarlig for tolkeudbuddet og i modsætning til andre regioner, har været meget tilbageholdende med at informere os om den nye lov og dens konsekvenser, bl.a. om muligheden for at patienterne kan få/skal have dækket omkostninger ved udfærdigelse af evt. undtagelseserklæringer.

Derudover har vi på opfordring af FYAM talt om at sætte lys på, hvilke kriterier – sagte som usagte – der ligger til grund for ansættelse i hoveduddannelsesstillinger, som der er rift om i vores region.

Flere af os arbejder også i forskellige centrale sammenhænge, hvor kvalitetsarbejdet er i fokus. DSAM er bl.a. repræsenteret i KiAP's styregruppe og de såkaldte projektspor i programmet (<https://kiap.dk/kiap/organisering/program.php>). Vi er bl.a. aktive i indikatorsporet, hvor vi – med afsæt i DSAM's arbejde med kvalitet – forsøger at byde ind med indikatorer, det giver mening at indsamle data til.

Endelig har der også været plads til et velbesøgt møde om medicinsk cannabis i januar, der er omtalt i egen artikel længere inde i bladet.

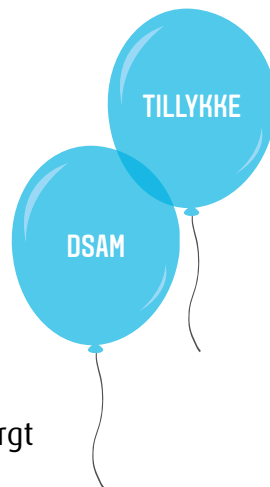
Der er også plads til dig

Der er plads til mere aktivitet, så har du lyst til fagligt samvær om emner, der rækker ud over den daglige klinik og sætter denne i perspektiv som en del af det samlede sundhedsvæsen, så kontakt gerne undertegnede. Det er kun fantasien, der sætter grænser, og du får i tilgift inspirerende samvær med kollegaer og fremtidige kollegaer. //





Dét sker i DSAM i regionerne SYDDANMARK



Som optakt til efterårets valg til DSAM's repræsentantskab har Practicus spurgt de fem regionsbestyrelser, hvad der rører sig på det regionale plan.



En flok glade, nyuddannede speciallæger.

Et nyt hold speciallæger i almen medicin er klar

Det er en rigtig god nyhed for hele det danske sundhedsvæsen, at et nyt hold almenmedicinere tildeles speciallægeanerkendelsen.

DSAM og Region Syddanmarks "rekrutteringsteam" ville gerne sige til lykke til vores nye speciallæge-kolleger og fejre begivenheden. Denne fandt sted en blæsende torsdag aften i maj, hvor bølgerne i Lillebælt gav uro. Med toppe af hvidt skum i baggrunden fik de nye speciallæger en velfortjent fest. DSAM var vært for middagen og Region Syddanmark for overnatning. Kursusleder Anne-Mette Rotwitt deltog som holdets gennemgående ankerkvinde.

Aftenen forløb med middag, vin, taler, sjov og snak, men først og fremmest som en bekræftelse på et stærkt fællesskab. Et fællesskab, der er nødvendigt for at kunne løfte udfordringerne i fremtiden. Vi havde udvalgt Snoghøj til fej-

ringen. Det var ikke tilfældigt. Det gav en god og velfortjent mulighed for at deltage i Praksisdag Syd dagen efter.

De nye speciallæger har været igennem en lang og intensiv uddannelse målrettet almen praksis. Naturligvis er der i ethvert uddannelsesforløb elementer, der kan gøres bedre, men når vi ser, hvor kompetente nye almenmedicinske speciallæger de facto er, så er der ingen tvivl om, at de både formelt og reelt er klar til en dagligdag som praktiserende læger. Selvom vi aldrig må stoppe med at forbedre og udvikle vores danske uddannelse, kan vi godt være lidt stolte.

Vi skal værne om trivsel og arbejdsglæde

Almen praksis har en tiltagende central rolle i sundhedsvæsenet. Det er paradoksalt, at samfundets store tillid til vores profession kan blive en udfordring. Men selv unge stærke skuldre kan blive trætte af at løfte for tunge byrder. Derfor er det vigtigt, at vi side om side med fokus på høj faglighed også værner om trivsel og arbejdsglæde. Det må vi tage alvorligt og handle på – både DSAM, PLO, Danske Regioner og os selv som gode kolleger.

Vi håber, at vores nye kolleger søger ubesatte stillinger i praksis. Et godt og loyalt kollegaskab og en politisk forståelse og investeringsparathed er nødvendige forudsætninger for denne udvikling. Når det lykkes at sikre vores nye kolleger et godt lægeliv, vil vi helt automatisk sikre samfund og patienter en almen praksis, der fortsat er "second to none".

Men tilbage til det nye hold speciallæger i Region Syddanmark: DSAM er glade og stolte af at være sammen med jer om specialet almen medicin. Tillykke! //



Dét sker i DSAM i regionerne

SJÆLLAND

Som optakt til efterårets valg til DSAM's repræsentantskab har Practicus spurgt de fem regionsbestyrelser, hvad der rører sig på det regionale plan.

Vi har brug for dig!

DSAM består af en central bestyrelse med tilhørende sekretariat og derudover af fem regionale bestyrelser. Anne Møller (formand), Camilla Høegh-Guldberg Spange (næstformand), Annette Houmand (bestyrelsesmedlem), Lasse Eck (FYAM-repræsentant) og Pernille Lund (FYAM-suppleant) udgør den aktuelle bestyrelse i DSAM Sjælland. Lasse Eck er nyvalgt fra 2018 som FYAM-repræsentant, mens Pernille Lund nu er speciallæge og ikke genopstiller. De tre speciallæger er alle på valg i år og har desværre

alle valgt ikke at genopstille pga. mange andre aktiviteter. Vi har derfor virkelig brug for nye kræfter i bestyrelsen.

Opgaverne i regionsbestyrelsen

I den regionale bestyrelse ser vi det som vores vigtigste opgave at arbejde for den faglige udvikling i Region Sjælland. Det gælder både i forhold til kvalitetsudvikling, uddannelse og forskning. Vores bestyrelsesmøder foregår primært på Skype, og på møderne briefer vi hinanden om,



Den nuværende
bestyrelse i DSAM
Sjælland.

hvad der foregår i regionen i forhold til faglig udvikling af det almenmedicinske speciale. Gennem vores engagement i DSAM og FYAM er vi repræsenteret i mange forskellige fora. i den centrale bestyrelse har Anette Houmand siddet med ved bordet i fire år og Lasse Eck foreløbig i et enkelt. Og i forskellige udvalg under DSAM har Anne Møller f.eks. siddet i Forskningsudvalget og Internationalt Udvalg. I PLO er vi repræsenteret ved Camilla Høegh-Guldberg Spange, og vores FYAM-repræsentanter er aktive i den regionale FYAM-gruppe. Derudover deltager vi i en række af regionens øvrige udvalg.

Bestyrelsen har i de sidste par år været en blandet flok af aktive, engagerede praktiserende læger og yngre læger, og arbejdsopgaven i bestyrelsen er bestemt overskuelig. Vi har fået

stor succes med at engagere medlemmerne via vores Facebookgruppe, men det kniber med støtten til øvrige møder. Derfor diskuteres det fortsat både centralt og regionalt i DSAM, hvilken rolle de regionale bestyrelser skal spille, og hvilke opgaver der skal løses regionalt. Senest var det oppe på DSAM's forårsrepræsentantsskabsmøde.

Hvordan prioriterer vi fagligheden?

Vi ved, at alle praktiserende læger har travlt, og vi skal derfor tilpasse vores aktiviteter derefter. Men vi har trods travlhed samtidig brug for at prioritere fagligheden højt, og vi har brug for nye forslag til, hvordan vi løser denne opgave i fremtiden. Så kom glad til vores valgmøde, hvor vi skal diskutere dette. Vi holder valgmøde den 26. august 2019 kl. 17.00-20.00. Ud over snak om det regionale arbejde i

Find Facebook-
gruppen her.



DSAM, kommer der et fagligt oplæg, og selvfølgelig skal vi have noget god mad og hygge (og bare rolig: man bliver ikke valgt, bare fordi man møder op til mødet; valget er elektronisk og foregår 11.-18. september 2019, og kandidater melder sig uafhængigt af vores valgmøde).

Vi glæder os til at se jer! I mellemtiden: Følg med i vores facebookgruppe "DSAM Sjælland", hvor nærmere information om mødested og tilmelding annonceres. //

PRACTICUS // opslag

MØDEKALENDER

FOLKEMØDE

13.-16. juni 2019
Bornholm
www.folkemoedet.dk

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

Thursday



Dét sker i DSAM i regionerne

MIDTJYLLAND

Som optakt til efterårets valg til DSAM's repræsentantskab har Practicus spurgt de fem regionsbestyrelser, hvad der rører sig på det regionale plan.

Fejrer nye speciallæger

Siden 2011 har vi i Region Midtjylland afholdt et arrangement for årets nyuddannede speciallæger i almen medicin. DSAM var initiativtager til dette. Da de unge læger er glade for disse arrangementer, vil vi gerne dele vores erfaringer med de andre regioner.

Inspirationen kom fra mange andre europæiske lande, hvor speciallægestatus bliver markeret med fest og farver – og hvor de lægelige organisationer for praktiserende læger ta-

ger de unge læger "til sig". I Midtjylland har vi fået tradition for at holde arrangementet på Skarrildhus, der giver de rigtige rammer for en sådan fejring. Arrangør er PLO-Midtjylland, Region Midtjylland og DSAM-Midtjylland, som deles om udgifterne.

Vi starter en fredag eftermiddag kl. 15 med et fagligt arrangement, hvor fremtidens muligheder og udfordringer for de unge læger er i fokus, og om aftenen er der så festmiddag og dans. Til den festlige del er ledsagere invi-

teret med – dog for en vis egenbetaling. Seneste arrangement var i juni 2018 med stor deltagelse og gode evalueringer. Her er kommentarer fra en deltager og en af arrangørerne.

Signe Gjedde Brøndt:

– Endelig speciallæge. En milepæl er endelig nået. Forventninger om et guldrandet diplom med laksegl og håndskreven signatur blev gjort til skamme. 4.165 danske kroner blev overført til styrelsen, og tilbage kom



Skarrildhus danner en festlig ramme, når de nye speciallæger i Region Midtjylland fejres.

en mail, hvori der stod: "Du har med virkning fra 1. maj 2018 opnået speciallægeanerkendelse i almen medicin. Du modtager ikke din speciallægeanerkendelse i papirform." Og så et link til Autorisationsregisteret. Ingen glimmer eller konfetti. Ingen portvin eller cigarer. Så den invitation, der kom fra Region Midtjylland og DSAM-/PLO-Midtjylland, var kærkommen. En eftermiddag med et fagligt arrangement og om aftenen gallafest for de nyslåede speciallæger. En skøn og varm junidag, hvor der blev diskuteret livligt med Christian Boel fra Region Midtjylland og med hinanden, og hvor man klart mærkede, at familielæger bestemt ikke er en uddøende

race. Og der blev festet. Sablet champagne, holdt taler, sunget og danset til næste morgen.

– Milepæle, de skal fejres, og det blev denne.

Lise Høyer:

– Vi synes da, at de nyuddannede speciallæger skal fejres. De har gennemgået en lang speciallægeuddannelse, og de står på trinnet til at blive vores kommende kolleger ude i almen praksis. Vi synes, at det er et godt signal, at DSAM-/PLO-Midtjylland sammen med regionen holder en fest for dem. Vi plejer også at have en fin faglig eftermiddag inden med plads til gode diskussioner. Og det er faktisk også

en god mulighed for at både at give og få direkte feedback på, hvad de unge læger tænker. Det gjorde f.eks. indtryk, at ca. 35 ud af de 42 nyuddannede læger havde købt eller var ved at købe praksis, og de var færdiguddannede inden for det sidste år.

– Lægerne kender hinanden og glæder sig til at mødes denne dag. Det er en dag, der gør en i godt humør, når man er sammen med 42 glade og dygtige kommende kolleger.

Fra DSAM-Midtjylland er beskeden klar: At blive speciallæge i Midtjylland er en fest, og det skal markeres.

Vi håber, at andre kan bruge vores erfaringer. //

PRACTICUS // opslag

PLU

Praktiserende
Lægers Uddannelses- og
Udviklingsfond



Ansøgningsfrist for uddeling september/oktober 2019: onsdag den 4. september 2019.

Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i september/oktober 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 ydes primært støtte til egen løn, vikarløn og/eller kontorhold i mindre omfang. Støtten kan gives såvel i for-

beredelsesfasen som under gennemførelse og i skrivefasen. Oversættelse af manuskripter, deltagelse i videnskabelige møder, forskningsmetodologiske kurser og kongresser, hvor man fremlægger originalarbejde, støttes i begrænset omfang. Der kan ikke søges om støtte til indkøb af apparatur eller it.

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

Ansøgninger udfyldes online og informationsside (underskriftsside) samt eventuelle underbilag fremsendes til:

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

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



Dét sker i DSAM i regionerne

NORDJYLLAND

Som optakt til efterårets valg til DSAM's repræsentantskab har Practicus spurgt de fem regionsbestyrelser, hvad der rører sig på det regionale plan.

Medlemsmøde i samarbejde med DAUS

DSAM Nordjylland holdt medlemsmøde den 25. marts 2019 i Aalborg i samarbejde med Dansk Almenmedicinsk Ultralydsselskab (DAUS) under overskriften "Har ultralyd en plads i almen praksis?" Et sted mellem 40 og 50 mennesker deltog i mødet, flest læger og medicinstuderende, men også enkelte politikere og embedsfolk. Jeg ved ikke, om vi fik svar på spørgsmålet, om ultralyd har en plads i almen praksis, men vi fik smagt på mulighederne.

Ultralyd er og bliver kontroversielt, men vi er nok nødt til at arbejde med, hvilken plads det skal have. At dømme efter stemningen og engagementet på mødet, er der en stor andel af de unge, der rigtig gerne vil arbejde med det. De er ikke til at overse.

For DSAM er det vigtigste selvfølgelig, om fagligheden kan holde. Jeg udfordrer Troels Mengel-Jørgensen, som er formand for DAUS, på nogle kerneproblemer:

Bolette: Vi har nok at rive i. Det dér får jeg da aldrig tid til at lære...

Troels: Det er grundlæggende et spørgsmål om prioritering. At kunne bruge ultralyd som point-of-care-værktøj, kan faktisk gøre din arbejdsdag lettere og gøre det sjovere at være praktiserende læge. Det kan give dig et hurtigere og større overblik over en klinisk situation, som du ellers skulle tænke dig til eller have andre til at lave billeddiagnostik af for dig (ofte med lang ventetid). Point-of-care-ultralyd er defineret ved, at det er klinikeren selv, der f.eks. tænker, at "det her kunne godt være et galdestensanfald". Og inden han kan nå at overveje mange andre diag-

nostiske muligheder, skrive en henvisning til billeddiagnostisk afdeling m.m., har han fundet ultralydsapparatet frem, har scannet under højre kurvatur og fundet – eller ikke fundet – en galdesten. Og han kan så komme videre i sin diagnostiske afklaring i en fart.

Så det handler også om at tænke smartere, så man kommer hurtigere videre, og at man bliver mere sikker i sin diagnostik og måske kan ændre på en visitation eller direkte på en behandling på baggrund af sin egen scanning.

Bolette: Hvad gør det ved konsultationsprocessen, at vi bruger sådan en teknologisk ting – endnu en skærm, vi skal glo på i stedet for dialog med patienten?

Troels: Patienterne er overordnet meget tilfredse med at få lavet ultralyd. Det har vi forskning, der underbygger. Det betyder ikke, at der ikke kan opstå problemer i forhold til f.eks. teknologifiksering og dårlig kommunikation. Det er vigtigt at være opmærksom på det. I fremtiden vil der være nogle konsultationer, hvor ultralydsscanningen er en naturlig del af den objektive undersøgelse og den diagnostiske proces – og det skal vi selvfølgelig vænne os til at gøre på en god måde. Min egen erfaring er, at patienterne er utrolig glade for at kunne "se med".

Bolette: Hvordan skal de unge lære det, når vi tutorlæger ikke kan undervise i det?

Troels: Man kan kun lære at bruge ultralyd ved at prøve det; selv have det i hænderne og prøve at finde de anatomiske strukturer. Vi anbefaler meget, at tutorlæger og uddannelseslæger tager på kursus sammen, og at man mel-



De unge, kommende praktiserende læger, der deltog i mødet, var ikke i tvivl: De vil gerne have ultralyd i almen praksis.

der sig ind i en lokal erfaringsgruppe eller 12-mandsgruppe, hvor man kan udveksle erfaringer med kolleger, der også bruger ultralyd i egen praksis. Det lærer vi alle sammen mere af. Der findes lokale grupper flere steder i landet.

Bolette: Bliver vi ikke fristet til at lede efter alt muligt mærkeligt, der derefter skal udredes nærmere – altså mere sygeliggørelse?

Troels: Man kan undersøge alt muligt med ultralyd – det skal vi bare ikke! Vi skal kun holde os til afgrænsede problemstillinger som f.eks. intrauterin graviditet: ja/nej, subcutan absces: ja/nej, achilleseneruptur: ja/nej. Vi har i DAUS lavet en "common trunk", dvs. en basisliste over de simple ja/nej-scanninger, som det er muligt at blive god til i sit arbejde som praktiserende læge.

Bolette: Hvor mange ultralydsscanninger skal man lave om ugen for at opnå og vedligeholde sine færdigheder?

Troels: Det kommer lidt an på, hvilken type scanninger man laver, om man interesserer sig meget for gynækologi, idrætsmedicin m.m. og afgrænser sig til disse områder, eller man scanner mere bredt. Men man skal gerne scanne hver dag. Jeg scanner typisk en til fem gange dagligt.

Bolette: Apparaterne er for dyre, og der er ingen ydelse på det – det vil da aldrig kunne betale sig at investere i det...

Troels: Apparatet bliver bedre og bedre – og billigere og billigere. Der er sket utroligt meget, siden jeg startede med at scanne i 2013. Man kan købe godt, transportabelt udstyr til 100-150.000 kr., og det kan afskrives over klinikken. Der sker imidlertid hele tiden en udvikling, og f.eks. er der en håndholdt ultralydsscanner på vej fra USA, som man kan plugge i sin iPhone/iPad. Den kommer til at koste ca.

20.000 kr. i indkøbspris (plus årligt softwareabonnement).

Desuden arbejder vi i DAUS, i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg, på at informere PLO, regioner og embedsmænd om, at ultralyd er kommet for at blive, og at det kan løfte kvaliteten i vores lægelige arbejde, fremskynde de diagnostiske processer og give gladere praktiserende læger. Det skal selvfølgelig hjælpes på vej med et honorar til OK21! Så det arbejder vi på, at der kommer! //



Der blev scannet på livet løs med flere typer scannere.



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

FIT forkorter udredningstiden for lavrisiko-patienter



Patienter, som præsenterer vage og ukarakteristiske symptomer på kræft eller anden alvorlig sygdom, har længere tid til diagnosen. Dermed er de også i risiko for at have dårligere prognose end øvrige patienter.

Hvorfor er forskningsprojektet relevant for den alment praktiserende læge?

Vores studie gør op med den konventionelle udredning af patienter med symptomer på tyktarmskræft i almen praksis og sigter mod at give den praktiserende læge flere diagnostiske redskaber i håndteringen af denne population. Vores fokus er på de patienter, som præsenterer vage og ukarakteristiske symptomer, som af den praktiserende læge ikke bliver tolket som alarmsymptomer (og dermed henvisning til et kræftpakkeforløb). Det er vist, at denne gruppe af patienter har forlænget tid til diagnose og der-

med er i risiko for at have dårligere prognose end øvrige patienter.

Hvis man kan bruge en diagnostisk test, som kan hjælpe den praktiserende læge med at identificere patienter med øget risiko for tyktarmskræft, vil det være af stor betydning for lægerne og i særdeleshed patienterne.

Hvad handler din artikel om?

Vores studie undersøgte værdien af at bruge en test for blod i afføringen, faecal immunochemical test (FIT), i en lavrisiko-population bestående af patienter med "ikke-alarm-symptomer" på tyktarmskræft. Vi fokuserede først og fremmest på, hvor mange tilfælde af tyktarmskræft der blev diagnosticeret efter brug af FIT, men også om der blev fundet andre "alvorlige tarmlidelser" blandt patienterne. Ud over tyktarmskræft inkluderede det også inflammatorisk tarmsygdom og tarmadenomer med høj risiko for at blive maligne. Derudover undersøgte vi, hvilke stadier kræfttilfældene blev fundet i, og om nogle af dem med negativ FIT senere blev diagnosticeret med tyktarmskræft (falsk negative).

Hvordan er dit studie udført?

Vi lavede et stort interventionsstudie, hvor vi gav alle praktiserende læger i Region Midtjylland mulighed for at benytte FIT. Målpopulationen var lavrisiko-patienter med vage og ukarakteristiske symptomer på tyktarmskræft. Til studiet udarbejdede vi en vejledning, som havde til formål at guide de praktiserende læger i brugen af testen, og vi arrangerede en efteruddannelse, som blev afholdt på lægelaugsmøder i regionen. Herudover gjorde vi det muligt for den praktiserende læge at rekvirere FIT over Webreg og få testen analyseret på Klinisk Biokemisk Afdeling i Randers. Svaret blev returneret elektronisk til den praktiserende læge via LABKA ligesom andre laboratorieresultater. Ud fra testresultatet kunne lægen se, om der var blevet detekteret blod i afføringen hos patienten, som så skulle henvises til koloskopi.

Hvad er de vigtigste resultater?

Studiet viste først og fremmest, at de praktiserende læger brugte testen på den rigtige population (lavrisiko-individer). Dette kunne vi se, ved at prætest-sandsynligheden for tyktarmskræft var lavere for de testede individer end for individer med alarmsymptomer. Dette var essentielt for den videre fortolkning af vores resultater. Vi så endvidere, at ca. 10 pct. af personer med positiv FIT havde tyktarmskræft. Det vil sige, at man "øger" individets risiko for at have tyktarmskræft fra nær baggrundsbefolkningens til 10 pct. Dette er en dramatisk øgning, som er værdifuld viden for den praktiserende læge i den diagnostiske proces. Samlet havde ca. 25 pct. af individer med positiv FIT en alvorlig tarmsygdom (tyktarmskræft, inflammatorisk tarmsygdom eller tarmadenom med høj risiko for at blive maligne).

Stadiefordelingen af de diagnosticerede kræfttilfælde viste, at cirka 67 pct. blev diagnosticeret i stadie I eller II. Cirka 20 pct. blev diagnosticeret i stadie IV. Til sammenligning var stadiefordelingen af tyktarmskræft, som blev diagnosticeret i 2015, 45 pct. i stadie I og II og 25 pct. i stadie IV. Dette indikerer, at man ved at bruge FIT på lavrisiko-populationen kan få et "skift" i stadiefordelingen mod tidligere stadier sammenlignet med den konventionelle udredning. Vores observationer på dette område var dog begrænset af, at vi ikke havde nok data til konklusive resultater.

Endelig så vi også, at der kun var få falsk negative tests. Det blev illustreret ved, at <0,1 pct. af de FIT-negative individer havde fået diagnosticeret tyktarmskræft tre måneder efter prøvetagningen. Vi planlægger at lave et større followup-studie, som skal afdække antallet af patienter

Ph.d.-projekt: Using the faecal immunochemical test in general practice: diagnostic workup of patients with non-alarm symptoms of colorectal cancer.

Forsvaret: Forår 2018.

Vejledere: Peter Vedsted, Berit Sanne Andersen, Søren Laurberg og Frede Olesen.

Link til artikel: bit.ly/2IOIVcs

med negativ FIT, som fik diagnosticeret tyktarmskræft i årene efter prøvetagningen for at få et mere præcist indtryk af falsk negative tests.

Hvordan kan det implementeres? Og hvilke udfordringer kan der være med implementeringen?

Som led i mit ph.d.-projekt blev der lavet en evaluering af implementeringen af FIT. Denne viste, at størstedelen af de praktiserende læger begyndte at bruge testen på den ønskede patientpopulation. De overordnede elementer i interventionen var efteruddannelse, lamineret papirvejledning, opsætning af mulighed for rekvisition samt forsendelse og analyse af FIT. Ligesom ved introduktionen af andre nye test er det vigtigt i implementeringen af denne test at imødegå den praktiserende læges mulige barrierer for at starte med at bruge testen. Dette kan f.eks. være manglende kendskab eller manglende motivation/vilje. Det mener vi, at vi gør langt hen ad vejen ved den allerede udviklede intervention.

En væsentlig udfordring i implementeringen af FIT i almen praksis bliver at vinde gehør hos hospitalsbaserede speciallæger og regionspolitikere og andre beslutningstagere om, at FIT er et vigtigt værktøj i almen praksis. Vores forskning og den internationale litteratur understøtter, at FIT som en del af den primære diagnostik er en rigtig god ide. Denne trinvis tilgang til at identificere patienter med tyktarmskræft kan potentielt betyde et paradigmeskifte i måden, man tilgår patienter med symptomer. Tendensen fra udlandet er også, at FIT bør indgå i den praktiserende læges diagnostiske redskaber. Det er senest eksemplificeret ved, at man i Storbritannien har anbefalet FIT for netop den population, vi har undersøgt. Data er dog fortsat begrænsede, og vi er de første, som har undersøgt brugen af FIT specifikt på lavrisiko-symptomer. Processen er i gang, og forhåbentligt varer det ikke længe, før den praktiserende læge kan benytte sig af FIT i almen praksis. //



Makrolider

– et Cochrane review om bivirkninger

En dansk forsker fra Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet har i samarbejde med forskere fra Australien og England lavet et Cochrane review. Formålet med det nye review er at give læger evidensbaseret viden om de mulige bivirkninger, som kan være forbundet med behandling med makrolider.

Makrolider i Danmark

Makrolider er en klasse af antibiotika, som bl.a. anvendes til behandling af akutte og kroniske luftvejsinfektioner, seksuelt overførbare infektioner, akne og ulcussygdom forårsaget af *Helicobacter pylori*. De fire markedsførte præparater i Danmark er azithromycin, clarithromycin, erythromycin og roxithromycin.

Makrolider er blandt de hyppigst anvendte antibiotika i såvel Europa som USA. I Danmark udgør de 11 pct. af det totale antibiotikaforbrug i primærsektoren, kun overgået af smalspektret penicillin (25 pct.) og de mere bredspektrede penicilliner som f.eks. amoxicillin og ampicillin (24 pct.).

Et Cochrane review om bivirkninger

Indtil nu har lægers viden om bivirkninger ved antibiotikabehandling pri-

mært baseret sig på viden fra undersøgelser, som ikke kan tage højde for, om bivirkningerne skyldes selve sygdommen – f.eks. udslæt ved en virus-sygdom – eller skyldes antibiotikabehandlingen. Derfor påbegyndte Malene Plejdrup Hansen, lektor ved Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet, i samarbejde med en gruppe forskere fra Australien og England et Cochrane review, som havde til formål at undersøge, om patienter, som blev behandlet med et vilkårligt makrolid antibiotika (et af de fire nævnt i faktaboksen), oplevede flere bivirkninger, end patienter, som blev behandlet med placebo.

Placebo-kontrollerede randomiserede studier

Kun studier af højeste kvalitet, såkaldte placebo-kontrollerede randomise-

rede studier, blev medtaget. I alt 183 studier, som inkluderede 252.886 personer, indgik i reviewet. Indikationerne for behandling varierede utroligt meget – lige fra behandling af luftvejsinfektioner til forebyggelse af hjertekar-sygdomme og behandling af mave-tarm-sygdom eller urogynækologiske tilstande. Langt de fleste studier (70 pct.) blev foretaget i sekundærsektoren, og det var især Azithromycin og Erythromycin, som blev anvendt i studierne. De fleste studier rapporterede om tilstedeværelsen af bivirkninger, men kvaliteten af afrapporteringen af disse bivirkninger varierede ganske betydeligt. Kun bivirkninger, som var rapporteret hos mindst 5 pct. af patienterne i en af grupperne (makrolid eller placebo), blev medtaget i reviewet.

Gastrointestinale bivirkninger

Det var primært de gastrointestinale gener, såsom kvalme, opkast, ondt i maven og diarré, som hyppigt blev rapporteret blandt de personer, som blev behandlet med et makrolid antibiotika. Overordnet fandt vi, at der er dobbelt så stor risiko for at opleve bivirkninger fra mave-tarm-kanalen, hvis man bliver behandlet med makrolider

fremfor placebo (odds ratio (OR) = 2.16, 95 pct. konfidensinterval (KI) 1.56–3.00). Sagt på en anden måde: Hvis man behandler 12 personer med et makrolid antibiotika, vil én person opleve bivirkninger fra mave-tarmkanalen (Number Needed to Treat to Harm (NNTH) = 12).

Sjældne bivirkninger

Smagsforstyrrelser (OR = 4.95, 95 pct. KI 1.64 – 14.93, NNTH 11) og høretab (OR = 1.30, 95 pct. KI 1.00 – 1.70, NNTH = 24) blev også oftere påvist hos de personer, som blev behandlet med makrolider, men der var kun meget få studier, som afrapporterede disse bivirkninger.

Vi fandt ikke nogen evidens for en øget risiko for bivirkninger, som var relateret til hjertet eller leveren, men disse resultater bør vurderes i lyset af, at der kun var et fåtal af studier af varierende kvalitet, som rapporterede om disse bivirkninger.

Tidligere studier har vist en øget risiko for død ved behandling med bl.a. clarithromycin. Da disse fund er baseret på observationelle data, er det usikkert, om det er selve makrolidet, som er årsagen til hjertedød, eller om det er andre faktorer, som er relateret til patienter i behandling med makrolid antibiotika, der spiller en afgørende rolle. I det aktuelle Cochrane review, som alene er baseret på placebo-kontrollerede studier, blev der ikke påvist flere dødsfald hos de personer, som blev behandlet med et makrolid antibiotika (OR = 0.96, 95 pct. KI 0.87 – 1.06), heller ikke når vi analyserede de forskellige typer af makrolider hver for sig. I alt 52 studier afrapporterede død. Det er dog vigtigt at bemærke, at de inkluderede studier er baseret på personer med mange forskellige sygdomme/tilstande. Det er derfor ikke muligt at udda-

le sig om, hvorvidt personer med specifikke sygdomme (f.eks. kendt hjertelidelse) har en større risiko for død end andre grupper af patienter, når de behandles med et makrolid.

Resistente bakterier

Jo mere antibiotika, der anvendes, des større er risikoen for resistente bakterier. Dette er ikke kun et problem for samfundet, men også for det enkelte individ. Det er veldokumenteret, at patienter som er blevet behandlet med antibiotika for en simpel urinvejs- eller luftvejsinfektion, har en øget risiko for at huse resistente bakterier i op til ét år efter afsluttet behandling. Kun meget få studier (13 pct.) rapporterede om udvikling af makrolid-resistente bakterier i det aktuelle Cochrane review. En del studier fandt både en absolut og en relativt større mængde makrolid-resistente bakterier hos de patienter, som blev behandlet med antibiotika versus placebo, men det var desværre ikke muligt at konkludere noget definitivt ud fra de få inkluderede studier.

Afvejning af fordele og ulemper

For at læger og patienter optimalt kan vurdere, om antibiotika er den rette behandling, må der nødvendigvis være

evidens tilgængelig for såvel fordele (effekt) som ulemper (bivirkninger). Aktuelt eksisterer der megen viden om effekten af diverse antibiotikabehandlinger, men kun få solide studier om risikoen for mulige bivirkninger. Formålet med det nye Cochrane review er at give læger evidensbaseret viden om de mulige bivirkninger, som kan være forbundet med behandling med makrolider.

Almen praksis står for hovedparten af antibiotikaforbruget i Danmark, og en stor del af recepterne udskrives til patienter med en luftvejsinfektion. Netop denne gruppe af patienter kan som oftest kun forvente en minimal (om nogen) effekt af en eventuel antibiotikabehandling, og her kan det være yderst relevant at drøfte risikoen for mulige bivirkninger med patienten. //

Læs hele
reviewet her:





Ændring af praksis og adfærd

Flemming Bro er en af keynotespeakerne ved Nordisk Kongres 2019, som DSAM er vært for den 17.-20. juni 2019 i Aalborg. Flemming indtager scenen om torsdagen med sin præsentation: "Changing practices and behavior". Practicus har mødt Flemming Bro til en snak om, hvad vi kan forvente af hans keynote.

Hvordan måler man kvalitet?

"Det kan man ikke sige noget generelt om. Og før man kan besvare det, må man først spørge sig selv, hvad god kvalitet så er. Og den diskussion er nok den vigtigste at bruge noget krudt på at få gennemført både med sig selv, sit videnskabelige selskab og med

dem, der står uden for det daglige arbejde i almen praksis. På nogle områder kan det godt lade sig gøre at beskrive, hvad vi mener med god kvalitet på afgrænsede dele af vores arbejde, og når det er tilfældet, giver det mening derefter at se på, om det så kan lade sig gøre at "måle" kvaliteten. Og så vil man finde, at det kan gøres med forskellige metoder – kvalitative såvel som kvantitative."

Hvorfor skal praktiserende læger bruge tid på at forske?

"Vi er et evidensbaseret fag, og det er hele grundlaget for, at vi har vores autorisation. Som alment praktiserende læger skal vi også bidrage til det fag, vi har som samlet lægestand. Vi har mange overlap med andre specialer, men vi kan bidrage med noget, som andre specialer ikke kan. Sygdomspanoramaet, arbejdsmetoden, kontakten, kommunikationen og kontinuiteten er særegen for os i almen praksis. Selvom det også er essentielt

i lægefaget som helhed, mener jeg, at vi har en særlig forudsætning for at kunne bidrage i dette felt. Af den grund mener jeg, at vi har en forpligtelse til at videnskabeliggøre det, så det ikke bliver anekdotisk, men så det bliver funderet i viden og formidlet på en troværdig og legitim måde. Og det opnår man ved at gøre det med en videnskabelig fremgangsmåde."

Hvem har inspireret dig i din forskning?

"Mine mange møder med kollegaer og patienter, når jeg har besøgt praksis og sundhedsklinikker her i landet og gennem mit arbejde i WHO og Danida i mange lande rundt om i verden. De mange fascinerende lighedspunkter og fællestræk ved det at være menneske – ikke mindst når der er sygdom på spil. Og så at opleve, at lægerollen er så universel, at læring og samspil i grupper også fungerer på tværs af, hvor vi er og omstændighederne, vi befinder os i. Det har givet mig lyst til

Flemming Bro modtog i 2018 Mahlerprisen – de praktiserende lægers ærespris – for sit engagement i udviklingen af det almenmedicinske fag. Flemming arbejder som praktiserende læge i Skanderborg (lidt endnu) og er til daglig professor i almen medicin ved Aarhus Universitet. Hans engagement har været målrettet mange forskellige kliniske områder, men især har infektionssygdomme og kræft fyldt en del. De seneste år har fokus været på kvalitetsudvikling.



at lære mere om, hvad det er for mekanismer, der er på spil i mødet mellem læge og patient.”

Hvad er emnet i din keynote på Nordisk Kongres 2019?

”Når man møder patienten i konsultationen, kommer patienten med sin baggrund, sin agenda og sin sygdomsforståelse, som er baseret på et liv med oplevelser, ligesom lægen er formet af sin universitetsuddannelse, sin arbejds erfaring og et liv med patienthistorier. Jeg synes, at det er spændende at prøve at forstå, hvordan man bliver til den læge, man er. At prøve at forstå den proces vil være med til at give os indsigt i, hvordan vi møder og behandler patienter. Det vil også give os en indikation om, hvor vi kan hjælpe læger til at blive bedre i mødet med patienten.

Jeg skal tale om, hvordan vi hver især som læger udvikler den kliniske adfærd, vi har: hvad der former den, og hvordan den kan påvirkes. Og om hvordan vores samspil med især vores praksisteam udspiller sig og er med til at bestemme, hvad der sker i mødet med patienten.”

Hvordan forbereder du dig til dit oplæg?

”Jeg har arbejdet med klinisk adfærd og kvalitetsudvikling i mange år, så det er ikke et nyt område for mig. Men der sker meget på området aktuelt. Især i forståelsen af de mekanismer, der er med til at forme vores adfærd, og af hvordan det, der sker i sundhedsvæsenet, er dybt vævet ind i, hvad der sker andre steder. Så jeg skal have læst op på det og se, om jeg kan få det præsenteret på en måde, der giver mening for dem, der forhåbentlig kommer for at høre mig tale.”

Hvad glæder du dig mest til i forbindelse med Nordisk Kongres 2019?

”Jeg glæder mig til at føle mig som en del af et større medicinsk samfund – noget, der er større end en selv og ens hverdag. Nu er jeg jo tvunget til at høre min egen præsentation, men jeg glæder mig også til at høre de andres, for jeg synes som regel, at det er spændende at høre nogle reflekterede kollegaer, der har forsøgt at syntetisere noget af den viden, de selv har på et bestemt område, og formidle det til deres fagfæller.”

Hvor meget betyder det for dig, at oplægsholderen er god til at formidle? Er det noget, du selv øver dig på?

”Det synes jeg, er et must. Det er en barriere, hvis man ikke er god til at formidle. Jeg burde nok øve mig mere på at formidle, end jeg gør. Jeg kunne godt ønske mig professionel bistand til at lave en flot præsentation på et højt niveau, så det vil jeg opsøge.”

Har du et godt råd til Practicus-læsere, der skal til Nordisk Kongres?

”I min lille forskningsgruppe forbereder vi os inden kongressen på, hvad vi gerne vil høre, og så fordeler vi os ud til de forskellige oplæg. Efter kongressen mødes vi og debriefer, og på den måde får vi alle et større udbytte af det samlede indhold. Det kan man også gøre på forskningsenhedsniveau og med kollegaer fra sin 12-mandsgruppe eller klynge, så alle får delt og drøftet deres indtryk, uanset om det er socialt eller fagligt.” //



Er vi gode nok til at hjælpe en kollega, der er blevet et "second victim"?

Opbakning fra kolleger er afgørende for, hvordan man kommer til at trives igen som menneske og som professionel.

I februar var jeg i USA i forbindelse med mit ph.d.-studium. Jeg fik mulighed for at deltage i en forelæsning på University of Michigan for de medicinstuderende, som snart var færdige læger. Forelæsningen omhandlede lægen som *second victim*, når han eller hun begår en fejl, som får alvorlige konsekvenser for patienten. Den forelæsning satte en masse tanker i gang hos os, der deltog.

Når der begås en fejl i sundhedsvæsenet, taler man om patienten som det oplagte offer – *first victim* – mens lægen omtales som *second victim* og institutionen/afdelingen som *third victim*. Det at have oplevet sig som et *second victim* er beskrevet som et hyp-pigt fænomen i litteraturen. Op til 72

pct. af sundhedsprofessionelle har haft oplevelsen inden for de sidste fem år.

At begå fejl er et arbejdsvilkår

Forelæsningen blev indledt med følgende statement: "Det at begå fejl er et arbejdsvilkår i det at være læge. En sjælden gang er fejlen så stor, at du som læge risikerer at blive et *second victim*. Der er herefter tre mulige udfald: Du kan opgive at være læge, du kan lære at leve med det, eller du kan komme til at trives igen". Forelæsningen tog herefter udgangspunkt i tre lægers fortællinger om alvorlige fejl, de havde begået. Og det var alvorlige fejl! Fejl, som var forårsaget af forkerte kliniske skøn. Fejl, som resulterede i alvorlige følger for de involverede patienter. Fejl, som havde ramt lægerne hårdt og fået dem til at tvivle på deres fremtid som læger. Fejl, som havde gjort lægerne til *second victims*. De tre læger fortalte detaljeret om hver deres situation, handlingsforløb og deres reaktion. De huskede hver eneste detalje og beskrev, hvordan forløbet havde påvirket dem i situationen og i tiden efter. Men de beskrev

også, hvordan de var kommet videre, og hvad de havde lært af situationen. Hvad det var, der havde hjulpet dem, og hvad der havde gjort, at de havde genvundet troen på deres egne kompetencer og var kommet til at trives igen. En af de studerende spurgte: "Hvordan kunne du tage på arbejde igen dagen efter?" Og svaret fra lægerne var entydigt: "Fordi mine kollegaer bakkede mig op!"

Lægenes fortællinger var meget rørende og følelsen "det kunne have været mig" stod lysende klart for os alle. Samtidig stod det også klart, at det at begå fejl er en naturlig del af det at være læge. Vi træffer en række kliniske skøn, "because that's what we do...", og nogle gange tager vi fejl. Det er vigtigt, at vi taler om det.

Efter forelæsningen sad de studerende i grupper og talte om tiltag, man kunne gøre for at hjælpe hinanden og få en mere åben dialog om det at begå fejl. Gruppediskussionerne blev faciliteret af en underviser – i min gruppe var det en family physician, altså hvad der svarer til en praktiserende læge. Jeg havde troet, at det juridiske aspekt ville fylde meget i diskussionen, men



At begå fejl er et arbejdsvilkår i det at være læge. En sjælden gang er fejlen så stor, at du som læge risikerer at blive et second victim.

det gjorde det ikke, tværtimod. Det var den faglige utilstrækkelighed, skam og skyld, der fyldte diskussionen, men også frygten for at udstille sig selv og fortælle, at man har begået en fejl, for "hvad vil de andre ikke sige?" De studerende blev gennem diskussionen opmærksomme på, hvordan de kunne bruge hinanden som sparringspartnere, når de kom ud i klinikken som færdige læger, og hvordan ældre kollegaer og kliniske vejledere kunne bruges. Jeg sad bagefter og ønskede, at vi havde haft den forelæsning, dengang jeg gik på medicinstudiet.

Åben dialog om det at begå fejl

De senere år er der kommet et stigende pres på de sundhedsprofessionelle, inkl. læger, i forhold til arbejdsopgaver og antallet af patienter. Travlhed

kan øge risikoen for fejl. Der er også kommet et stigende pres på de sundhedsprofessionelle i forhold til klagesager og politianmeldelser (Schrøder 2018), hvilket kan medføre frygt og tabuisering. Er vi gode nok til at tale om det at begå fejl? Og hvad det gør ved os?

I forretningsverdenen kalder man events, som den forelæsning, jeg deltog i i Michigan, for *fucked-up workshops*. Rundt omkring afholder man såkaldte fucked-up nights (forkortet FUN), hvor flere iværksættere stiller sig op og fortæller om virksomheder, de er gået konkurs med, hvilke fejl de begik, hvordan de havde det med det, og hvad de lærte af det. Formålet er at have en åben dialog om det at begå fejl og at lære af hinandens og egne fejl ved at tale om dem. Er det mon noget, vi kan lade os inspirere af? Er

det noget, vi kan bruge - måske i mindre målestok i almen praksis, eller måske internt i klinikken?

På DSAM's årsmøde 2019 afholder vi en session om second victims. Vi vil tage udgangspunkt i nogle personlige beretninger og derefter koble noget mere teori på begrebet. Vi vil snakke om, hvilke strategier vi kan bruge for at få en mere åben dialog om det at begå fejl, og hvordan vi bedst hjælper en kollega, der er blevet et second victim. Sidst i sessionen vil vi tale om mediernes interesse for lægefejl, og hvordan vi bedst håndterer dette.

At begå fejl er et vilkår i vores arbejde – det er vi nødt til at tale om. //

Referencer kan fås ved henvendelse til forfatter.



Nordisk Kongres har stolte traditioner, faglig kvalitet og festlige rammer



Nordic Federation of General Practice (NFGP) afholder lige om lidt Nordisk Kongres i Aalborg – også kendt som Nordens Paris – med gæstetalere fra hele Europa. Kongressens overordnede tema er ”Promoting General Practice Perspectives”. Fra 17. til 20. juni 2019 udforsker og diskuterer kollegaer fra nær og fjern nutidige udfordringer, morgendagens problemstillinger samt fremtidens almene medicin.

Det begynder i Musikkens Hus på Aalborg havnefront mandag den 17. juni, hvor ca. 1.000 dedikerede praktiserende læger og forskere fra hele Norden mødes for at tage hul på tre inspirerende kongresdage.

Stolte traditioner og faglig kvalitet

De nordiske kongresser har en lang og stolt tradition for at have et spændende videnskabeligt program af høj faglig kvalitet, der både er aktuelt og har relevans for almen medicin. I år lanceres desuden et nyt koncept, den såkaldte ”kvalitetslounge”, der skal sætte fokus på de mange praksisnære projekter, der udføres rundt omkring i de enkelte klinikker og ofte danner et bindeled mellem kvalitetsudvikling og organisationsændringer.

Festlige morgenaktiviteter

Sideløbende med det videnskabelige program har kongressen også fokus på at skabe rammer, der kan styrke fællesskabet.

Tirsdag morgen afholdes et velgørenhedsløb langs Aalborgs kendte og smukke havnefront. Med en malerisk rute på fire kilometer med udsigt til Limfjorden på den ene side og Jomfru Ane Parken på den anden er man sikret en fantastisk start på dagen. Deltagergebyret på fem euro går ubeskåret til Læger uden Grænser.

Både tirsdag og onsdag morgen vil korleder Rune Herholdt sørge for højt humør og endnu højere stemmer med gospelundervisning i kongrescenteret. ”NCGP2019 Gospel Choir” garanterer en god start på dagen og vil kunne byde på nogle af tidens største gospelklassikere samt fællessang med masser af gode kollegaer.

Diskokugler og dansegulv

Onsdag aften er der stor gallamiddag i kongrescenteret. Efter en lang og stimulerende dag inviteres alle kongresdeltagerne til en dejlig aften i venskabelig sammenhæng og i en hyggelig atmosfære. Deltagerne kan nyde en lækker treretters menu serveret med årstidens danske råvarer, hvorefter bordene ryddes til side for at give plads til et stort dansegulv, hvor deltagerne kan danse hele natten til livemusik under diskokuglens lys.

Har du ikke fået tilmeldt dig? Du kan heldigvis nå det endnu. Se mere på: <http://www.nordicgp2019.dk/> //





DSAM's årsmøde 4. oktober 2019

Faglighed og forandring – fra udfordring til mulighed

Brug en kursusdag sammen med gode kolleger, og tag med på DSAM's årsmøde på Comwell Kolding. Temaet for årsmødet er som altid præget af den aktuelle hverdag i almen praksis. Og hverdagen lige nu sætter fagligheden på spidsen. Der er brug for forandring, hvis vi skal nå det hele. Der skal tages kloge beslutninger, og vi må være på forkant og vende udfordringer til muligheder, hvis vi skal tage os godt af patienterne og bevare arbejdsglæden.

Det ved årets keynotespeaker Martin Marshall, Professor of Healthcare Improvement, Primary Care and Population Health, University College London, noget om. Han indleder årsmødet med oplægget "Rethinking Medicine", som han selv introducerer således:

Modern medicine is one of humanity's great achievements, but a growing number of doctors and patients are questioning whether medicine has over-stretched itself. Doctors are expressing their concerns in different ways; some are concerned with over-

diagnosis and over-treatment and the attendant potential for harm and waste. Others are concerned about the limited effectiveness of what they have to offer in the face of the wider social determinants of health. Some are trying to change their relationships with patients, offering more personalised care and support. Still others are getting more involved in how the health system is organised and how care is delivered.

In this presentation, Professor Martin Marshall will explore how efforts to 'rethink medicine' are playing out in the UK.

Ud over at optræde som keynote-speaker har vi fornøjelsen af at have Martin Marshall med i den ene formiddagssession, der handler om, hvordan vi måler på kvalitet - et svært, men nødvendigt arbejde, der bl.a. skal bruges i klyngerne. På de følgende sider kan du dykke ned i alle 12 sessioner, der på forskellig vis berører temaet. Fra de faglige emner som huden, brug af ultralyd samt web- og telekonsultationer til de mere bløde emner som at holde fast i arbejdsglæden og skabe en åben dialog om det at begå fejl. Det er en meget varieret og spændende palette af sessioner.

Vælger du at tage aftenen med, kan du se frem til en festmiddag med festtale og uddeling af årets talentpris. Efter middagen fortsætter festen med det forrygende liveband The Late Show, som efterhånden kan karakteriseres som DSAM's husorkester.

Se det fulde program på de følgende sider. Vi tager for en ordens skyld forbehold for ændringer. Du finder link til tilmeldingen, som er åbnet, på DSAM's hjemmeside.

Program for DSAM's årsmøde 2019

- Kl. 08:30 Registrering og morgenkaffe
Kl. 09:30 Velkomst ved Jonas Ebert, konferencier, Anders Beich, formand for DSAM, og Annemette Pihl Lundberg, formand for FYAM-udvalget
Kl. 09:40 "Rethinking Medicine" ved Martin Marshall, professor ved UCL og næstformand i RCGP
Kl. 10:30 Diskussion ved bordene og spørgsmål fra salen
Kl. 11:00 Pause og posterwalk
Kl. 11:30 Parallelle sessioner
Kl. 13:00 Frokost
Kl. 14:00 Ph.d. Cup
Kl. 14:30 Kort pause
Kl. 14:45 Parallelle sessioner
Kl. 16:15 Pause og posterwalk
Kl. 16:45 Afslutning i plenum
Kl. 17:15 FYAM-timen for uddannelseslæger
Fællessang og hygge for resten
Kl. 18:15 Slut på det faglige program
Kl. 19:00 Vi mødes til en drink i foyeren inden middag og efterfølgende fest med livemusik
Kl. 02:00 Festen slutter

Tilmeld dig snart, hvis du vil med:

- Antal pladser på de parallelle sessioner varierer efter lokalestørrelse og oplægsholdernes ønsker.
- Pladserne uddeles efter først-til-mølle-princippet.
- Hotelværelserne kan blive udsolgt, selvom vi har forhåndsreserveret et stort antal.
- Prisen er lavere ved tilmelding før 1. august. Det kan ikke betale sig at vente.



Parallelle sessioner om formiddagen

F1. How to measure quality in our daily work in general practice?

Moderator: Martin Bach Jensen.

Oplægsholdere: Martin Marshall og Anders Beich.

Hvordan måler vi kvaliteten af arbejdet almen praksis? Sessionen tager udgangspunkt i organisationen i klynger og i arbejdet med at finde relevante og praksisnære indikatorer for kvaliteten i vores arbejde i praksis. Undervejs diskuteres, hvordan vi på en meningsfuld måde kan arbejde med kvalitetsindikatorer i almen praksis og dermed kan finde inspiration til kvalitetsarbejdet i almen praksis.

F2. Hvordan lærer vi af vores fejl – og hvordan kommer vi videre?

Moderator: Camilla Aakjær. Oplægsholdere: Katja Schrøder og Peter Qvortrup Geisling.

Når læger er involveret i forløb, hvor der sker fejl eller utilsigtede hændelser, eller forløb med uventet dårligt udfald for patienten, kan de blive et "second victim". På denne session vil vi diskutere, hvordan vi får skabt en mere åben dialog omkring det at begå fejl både internt og eksternt, hvordan vi bedst forbereder os, og hvordan vi bedst hånd-

terer, hvis du eller en kollega begår en alvorlig fejl eller rydder avisens forside som skurk.

F3. Nyeste vejledninger og FAQtaark

Moderator: Jette Kolding Kristensen. Oplægsholdere: Anne Holm, Gitte Madsen, Janne Unkerskov.

DSAM har en lang tradition for at udgive vejledninger og som noget nyere også korte, komprimerede FAQtaark. Denne session vil præsentere den nye insulinvejledning samt IRF's arbejde med prioritering af, hvilken type insulin vi anbefales at bruge. Herudover vil det kommende FAQtaark om UVI blive præsenteret. Der vil blive rig mulighed til at stille spørgsmål til arbejdsgrupperne bag vejledningerne.

F4. Forskningstræning: Præsentation af tre praksisnære forskningstræningsprojekter

Moderator: Jon Zwisler.

Oplægsholdere: Uddannelseslæger fra de tre forsknings-træningsafdelinger i øst, syd og nord.

Har du tænkt over, hvordan man formulerer sit eget forskningsprojekt? Eller er du nysgerrig efter at vide, hvad uddannelseslægerne laver, når de er afsted til forsknings-

træning? Alle læger i hoveduddannelse til almen medicin gennemfører et kursus i forskningstræning. Her formulerer de et praksisrelevant forskningsspørgsmål, der efterfølgende undersøges videnskabeligt. I denne session præsenteres tre udvalgte forskningstræningsprojekter, der er gennemført i løbet af forskningstræningskurset.

F5. Selvmåling og monitorering - muligheder og udfordringer i praksis

Moderator: Anders Elkjær Jensen.

Oplægsholdere: Carl Brandt og Stefan Rahr Wagner.

Teknologi, der lader den enkelte patient selv måle ved hjælp af telemedicin og point-of-care selvmåleteknologi, har nu krydset den magiske grænse, hvor udgiften er lavere end besparelsen. Mulighederne er mange, og de har potentialet til at kunne aflaste en presset almen sektor, men kan vi sikre kvaliteten og vores faglighed? Er de eksisterende muligheder gode nok, og tager de højde for både datasikkerhed og patientsikkerhed?

Parallelle sessioner om eftermiddagen

E1. Hvordan sikrer vi den faglige kvalitet, når arbejdsopgaver uddelegeres til personalet?

Moderator: Jette Kolding Kristensen.

Oplægsholdere: Hans Christian Kjeldsen og Berit Lassen.

Almen praksis skal varetage flere og flere opgaver. Det kræver, at vi får uddelegeret nogle af opgaverne til personalet. Men hvad kan vi uddelegere, og hvordan får vi klædt vores personale på, så de har de nødvendige kompetencer?

Underviserne vil i denne session dele deres erfaringer med at sætte personalet i front og løfte ikke bare personalets kompetencer men hele kvaliteten af det fælles arbejde i klinikken. Fordele og ulemper ved selv at undervise personalet hjemme i klinikken i forhold til at sende læger og personale på kursus vil blive diskuteret. For hvordan får vi viden fra kurser delt og indarbejdet i vores daglige virke?

E2. Ultralyd – muligheder og begrænsninger

Moderator: Søren Kæselser.

Oplægsholdere: Camilla Aakjær og Thomas Løkkegaard.

På denne session vil vi diskutere, hvordan fremtidens alment praktiserende læge kan bruge ultralyd i det kontinuerlige arbejde med kronikerne samt i den akutte konsultations diagnostik og visitation. Vi vil præsentere den nyeste forskning, patient-cases og live-demonstrationer af praksisrelevante scanninger.

E3. Hold fast i arbejdsglæden

Moderator: Søren Olsson.

Oplægsholder: Berit Sander.

På denne session vil vi diskutere arbejdsglæde og stress i almen praksis. Der bliver travlere og travlere i klinikker landet over, hvor arbejdsbyrden øges. Dette kan føre til stress og mistet arbejdsglæde. I løbet af sessionen gennemgår vi, hvordan stress viser sig, hvordan det håndteres, og hvordan vi kan forebygge det.

E4. Opsporing og håndtering af sårbare patienter med fokus på børn og familier

Moderator: Ruth Ertmann.

Oplægsholder: Kirsten Lykke Nielsen.

Hvordan gør vi en forskel? Opsporing og intervention i forhold til potentielt udsatte svangre-, spædbørns- og småbørnsfamilier. Vi vil arbejde med en nyudviklet systematisk børnejournal og et webbaseret forældreprogram til gravide og småbørnsfamilier.

E5. Kvalitet med mening - erfaringer fra klyngearbejdet

Moderatorer: Lise Dyhr og Bolette Friderichsen.

Oplægsholdere: Anders Beich, klyngekoordinatorer og KiAP.

Du vil blive opdateret på DSAM's arbejde med kvalitet og indspark til klyngearbejdet. Du vil også høre erfaringer fra tre forskellige klynger, som hver har grebet arbejdet forskelligt an, men alle fået oplevelsen af kvalitetsarbejde med mening. Vi afslutter med en paneldebat, hvor repræsentanter for organisationerne diskuterer og byder ind med erfaringer og perspektiver. Vi håber på talstærkt fremmøde og aktiv medvirken i forhold til at præge den faglige retning, som vi skal arbejde videre ad.

E6. Huden som markør for andre sygdomme

Moderator: Lotte Willumsen.

Oplægsholder: Henrik Sølvsten.

Forandringer i hud, hår og negle kan være markør for eller associeret med andre sygdomme eksempelvis systemiske immunologiske sygdomme, kræftsygdomme, diabetes, metabolisk syndrom og infektioner. Ved sessionen vil der blive quizzet med Kahoot, hvor deltagerne vil blive udfordret på både diagnose og udredning. Efter quizzen vil problemstillingerne efterfølgende blive gennemgået og diskuteret.

Priser for deltagelse i årsmødet

	Tilmelding før 1. august		Tilmelding 1. august eller senere	
	Årsmøde	Festmiddag	Årsmøde	Festmiddag
DSAM-medlemmer	1.050 kr.	750 kr.	1.250 kr.	900 kr.
FYAM-medlemmer	550 kr.	450 kr.	650 kr.	550 kr.
SAMS-medlemmer	200 kr.	450 kr.	250 kr.	550 kr.
Pensionerede medlemmer	550 kr.	600 kr.	650 kr.	700 kr.
Ikke-medlemmer og ledsagere	1.550 kr.	1.050 kr.	1.850 kr.	1.250 kr.

Overnatning (inkl. morgenmad)

Enkeltværelse: 900 kr. Dobbeltværelse: 1200 kr.

Drikkevarer

Drikkevarer under middagen er inkluderet i prisen. Efter middagen kan drikkevarer købes for egen regning.

Refusion fra Fonden for Almen Praksis

Årsmødet er godkendt til refusion fra Fonden for Almen Praksis for praktiserende læger og uddannelseslæger i fase 2 og 3. Se mere på PLO's hjemmeside.

FYAM-timen

Her får alle FYAM-medlemmer en beretning fra FYAM-udvalget og en præsentation af arbejdet i de udvalg, hvor FYAM er repræsenteret. FYAM afholder inden årsmødet et elektronisk valg til de ledige poster. Det kan du læse mere om på fyam.dk, når vi nærmer os.

DSAM's repræsentantskabsmøde

Der indkaldes til ordinært repræsentantskabsmøde lørdag den 5. oktober 2019 kl. 09.30-12.30 på Comwell Kolding, Skovbrynet 1, Kolding.

Dagsordenen kan du finde på DSAM's hjemmeside. Fra primo september vil også regnskaber, beretninger og øvrige bilag være tilgængelige på hjemmesiden. Hvis du har en sag, der skal behandles af repræsentantskabet, skal du sende den til DSAM's formand på dsam@dsam.dk senest to uger inden repræsentantskabsmødet, dvs. senest den 20. september 2019.

Mødet er åbent for alle medlemmer. Der er mødepligt for repræsentanter.

Oplysning om tilmelding til repræsentantskabsmødet findes på DSAM's hjemmeside.

SAMS' årsmøde

Traditionen tro afholder SAMS årsmøde i forlængelse af DSAM's årsmøde, lørdag den 5. oktober 2019 kl. 10.00-17.00 på Comwell Kolding. Programmet indeholder både faglige oplæg og inspiration til livet som ny læge. I løbet af dagen er der gode muligheder for at netværke med SAMS'ere fra andre byer samt dele erfaringer og tanker om studielivet/det kommende lægeliv. Der er 10 pladser til hhv. Odense, Aarhus, København og Aalborg. Mere herom i næste nummer af Practicus og via nyhedsbrev.





Giv mest til dem, som har størst behov ...

"Vi giver mest til dem med størst behov".

"Vi tager ansvar lokalt, tværfagligt og tværsektorielt".

Det er to af DSAM's pejlemærker, som giver god mening, men som måske er lidt svære at få hold på. For hvordan gør vi det lige i praksis? Hvordan finder vi de mest sårbare – dem med det største behov for vores indsats?

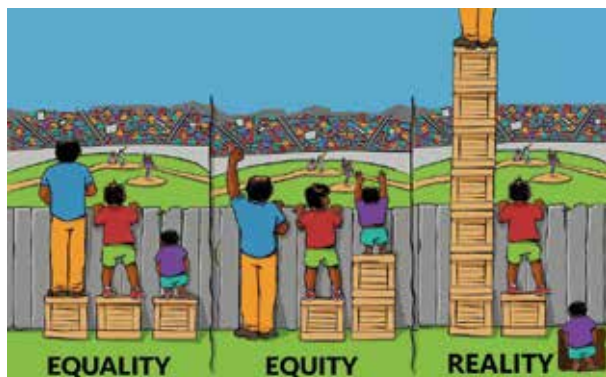
DSAM har nedsat en interessegruppe med Lise Dyhr som formand. Om føje tid barsler gruppen med en hvidbog på området, og den skal give de to pejlemærker mere liv, først og fremmest ved at grave viden frem om ulighed i sundhed og dernæst ved at komme med en række forslag til, hvordan almen praksis og den enkelte klinik kan medvirke til at fremme lighed i sundhed. Practicus har mødt Lise Dyhr til en snak om, hvordan vi bliver bedre til at give mest til dem, som har størst behov.

Hvad ved vi om ulighed i sundhed? Og hvad kan vi påvirke i almen praksis?

Sundhedsstyrelsen påviste i 2010, at jo mere socialt udsat en borger er i Danmark, jo større er risikoen for syg-

dom og tidlig død. Det er ikke ny viden. Internationale undersøgelser har længe påvist en sammenhæng. Da vi befinder os i et land med adgang til sundhedsvæsenet uden brugerbetaling – med såkaldt "lige" adgang – kan det være lidt overraskende, at sundhedsvæsenet faktisk bidrager til denne sociale ulighed, som en ud af 12 determinanter. Ifølge rapporten er vi ikke så gode til at håndtere de konsekvenser, som en sygdom får for borgere, der er socialt udsatte. Det er f.eks. vist i mange undersøgelser, at mænd og kvinder med kort uddannelse er mere syge og lever kortere end jævnaldrende med længerevarende uddannelser, at de ikke modtager samme behandling, og at forebyggende tiltag rammer socialt skævt.

Almen praksis er den mindst ulighedsskabende del af sundhedsvæsenet. Der er der ikke nogen absolut forklaring på. Nogle peger på vores nærhed og kendskab til nærmiljøet. Andre fremhæver, at almen praksis også er det sted i sundhedsvæsenet, som alle borgere har uvisiteret adgang til, og hvor den enkelte kan følges af samme læge over tid.



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

I skelner mellem social ulighed i sundhed og sårbare situationer. Hvorfor er det vigtigt i denne sammenhæng?

Social ulighed dækker over en række veldefinerede socio-økonomiske forhold som indkomst, uddannelse, boligforhold, misbrug og familieforhold, hvor man i faglitteraturen f.eks. ser på syge- og dødelighed hos grupper af personer. Men fordi restelevetiden for en 30-årig mand med kort uddannelse er tre år kortere end for end alderssvarende mand med længerevarende uddannelse, betyder det jo ikke, at vi kan forudsige levetiden for den enkelte. Det er gennemsnitstal.

I almen praksis møder vi det enkelte menneske. Fra vores daglige klinik ved vi, at den enkeltes ressourcer og styrker kan være forskellige på forskellige tidspunkter i livet – afhængige af situationen og den måde, vi møder patienten. Vi møder mennesker med behov uden relation til social baggrund. I og med at vi er læger for alle, der er tilmeldt klinikken, giver det derfor bedre mening at tale om **sårbare situationer** i mødet med den enkelte patient. På denne måde indtænker vi også os selv og den måde, vi indrettet os på, end ved udelukkende at se på sårbarhed i form af f.eks. socialt udsathed hos en gruppe af mennesker.

Morten Sodemann, som er med i arbejdsgruppen, siger: "Sårbar betyder, at man er i stand til at blive såret eller gå i stykker, at man er åben for angreb eller skade. Som sårbar er man ude af stand til at modstå angreb". Og det er de situationer, som hvidbogen søger at adressere i den del, der handler om de konkrete tiltag. Vi skal være særligt opmærksomme på gruppen af socialt udsatte, idet de – alt andet lige – har flere odds imod sig.

I arbejder med begreber som Equality, Equity og Reality. Hvordan vil du forklare forskelle og sammenhænge mellem dem?

Det er mest for at knytte op til den viden og litteratur, som beskriver, at man får en størrelighed i sundhed ved at tilpasse behandlings-tilbud til den enkeltes behov. I Danmark har vi en tradition for at forestille os, at lige adgang til sundhedsvæsenet (Equality) også giver mulighed for lige god sundhedstilstand hos alle borgere. Sådan er det bare ikke i virkeligheden. Der er nogle, som har nemmere ved at komme over plankeværket til sundhedsvæsenet. Hvis man vil stille mennesker lige, så skal de behandles forskelligt. Nogle skal have en hjælpende hånd. Andre kan have behov for, at vi indretter klinikken på en måde, der tilpasses deres behov (Equity). Realiteterne er desværre, at den måde, vi har indrettet os på i sundhedsvæsenet, hindrer nogle i at få adgang til sundhedsvæsenets ydelser (Reality). Og det er den måde, vi har indrettet os på, som vores opmærksomhed er rettet imod her. I vores eksempler har vi ladet os inspirere af kollegaer, som allerede har ydet en indsats.

Hvilke konkrete indsatser mener du, at vi i almen praksis kan tage, hvis vi skal tage ansvar for de sårbare situationer på klinisk niveau?

Det allervigtigste – og der hvor evidensen er størst, for at indsatsen virker – det er at skaffe





sig overblik over sin patientpopulation. Vi alle har patienter, som ryger under radaren, hvor kassen ikke er høj nok til at komme over plankeværket. Først må man på klinikledelsesniveau beslutte, om man ønsker at fremme lighed. Man må fastsætte værdier, visioner og mål, velvidende at man sidenhen må prioritere evt. indsatser. Det kræver en plan og en aftale om, hvordan den enkelte indsats skal udføres. Vi er forskellige som læger. Vi har indrettet os forskelligt med personale, og patientgrundlaget er forskelligt. Nogle praksis vil f.eks. have en relativt høj andel af socialt udsatte, mens de hos andre kan tælles på en hånd. Så opskriften vil være forskellig, herunder hvem man vil definere som sårbare og udsatte, og hvilke situationer der ses som sårbare. Det vigtigste er, at man i klinikken prøver at danne sig overblik og laver en plan for at imødegå disse. Det kunne f.eks. være at sikre, at patienter får fornyet recepter rettidigt, eller at sørge for, at patienter, der ofte udebliver fra aftalte tider, møder op til disse. Har man fremmedsprogede, er det vigtigt at have enkel information på telefonsvaren og drøftelser om, hvordan den tværkulturelle kommunikation sikres. En fleksibel tilgang er nødvendig. For nogle patienter kan man vælge at lave ringetilbage-aftaler. Man kan lave opsøgende besøg og prioritere tovholderfunktion, også selvom der ikke umiddelbart synes at være andre i den anden ende af tovet. Man kan vælge at have daglige åbne/ledige tider, at under-

støtte relationen ved kontakt til samme behandler, at være rummelig, selvom den enkelte ikke er i stand til at overholde aftaler. Man kan også vælge at have fokus på særlige sygdomsgrupper og gennemgå disse for at se, hvem der er mest syge og/eller dårligst regulerede. Og herefter kan man så lave en plan for, hvorledes denne gruppe af de kronisk syge kan nås. Og ja, så ved jeg godt, at forløbsydelsen måske ikke sikrer en fair betaling for denne indsats for klinikker med mange udsatte og multisyge patienter.

Skal vi så lade være med at gøre indsatsen, eller skal vi adressere udfordringen på det politiske niveau?

Hvis vi vil fremme mere lighed i sundhed, skal det nok være sidstnævnte løsning. Det er derfor, at vi i hvidbogen taler om, at løsninger skal adresseres på det rette niveau. Noget kan vi forbedre i den enkelte klinik, andre udfordringer må løses lokalt og andet skal adresseres til det nationale niveau.

Hvad håber du, der kommer ud af jeres arbejde på kort sigt og på længere sigt?

Jeg håber, at vi kan være med til at sætte emnet på dagsordenen, både lokalt og nationalt.

Vi vil gerne komme med enkle og gode råd, som giver mening for vores kolleger, så det bliver nemmere for den enkelte læge og klinik at gøre mest for dem, der har størst behov. Vi vil også rigtigt gerne lade os inspirere af kollegerne og danne netværk. Vi har f.eks. fået indspark fra omkring 40 kolleger til denne hvidbog. I en tid, hvor vi er få læger til en stigende arbejdsmængde og med et stigende behov for vores ekspertise, vil vi gerne give det faglige belæg for, at det er i orden, at vi prioriterer de sårbare frem for de mindre sårbare i vores praksis.

Vi vil også gerne inspirere til klyngearbejdet, hvor de enkelte klynger kan få rygstød til at identificere deres mest sårbare patienter og igangsætte kvalitetsudvikling, som kan forbedre deres adgang til sundhedsvæsenet og til behandling.

Og i sidste ende håber jeg, at vi kan skubbe til en politisk holdningsændring. Jeg håber, at vi kan inspirere vores politikere til i langt højere grad at forholde sig til, at der er nogle særligt sårbare situationer, som kræver tid og nytænkning. At der er socialt udsatte og andre borgere, som hægtes af den aktuelle udvikling. At det kan betyde, at der er andre, mere ressourcestærke, som skal klare mere selv. Den tankegang ligger fint i tråd med tankerne bag "Realistisk medicin", som DSAM forsøger at bruge som referanceramme for sit arbejde. //



Af: Morten Bondo Christensen, praktiserende læge, seniorforsker, og Grete Moth, sygeplejerske, postdoc., mbc@ph.au.dk

Ændringer i organiseringen af lægevagten

– Der skal være færre læger på vagt, og det skal være mere attraktivt at deltage i lægevagten.

FAKTABOKS

Morten Bondo Christensen er praktiserende læge og leder af forskningsgruppen for akutte tilstande i almen praksis på Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Grete Moth er sygeplejerske og postdoc. Gruppen har gennem flere år gennemført studier i lægevagten. I de senere år er forskningsområdet udvidet til at inddrage præhospitalerne, Akut Medicinsk Koordinering (AMK), 1813 og almen praksis i dagtiden.

Det er efterhånden en underdrivelse at sige, at lægevagten er under pres, primært på grund af et faldende antal læger og dalende motivation for at tage vagter. Lægevagten vaker flere steder, og man forsøger med forskellige tiltag at holde den kørende ved at pålægge gebyr for dem, der ikke ønsker at tage vagter, at øge minimumsantallet af tvungne vagter eller at omfordele vagtområder, så flere skal dække vagter længere væk fra deres vanlige praksisområde. Men snart er der ikke flere skruer at justere på. Den lægevagt, som i mange år har været velfungerende i Danmark, har nu svært ved at hænge sammen. Det er tid til forandring.

Ansvaret bør håndteres af almen praksis

Mange mener fortsat, at det er vigtigt, at lægevagten lægefagligt håndteres af almen praksis. Denne del af sundhedsvæsenet er uddannet til at håndtere problemstillingerne i lægevagten – dvs. at

diagnosticere og behandle en befolkningsgruppe, hvor der primært er sundhedsproblemer, der hører under almen praksis, og hvor der samtidig er en lav prævalens af alvorlig sygdom. For selve faget almen medicin kan det desuden også være vigtigt, at man fastholder ansvaret for lægevagten og dermed opretholder, at faget dækker sine patienter døgnet rundt hele året. I modsat fald kan man risikere krav om længere åbningstid, som det er sket i UK. Det er derfor vigtigt, at man gentænker organiseringen af lægevagten. Dette indlæg har fokus på organisering af lægevagten ud fra almen praksis, hvilket betyder, at patientperspektivet kun berøres lidt. Tilsvarende er akutbetjeningen, som den er organiseret i Region Hovedstaden med 1813, uden for fokus i dette indlæg. Selvom der er lavet både danske og internationale undersøgelser på området, findes der generelt meget lidt evidensbaseret viden om organiseringen af lægevagten.

I de senere år har der været en del debat om, hvem der evt. kan håndtere de enkelte opgaver i lægevagten. På nær i nogle konsultationer, hvor der er hjælp af sygeplejersker, er det stort set kun speciallæger og fase 3-læger, der udfører arbejdet i lægevagten. I kontrast til dette er der gennem de sidste 10-20 år kommet væsentligt mere hjælpepersonale i almen praksis i dagtiden. Så mens der er sket en betydelig opgaveglidning i dagtiden, så er det i meget mindre grad tilfældet i vagttiden.

Meget lidt videnskabelig evidens

Vi må konstatere, at der indtil videre eksisterer meget lidt videnskabelig evidens, der kan underbygge evt. holdninger i relation til at gennemføre opgaveglidning i vagttiden. Der refereres ofte til tal fra Holland, hvis man vil argumentere for, hvad der f.eks. kan ske, hvis man får sygeplejersker til at visitere telefonkontakterne i lægevagten. Men der er så væsentlige forskelle mellem lægevagterne i Danmark og Holland, at det næppe er rimeligt. Dels er det ikke nødvendigvis sygeplejersker i Holland, men "doctor assistants", der måske kun har en relativt kort oplæring inden for sundhedsvæsenet, dels er antallet af kontakter til lægevagten i Danmark dobbelt så højt pr. 1.000 indbyggere som i Holland (der er dog også forskelle på, hvordan man tæller en kontakt). Derudover honoreres alle i lægevagten i Holland med en fast timeløn, mens det for lægerne i Danmark er "fee for service". Tilsvarende er der flere forskelle mellem de to lande i relation til almen praksis i dagtiden, som også kan have indflydelse på f.eks. kontaktmønstre i vagttiden.

Historien om organiseringen

Med en gennemgribende reform i 1992 blev der indført en relativt ensartet lægevagt i alle amter, hvor det nyskabende element var, at det blev praktiserende læger, der kom til at stå for

telefonvisitationen. De praktiserende læger forblev ansvarlige for patientbehandlingen 24/7 og skulle således stå for selve organiseringen og driften af lægevagten i alle amterne. Dette "ejerskab" for lægevagten blev set som et grundlæggende element, der skulle sikre, at der fortsat var opbakning blandt de praktiserende læger til at opretholde vagtforpligtigelsen.

Reformen medførte dels et stort fald i vagtbelastningen for langt de fleste praktiserende læger og dels en omfattende forskydning i fordelingen af kontakter til lægevagten. Før reformen udmundede ca. 50 pct. af kontakterne i besøg – det faldt umiddelbart efter til ca. 20 pct. og er nu nede på omkring 10 pct. Før reformen blev under 30 pct. af kontakterne afsluttet med rådgivning i telefonen. Det steg umiddelbart til ca. 45 pct. og er nu på omkring 60 pct.

I 2007 blev amterne nedlagt. Lægevagterne kom herefter i stedet til hver at dække en af de fem regioner. I 2013 valgte Region Hovedstaden at opsigte aftalen om lægevagten for i stedet at satse på en udvidelse af akuttelefonen 1813 til også at dække lægevagtens arbejdsområder.

Visitationen i Danmark er unik

I sammenligning med langt de fleste andre lande, så er det unikt i den danske lægevagt, at det er speciallæger i almen medicin, der håndterer telefonvisitationen. Det giver umiddelbart rigtig god mening at have de mest erfarne til at visitere for at kunne fange de få alvorlige tilfælde og kunne afslutte så mange som muligt af de ikke-alvorlige tilfælde i telefonen for ikke at belaste systemet med unødvendige konsultationer og besøg.

Målet er således at opnå en både sikker og effektiv visitation. Sikker visitation betyder, at man ikke overser eller underbehandler henvendelser fra alvorligt syge. Effektiv betyder, at der visiteres til det rette behand-

lingsniveau (telefonkonsultation, konsultation, besøg, indlæggelse eller 112). Men indtil videre er der ikke publiceret undersøgelser, der sammenligner visitation i vagttiden i samme land, og hvor visitationen er foretaget af forskellige faggrupper (vores gruppe har aktuelt indsendt videnskabelige artikler om dette emne). Det er oplagt, at de praktiserende læger har den største faglige viden og erfaring med sygdom i befolkningen. Men man må også overveje, om den aflønningsmæssige incitamentstruktur, der nu er i lægevagten, understøtter det at optimere sikkerheden og effektiviteten.

Vanskeligt at bemande lægevagten

Lægevagten, som den er organiseret nu i fire af de fem regioner, er under pres fra flere sider. Helt grundlæggende er det tiltagende vanskeligt at få bemandet vagterne. Arbejdsbelastningen i dagtiden i almen praksis er steget betydeligt gennem de sidste adskillige år. Antallet af daglige konsultationer pr. læge er steget med 13 pct. fra 2007 til 2015, og antallet af meddelelser til og fra lægen er mere end fordoblet fra 2005 til 2015 (ifølge en PLO-analyse). En nylig undersøgelse viser, at ca. 38 pct. af de praktiserende læger viser tegn på udbrændthed. Antallet af praktiserende læger er faldet, mens flere klinikker er udbudsklinikker, der ikke har været forpligtiget til at deltage i vagten, og flere praktiserende læger er kommet over aldersgrænsen for, hvornår man kan vælge vagter fra. Desuden er der færre læger, der tager mange vagter.

Honoreringen halter

Honoreringen i lægevagten er stort set ikke justeret ud over at følge med prisindekset siden 1992. Det er således iøjnefaldende, at besøg i dagtiden nu er næsten dobbelt så højt honoreret som besøg i vagttiden. Honorarstrukturen betyder, at visitationsvag-

ter typisk er væsentligt bedre honoreret end konsultationsvagter, der igen er bedre honoreret end besøgsvagter. En sådan struktur medfører, at det er vanskeligt at bytte vagter indbyrdes. Det, at man ikke kan få byttet en vagt, der f.eks. rammer på en mærkedag for familien, er også med til at nedsætte lysten til at tage vagter.

Det væsentlige problem er, at der er mangel på praktiserende læger – og det vil der være i adskillige år fremover. Man bliver derfor nødt til at se på mulighederne for at lave en ny organisering af lægevagten, der vil kræve færre lægetimer end den nuværende. Men man skal også se på tiltag, der gør det mere attraktivt at tage vagter. Det kan både dreje sig om størrelsen af indtægten, men også arbejdsbelastning og arbejdsglæde er vigtigt. Kun på den måde kan almen praksis også fremadrettet håndtere lægevagten.

Hvad kan vi så gøre ved det?

Mulighed 1: Færre antal kontakter

En mulighed er at få reduceret antallet af kontakter til lægevagten. Flere undersøgelser viser, at op mod en fjerdedel af kontakterne vurderes til, at de uden problemer kunne have ventet til egen læges åbningstid – eller helt kunne have været droppet. Det kan være kontakter om recepter på ikke-livsvigtig medicin, men det dækker også over mange andre kontakter. Der er gjort flere forsøg på at få befolkningen til at bruge lægevagten rigtigt. Flere studier har vist en effekt af sådanne kampagner – i det mindste på den korte bane. Med den fortsatte udvikling mod et 24-timers åbent samfund er der rigtig mange mennesker, der ikke længere skelner mellem at skulle ringe til lægevagten søndag kl. 22 eller til egen læge i dennes åbningstid. At kunne ringe og være sikker på at tale med en læge i lægevagten kl. 16-08 og hele weekenden/alle helligdage, som man kan i Danmark, er bare en rigtig god service. Og når

der er en rigtig god service, så bliver den også brugt.

Mulighed 2:

Kortere åbningstider

Vagttiden kunne reduceres. Til gengæld vil det kræve, at almen praksis har længere åbent. En stor del af kontakterne på hverdage kommer i de første åbningstimer for lægevagten kl. 16-20. Det hænger sandsynligvis sammen med arbejdsdage og børnepasning. Længere åbningstider i dagtiden kan om dirigere patienter fra lægevagten til egen læge, men det vil ikke betyde færre samlede krævede lægetimer og vil næppe have en positiv virkning på lægernes udbrændthed.

Flere internationale studier tyder på, at en øget tilgængelighed hos egen læge kan være med til at reducere antallet af kontakter til lægevagten. Men dels er det vanskeligt at skulle øge tilgængeligheden i dagtiden i en sektor, hvor der mange steder er lægemangel, og dels er disse studier lavet i lande, der har en lidt anderledes organisering af lægevagten.

Mulighed 3: Transport af patienter

I stedet for at lægerne kører ud på besøg til patienterne, så kunne patienterne blive kørt ind til vurdering i en konsultation. Det vil kunne spare mange lægetimer, som ellers skulle bruges på landevejene. Det har været modellen i Norge gennem en årrække. Det vil naturligvis kræve organisering af biler og personale, der kan transportere patienterne. Mange vil også vurdere dette som en væsentlig forringelse af servicen, særligt til de ældre, de mest syge og de mest svage – dem, der får de fleste hjemmebesøg.

Mulighed 4:

Ensartet samlet honorering

En ordning med honorering pr. ydelse medfører, at vagten organiseres sådan, at der det meste af tiden skal være ”nok at lave”, når man er på vagt. Der er des-

uden kvalitetskrav, såsom acceptabel ventetid i telefonen og ventetid til konsultation og besøg, der skal overholdes. Når eksempelvis antallet af telefonopkald til lægevagten kan variere meget, betyder det, at der uundgåeligt også er perioder, hvor vagten er ”overbemandet”, og hvor lægerne er mere eller mindre inaktive. En mindre bemanning vil betyde, at kvalitetskravene i spidsbelastninger skal reduceres. Indførelsen af en ”akutknap”, hvor de mest syge kan springe køen over i telefonen og ved konsultationen, kan være med til, at længere ventetider i spidsbelastninger er acceptabelt.

En mere ensartet samlet honorering for forskellige vagttyper og på forskellige tidspunkter (aften, nat, weekend) vil medføre en større smidighed i forhold til at kunne bytte vagter. Den højere honorering i visitationen for henvendelser, der håndteres i telefonen, kan også medvirke til, at lægerne i visitationen ikke er aktive i at ”opdrage” befolkningen til at undlade de unødvendige kontakter. Disse kontakter er ofte de hurtigste og letteste og er dermed også dem, der kan medføre den højeste honorering for vagten. Honorering pr. ydelse kan være med til, at man generelt opretholder et så ”højt tempo”, at det virker stressende at arbejde i lægevagten. I visitationen kan det måske også betyde, at man er mindre tilbøjelig til at tage de længere samtaler, der evt. skal til for at kunne håndtere problemstillingen i telefonen fremfor at visitere videre til konsultation eller besøg. Igen må vi dog konstatere, at der ikke eksisterer undersøgelser, der har set på dette område.

Også i Norge har man gennem flere år haft vanskeligt ved at bemande lægevagterne. Ved flere lægevagter var det blevet til, at kun 20 pct. af vagterne blev dækket af praktiserende læger, mens resten blev dækket af forskellige typer af vikarlæger. Som noget nyt ændrede man honoreringen i

Morten Bondo sidder klar ved telefonen.
Foto: Jonas Fynboe Ebert



nogle vagtområder omkring Bergen fra honorering efter ydelser til fast timeløn uanset vagttypen. Mange har været glade for denne ændring. De oplever nu, at honoreringen ikke falder ved "tunge patienter", der naturligt nok vil tage længere tid at håndtere. Mange oplever større arbejdsglæde ved, at tempoet ikke nødvendigvis er presset så højt op. Det har desuden betydet, at en øget andel af vagterne dækkes af praktiserende læger – op til 80 pct. nogle steder. «Nasjonalt Kompetansesenter for Legevaktmedisin i Norge» har længe anbefalet fast timeløn for al lægevagtsarbejde i Norge.

Det kunne være meget interessant at lave et lignende eksperiment her i Danmark. Ud over at evaluere ordningen ud fra arbejdsglæde, udbrændthed, lyst til at tage vagter, antal læger på vagt osv., så kunne det også være interessant at evaluere ud fra kliniske mål og kvalitetsmål. Måske kunne det også medføre ændringer i relation til antal indlæggelser, opfølg-

ninger ved egen læge og ordination af antibiotika? En kombination af bedre honorering og en fast timebetaling kunne evt. få vagtarbejdet til at virke mindre stressende og være med til at øge interessen for at tage vagter.

Mulighed 5: Opgaveglidning

Opgaveglidning kan være en løsning ved lægemangel. Sygeplejersker kunne overtage en væsentlig del af telefonvisitationerne. Læger er de mest kvalificerede sundhedsfagligt, men samtidig må vi konstatere, at de fleste lande har valgt en løsning med sygeplejersker (med beslutningsstøtteredskaber). Der er ikke undersøgelser, der viser, at andre faggrupper end læger ikke skulle kunne stå for visitationen ud fra sikkerhedsmæssige betragtninger.

Ordningen med sygeplejersker til at hjælpe i konsultationen kunne udvides eller oprettes flere steder. Hvis sygeplejerskerne er ansat i lægevagten (fremfor akutafdelinger/klinikker), vil det formentlig betyde, at de

er mere dedikeret til arbejdet der, ligesom de vil kunne oplæres til at kunne klare flere typer af opgaver. Sygeplejersker kunne hjælpe med undersøgelser og behandling, men de kunne også se patienter med nogle specifikke problemer selvstændigt.

I dagtiden bliver akut-teams, som i større og større udstrækning er bemannet af sygeplejersker, rekvireret af praktiserende læger til at tage ud til patienter, hvor der er brug for at måle forskellige parametre (blodtryk, temperatur, infektionstal osv.). Man kan godt forestille sig, at øget brug af denne ordning også i vagttiden vil kunne reducere antallet af lægebesøg.

Der synes efterhånden at være enighed om, at der er behov for en snarlig reorganisering af lægevagten. Der er dog mange holdninger til – både blandt praktiserende læger og andre – hvilken retning ændringerne skal have. Men det er nu, der skal laves ændringer, hvis almen praksis også fremadrettet skal være det bærende speciale i lægevagten. //



Folkets stemme over for den medicinske evidens – eller hvordan er det nu lige, det hænger sammen?

Er tiden løbet fra lægerne, når det kommer til brug af medicinsk cannabis i smertebehandling? Politikere og læger har forskellig opfattelse. Læs beretningen fra en livlig debat.

DSAM/FYAM i Region Hovedstaden afholdt den 24. januar 2019 en tema-aften med titlen "Cannabis i almen praksis, kan – bør – skal vi?" I alt 78 personer deltog, drevet frem af et veloplagt panel af oplægsholdere bestående af Anders Beich (formand for DSAM), Finn Sellebjerg (professor og overlæge i neurologi fra Skleroseklinikken på Rigshospitalet) og Flemming Pless (sognepræst og medlem af Sundhedsudvalget i Region Hovedstaden). Styrelsen for Patientsikkerhed var også inviteret, men fik desværre forfald på dagen.

Baggrunden for mødet var, at vi ønskede at lave en status, efter at et flertal i Folketinget den 1. januar 2018 havde vedtaget forsøgsordningen med medicinsk cannabis. Ordningen giver læger mulighed for at udskrive en ny type cannabisprodukter, som ikke tid-

ligere har været lovlige i Danmark. Siden har der været stor debat, blandt andet i lægefaglige kredse, da forsøgsordningen bryder med traditionen for, at der er et veldokumenteret fagligt grundlag for at udskrive medicin. Dette placerer de praktiserende læger i faglige dilemmaer og udfordrer relationen til patienterne, da de således er stillet en behandling i udsigt, hvis effekt, dosering og bivirkninger er sparsomt belyst. Derudover er der spørgsmålet om patientsikkerhed og det juridiske ansvar, når der er så lille evidens for og kendskab til dosering, virkemåde og bivirkninger.

Medicinsk cannabis som smertelindring

Finn Sellebjerg lagde ud med en grundig og spændende gennemgang af, hvad medicinsk cannabis er og den eksisterende faglige viden om brug af

cannabis i medicinske sammenhænge. Vi konkluderer vist ikke for vidt ved at konstatere, at den faglige viden er sparsom, og at det er et meget komplekst emne at forske i, bl.a. fordi de aktuelle cannabisprodukter indeholder mange forskellige kemiske komponenter i et forhold, der ikke er kendt. Inden for forskningsområdet medicinsk cannabis til smertelindrende formål – som jo ofte vil være den problemstilling, som vi i almen praksis bliver bedt om at forholde os til – pegede den sparsomme litteratur på, at især pleasure-delen, den rekreative effekt, var af betydning.

Folkets stemme taler højt

Flemming Pless beskrev, hvorledes han som politiker havde andre end medicinsk faglige hensyn at forholde sig til. Ved henvisning til såvel Aristoteles som Platon fremhævede han begrebet "vox populi" alias folkets stemme og konkluderede, at man fra politisk hold var forpligtet til også at indtage denne. Han fandt det meget bekymrende, at lægestanden ikke havde forståelse for denne del og fremhævede, at tiden var løbet fra lægerne, da patienterne allerede anskaffede sig



produkterne på anden og måske illegal vis.

Anders Beich stod for aftenens humoristiske oplæg, hvor han præsenterede tilskuerne for historiske eksempler på non-evidensbaseret receptudskrivning af præparater med centralstimulerende stoffer. Salen, som bestod af en skøn blanding af yngre og ældre almenmedicinere samt læger fra smerteklinikker, behøvede ikke yderligere argumenter for at se det problematiske heri.

Hvor ligger ansvaret?

Den efterfølgende paneldebat udviklede sig til en livlig diskussion med et veloplagt og spørgelystent publikum. De fandt det bl.a. urimeligt, at vi som læger skal stå for en udskrivning på et usikkert grundlag, fordi "patienterne ellers ville få fat i det på andet vis".

Blandt publikum sad flere læger, der aktuelt eller tidligere havde benyttet sig af medicinsk cannabis som behandlingsmiddel, typisk i smerteklinikker. På baggrund af disse lægers erfaringer var der konsensus om, at selve behandlingsforløbet med cannabis er svært og tidskrævende og kun kan udskrives efter grundig udredning samt ved utilstrækkelig effekt af konventionelle smertestillende præparater. Endvidere er der grundet den manglende evidens på området fortsat stor usikkerhed om valg af præparat samt opstartsregime, som p.t. foregår på lokalt erfaringsgrundlag. Der var flere spørgsmål af juridisk art, som gjorde kollegaerne utrygge, og som ikke kunne besvares, f.eks. om det er vores ansvar, når/hvis vi overtager fra smerteklinikker, der afslutter vore patienter, og om evt. kørselsforbud. Vi vil via vores organisa-

tioner forsøge at komme i dialog med Styrelsen for Patientsikkerhed herom.

Erfaringerne har frem til nu vist, at cannabisbehandling i almen praksis meget hurtigt kan blive en yderst tung og tidskrævende proces, der vil komme til at gribe ind i en i forvejen travl og presset hverdag. Vi ser frem til, at der etableres rammer for forskning, så det bliver muligt for os at holde den faglige fane højt. Vi påtænker at være lydhøre over for folkets stemme, for vi er ikke uenige i, at smertebehandlingen i Danmark kan blive endnu bedre. Blandt de fremmødte var der også røster om, at vi – ikke sjældent – kommer til kort med de gængse farmaka (NSAID, opoider, paracetamol osv.) og muligheder for non-medikamentel behandling. Men det er en ganske anden sag, som vi ikke nåede at berøre på mødet. //



3 x 3

Core writings in family medicine

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



Literature was an important element in my upbringing. This implies that I was introduced to stories about personal relationships as a topic of interest from an early age on. Describing, analyzing and grasping the significance of dynamics between people was part of the daily conversations in my childhood home.

Maybe that is the reason why I tend to think that I learned just as much from non-medical literature as from the medical textbooks when it comes to the core competencies in family medicine.

1. Behind the times

The first piece I want to share is a short story by Arthur Connan Doyle, "Behind the Times". It was written in 1894

and describes the relationship between the experienced Dr. Winter and his two young apprentices. The young doctors love the old man, but among themselves they think he no longer holds a sound medical judgment. "It is all very well for the poorer people", said Paterson. "But after all the educated classes have a right to expect that their medical man will know the difference between a mitral murmur and a bronchitic rale. It's the judicial frame of mind, not the sympathetic, which is the essential one".

I will not give away how the story ends when an influenza epidemic breaks out, and the young doctors find themselves in need of medical care.

The title of the short story sums it all up: "Behind the times". It should

FAKTABOKS

- Anna Stavdal is the first keynote speaker at NCCP 2019 in Aalborg. Her lecture is entitled "Core values and principles in family medicine".
- Anna Stavdal has worked as a family doctor in Oslo for 30 years and has been a university lecturer for almost just as long.
- She has been engaged in professional development in family medicine throughout most of her career and has taken an active part in the public debate on health care.
- She was the chair of the Norwegian College for two terms around the millennium shift. She is one of the architects behind the Nordic Federation of General Practice and also served as its first president from 2005 to 2011. She took office as vice-president of WONCA Europe in 2010 and as president for the European region in 2016.

And such is the narrative of Abercrombie Smith as to the singular events which occurred in Old College, Oxford, in the spring of '84. As Bellingham left the University immediately afterwards, and was last heard of in the Sudan there is no one who can contradict his statement. But the wisdom of men is small, and the ways of nature are strange, and who shall put a bound to the dark things which may be found by those who seek for them

A Conan Doyle

2 Upper Wimpole Street
London W.

not be read as a nostalgic story romanticizing an old country doctor. This could as well be a story about a modern doctor of our times who hasn't lost sight of the core values of her profession.



2. Legekunst i praksis

The second text I want to share is written in Norwegian and unfortunately for potential English-speaking readers, it has not been translated. "Legekunst i praksis" (The art of medicine in practice – my translation) by Nessa, Malterud, Stensland and Thesen was first published in 2006 by Universitetsforlaget. The authors are all family doctors with long careers as practitioners, and some of them have a significant academic career as well, first of all Kirsti Malterud, the first Norwegian professor of family medicine.

The book contains a series of short

chapters covering the most common challenges in daily family medicine practice. Prescriptions of addictive medicines and managing the patients with MUPS (medically unexplained physical symptoms) are two examples. The authors share their experiences and give practical advice – and that way they provide the reader with tools to handle the ever overwhelming complexity in family medicine. I have recommended the book to young doctors, given it as a present when interns have ended their stay in our practice and even recommended it to other professionals, to give an insight into family medicine. Is it a collection of guidelines for newbies then?

No, I have often picked it up from the shelf myself when I've been in need of help to move on in the course of a challenging practice day. Due to their mutual and broad experience, the authors manage to convey the ever underlying core values of family medicine in every advice and reflection they make.

3. The Importance of being different

Last, but not least, I will highlight the importance of a publication by Ian McWhinney published in 1996 in the

British Journal of General Practice. "The Importance of being different" does not pertain to vain personalities of family doctors but explains how our discipline is significantly different from other medical disciplines. I often use quotes from this article when I speak – be it for medical students or for peers of all ages. I will highlight one of the postulates he makes in this text. In the article, he describes four ways in which family medicine is different:

"It is the only discipline to define itself in terms of relationships, especially the doctor-patient relationship". He goes on: "... in general general practice, the relationship is usually prior to the content. We know people before we know what their illnesses will be. (...) Not to be tied to a particular technology or set of diseases is liberating. (...) On the other hand, it is poorly understood in a society that seems to place less and less value on relationships."

This paper was published more than 20 years ago, but it could have been written today, the statements and reflections holding an even higher actuality and truth content now.

The core values of continuous, personal and comprehensive care are the nature of family medicine. We need to adapt the values to our times, without losing sight of them in the flood of information technology and fancy diagnostic tools. These three works, as different as they are, can help to remind us and to continue to reflect and implement medical care of high quality. //

Ian McWhinney





Indtryk fra en ansættelsessamtale

En anekdote fra en kommende almenmediciner

Bare en hyggelig uformel samtale

Jeg står med svedige håndflader i regionshuset og venter på at blive kaldt ind. Denne samtale er på papiret helt "uformel", men en begivenhed, jeg både har set frem til og frygtet i mange uger.

"Det er bare en hyggelig samtale med et par rigtigt venlige ældre praktiserende kvindelige læger", har en af mine venner fortalt mig. Det lyder jo meget rart. Der er faktisk ingen grund til at blive så nervøs over sådan en lille jobsamtale om en introduktionsstilling i almen medicin, siger jeg til mig selv og tager en dyb indånding.

"Man sidder bare og snakker lidt om interesser og løst og fast. Husk at tage spraglet tøj på – det kan de godt lide", har en anden ven sagt. Jeg kigger ned ad mig selv. Måske skulle jeg have valgt noget med flere blomster på? En smule ubehageligt overrasket bliver jeg, da jeg et minut senere bliver hentet i foyeren af en brysk udseende mand. Nej, hov! Han ligner jo overhovedet ikke den ældre blomstret klædt kvindelige hyggelige læge, jeg havde forestillet mig skulle sidde foran mig under samtalen. Det er jo helt forkert! Men den anden læge ved det lille samtalebord i Mødelokale 2 i Regionshuset gør heldigvis. Pyha.

Hvordan kan du brænde for almen medicin, når du ikke er villig til at transportere dig i mere end 30 minutter i bil hver vej til og fra dit arbejde?"

"Velkommen Mathilde", siger hun. I mit stille sind døber jeg straks ham "den skrappe" og hende "den rare". På intet tidspunkt før dette øjeblik havde jeg forestillet mig, at denne begivenhed så hurtigt skulle komme til at minde om et forhør fra en dårlig krimi.

Brænder – brænder ikke

Straks, vi har sat os, bliver der slået ned på mine få prioriteringer. Et uundgåeligt emne, som jeg har forberedt mig på, men dog håbet ville falde senere i samtalen – som en biting.

"Hvordan kan du brænde for almen medicin, når du ikke er villig til at transportere dig i mere end 30 minutter i bil hver vej til og fra dit arbejde?", spørger den skrappe og stirrer stift på mig med stikkende øjne. Jeg prøver at forklare, så godt jeg kan (og undrer mig stille over, at man går ud fra, at alle har mulighed for at køre i bil). Overvejelserne bag mine prioriteringer er tunge og er tænkt igennem og drøftet med familien og mange andre i lang tid op til ansøgningen. Hvor jeg skal arbejde i de næste 12 måneder (jeg er en af dem uden almen praksis i min KBU), vil have stor betydning for min aktuelle dagligdag. Den skrappe ser ikke overbevist på mig – smiler lidt spydigt og borer mere ned i det.

"Jamen, hvad er overhovedet dine grunde til at prioritere så smalt? Der er jo kun to forløb på din liste!?" Jeg forsøger at forklare lidt mere; at det kun er midlertidigt, lige nu ... børnene, flytning osv. Jeg kan godt se, at det giver mening at få folk til også at søge ud til praksisser langt fra byerne. Men nogle gange kan det bare ikke lade sig gøre. Der må være andre ligesom mig? Hvem ved, om man derhjemme

Hvad kan du personligt gøre for at bedre forholdene for de praktiserende læger i fremtiden?

sidder med børn med særlige behov, nære familiemedlemmer med sygdom, manglende kørekort og bil, umulig offentlig transport, et familieliv i opbrud? Eller andre forhold, der gør, at man må prioritere en kort vej til arbejde og dermed smalt. Men det betyder vel ikke nødvendigvis, at man ikke brænder for almen medicin og ikke kunne blive en glimrende, hvis ikke fantastisk, praktiserende læge?

Lade sin stemme blive hørt

Stemningen vender nogle svedige ubehagelige minutter senere, efter den skrappe har spurgt:

"Hvad kan du personligt gøre for at bedre forholdene for de praktiserende læger i fremtiden?" En pause. Jeg kigger lidt forvirret på ham. "Altså, hvad har dine gener at byde på her?" Øh bøjh... Det er ikke lige et spørgsmål, jeg har forberedt mig på. Jeg tænker, så det knager, mens den rare og den skrappe stirrer hhv. rart og skrap på mig. Et lys går op for mig, et barn af en journalistfamilie – ingen politikere eller læger i min familie, ingen gode gener i den retning. Men skrive! Kommunike! Råbe op! Det kan jeg, og jeg elsker det.

"Practicus", siger jeg. "Jeg vil skrive om uretfærdige forhold og ting, man kan forbedre, til vores blad. Jeg vil lave debatindlæg og lade min stemme blive hørt. Det er det, jeg kan". Jeg får tildelt et anerkendende nik og et lille grynt. Også den rare kigger tilfreds på mig. Pyha, reddet på målstregen. Så fik jeg da scoret et enkelt point.

Og hermed gjort. Min første spæde røst er trykt. Om min personlige oplevelse af en situation som alle vi kommende almenmedicinere skal igennem. Nemlig ansættelsessamtalen til introduktionsstillingen. Og om min oplevelse af, at spørgsmålet om antal prioriteringer kom til at fylde uforholdsmæssigt meget i den ellers korte samtale.

Denne lille røst ønsker at spørge ganske ydmygt: Er det virkelig det bedste mål for, om man brænder for faget, at man er villig og i stand til at transportere sig langt væk for at komme på job? Og når man ikke kan det, er det så virkelig nødvendigt at sidde og forsvare det til jobsamtalen med alle de personlige og private forhold, der nu engang bestemmer den slags for en? Måske er det, hvis systemet skal hænge sammen. Eller måske risikerer man at skræmme nogle væk? Jeg spørger bare. Gan-ske ydmygt. //

Skribenten tager forbehold for en snert af kunstnerisk frihed i gengivelsen af episoden.



Ny næstformand i FYAM

Mød Ellen Jensen, der er nyvalgt FYAM-næstformand og lige om lidt starter i KBU i Aalborg.

Den private Ellen

Som privatperson er jeg en, der altid har mange bolde i luften. Jeg bor i Aalborg centrum i et byhus, som min kæreste og jeg er i gang med at sætte i stand fra bunden. Jeg kan lide at få pulsen op tre til fire gange om ugen ved de maskiner, fitnesscentret udbyder. Det er også nødvendigt med så sød en tand, som jeg nu har. Jeg har ikke børn endnu, men en masse søde niecer og nevøer og generelt en familie, der er vigtig for mig. Lige nu er det helt hotte for mig at se på hundehvalpebilleder og -videoer, hvilket stærkt kan anbefales. En artikel beskrev engang, at folk, der ser på kæledyr, er lykkeligere, end dem, der ikke gør!

Den faglige Ellen

Sidste sommer udklækkede jeg som læge og valgte at skrive en ph.d. hos Center for Almen Medicin i Aalborg. Det er en rigtig god måde at arbejde på, og det er super spændende at kunne opnå ny viden og på den måde bidrage til en bedre fremtid. Jeg forsker i emnet ulighed i sundhed og patienter med uspecifikke symptomer på kræft.

Jeg synes, at mange emner inden for lægevidenskaben er interessante. Ud over ulighed og cancer er det især huden og smerter. Jeg har valgt almen medicin, da faget ikke begrænser sig til et emne, og fordi der altid er en behagelig stemning og tone, i hvert fald i de lægepraksis jeg har besøgt. Arbejdsmiljøet er en topprioritet hos mig, og det virker det ofte til ikke at være på sygehusene. I øvrigt er der et super netværk og muligheder i branchen som almenmedicinere.

Til efteråret skal jeg en tur på endokrinologisk afdeling i et halvt år i forbindelse med min KBU, og det næste halve år har jeg naturligvis valgt at være i almen praksis. Un-

der studiet arbejdede jeg end del på skadestuen, og jeg glæder mig nu til at komme i klinikken igen efter et år på skrivebænken.

I fremtiden har jeg en ide om at kunne kombinere forskningen med klinikken, hvilket vil være ideelt for mig.

Den FYAM-aktive Ellen

I Nordjylland har vi ikke haft et særligt aktivt FYAM, hvilket jeg med min FYAM-Nord gruppe har visioner om at ændre. Vi havde vores første arrangement omkring alment praktiserende lægers karriereveje i april. Det var en succes. Jeg har hørt, at der mangler netværk for de helt unge læger, der lige er flyttet til landsdelen. Det vil vi helt sikkert forsøge at lave om på. Vores næste arrangement vil være en netværkscafe med speeddating mellem de unge læger og forskellige alment praktiserende læger. Som næstformand ønsker jeg at opnå, at flere får interessen for almen medicin og at unge læger har et netværk, som de kan føle sig trygge ved og et sted, der kan give info og updates på, hvad der foregår inden for denne verden. //





Idéudvikling, fællesskab, babyhygge og god mad

En nyvalgt FYAM-suppleant rapporterer fra årets FYAM-internatmøde.

Selv på en grå morgen er Hindsgavl Slot smukt. Jeg stiger ud af bilen fyldt med forventningens glæde. Mit første FYAM-internatmøde har overskriften "strategi". Den første kop kaffe drikkes, mens der sludres – kendskab giver venskab, og jeg føler mig allerede som en del af flokken trods min nye suppleantpost.

Medlemsundersøgelsen er første punkt på den veltilrettelagte dagsorden. Fokus er uddannelse, og spørgsmålene skal supplere informationerne om arbejdsmiljø, som er belyst af YL. Jeg kommer i arbejdsgruppen og ved, det bliver udfordrende at holde arbejdsmiljø og uddannelse adskilt. Vi ønsker at få belyst forbedringsmuligheder for intro- og hoveduddannelsen. Under frokosten får jeg et fem måneder gammelt FYAM-medlem over på min arm og vugger, mens vi ser ud på de kønne omgivelser og den silende regn. Sådan en lånt baby minder mig om, hvor meget jeg savner børneundersøgelserne i praksis.

Udvalgsmødet er det nu tid til. Der udpeges en ny næstformand – Ellen

Jensen. Udpegningen genvækker diskussionen om udvalgets opbygning. Der tegnes og forklares af Annemette (formand), og det fremgår tydeligt, at vi igennem tiden er opstået som græsrodsbevægelser, der efterfølgende er forsøgt samlet. De andre emner er Folkemødet, Nordisk Kongres – især prækongres, nyt fra de andre udvalg, nyt fra det regionale arbejde.

Strategien. Efter en kagepause i det fri tages hul på hovedemnet. Vi skal, som alle andre udvalg under DSAM, skrive et kommissorium. Vores rebelske græsrodsfortid indhenter os, og vi påbegynder et manifest. UdDannelse – ordet rummer både vi-

dereuddannelse, netværksdannelse og den almene dannelse i form af f.eks. internationalt arbejde. Vi er ret enige om disse kerneværdier, men det er udfordrende at formulere dem kort, skarpt og dækkende. Vi aftaler at arbejde videre med det til næste møde i april.

Aftenen. Over aftensmaden blandes det faglige med det personlige, men også de mange personlige historier fra unge læger i en lignende uddannelsesmæssig og familiemæssig situation som min er meget brugbare. Jeg kører hjem, træt og glad. Det er så givende at være med i udvalget, og jeg er taknemlig over at få lov. //



FYAM diskuterer UdDannelse: videreuddannelse, netværksdannelse og almen dannelse under ét.



Knæk & bræk:

Velbesøgt fyraftensmøde i Odense

FYAM i Region Syddanmark havde sidst i februar indbudt SAMS'ere fra Syddansk Universitet, alle yngre almenmedicinere i regionen samt praktiserende læger til et fyraftensmøde i selskab med to kiropraktorer.

Hovedfokus for fyraftensmødet var kiropraktisk behandling af cervikal og lumbal diskusprolaps og pakkeforløbet, der består af et otte ugers forløb med en forundersøgelse og tre opfølgende konsultationer – evt. suppleret af billeddiagnostik, kiropraktoren selv kan tage eller henvise til. I løbet af aftenen blev teorien bag manipulationsbehandling og pakkeforløb gennemgået, og udførslen af manipulationsbehandling blev demonstreret, som den foregår i kiropraktisk regi.

På Syddansk Universitet læser de kiropraktorstuderende sammen med de medicinstuderende i de første tre år. Herefter skilles deres veje, og de kiropraktorstuderende fokuserer i deres toårige kandidatuddannelse på ekstremitetsbehandling, træning, farmakologi og billeddiagnostik. Som færdiguddannede kiropraktorer har de en række kompetencer, som mange danskere gør brug af. Tal fra

Danske Regioner viser, at 345.000 danskere gik til kiropraktor i 2014. Det er 40.000 flere end i 2005, svarende til en stigning på 13 pct. Derudover har næsten to mio. danskere en privat sundhedsforsikring, og langt de fleste bruger den til behandling hos fysioterapeut eller kiropraktor. Som læger må vi anerkende, at det er en behandlingsform, som vores patienter gør brug af, og derfor er det vigtigt, at vi har kendskab til kiropraktisk behandling.

Det var et velbesøgt fyraftensmøde med 18 deltagere, der blev afholdt i Laboratorium for Kliniske Færdigheder på Odense Universitetshospital. For mig betød det en faglig og social aften og gensyn med velkendte og nye ansigter af andre yngre læger med interesse for almen medicin. Det er netop dét, der er meningen med fyraftensmøderne: netværksdannelse → netværk og (ud)dannelse. //

DE TO OPLÆGSHOLDERE VAR:

Lektor og kiropraktor Henrik Gammelgaard Petersen, som også er tilknyttet Odense Håndbold.

Ekstern lektor og kiropraktor Birgitte Eskelund Lundby, som også er tilknyttet Det Kongelige Teaters Balletskole.



Demonstration i kiropraktorens manipulationsteknik.



Et stærkt, relevant og aktuelt SAMS

Der har været generalforsamling i SAMS København: jeres speciales repræsentant på de danske universiteter.

Kære almenmedicinere og læser af Practicus

Trods nye mål og flere opgaver i primærsektoren præges Danmark af klinikker, der lukker for patienttilgang i storbyerne og mangel på hænder i Danmarks yderkanter. De ubesatte hoveduddannelsesstillinger hjælpes *ikke* på vej af sen – og mangelfuld – introduktion til almen medicin på 12. semester. Der er således ganske enkelt brug for, at et stærkt, relevant og aktuelt SAMS indgår i løsningen på problemer som dette.

Vi vil, vi kan, og vi gør

Vi vil fortsat arrangere oplæg om ak-

tuelle og relevante emner samt færdighedskurser for medicinstuderende, som uddanner dem til arbejdet som stud.med. i almen praksis. Dette styrker vores faglighed og dygtiggør os med relevant og aktuel viden. Vi får også bedre mulighed for at snuse til specialet tidligere på studiet.

Vi kan styrke det tværfaglige samarbejde med andre interessegrupper på universitetet. SAMS har et større arrangement på tegnebrættet, som tilsigter at styrke tværfaglig kompetenceudvikling, samarbejdsevner og sætte fokus på alsidigheden i almen praksis.

Vi gør bevidst meget ud af altid at byde alle interesserede velkommen, da vi tror på, at sammenhængskraften i en god gruppe og på en god arbejdsplads har rod i et godt socialt samvær. Forhåbentlig tager alle den tilgang med sig videre – uanset speciale.

Fremtiden stiller nye krav

Formanden for FADL, Claas Johannsen, udtaler om fremtidens almenmedicinere: *“Fremtidens almenmedicinere skal stå i centrum for et sundhedsvæsen, der er centreret omkring primærsektoren. Flere og nye opgaver stiller krav til lægerne om at være samarbejdende og fleksible medicinske eksperter. De forudsætninger kan vi allerede skabe på universitetet. Derfor skal vi uddanne medicinsk-fagligt dygtige basislæger med flere akademiske kompetencer end i dag.”* Dette kræver et stærkt, relevant og aktuelt SAMS.

Vi håber, at I som vores fremtidige kolleger vil være med til at føre disse visioner ud i livet. Måske I også har nogle ideer til, hvordan vi sammen skaber et stærkt, relevant og aktuelt SAMS og ikke mindst fremtidens almenmedicinere?

Kom og vær stærke, relevante og aktuelle sammen med os. //



Medicinstuderende og teamplayer

Flere og flere lægestuderende ansættes i almen praksis. Læs her om 25-årige Amalie, som arbejder i Ebeltoft Lægehus. Hun lærer kommunikationens og samarbejdets kunst, mens hun oplæres i laboratorieopgaver og forbereder sygebesøg for klinikens læger.



Amalie på arbejde.

Lidt om Amalie

Jeg kommer fra Nordjylland, og jeg studerer medicin på 9. semester på Aarhus Universitet. Ved siden af studiet arbejder jeg ca. tre gange om måneden som praksisassistent i Ebeltoft Lægehus. Jeg fik kontakt med lægehuset gennem min storesøster, som havde en introstilling der. I øjeblikket er jeg den eneste medicinstuderende, som er ansat i lægehuset, men lægerne har talt om, at jeg er "prøvekaninen" for, hvorvidt de i fremtiden skal have et helt hold af medicinstuderende ansat.

Det arbejder jeg med

I øjeblikket fungerer jeg i størstedelen af min arbejdstid som laborant for lægehuset. Det indebærer, at jeg har mit helt eget patientspor, hvor jeg tager blodprøver, som lægerne har forudbestilt. Det er også min opgave at tage blodprøver, EKG'er og sende urin til analyse i forbindelse med kroniker-årskontroller for KOL, diabetes, hjertesygdom og hypertension. Endvidere afslutter jeg min arbejdsdag med at lave resumeer af en patients journal forud for lægernes opsøgende sygebesøg.

En afvekslende hverdag

I Ebeltoft Lægehus ser jeg mange forskellige slags patienter i løbet af min arbejdsdag, specielt mange ældre patienter (+65 år), da denne patientgruppe udgør hele 31 procent af lægehusets patientgruppe. Jeg har fået et bedre kendskab til, hvordan jeg kommunikerer med forskellige aldersgrupper og samarbejder med personalet. De erfaringer kan jeg helt sikkert drage nytte af i mit fremtidige lægeliv.

Generelt har patienterne taget godt imod mig. Hver eneste gang jeg er på arbejde, er der mange, som bemærker og kommenterer på, at jeg er ny i lægehuset. Min unge

alder er noget, som patienterne italesætter. Hos nogle vækker det en form for bekymring: De sammenligner ung alder med manglende erfaring. Hos andre vækker det en nysgerrighed, og det kan jeg ofte få en god snak med patienterne om. Jeg fortæller dem, at dette job er en stor mulighed for at få opbygget en masse kompetencer. Jeg bliver bedre til at kommunikere med forskellige mennesker, jeg lærer at arbejde under tidspres, jeg øver mig i at have en masse bolde i luften samtidig, jeg forbedrer min patientkontakt samt min evne til at samarbejde tværfagligt og indgå som en teamplayer i en stor praksis.

"En på holdet"

Personalet i lægehuset har taget rigtig godt imod mig og har budt mig velkommen med åbne arme. Lægehuset er vant til at introducere nye kollegaer til deres arbejdsgange på en ekstremt pædagogisk måde. I to dage fik jeg lov til at observere, kommentere og afprøve mine arbejdsfunktioner sammen med en af de faste laboranter. Deres imødekommenhed skabte

et helt ideelt læringsmiljø. Jeg følte mig meget tryk, hvilket gør, at jeg nu altid føler mig velkommen til at søge hjælp hos dem, hvis jeg har behov for det.

Også en fordel på studiet

Jeg kan tydeligt mærke, at arbejdet styrker min kontakt og kommunikation med patienter. Jeg er efterhånden langt mere tryk og selvsikker i mit arbejde. Jeg kan også mærke, at jeg gradvist bliver bedre til at have mange bolde i luften samtidigt og til at bevare overblikket og fokus, og det kan jeg bruge i mit fremtidige arbejdsliv.

To store udfordringer

Jeg har en times offentlig transporttid hver vej til arbejde, og jeg ville lyve, hvis jeg ikke fortalte, at dette er bagsiden af medaljen ved mit dejlige job. Dog har jeg lært at få det bedst mulige ud af den ved at udnytte tiden til noget, som jeg kan lide. Størstedelen af mine medstuderende har faktisk været forargerede over, at jeg har valgt at tage et job, som inkluderer to timers transporttid og udgift, hver gang jeg

er på arbejde. Derfor er det virkelig vigtigt for rekrutteringen, at almen praksis prøver at gøre transporten så "spiselig" som muligt for de medicinstuderende. Måske kunne almen praksis stå for transportudgiften, betale de studerende en times ekstra løn for hver arbejdsdag som kompensation for transporten eller tilbyde de studerende, at de kunne køre gratis med kollegaer og derved spare både tid og penge. Praksis kunne også tilbyde de studerende 7-8 timers arbejdsdage etc.

En anden udfordring er det obligatoriske klinikophold. Det udgør en stor del af vores kandidatsemestre, og arbejdsmængden bør være begrænset i de perioder, så det ikke går ud over vores uddannelse. Derfor er det godt med hold med forskellige kandidatår eller fleksible arbejdstimer. Hvis man først og fremmest får taget hånd om disse to udfordringer, så tror jeg, at der er langt flere af de medicinstuderende, som ville kunne få øjnene op for de kæmpe muligheder, som potentielt står og venter på én med et job i en almen praksis. //



Smukke omgivelser i Ebeltoft.



Ebeltoft Vig.



Kommentarer
til debatindlæg er
velkomne og sendes
til Practicus...

Lukker almen medicin kl. 16:00?

Siden 2013 har lægevagtens forankring i almen praksis været udfordret. Op til det nuværende akutudspil var der tale om på nationalt plan at flytte den natlige telefonvisitation til et landsdækkende telefonnummer og til organisatorisk at lægge lægevagten ind under den regionale ledelse – for hele landet. Er dette begyndelsen på en udvikling, som vil føre til, at lægevagten fratages de praktiserende læger? Og hvis ja, hvad vil det så betyde for faget almen medicin?

Lægevagten er en essentiel del af almen praksis. Dens udflytning fra vores domæne er mindst lige så meget en udhuling af vores fag, som hvis vi mister børneundersøgelser, graviditetstjek eller chirurgia minor. Lige nu er vores to hovedopgaver primære udredninger og kronikerkontroller, men var det alt, vi var, ville vi være et fatigt speciale. Ser man kun sine egne patienter i dagtiden i sin egen klinik, vil man langsomt miste den skarphed, man opøver ved at se ukendte patienter under suboptimale forhold.

Styrker sammenhængskraften og udvider horisonten

Deltagelsen i denne kollegiale forpligtelse styrker vores sammenhængskraft som faggruppe og vores faglighed som enkeltindivider. Det udvider den fagpolitiske horisont, dels ved at man får indblik i patienttyper, som

måske ikke vil være tilmeldt ens egen praksis, men også ved at man bliver indblandet i behandlingsforløb, som alle mulige forskellige kollegaer har, og således undgår man den faglige bias, som opstår, når man primært erfaringsudveksler med kollegaer, der ligner og agerer som en selv.

Lægevagten drives af os selv

At have lægevagten betyder for almen praksis, at vi påtager os ansvaret for patienten, året rundt, hele døgnet, ved en vagtordning, som vi dækker på skift. Oprindeligt havde hver enkelt læge ansvaret, altid, men da det var svært at bære, opstod vagtringene, hvor man kunne holde fri på skift, hvad der så udviklede sig til lægevagten, der således er vokset organisk frem fra et frivilligt fællesskab og aldrig har været en del af sygehusvæsenet.

Det var først efter år 2000, at vagten begyndte at rykke ind på sygehu-

set. Igennem de sidste 20 år er samarbejdet med først amter, så regioner vokset i en sådan grad, at mange yngre læger opfatter denne del af akutområdet som regionens, ikke vores. Indtil videre drives lægevagten dog fortsat af os selv, fraset i Region Hovedstaden.

Tab af kvalitet og service i Region H.

I 2014 overtog Region Hovedstaden ledelsen af regionens lægevagt i et uskønt konfliktfyldt forløb. Dette har efterladt de fleste praksisejere med en dyb ulyst til nogensinde at dække vagten igen. Da organisationsansvaret og dækningsforpligtelsen hænger uløseligt sammen, har de praktiserende læger i Region Hovedstaden ingen forpligtelse til at hjælpe med at dække vagten. Da regionen tog ledelsesretten, tog de også dækningsansvaret. Det er næppe realistisk, at vagttiden i Region Hovedstaden igen bliver dæk-



ket af os. Stort set alle de ikke-lægelige visitatorer i Region Hovedstaden og de fleste af lægerne er folk, som ikke til dagligt ser almenmedicinske patienter. Dermed får de aldrig den kontinuitet og bredde i deres virke, som giver en solid faglig baggrund for at visitere korrekt.

Den sociale slagside slår igennem

Det kan undre, at borgerne i Region Hovedstaden ikke har protesteret over deres tab af kvalitet og service. Jeg mener, det skyldes, at brugerne af lægevagten primært er dem i samfundet, som ikke har så meget at skulle have sagt; de forvirrede gamle, indvandrere og mennesker fra socialklasse fem. Det bestemmende segment af befolkningen er typisk folk, som har klarhed og overblik nok til at få ordnet det, der skal ordnes, i dagtiden eller være velorienterede og insisterende nok i vagttiden til at få det, de skal have. Skulle det gå helt galt, har de jo også flere private lægevagtsordninger til selvbetaling for dem, som kan og har.

Økonomisk incitament mangler

Lægevagten har altid været øretævernes holdeplads, og det har ofte været med en vis frygt, at yngre læger har

kastet sig ud i det. Med hensyn til klagesager er der da også en noget større risiko for at få påtaler i dette arbejde i forhold til i egen klinik. Arbejdet er heller ikke helt ufarligt; både dødelige trafikuheld og truende patienter har medvirket til, at nogle er holdt op. Disse to sidste problemstillinger er dog stort set løst nu, idet langt de fleste vagtlæger har chauffør på. Lige nu er den største trussel mod vores lyst til at dække lægevagten, at mange af de speciallæger, som kommer ud nu, er mere familieorienterede og hellere prioriterer at komme hjem til børnene end at tjene lidt ekstra.

Lægevagten var tidligere det sted, man samlede penge til at købe sin praksis. Men i takt med at praksispriserne er faldet, og vagtindtjeningen i forhold til dagtidsindtjeningen er mindsket, er dette en aftagende motivationsfaktor. Desuden er det nu mere almindeligt, at en almenmediciner har en ægtefælle med en god indtjening, hvilket yderligere mindsker den enkelte læges behov for at afholde vagter.

For vores egen faglige stoltheds skyld

Gør vi ikke noget som faggruppe, vil dette område glide os af hænde, grad-

vist og uigenkaldeligt, men vi kan gøre noget. Faglige ændringer er ikke kun et spørgsmål om politiske beslutninger og økonomiske incitament. Nogle gange må man simpelthen tage sig selv i sin magelighed og gøre det, man ved er rigtigt, for faget, for samfundet og for patienterne. Jeg synes, vi som faggruppe skal ændre holdning og se vagten som noget, vi er stolte over at dække, og noget, vi ikke vil give fra os. Jeg mener, at alle speciallæger i almen medicin bør tilstræbe at afholde mindst en af hver slags vagt om året. Det er ikke meget, men det er nok til, at man har en idé om, hvad der sker uden for kl. 8-16 på hverdage, og at man kan opbygge/opretholde den respekt, man bør have for de læger, som dækker størstedelen af vagten.

Det er noget, vi skal gøre for de svageste patienter, for vores samfundsansvar og ikke mindst for vores egen faglige stoltheds skyld. Lad os alle ranke ryggen og løfte panden og sige: "Jeg er med til at tage vores fælles ansvar. Jeg ved, hvad der foregår i vores fag, også efter klokken 16." //

L ÆG E N S B O G S T A V E R

Klyngers kvalitet — kvalitet i klynger

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.



For nogle er kvalitetsudvikling i klyngerne lig med måling af indikatorer; data, som angiver tillempede sandheder om vores kliniske hverdag. Målinger er praktiske, når man vil beskrive omfanget og udbredelsen af en bestemt faktor eller foreteelse, f.eks. brug af lægemiddel, eller lave sammenligninger mellem praksis eller over tid.

Data er en abstrakt repræsentation af et fænomen, der som regel er langt mere komplekst og multifacetteret, end en éndimensional talangivelse kan rumme, eller nogle få ord og begreber kan beskrive. Især talangivelser kan reducere og simplificere et fænomen i en sådan invaliderende grad, at tallet i sig selv i bedste fald er en usikker indikation, i værste fald meningsløst og ubrugeligt. Eksempelvis kan et fald i antal genindlæggelser ikke uden videre betragtes som et kvalitetsløft; det kommer an på, om der har været noget andet relevant at sætte i stedet for indlæggelsen. Tilsvarende skal et fald i forbruget af smertestillende medicin ikke automatisk og udelukkende ses som positivt; det er billedet, som denne udvikling spejler, der er vigtig.

Data udsiger ikke noget om god kvalitet

Sprogligt er en *kvalitet* en beskrivelse af et objekts eller en persons beskaffenhed. Altså en stols kvalitet er, at man kan sidde på den, men ikke om det er "en stol af god kvalitet", da dette er noget subjektivt og normativt, f.eks. om den er behagelig, pæn eller praktisk.

Man kan ikke ud fra data sige noget om en "kvalitet", da den gode kvalitet kræver, at vi som klynger selv går ind og perspektiverer netop, hvad den gode kvalitet i almen praksis er.

Måling af en kvalitet giver kun mening, når klyngen diskuterer, hvad der er god praksis – klinisk, etisk, praktisk, økonomisk osv. Det er denne diskussion, der er den egentlige løftestang for den faglige udvikling i løbet af klyngens arbejde, ikke tælling i sig selv.

Det er refleksionen i arbejdsprocessen, der spejler tilbage på og imellem deltagerne, der hele tiden perspektiverer deltagerens daglige liv i praksis og dermed sikrer en udvikling.

Hvis man sætter sig det mål i klyngen at måle på brugen af opioider i løbet af en periode, er tallene før og efter mindre vigtige. Ingen ved, hvad 'et rigtigt' niveau er. Det er betinget af mange faktorer. Det essentielle er diskussionen af, hvad smerter er: Er de kun dårlige? Hvordan præsenterer de sig i vores klinik? Hvilke redskaber har vi? Hvordan griber vi det hver især an? Hvor meget skal vi gribe ind? Er brugen af morfika tegn på svaghed eller omsorg?

Det er i mødet med hinanden i klyngen, hvor vi uden en facitliste eller kontrolinstans frit kan drøfte vores hverdag, at vores fag kan udvikle sig. Derfor er valg af emne og målinger kun en rammefortælling for de faglige drøftelser, hvor vores fags kompleksitet kan folde sig ud. //



TANKER FRA STOLEN:

Al mad er god mad, al træning er god træning

Vores patienters verden befolkes i stadig øget omfang af kostvejledere og træningsvejledere. Ikke bare diætister, men kliniske diætister og proaktive diætister.

Ligeledes kan man få hjælp til træning fra fitnesstrænere og livsstilscoaches. De kan finpudse deres rådgivning ud fra en biosignatur, en vitaminanalyse eller eventuelt en kombineret vitamin- og mineralanalyse. Den underliggende besked er, at det dér med mad og træning, det er knageme indiviklet, og det er noget, almindelige mennesker skal gå til med yderste varsomhed.

Den situation er egentlig ejendommelig. For de officielle kostråd fra Fødevarestyrelsen er ret jordnære, og det samme er Sundhedsstyrelsens råd om fysisk aktivitet. Alligevel spørger nogle af mine patienter, om jeg kan hjælpe dem i de tilsyneladende vanskelige valgssituationer vedrørende helbredet.

Beskeden, jeg giver mine patienter, er: bare rolig, mad og træning er ikke raketvidenskab. Al mad er god mad, blot det varieres, og man holder vægten – under et BMI på 25-30. Det sam-

Med en let omskrivning:
I krig og kærlighed
gælder alle kneb, og i
bækkenbundstræning
gælder alle knib.

me gælder træning: Bare gå i gang. Du kan ikke lave ulykker, blot du respekterer smertegrænsen. Det vigtigste ved træning er, at du får det gennemført. Med træning efter operationer eller skader kan det forholde sig anderledes. Der er det ofte bedst at gå varsomt frem. Men når det

gælder træning i almindelighed, er der ikke solid evidens, der støtter, at løbetræning er bedre end zumba, eller at fitness er bedre end yoga. Vælg det, du synes er sjovt.

I de nationale kliniske retningslinjer for bækkenbundstræning ved inkontinens opsummeres det, at anbefalingen er svag, idet kvaliteten af evidensen var meget lav. Så man kan forsøge at lægge lidt afstand til den højt specialiserede undervisning, man kan få på gynækologiske afdelinger, ud fra samme logik: Al bækkenbundstræning er god bækkenbundstræning.

Med en let omskrivning: I krig og kærlighed gælder alle kneb, og i bækkenbundstræning gælder alle knib. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



Lægedage 2019:

Hvordan kan vi give mest til dem med størst behov og skabe mest mulig sundhed? Populationsomsorg i almen praksis.



Almen medicin har som princip og mål at tilrettelægge arbejdet på en måde, der tilsligter at mindske ulighed i sundhedsvæsenet ved at skabe tid og rum til dem, der har størst behov for støtte, hjælp og omsorg.

Og der er ingen tvivl om, at der med længere levealder, flere patienter med kroniske lidelser og flere, der overlever kritiske sygdomme som kræft, samt nye behandlingsmetoder vil være et stigende behov for prioritering af ressourcerne i sundhedsvæsenet.

Hvor skal vi bruge ressourcerne? Hvad skal vi som praktiserende læger gøre mere af? Hvad kan andre overtage? Hvordan kan vi skabe mere tid til kerneopgaven i almen praksis – at finde de syge og lade de raske forblive raske? Det vil vi arbejde med på dette års Lægedage.

Men hvordan gør vi det i praksis? Hvordan kan vi sørge for, at tilgængelighed og ressourcer bliver kanaliseret derhen, hvor de potentielt kan gøre størst gavn og til de patienter, der har størst behov, på en mere systematisk måde end i dag? Har vi data, der kan understøtte os i den proces?

Vi glæder os til at byde dig velkommen den 11.-15. november 2019 i Bella Center. Tilmeldingen åbner tirsdag den 13. august kl. 09.00 på plo-e.dk.

OBS!

I 2020 flytter Lægedage fra uge 46 til uge 48, dvs. 23.-27. november 2020. Det skyldes, at Bella Center bygger om, og det er kun i 2020. I 2021 og fremefter ligger Lægedage igen i uge 46.

