

Practicus

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

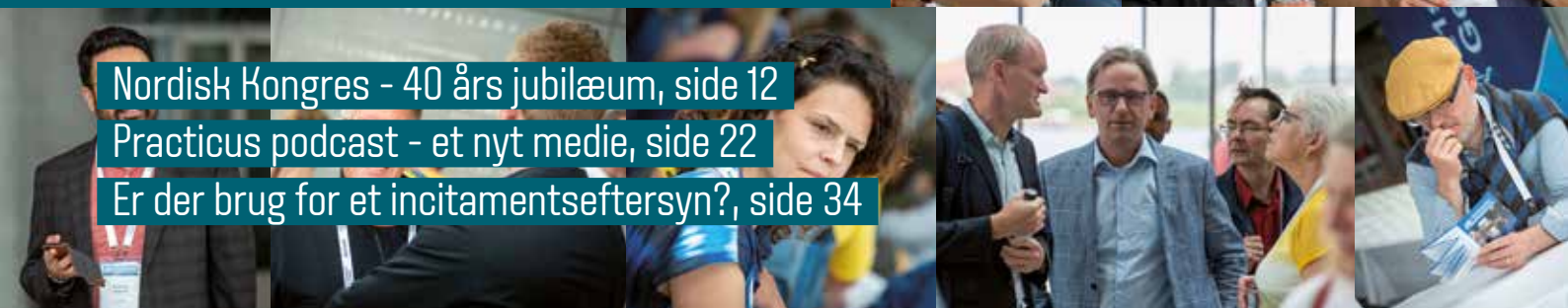


September 2019
42. årgang // 246



TEMA: FORSKNING

Nordisk Kongres - 40 års jubilæum, side 12
Practicus podcast - et nyt medie, side 22
Er der brug for et incitamentseftersyn?, side 34



INDHOLD

// s. 22

Leder

- 3 JA til nedsat tid

DSAM

- 4 Mens vi venter på flere læger, må vi ikke glemme ...
6 DSAM i pressen

Artikler

- 8 Is a sad doctor a bad doctor?
10 Laver praksislæger molboarbejde?
12 NK19: 40-års jubilæum
14 NK19: Multimorbiditet i sårbare befolkningsgrupper
16 NK19: Trivsel blandt praktiserende læger
19 NK19: Kvalitetslounge, JA TAK!
20 NK19: Defensiv medicin i almen praksis
22 NK19: Practicus podcast – et nyt medie
23 NK19: Indtryk fra Nordisk Kongres, Aalborg 2019
24 NK19: Læring for livet, HU-læge på første kongres
25 NK19: Præ-kongres i Aalborg – inspirerende og sjovt!
26 En folkemødefortælling
28 Voxpop fra Folkemødet 2019 på Bornholm
30 Fem FYAM'er oplever Folkemødet 2019
31 Ph.d.-cup 2019: Lene Maria repræsenterer Aarhus i år
34 Er der brug for et incitamentseftersyn i almen praksis?
36 Praksiskonsulentordningen – 30 år i Danmark

- 37 Konference for det almenmedicinske forskernetværk i Europa

- 38 TAK-Symposium: Det kom der ud af dit bidrag!

FYAM

- 41 FYAM-næstformand til minikonference i APO
42 A cindarella story ... fra Vestjylland
44 E-learning-webinarer om forebyggelse

SAMS

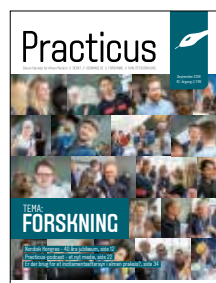
- 46 Ultralyd som et fremtidigt redskab

Debat

- 47 På sporet af en meningsfuld omvej
48 Forløbspakker er både fagligt og etisk et misfoster
50 Indbydelse til at se praksis med andre øjne

Opslag

- 18 PLU-fonden, ansøgningsfrist
18 Mødekalendar
32 DSAM's årsmøde 4. oktober 2019
33 Valg til DSAM's repræsentantskab
33 Lægedage
43 Ansøgning om legat – Sara Krabbe
45 PIP revitaliseringsmøde, invitation
52 DSAM er et demokratisk foretagende ...



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

Nr. 248
Frist for artikler: 30. september 2019
Udgivelsesuge: 51, 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

Rene Jeppesen

OPLAG

5.000

ISSN: 0109-2235

JA til nedsat tid

I dette nummer spiller Nordisk Kongres 2019 en fremtrædende rolle. Kongressen har fyldt meget i min bevidsthed siden de varme junidage i Aalborg. Dels på grund af det fremragende faglige og sociale program og dels på grund af de tanker, som en af hovedtalerne, Reidar Tyssen, igangsatte. Han holdt et interessant foredrag om trivsel blandt praktiserende læger og praksispersonale. Han kom også med et par bud på, hvordan man forebygger og behandler udbrændthed blandt læger. Jeg bed mærke i betydningen af gode arbejdsforhold og det at have en fritidshobby.

Netop gode arbejdsforhold og muligheden for fritid er vigtige emner, når der skal rekrutteres nye læger til vores fag. Et nyligt udgivet studie af Gunver Lillevang et al. viser, at yngre læger peger på en god balance mellem arbejde og fritid som en af hovedårsagerne til at vælge almen medicin som speciale. Men er balancen nu også så god? Og kan den blive bedre?

En hoveduddannelsesstilling på fuld tid er stadig normen i vores fag. Men mange kunne godt bruge lidt mere fritid i vægtskålen. Kunne nedsat tid på hoveduddannelsen være løsningen?

FYAM lavede en medlemsundersøgelse i 2016. Her svarede halvdelen, at de havde konkrete planer om at gå på nedsat tid, når de var blevet speciallæger. Efter lempelse af kravene er tendensen - ikke overraskende - at flere læger under hoveduddannelsen nu søger om nedsat tid, trods betragtelige bureaukratiske udfordringer. Hvorfor sætter man administration over sundhedsvæsnets vigtigste ressource; de mennesker der har den kliniske kontakt?

Det mest gængse er en stilling på 80 pct., der groft sagt

giver en ugentlig fridag. I Region Midtjylland, hvor jeg arbejder, er der en klar overvægt af kvinder blandt ansøgerne. Begrundelsen for at søge er ofte, at de vil have mere tid til familien. Tendensen er nok lignende i de andre regioner. Problemet med det voksende antal deltidsstillinger er, at de optager de i forvejen sparsomme uddannelsespladser hos de praktiserende læger. Og den generelle holdning fra beslutningstagerne er derfor, at nedsat tid nok er kommet for at blive, men at det ikke må gribe om sig. Men hvad mener de yngre læger egentlig selv om det?

En meningsmåling blandt medlemmer af FYAM's Facebook-gruppe gav på bare 24 timer over 250 besvarelser. Så interessen for emnet er stor. Cirka 30 pct. svarede, at de enten var eller havde været på deltid under hoveduddannelsen. Mænd udgjorde cirka 6 pct. af denne gruppe, mens de udgjorde cirka 20 pct. af gruppen, der ikke havde været på nedsat tid.

Nu skal man selvfølgelig være varsom med at konkludere noget ud fra en rundspørge på Facebook. Men det ser ud til, at mændene skal ind i kampen om hoveduddannelse på nedsat tid. Måske skulle det være en rettighed som i Sverige, hvis det almenmedicinske speciale skal kunne indfri forventningerne til en bedre work-life balance? //

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





Af: Dorte Ejg Jarbol, medlem af DSAM's bestyrelse, formand for DSAM's Forskningsudvalg og DSAM Syddanmark, professor ved SDU og praktiserende læge i Herteminde, djarbol@health.sdu.dk

BESTYRELSENS KLUMME:

Mens vi venter på flere læger, må vi ikke glemme at udvikle vores fag

"Der er behov for god almenmedicinsk forskning for at udvikle faget almen medicin".

Ovenstående er et citat fra den nyligt afholdte Nordisk Kongres for Almen Medicin. Her mødtes omkring 1.000 almenmedicinske forskere og klinikere i Aalborg – alle med et fælles fokus: faget almen medicin.

Multisygdom, ulighed og sårbarhed var blot nogle af de mange temaer, der blev berørt på kongressen, hvor også emner som dataetik, nye diagnostiske teknikker, work-life-balance og meget andet var på programmet.

I en tid, hvor der politisk – og i øvrigt helt på sin plads – er fokus på at rekruttere læger til faget, giver en almenmedicinsk kongres mulighed for refleksion over fagets indhold. Vi har i almen medicin, som i alle andre specialer, brug for forskning og kvalitetsarbejde for at sikre vores faglige udvikling.

Vil du tænde, skal du brænde – men uden at brænde ud!

En særdeles vigtig drivkraft er de mange dedikerede mennesker, der brænder for at udvikle faget.

Mange kombinerer det kliniske arbejde i praksis med udvalgsarbejde, undervisning, kvalitetsarbejde, forskning og meget andet, drevet af et ønske om at udvikle og forme faget.

For mig er det i særdeleshed et ønske om et stærkt, visionært og vedkommende speciale, der giver næring og brændstof til at kombinere klinik, undervisning, kvalitetsarbejde og forskning.

Det er min overbevisning, at for faget og ikke mindst for vores patienter er det afgørende, almen praksis er up to date på alle områder og forskningsmæssigt kan matche andre specialer. At der skabes ny viden, der ikke alene kan føre til bedre behandling af vores patienter, men også give grobund for tilrettelæggelse af arbejdet, så det giver meningsfulde rammer for patienter, læger og personale i klinikken.

Og ja, der er brug for læger i klinikken – men vi kan ikke



Professor Stewart Mercer under sin keynote på Nordisk Kongres.
Foto: Rene Jeppesen.

undvære udviklingsarbejdet – lige så lidt, som vi kan undvære alle de dedikerede kolleger, der arbejder i den politiske organisation.

Pas på ikke at kvæle ilden – er den først gået ud, bliver det svært at puste liv i den igen!

Udfordringer

Dialog – åbenhed – respekt for forskellighed eller mistilid til hinanden. Der er næppe tvivl om, hvilke af ovenstående ord, der giver mest næring, gnist og energi til arbejdet.

Har vi alle været dygtige nok i forhold til at skabe genemsigtighed og synlighed – til at invitere til dialog og samarbejde mellem klinikere, forskere, undervisere og kvalitetsudviklere?

Den gensidige respekt er nødvendig, når vi skal generere nye idéer, og når resultater skal fortolkes og implementeres. Det er væsentligt, at den forskning og kvalitetsudvikling, der udføres i vores fag er genkendelig og vedkommende for vores daglige kliniske arbejde – og at den viden, der genereres, bliver tilgængelig for samarbejdsrelationer og aktører både inden for og uden for faget.

Formidlingsdelen bør opprioriteres

I forskningsmiljøerne genereres en lang række vigtige forskningsresultater, der hver især er brikker i et større puslespil. Enkeltresultater kan ofte være svære umiddelbart at omsætte – og skal heller ikke nødvendigvis omsættes umiddelbart, men følges op af flere undersøgelser. Der er dog ingen tvivl om, at vi kan blive meget bedre til at formidle – både hvad der forskes i, og hvad forskningen bidrager med. I DSAM's Forskningsudvalg er det et tilbagevendende tema, og vi arbejder i øjeblikket med at gøre nyhedsbrevet endnu mere relevant for klinikeren.

Hvilke emner er relevante?

Og hvilken type forskning skal udføres? Der er nok af emner at tage fat på. Patientsammensætning med flere ældre patienter er efterhånden trivielt at høre om, men giver ikke desto mindre nye udfordringer for tilrettelæggelse af arbejdet. Multisyg eller blot multiple symptomer uden diagnose? Igen en velkendt patientgruppe med store implikationer for den kliniske hverdag. Ændret sygdomsforståelse, kropsopfattelse, egenomsorg og populationsomsorg er andre emner, der trænger sig på, når vi får nye diagnostiske muligheder. De forskellige forskningsmetoder kan noget forskelligt. Register- og spørgeskemaundersøgelserne kan blandt andet belyse variationer mellem patienter og læger. De kvalitative undersøgelser giver nogle af forklaringerne og åbner for nye spørgsmål. Ingen af metoderne kan stå alene, og alle kræver indsigt i den kliniske hverdag for at forstå og fortolke. Det er her, vi skal hjælpe hinanden.

Nogen skal stille de gode spørgsmål – men vi har et problem

En fælles forståelse for forskning og udviklingsarbejde er således en forudsætning for fortsat udvikling af faget. En større og større udfordring er at rekruttere til deltagelse i forskningsprojekter og at opnå besvarelser af spørgeskemaundersøgelser. En af forklaringerne er uden tvivl misforhold mellem udbud og tid i hverdagen. Tid er en ressource, der nødvendigvis skal forvaltes med omhu.

Vi har derfor en fælles udfordring, der handler om at skabe tid til udvikling. En "gammel travet", der også blev trukket frem på Nordisk Kongres, er "practice-based research network".

Et sådant forskningsnetværk af forskellige praksis kunne bestemt godt være en mulighed i Danmark – og måske i kombination med kvalitetsklyngearbejdet? //





DSAM i pressen

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

Et tilbageblik på Nordisk Kongres 2019

En lille flok mennesker i løbetøj er samlet ved promenaden på Aalborgs havnefront. Enkelte varmer deres led og muskler op, gør kroppen klar til løbeturen. Det er tidligt om morgenen, og solen giver langsomt mere og mere varme. Flokken bliver delt i gående, luntere og løbere, og første gruppe sætter så småt i bevægelse henover promenadens planker og løber langs havnefronten, hvor småbåde futter forbi. Løbeturen er en del af det sociale program på Nordisk Kongres i Aalborg, som har samlet godt og vel 1.000 praktiserende læger fra hele norden. I fire dage skal de deltage i et spændende, lægefagligt, videnskabeligt program samt netværke med deres nordiske kolleger på kryds og tværs.

Det sociale program består bl.a. af løb og gospel om morgenen og senere en stor fest med band og blinkende diskokugler. Det videnskabelige program

er stort, og seks forskellige keynote-speakere er inviteret til at give deres bud på et relevant lægefagligt tema.

Dagen forinden – om mandagen – var alle deltagerne samlet til velkomstceremoni i Musikkens Hus under den arkitektoniske betontrappe, der er formet som en konkylie. Undervejs bød programmet på koncert fra koret "Vocal Line", velkomsttaler fra DSAM's formand, Anders Beich, og arrangørerne Jette Kolding og Anneli Sandbæk. Den norske læge og præsident for Wonca World, Anna Stavdal, var inviteret på scenen til at holde kongressens 1. keynotespeech om kerneværdier og principper i almen praksis. Men ikke mindst var der forpremiere på DSAM's synligheds-kampagnefilm, som deltagerne tog godt imod.

Kongressen varede i fire dage, og deltagerne havde mulighed for at deltage i 16 symposier, 33 workshops og mere end 150 mundtlige præsentationer. Forud for kongressen lå utallige timers planlægning, koordinering og samarbejde og ikke mindst kommunikation på kryds og tværs af tidszoner og faggrupper.

En succesfuld kongres

Selvom kongressen gik rigtig godt og har været spændende at planlægge for DSAM's sekretariat, og vi efterføl-

gende kan klappe hinanden på skuldrene og sige: "Det gjorde vi virkelig godt", er det også helt okay, at vi nu kan vende tilbage til vores hverdag og hellige os kerneopgaverne i selskabet. Der går faktisk hele 10 år, før DSAM igen skal arrangere Nordisk Kongres, som typisk har et stort deltagerantal. Vi sender mange tanker til Norge og deres planlægningsgruppe. Nu er det nemlig deres tur. Den 16.-18. juni 2021 holdes næste nordiske kongres i Stavanger.

En god oplevelse udadtil
kendetegner god kommunika-
tion bagtil i kulissen

I dag bag skrivebordet bladrer jeg de mange hundrede fotos igennem fra kongressens fire dage, og set fra mit bord er det godt at gøre sig nogle refleksioner over kommunikationsarbejdet for kongressen. Alt i alt er der ikke meget, jeg ville gøre om – og alle i arrangørteamet knoklede for hver deres del.

Min primære rolle som kommunikationsansvarlig for kongressen var at gøre opmærksom på kongressen i Danmark og de nordiske lande gen-



Der var en god stemning ved receptionen efter åbningen af Nordisk Kongres for Almen Medicin 2019 i Musikens Hus i Aalborg. Foto: Rene Jeppesen.

nem nyhedsbreve og Facebook-opslag, skabe kontakt til nordiske lægefaglige medier, sørge for billedmateriale, opbygge en kongresapp, pressekontakt og meget mere. Vi havde fra start lagt en kommunikationsplan, som gik på at gøre opmærksom på kongressen på flere platforme gennem storytellingens journalistiske redskaber. Det var bl.a. vigtigt at få fortalt om den nye kvalitetslounge, som er den første af sin art på denne type kongres. Loungens formål var bl.a. at formidle praksisnære kvalitetsprojekter og udbyde dem til inspiration til fagfæller.

Det var primært de danske, norske og svenske fagblade, som bragte vores artikler, og på de særligt travle tidspunkter, hvilket var ofte, trådte vores studenterhjælp, Emma Bernard, til tastene og leverede oplæg til Facebook og nyhedsbreve.

Kommunikation i højsædet

Men kommunikation under en kongres er meget mere end blot ovenstående klassiske kommunikationsdyder.

Sekretariatet har i to år kommunikeret på kryds og tværs mellem et hav af aktører. Arbejdet med Nordisk Kongres blev organiseret, hvor én person var overordnet projektleder (Sanne Bernard), og de øvrige medarbejdere fik ansvar for hver deres delområde, f.eks. planlægning af ny kvalitetslounge (Vinnie Andersen), håndtering af frivillige hjælpere (Dorthe Pedersen), udformning af design og skilte (Annette Gehrs). Bagom sad DSAM's se-

kretariatschef, Louise Hørslev, i en styregruppe med formanden for planlægningsgruppen, bestyrelsesmedlem Jette Kolding Kristensen, og tog stilling til stort og småt. I sekretariatet holdt vi desuden møder en gang om ugen for at sikre briefing af og koordinering med hinanden. Dét arbejde gik som hånd i handske.

På selve kongresdagen mødte de frivillige hjælpere op kl. 7.15 i Aalborg Kongres og Kultur Center, hvor kongressen blev afholdt. Hjælperne var især medicinstuderende, som valgte at bruge deres fritid på at give en hånd med. Forud for dagen havde hjælperne modtaget et introduktionsbrev med anvisninger, og alle gik til opgaven med krum hals og viste sig særdeles løsningsorienterede, når der dukkede småproblemer op i løbet af dagen. Vi valgte derudover at koble et kongresbureau på, som bl.a. stod for at håndtere registreringer til kongressen.

Alt i alt gled kommunikationen på kryds og tværs af kongressen rigtig godt. *En god oplevelse udadtil kendetegner god kommunikation bagtil i kulissen.* Når vi, der planlægger kongressen, kommunikerer godt sammen, er det også nemmere at give kongresdeltagerne en god oplevelse. Præcis som når du handler ind i din lokale bager og bestiller dine lørdagsrundstykker. Hvis bagerdamen kvitterer med et varmt smil og en kvik bemærkning, eller hun på anden måde yder god service, er det ofte en god garant for, at hun har et godt arbejdsmiljø.

Vi håber også, at du – hvis du deltog i kongressen – havde nogle gode dage i Aalborg. Havde du ikke mulighed for at deltage, kan du i dette nummer af Practicus læse artikler fra kongressen. Som noget nyt kan Practicus også byde ind med en podcast med interviews af nogle af oplægsholderne. Se mere om det på side 22. Månedsskriftets redaktører deltog også i kongressen og optog en podcast om bl.a. helbredstjeks og ultralyd. Klik ind på www.maanedsskriftet.dk og tjek det ud.

Nå, nu ringer telefonen! Det var DR, der ville have en kommentar om medicinmangel på apotekerne fra formand Anders Beich. Og jeg skal også lige have sendt et nyhedsbrev afsted om det kommende valg og årsmøde. Vi ses i næste nummer af Practicus! //



Foto: Mads-Peter Eusebius Jakobsen



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

Is a sad doctor a bad doctor?

Mental trivsel og jobtilfredshed blandt praktiserende læger var omdrejningspunktet i Karen Busk Nørøxes ph.d.-afhandling.

Hvad handler din afhandling om?

Min afhandling handler om mental trivsel og jobtilfredshed hos praktiserende læger og om mulige konsekvenser heraf for kvaliteten af patientbehandlingen.

Hvordan de praktiserende læger har det, er væsentligt i sig selv. Hvis det også påvirker lægernes kliniske 'performance', kan det have vidtrækkende konsekvenser for patienterne og for omkostningseffektiviteten i sundhedsvæsenet.

Hvad er baggrunden for din forskning?

Arbejdet er bl.a. motiveret af en bekymring for en stigende forekomst af stress og udbrændthed blandt praktiserende læger. Udbrændthed udvikles gradvist, når kravene i arbejdet gennem længere tid overstiger de tilgængelige ressourcer.

Udbrændthed er udbredt blandt læger og andre sundhedsprofessionelle i mange lande. Derfor er der nu kommet anbefalinger om, at 'triple aim'-tilgangen til udvik-

lings- og forbedringsarbejde i sundhedssektoren (der har samtidigt fokus på at bedre populationssundheden, bedre den patientoplevede kvalitet og reducere udgifterne) udvides til en 'quadruple aim'-tilgang med en fjerde målsætning om at bedre de sundhedsprofessionelles arbejdsrelaterede trivsel. Denne nye anbefaling er baseret på en antagelse om, at velfungerende sundhedsprofessionelle er en forudsætning for et velfungerende sundhedsvæsen.

Det forekommer sandsynligt, at udbrændthed og anden form for dårlig mental trivsel hos læger kan påvirke behandlingskvaliteten negativt. Udbrændthed er kendetegnet ved følelsesmæssig udmattelse (man føler sig drænet for energi), distancering fra personer relateret til arbejdet, herunder patienter (man bliver mere kynisk) og en følelse af lavt personligt jobudbytte og formåen (man føler, at man ikke slår til, og at man i mindre grad end tidligere bidrager med noget væsentligt). Som forsvar mod

Ph.d.-projekt: Well-being in general practitioners and quality in healthcare

Forsvaret: Maj 2019

Vejledere: Anette Fischer Pedersen, Peter Vedsted, Flemming Bro

Link til artikel: <http://bit.ly/2GN90d7>

yderligere udmatning kan udbrændthed betyde en bevidst eller ubevidst tendens til at investere færre ressourcer i arbejdet. Hos en læge kan det betyde en tilbøjelighed til at vælge den letteste tilgang til kliniske problemstillinger – især hvis problemstillingen er kompleks, tidskrævende eller kræver følelsesmæssig involvering fra lægens side.

Den eksisterende forskning peger samlet set i retning af, at lægers mentale trivsel kan have betydning for behandlingskvaliteten, men der er kun få studier på området, og de fleste bygger alene på selvrapporterede mål for kvalitet. I tråd med tidligere forskning viser vores studier en stærk sammenhæng mellem en høj grad af udbrændthed og en høj sandsynlighed for, at den praktiserende læge vurderer egen arbejdssevne som forringet. Men det kan godt skyldes negativ selvevaluering pga. dårligt mentalt helbred frem for en faktisk forringelse af kvaliteten. Derfor ønskede vi at undersøge mental trivsel og jobtilfredshed i relation til mere objektive mål for kvalitet.

Hvordan er studierne udført, og hvordan måler I kvalitet?

Studierne er baseret på en spørgeskemaundersøgelse fra 2016, som er koblet med data fra danske registre. Cirka halvdelen af de praktiserende læger i Danmark besvarede spørgeskemaet.

Vi inkluderede to registerbaserede kvalitetsindikatorer. Det ene mål for kvalitet var lægeskift blandt patienterne (uden relation til flytning/adresseskift hos patienten), hvilket kan være et udtryk for utilfredshed. Det andet mål var raten af indlæggelser for 'ambulatory care sensitive conditions' – dvs. diagnoser, hvor optimal håndtering i almen praksis kunne reducere patientens indlæggelsesrisiko. Diagnoserne omfatter både kroniske diagnoser (f.eks. KOL og diabetes) og akutte diagnoser (f.eks. pneumoni og urinvejsinfektion). Indlæggelsesbehovet stiger, hvis der ikke gives rettidig og effektiv forebyggelse og behandling. Indlæggelsesraten øges også ved lavere henvisningstærskel hos lægen. Hvis lægen er presset, kan det i nogle tilfælde være lettere for lægen at indlægge en patient end at iværksætte relevant behandling og planlægge nødvendig opfølgning.

Hyppigheden af lægeskift og indlæggelser blev undersøgt i en 6-måneders periode og sammenholdt med mental trivsel og jobtilfredshed hos den læge, som patienterne var tilknyttet. Vi inkluderede i denne del af undersøgelsen kun læger i solopraksis for at sikre en præcis kobling mellem læge og patient.

Hvad er de vigtigste resultater?

Dårlig trivsel var generelt udbredt, og flere praktiserende læger end tidligere havde lav jobrelateret trivsel. Der var

Det forekommer sandsynligt, at udbrændthed og anden form for dårlig mental trivsel hos læger kan påvirke behandlingskvaliteten negativt. Udbrændthed er kendetegnet ved følelsesmæssig udmattelse.

dog stor variation i både lægernes mentale trivsel og deres jobtilfredshed. En ud af fem læger i undersøgelsen rapporterede lav jobtilfredshed, og en ud af ti scorede højt på alle dimensioner af udbrændthed.

Patienternes tilbøjelighed til at skifte læge og antallet af potentielt forebyggelige indlæggelser (indlæggelser for 'ambulatory care sensitive conditions') steg i takt med stigende grad af udbrændthed og faldende jobtilfredshed hos lægen. Disse sammenhænge forblev statistisk signifikante, når vi tog højde for andre betydende faktorer (f.eks. patienternes alder, sygelighed og socioøkonomi, lægens anciennitet og antallet af patienter). Sandsynligheden for lægeskift hos patienten var ca. 30 pct. højere hos læger med svære tegn på udbrændthed sammenlignet med læger uden tegn på udbrændthed, mens raten af potentielt forebyggelige indlæggelser var ca. 20 pct. højere.

Hvilke implikationer har resultaterne?

Vores resultater tyder på, at der er behov for en øget indsats mod de praktiserende læger, der føler sig arbejdsbelastede – herunder også afdækning af årsager og barrierer for at søge hjælp. For mange er ramt i svær grad, og de skal have støtte.

At antallet af lægeskift og forebyggelige indlæggelser stiger i takt med faldende trivsel hos den praktiserende læge, bekræfter, at lægerne har ret, når de vurderer, at deres arbejdssevne ikke er optimal, når de har det skidt. Høj forekomst af udbrændthed og lav jobtilfredshed blandt praktiserende læger synes således at være en markør for suboptimal kvalitet i sundhedsvæsenet. Det er dog uklart, om sammenhængen drives af lægens mentale tilstand eller bagvedliggende faktorer (f.eks. uhensigtsmæssige arbejdsvilkår).

Forbedring af de praktiserende lægers mentale trivsel og jobtilfredshed er et fælles ansvar mellem lægerne og dem, der har ansvaret for den organisatoriske udvikling af rammerne for almen praksis. Lægernes arbejdsvilkår bør få opmærksomhed i den videre udvikling af almen praksis – både for lægernes egen skyld og for patienternes. //



Laver praksislæger molboarbejde?

Er det spild af tid at lave skriftlige henvisninger til akutmodtagelserne? Forskningstræningsopgave undersøger sagen.

Når en patient fra almen praksis henvises til sygehuset, har det i mange år været standard, at der sendes en skriftlig henvisning fra almen praksis til sygehuset, både når det gælder akutte indlæggelser og elektive vurderinger.

En god henvisning er blandt andet

med til at sikre optimal behandling og undgå unødige undersøgelser.

Under vores hospitalsblok på hoveduddannelsen til almen medicin var indtrykket imidlertid, at henvisningerne sjældent blev læst, og vi blev nysgerrige på, hvad der mon var årsagen hertil.

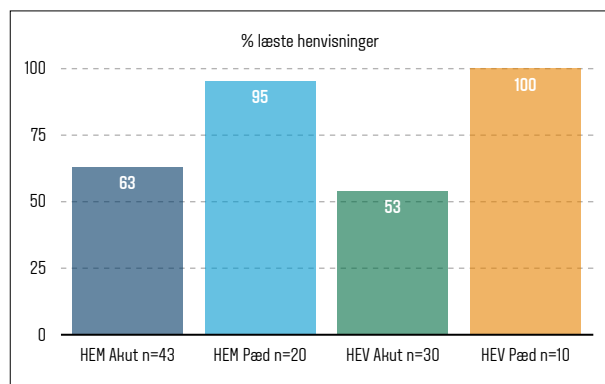
Hvordan tager man pulsen på akutmodtagelsernes visitation?

I forbindelse med vores forsknings- træning ønskede vi derfor at undersøge, hvor meget tid en praktiserende læge bruger på at henvise akutte patienter, og om de akutte henvisninger bliver brugt af det modtagende personale. Ligeledes ville vi belyse, hvad

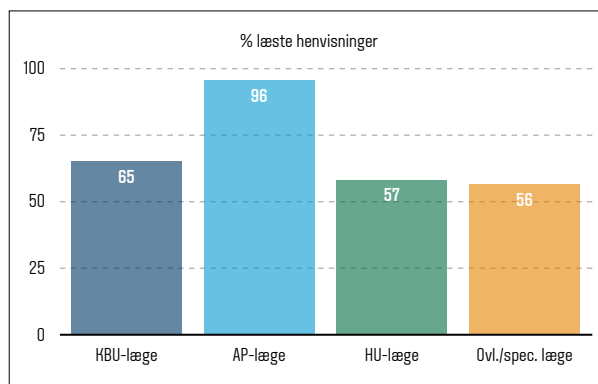
der for afsender og modtager er vigtigst i samarbejdet mellem almen praksis og sygehus.

Vi indhentede oplysninger dels fra praksislæger (egne stampraksis og praksis i nærområdet) og dels fra læger på hhv. akutafdelingerne og børneafdelingerne på to sygehuse i Region Midtjylland, hhv. Hospitalsenhed Midt (HEM) og Hospitalsenhed Vest (HEV). Oplysningerne er indhentet via personlige strukturerede interviews, som blev foretaget af de to forfattere. Deltagerne modtog information om projektets formål og metode og blev garanteret anonymitet.

De praktiserende læger blev blandt andet spurgt om, hvor mange henvis-



Figur 1. Læste henvisninger i procent fordelt på akutafdelingen og børneafdelingen på Hospitalsenhed Midt (HEM) og Hospitalsenhed Vest (HEV)



Figur 2. Læste henvisninger i procent fordelt på stillingsbetegnelse

ninger de havde sendt og anslået tidsforbrug på hhv. skriftlig henvisning og telefonisk kontakt til visitator.

Lægerne på sygehus blev blandt andet spurgt om, hvor mange patienter de havde set, hvor mange de havde læst henvisning på, og hvad grunden var, hvis de ikke havde læst henvisningen.

Desuden blev alle læger spurgt om, hvad de lagde mest vægt på i en henvisning.

Vi interviewede 11 praksislæger og 22 sygehuslæger.

Praksislæger: Seks ud af 11 praksislæger brugte 1-3 minutter på at udforme en skriftlig akuthenvisning (udover normal notatid), mens de sidste fem brugte 4-7 minutter. Herudover brugte tre praksislæger 0-2 minutter på telefonisk kontakt til visitator, mens otte praksislæger brugte 2-5 minutter på samme opgave.

Sygehuslæger: Sygehuslæger på børneafdelingerne læste de akutte henvisninger i 95-100 pct. af tilfældene, og sygehuslægerne i akutmodtagelserne læste de akutte henvisninger i 53-63 pct. af tilfældene (se Figur 1).

AP-læger i hoveduddannelse læste 96 pct. af de akutte henvisninger, mens øvrige læger i hoveduddannelse (HU) samt overlæger læste godt halvdelen. Der manglede henvisninger fra almen praksis for 4 pct. af patienterne (Figur 2).

Den hyppigste årsag til, at en praksislæges akutte henvisning ikke blev læst, var, at sygehuslægen i stedet læste den visiterende sygeplejerskes notat. De tre hyppigst angivne årsager til, at henvisningen ikke blev læst, kan ses i Tabel 1.

Vi valgte også at undersøge, om der var overensstemmelse mellem, hvad praksislæger og modtagende læger på sygehus anser for det vigtigste indhold i en henvisning.

Tabel 1. De tre hyppigste grunde til, at en henvisning ikke blev læst

Hospitalsenheden Vest	Hospitalsenheden Midt
Brugte visitationssygeplejerskens notat n=4	Brugte visitationssygeplejerskens notat n=3
Glemte n=2	Glemte n=2
Læser oftest kun henvisninger på pt som ikke selv kan svare for sig. I så fald er information fra EL vigtig. n=2	"Læser aldrig henvisninger. Da jeg ikke finder det relevant i en akut afdeling". n=1

Laver AP-lægerne molboarbejde?

Skal der fortsat laves akutte henvisninger på skrift? Når akutmodtagelserne kun læser godt halvdelen af de skrevne henvisninger, skal der så kun laves telefonvisitation? På den måde kunne "dobbeltarbejde" for de praktiserende læger måske undgås. Omvendt kan der gå vigtig information tabt ved ren telefonisk henvisning, da visitationsnotatet er et resultat af, hvad den praktiserende læge husker at fortælle, og hvad visitator vælger at skrive i EPJ.

Det er interessant, at AP-læger i hoveduddannelse i næsten alle tilfælde læser en akuthenvisning. En oplagt forklaring er, at man som AP-læge er generalist og gerne vil have en bredere tilgang til patienterne. Akutafdelingerne er meget fokuserede på den akutte problemstilling og flow. Det er tidskrævende at sætte sig ind i mange aspekter på mange forskellige patienter. Som speciallæge og bagvagt i en akutafdeling er det nærliggende at forestille sig, at man forholder sig til det akutte og intet andet. At KBU-lægerne også forsømmer at læse henvisninger, er derimod be-

kymrende. Det kan være udtryk for manglende overblik, eller at et stort arbejdspress berøver dem tid til at sætte sig ind i opgaven. En mere bekymrende tanke kunne være, at KBU-lægerne ikke oplæres i vigtigheden af at læse henvisningen.

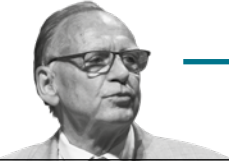
Konklusion

Vi foreslår, at man ved yderligere forskning dykker ned i problemstillingen om, hvordan en akutmodtagelse kan få implementeret de skriftlige henvisninger i en travl hverdag. Det bør også genovervejes, hvad der skal stå i en akut henvisning til vores modtageenheder. En mulighed kunne være, at DSAM satte sig sammen med hhv. Dansk Selskab For Akutmedicin og Dansk Pædiatrisk Selskab for at lave en retningslinje for, hvilken henvisningsmåde (elektronisk og/eller telefonisk) der fungerer bedst, og evt. udarbejder en skabelon for den optimale akutte henvisning.

Forhåbentligt kunne det øge lysten til at benytte flere henvisninger fra almen praksis og styrke kvaliteten i arbejdet med de akutte patienter. //

Tabel 2. De vigtigste elementer i en akuthenvisning for praksislæger, akutlæger og børnelæger

Emne/Specialt	Praksislæger	Akutafdelingen	Børnemodtagelsen
Objektive fund	X	X	
Parakliniske fund	X	X	X
Praksislægens forventninger		X	
Tentative diagnoser			X



40-års jubilæum:

Tilblivelsen og udviklingen af Nordisk Kongres for Almen Medicin

Ambition, mission og passion har været med til at sikre succes for Nordisk Kongres gennem 40 år. Johann Sigurdsson har oplevet dem alle, for kongresserne udgør kronen på det værk, vi kender som almen praksis i Norden.



At omtale en historisk udvikling kræver altid mange overvejelser om, hvor man skal begynde. Og uanset hvilken retning man tager, vil der altid være nogen, der tidligere har trådt den samme sti. Året 1979 må dog generelt betragtes som den første milepæl i det nordiske samarbejde om en fælles nordisk kongres med fokus på almen medicin. Hele 40 år er gået siden da. For nylig har vi afsluttet endnu en succesfuld kongres – den 21. i rækken. Kongressen blev afholdt i Aalborg den 17.-20. juni 2019. Ved åbningsceremonien nævnte jeg, at jeg har deltaget i alle de tidligere kongresser. Og så kommer spørgsmålet: Hvorfor? Det korte svar er: Fordi disse kongresser er kronen på det værk, vi kender som almen praksis i Norden.

Almen medicin etableres som akademisk disciplin

I midten af forrige århundrede var behandlingen karakteriseret af en høj grad af specialisering og fragmentering i sundhedsvæsenet, hvilket bl.a. førte til mangel på praktiserende læger. Det affødte et stort behov for at se almen medicin som en selvstændig disciplin med udgangspunkt i kliniske færdigheder og til-

gange, ligesom der var behov for mere forskning på området.

Praktiserende læger i flere nordiske lande etablerede derfor akademiske enheder med fokus på almen medicin og praksis – i nogle tilfælde måtte de endda selv finansiere disse enheder. Den første egentlige forskningsenhed blev etableret i Oslo i 1968.

Livet forstås baglæns, men må leves forlæns.

Søren Hjerhede

Nordisk kongres bliver til

De tre første professorer i almen medicin i de nordiske lande, Christian F. Borchgrevink (Oslo), Paul Backer (København) og Mauri Isokoski (Tampere) kan betragtes som hovedarkitekterne bag den første nordiske kongres om almen medicin, der blev afholdt i København i 1979.

Det primære fokus var på forskning i almen medicin, herunder præmisserne for almen praksis. På den tid var det vigtigt at styrke vores identitet, at ransage de praktiserende lægers opgaver og at identificere, hvilke kvalifikationer disciplinen kræver, og hvil-



Et glimt af historiens vingesus. 20 x Nordisk Kongres i 5 lande.

ke kerneværdier den har. Emner som overdiagnosticering og overbehandling blev sat på dagsordenen, selvom disse begreber end ikke fandtes endnu. Kongressen bød også på formidling af det nyeste inden for undervisning og uddannelse. Og sidst men ikke mindst skabte kongressen i København en givende og generøs social arena med et rart miljø, der inviterede til personlig kontakt. Det var ganske enkelt en stor succes.

Som uddannelseslæge i almen praksis og ph.d.-studerende i Sverige fik jeg mulighed for at deltage i kongressen. Og jeg blev så vild med konceptet, at det bare måtte bevares. Det fremmanede en særlig tilstand, hvor jeg så for mig alle de elementer, der skulle til for at få kongressen til at leve videre: *vision, mission, ambition, passion og obsession*. Det blev besluttet, at kongressen fremover skulle afholdes hvert andet år på skift mellem de nordiske lande i rækkefølgen: Danmark, Norge, Finland, Sverige og Island.

Optændt af en særlig ild deltog mine kolleger og jeg i de kommende kongresser – af flere grunde. De opfyldte vore ambitioner om at udvikle almen medicin, og de understøttede et frugtbart akademisk nordisk samarbejde. Med blot 200 deltagende alment praktiserende læger var det store spørgsmål, om vi ville kunne skabe en lignende kongres på Island 8 år senere i 1987. Ville vi kunne få nok deltagere? Der var mange ubesvarede

spørgsmål. Helt fra begyndelsen var vi meget bevidste om, at vi var nødt til at slå på den islandske natur i omtalen af kongressen for at nå i mål. I de næste 10 år – og de følgende 30 – blev det min opgave at være én af de ledende kræfter bag organisationen af kongresserne. Det er ikke så underligt, at jeg deltog i dem alle.

Et nordisk tidsskrift bliver grundlagt

De første to kongresser i 1979 og 1981 illustrerede tydeligt, at der foregik masser af forskning af høj kvalitet i de nordiske lande, som også var internationalt relevant. Det var oplagt, at der var brug for et nordisk medicinsk tidsskrift på engelsk. Med Paul Backer i spidsen blev "Scandinavian Journal of Primary Health Care" (SJPHC) grundlagt, og det første nummer udkom i 1983. I de første år var udgiverne og redaktionen ansvarlige for både kontrakter og økonomien, selvom det hele blev finansieret af de nordiske kolleger. I 1995 blev der etableret et egentligt selskab for tidsskriftet, og derefter blev ejerskabet formelt overdraget til dette selskab.

Værtsskabet for "Nordic Congress of General Practice" kunne teoretisk blive overdraget til hvem som helst, der var interesseret, f.eks. lægemiddelindustrien. Derfor var det vigtigt at få patent på kongresserne. I 2005 grundlagde de fem nordiske selskaber for almen medicin "Nordic Federation of Ge-

neral Practice" (NFGP). Ifølge vedtægterne er NFGP nu den juridiske ejer af både SJPHC og de nordiske kongresser. Anna Stavdal (som nu er præsident for Wonca World, red.) blev udnævnt som den første formand (2005-2011), efterfulgt af Gisle Roksund (professor, Norge, red.) (2011-2017) og Johann A. Sigurdsson (2017-).

Vore kerneværdier er stadig det primære fokus

Formålet med NFGP blev i 2017 udvidet til også at omfatte opgaver, der var sat på dagsordenen ved den første nordiske kongres. Når vi ser tilbage, er det tankevækkende, at den røde tråd gennem alle kongresser har været vore kerneværdier og grundlæggende principper: den personlige læge-patientrelation, fokus på patienten, tillid, fortrolighed, adgang til primærsektoren, samarbejde, kvalitetsløft, uddannelse, rekruttering og risiko for udbrændthed. Det er disse temaer, vi har kredset om og stillet skarpt på ved kongresserne gennem de seneste 40 år.

Fundamentet for almen praksis skal hele tiden tjekkes og justeres. Vore kerneværdier forbliver de samme, men organisationerne ændrer sig – ofte i faretruende retning. Hvordan sikrer vi, at vi bevarer vore værdier, når vi skal finde fodfæste blandt nye teknologier og (lidt for) hastig udvikling af medicinske landvindinger, stigende kommerialisering og nye tilbud om "opportunistic screening", samtidig med at vi skal tage højde for social ulighed i behandlingen?

Det er ikke så overraskende, at den første keynote-speaker ved den 21. Nordiske Kongres i Aalborg, Anna Stavdal, som er tiltrådt som formand for World Organization of Family Doctors (WONCA), valgte at tale om netop vore kerneværdier og de mulige trusler mod dem. Historien viser, at promovring af almen medicin kræver *vision, mission, ambition, passion og obsession*. Det gælder stadig. //



Af: **Stewart Mercer**, professor i almen medicin ved University of Edinburgh, Skotland, Stewart.Mercer@ed.ac.uk.
Oversættelse: Lone Niedziella



Multimorbiditet i sårbare befolkningsgrupper: Hvilken rolle spiller almen praksis?

Multimorbiditet er et kerneområde i almen medicin, men hvilken rolle spiller den praktiserende læge for den sociale slagside, der ofte følger multimorbiditet?

Multimorbiditet defineres generelt som to eller flere samtidige kroniske sygdomme hos den samme person. Disse sygdomme kan for eksempel være:

- Fysiske og mentale lidelser
- Generelle udviklingsforstyrrelser (f.eks. indlæringsvanskeligheder)
- Symptomkomplekser (f.eks. skrøbelighed eller kroniske smerter)
- Sanseforstyrrelser (f.eks. tab af syn eller hørelse)
- Alkoholmisbrug eller brug af psykoaktive stoffer

Multimorbiditet er normen snarere end undtagelsen, når alderen stiger. En større nationalt repræsentativ undersøgelse fra Skotland viser, at 24 pct. af befolkningen har multimorbiditet. Størstedelen af gruppen på over 65 år har mindst to lidelser, og de fleste over 75 år har mindst tre.

Selvom forekomsten af multimorbiditet stiger med alderen, er der dog – målt i absolutte tal – flere af skotterne i aldersgruppen under 65 år, der lever med multimorbiditet. Multimorbiditet har nemlig et socialt mønster: det er mere udbredt og forekommer tidligere i livet i befolknings-

grupper med lav socioøkonomisk status sammenlignet med de mere velstående befolkningsgrupper.

Når antallet af fysiske lidelser stiger, øges samtidig risikoen for udvikling af mentale helbredsproblemer. Disse mentale forstyrrelser har også et socialt mønster: De er langt mere udbredt hos de socialt dårligt stillede, uanset antallet af fysiske lidelser.

Dette mønster for multimorbiditet mellem rig og fattig bidrager til ulighed i sundheden. Således er tidlig død langt mere udbredt i socialt udsatte områder. Blandt de socialt dårligt stillede er der særligt sårbare grupper, eksempelvis hjemløse og mennesker med alvorlige psykiske lidelser (f.eks. skizofreni), som har ekstremt høje niveauer af multimorbiditet og en markant højere risiko for tidlig død.

Hvilke følger har multimorbiditet?

Multimorbiditet har – ud over den øgede mortalitetsrate – også en række andre negative konsekvenser: flere hospitalindlæggelser, flere konsultationer i almen praksis, øget forbrug af plejerelevanter og sociale ydelser, lavere livskvalitet, højere skrøbelighed, sociale og samfundsmæssige konsekvenser – arbejde, rolle i familien m.v.

Stort set alle disse punkter er massivt til stede i sårbare populationer og hos socialt udsatte.

Hvilken rolle spiller almen praksis i multimorbiditet?

Almen praksis er det naturlige omdrejningspunkt (*hub*, *fig. 1*) for den helhedsorienterede og personcentrerede behandling, som alle patienter brug for – men særligt dem med multimorbiditet.

Mange lande, herunder Storbritannien, har i en lang år-

række være under indflydelse af den såkaldte *inverse care law* (Julian T. Hart, 1971), som omhandler social ulighed i sundhed. Ifølge denne teori vil udbuddet af god medicinsk behandling være omvendt proportionalt med behovet i befolkningen. Det betyder, at de almen praksis, som er lokaliseret i socialt udsatte områder, ikke i tilstrækkeligt omfang vil kunne opfylde patienternes behov.

Sammenlignet med patienter i velstillede områder kontakter patienter i udsatte områder generelt den praktiserende læge med mere komplekse problemstillinger. De har også mere multimorbiditet, og de kommer med flere sociale udfordringer, der skal tænkes ind i behandlingen. Alligevel får de ofte kortere konsultationer og en mindre patientcentreret behandling. De har dårligere muligheder for egenomsorg, og de har en dårligere prognose.

Er der interventioner mod multimorbiditet i udsatte områder?

Det er kun et begrænset antal interventioner, der har vist sig at kunne forbedre prognosen for patienter med multimorbiditet. Endnu færre har vist sig at være anvendelige i udsatte områder.

Interventionen "CARE Plus" har på eksperimentel basis forsøgt at omvende *the inverse care law* ved at give multimorbide patienter i udsatte områder længere konsultationer end normalt. Her fik de praktiserende læger et særligt kursus, så de kunne tilbyde patienterne en empatisk funderet og patientcentreret behandlingsmodel. Fase 2 af et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) viste, at det var muligt at levere interventionen (*intention-to-treat-analysis*), og at det sandsynligvis også vil forbedre patientens velbefindende, øge livskvaliteten og være omkostnings-effektivt. På den baggrund er der nu søgt om midler til et større og mere omfattende klinisk forsøg på området.

Et andet eksempel er "Deep End Link Worker Evaluation", som via et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) gav praktiserende læger mulighed for at henvise patienter til en *community links worker*, en slags brobygger, som tog kontakt på vegne af patienten til relevante tilbud om behandling og støtte i lokalområdet. På baggrund af en *intention-to-treat-analysis* (hvor alle patienter blev henvist til brobyggeren) fandt man ingen effekt af brobyggeren ift. patientens livskvalitet, velbefindende og mentale helbred, men man fandt signifikante forbedringer hos de patienter, som havde konsulteret brobyggeren mindst tre gange. Det kan hænge sammen med, at patientoptaget til de lokale tilbud var ret lavt i begyndelsen, men det steg markant, så snart patienten havde været til konsultation hos brobyggeren mindst tre gange. Dette afspejler sandsynligvis den tid, det tager for patienten at opbygge tillid og tiltro til brobyggeren.



Fig 1. Figuren er redigeret af Practicus på baggrund af forfatterens originale figur.

Sammenfatning

- Multimorbiditet er normen snarere end undtagelsen.
- Multimorbiditet øger arbejdsbyrde og omkostninger.
- Multimorbiditet har en social slagside, da det er mest udbredt i sårbare grupper.
- Multimorbiditet bidrager til ulighed i sundheden.
- Almen praksis er det naturlige omdrejningspunkt (*hub*) for en helhedsorienteret behandling af patienter med multimorbiditet.
- Almen praksis i socialt udsatte områder er under pres pga. den sociale ulighed i sundheden (*inverse care law*).
- Kun få interventioner har vist sig at være effektive til behandling af multimorbiditet.
- Et funktionsdygtigt hjul kræver både navet i midten, *hub* (f.eks. CARE Plus), og eger, *spokes*, der forbinder navet med alt det udenom (f.eks. Deep End Link Worker Evaluation). //

Artiklen bygger på Stewart Mercers keynote-præsentation ved nordisk kongres i 2019.



Trivsel blandt praktiserende læger

En god balance mellem arbejdsliv og privatliv er afgørende for lægers trivsel, men mange andre faktorer spiller også ind.

De fleste læger er ved godt fysisk helbred. Flere studier har dog vist, at mange føler sig psykisk belastede. Det drejer sig primært om arbejdsrelateret stress, udbrændthed og symptomer på depression. Med selv-mord som eneste undtagelse synes der ikke at være beviser for, at mentale lidelser skulle være mere udbredt blandt læger. Meget tyder dog på, at de praktiserende læger i England og Danmark gennem de seneste to årtier har oplevet øget arbejdsbyrde, lavere trivsel og betydelige rekrutteringsproblemer.

En oversigtsartikel peger på en række faktorer, som er forbundet med lav jobtilfredshed hos praktiserende læger: lav indtægt, for mange arbejdssti-

mer, administrative byrder, tidspres og mangel på anerkendelse. En finsk studie rapporterer, at 18 pct. af de praktiserende læger er følelsesmæssigt udmattede, hvilket synes at være associeret med høj alder hos den praktiserende læger (længere arbejds-erfaring) og det at føle sig alene på arbejde.

Både individuelle og arbejdsrelaterede faktorer spiller ind

Det norske NORDOC-projekt har siden 1993-94 fulgt to kohorter af medicinstuderende (i alt 1052) med seks års mellemrum. I øjeblikket er 25-års follow-up i gang (se Facebook: @docsinrush).

De foreløbige resultater tyder på, at både individuelle og arbejdsrelaterede faktorer har betydning for lægers mentale helbred. De individuelle faktorer synes at være vigtigst, hvis man ser på udvikling af alvorlige psykiske (kliniske) lidelser, mens de arbejdsrelaterede faktorer synes at have større betydning, når man ser på stress, udbrændthed og følelsesmæssige forstyrrelser.

NORDOC-projektet viser, at neurotiske træk (selvkritik eller lavt selvværd), som hører under de individuelle faktorer, kan forudsige arbejdsrelateret stress, udbrændthed og endda alvorlige depressive symptomer over mange år hos læger. Kombinationen af personlighedstrækkene neuroticisme og samvittighedsfuldhed (eller perfektionisme) udgør en særlig betydningsfuld risikofaktor for skole- eller arbejdsrelateret stress. Derudover har NORDOC-projektet identificeret et særligt træk, *reality weakness*, som kædes sammen med alvorlige personlighedsforstyrrelser. Dette træk kan – uafhængigt af andre faktorer – forudsige behov for behandling, ikke at søge hjælp og depressive symptomer.

I Norge er andelen af kvindelige medicinstuderende steget fra 55 pct. til 70 pct. gennem de seneste to årtier. NORDOC-projektet har tidligere vist ganske få kønsforskelle, men et relativt nyt studie viser nu et betydeligt fald i subjektivt velvære blandt norske medicinstuderende i 2015 sammenlignet med 20 år tilbage. Faldet

er tydeligst blandt de kvindelige studerende, og det afspejler en tendens, der ses blandt unge i flere andre vestlige lande.

I forhold til arbejdsrelateret stress viser NORDOC-projektet, at vanskeligheder med at få balance i livet – eksempelvis balance mellem arbejdsliv og privatliv – er et vedvarende problem, som udgør en risiko gennem hele arbejdslivet. En formildende omstændighed er, at denne type af stress var mindre udbredt blandt de yngste af de norske læger 10 år efter færdiguddannelsen. Det hænger sandsynligvis sammen med, at der er kommet bedre muligheder for børnepasning og ændret kønsrollemønster i Norge gennem de senere år.

Balance mellem udfordringer og færdigheder giver trivsel

Modeller for arbejdsmiljøets betydning for helbredet viser, at en høj grad af autonomi – eller beslutningskompetence – er afgørende for at kunne klare høje krav i forbindelse med jobbet. På sundhedsområdet bør både ansatte og ledere arbejde på at skabe et arbejdsklima, der opfordrer til selvstændig beslutningskompetence hos medarbejderne.

Positiv psykologi viser, at en god balance mellem udfordringer og færdigheder er afgørende, hvis man skal trives på arbejde – eller være i "flow". Når udfordringerne på jobbet er større end ens formåen, så vil stress og angst ofte være nogle af følgerne. På den anden side kan det også være kedeligt med få udfordringer for en veluddannet.

Det flugter fint med de arbejdsrelaterede faktorer, som er fundet vigtige for tilfredshed og trivsel blandt læger: frihed til selv at organisere arbejdet, intellektuel stimulation og mulighed for selv at styre flere procedurer, "personcentreret behandling" og den særlige relation mellem læge og patient.

Interventioner kan reducere udbrændthed

Både individuelle og organisatoriske interventioner er vigtige

for at kunne imødegå stress og udbrændthed hos praktiserende og andre læger. Norske studier med langtidsopfølgning viser, at *mindfulness* kan være et effektivt redskab til at reducere stress hos medicin- og psykologistuderende.

Virkningen er tydeligst hos de kvindelige studerende og har størst betydning hos dem med en sårbar personlighed (høj neuroticisme og høj samvittighedsfuldhed).

En succesfuld intervention i primærsektoren i USA var introduktionen af flere assistenter pr. læge i almen praksis. Det gav mere tid til den direkte kontakt mellem læge og patient og har også vist sig at reducere behandlingsomkostningerne.

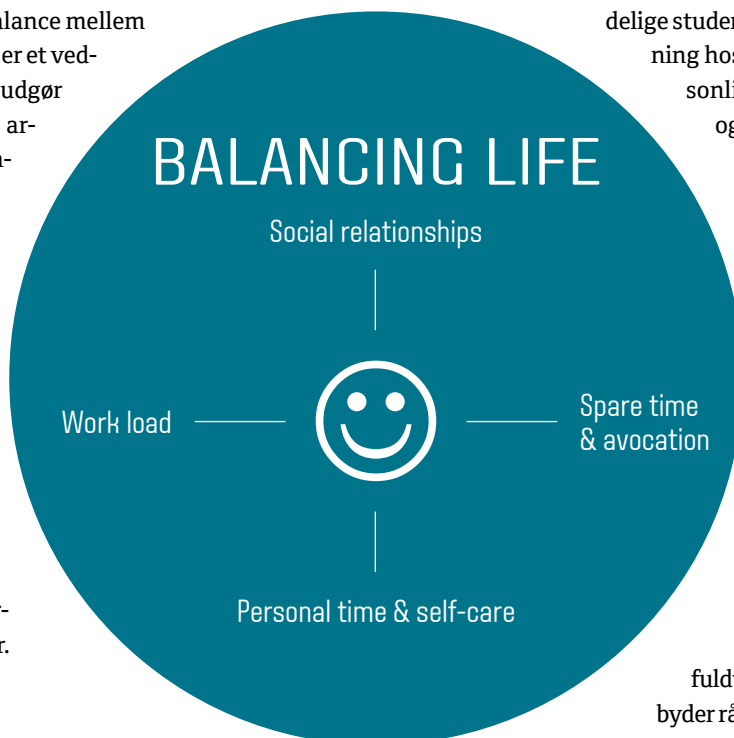
Villa Sana er et succesfuldt ressourcecenter, som tilbyder rådgivning og intervention til sundhedsprofessionelle gennem den norske lægeforening. De udbudte interventioner reducerer udbrændthed blandt læger og

sygeplejersker og består af to forskellige forløb: et 1-dags individuelt vejledningskursus og et 7-dages gruppebaseret program i tilknytning til et psykiatrisk hospital. Begge tilbud er gratis for norske læger. Patienter med lægelig baggrund bør måske have tilbud om lignende kurser med henblik på forebyggelse, da der kan være særlige udfordringer i relationen mellem læge og patient, når patienten selv er læge. Udskrivning af recepter til eget brug uden at søge anden form for hjælp er en velkendt tilgang hos mange læger, når de selv bliver syge.

Endelig er det vigtigt for alle hårdtarbejdende læger at have et socialt liv og fritidsinteresser "*away from patients, pills and potions...*", som Sir William Osler formulerede det tilbage i 1913, hvis de skal skabe balance i livet. Alle mennesker – også praktiserende læger – har brug for balance i livet for at kunne trives. //

Artiklen bygger på Reider Tyssens key-note-præsentation ved nordisk kongres i 2019.

Referenceliste kan udleveres af redaktionen.



PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



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

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

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

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

vefasen. Oversættelse af manuskripter, deltagelse i videnskabelige møder, 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 infoside (underskriftside) samt eventuelle underbilag fremsendes til:

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

Ansøgningsfrist for uddeling december 2019: Onsdag den 13. november 2019. Nærmere oplysninger kan indhentes i PLU's sekretariat på tlf. 35 26 67 85.

MØDEKALENDER

DSAM ÅRSMØDE

4. oktober 2019
Comwell Kolding
www.dsam.dk

DSAM REPRÆSENTANTSKABSMØDE

5. oktober 2019
Comwell Kolding
www.dsam.dk

LÆGEDAGE

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

The 7th International Preventing Overdiagnosis Conference

5.-7. december 2019
Sydney, Australien
www.preventingoverdiagnosis.net





Af: Anna Weibull, afdelingslæge, Enhed for Lindrende Behandling, Aarhus Universitetshospital, tidligere praktiserende læge i Grenå, daugaardweibull@dadlnet.dk



Kvalitetslounge, JA TAK!

Jeg har været til Nordisk Kongres i Aalborg! Det undrer mig, at det stadig kan komme bag på mig, hvor dejligt det er at møde gamle og nye kolleger, netværke, blive inspireret af gode oplæg, spændende projekter og posters, og sidst, men ikke mindst, at høre på og se 'pingerne', når keynotespeakerne folder sig ud. Og desuden møde kolleger fra de andre nordiske lande: Ja, faktisk fra 20 deltagende nationer, helt til Australien!

Nysgerrighed og inspiration på en ny måde

Det nye i år var Quality Lounge - et område, hvor kvalitetsprojekter, udsprunget fra almen praksis i de forskellige nordiske lande, blev vist på

skærme i korte PowerPoints, film eller stillbilleder.

Vi, DSAM's arbejdsgruppe om 'kræftopfølgning i almen praksis', fik lov til at være med i loungen. Måske havde jeg forestillet mig, at jeg skulle sidde ved siden af en skærm hele tiden og fortælle og forklare om vejledningen for kollegerne, men sådan blev det ikke.

Projekterne blev vist på skærmene, og loungen udviklede sig til at blive et sted, hvor nysgerrige kiggede med, snakkede med hinanden om gode projekter, som virkede overskuelige, og blev inspirerede til måske at lave noget hjemme i egen praksis. Folk slog sig ned i sofaerne og networkede, tog en pause eller arbejdede med egne projekter alene eller sammen. Man



stimlede sammen omkring kaffen og så på skærmene og fik en snak med kollegaen ved siden af.

Kommet for at blive i endnu bedre form i Stavanger 2021

Det eneste, jeg kunne savne, var, at jeg ikke kunne kommentere og forklare mit eget projekt! Men det, jeg så, var, at kolleger fra mange lande selv kunne vurdere og få noget ud af den nye måde at formidle på.

Som prikken over i'et var Gisle Rok-sund og Peder A. Møllerup inviteret til at tale om kvalitetsprojekter og udvikling i almen praksis. Gode spændende oplæg, som dog druknede lidt i tilhørernes behov for kaffe og snak med kolleger; 'long time, no see'. Måske skal det foregå lidt længere væk fra kaffeudskænkningen? For det var gode oplæg, som gav stof til eftertanke.

Jeg håber, at Quality Lounge er kommet for at blive! Hvis der bliver mulighed for færre projekter på hver skærm, så man kan være i nærheden og få en dialog om projekterne, så vil det blive et megahit! //



Inspiration og network er en vigtig del af kongressen. Foto: Rene Jøppesen.



Defensiv medicin i almen praksis:

Erfaringer fra workshop på Nordisk Kongres 2019

Defensiv medicin er en udfordring i sundhedsvæsenet, ikke kun i Danmark, men i en lang række lande. I Danmark har Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense gennem en årrække forsket i defensiv medicin i almen praksis. Dette har udmøntet sig i flere artikler baseret på interviews med praktiserende læger, og vi har i foråret gennemført en audit om emnet i Region Syddanmark og i en klynge i Region Hovedstaden.

På den nylige Nordisk Kongres for Almen Medicin i Aalborg afholdt vi en workshop om defensiv medicin, og i denne artikel præsenterer vi nogle af temaerne.

Hvad er defensiv medicin?

Der er flere forskellige definitioner af begrebet, men baseret på vores fokusgruppeinterviews med praktiserende læger er vi nået frem til følgende definition: Defensiv medicin er handlinger, der strider imod lægens faglighed, men som foretages på grund af krav og pres.

Vores definition af defensiv medicin lægger sig op ad den amerikanske definition, hvad angår karakteren af handlingen, nemlig at den ikke opfattes som lægefagligt indiceret. Når man derimod ser på begrundelsen for handlingen, er vores forslag mere bredt, idet der mere overordnet er tale om krav og pres, hvorimod der i den ame-



Stor diskussionslyst, da defensiv medicin kom under lup på velbesøgt workshop. Foto: Rene Jeppesen.

rikanske definition mere specifikt handles for at undgå fejl og klager. En fælles udfordring for definitionerne er, at der ikke findes noget endegyldigt svar på, om en konkret handling er defensiv eller ej. Det er uomtvisteligt, at der eksisterer en gråzone mellem den oplagt defensive handling, og handlingen, som udføres for at give patienten eller lægen fred i sinde. Her er altså tale om et komple-

ret fænomen, hvor ingen, ud over lægen selv, kender det sande svar.

Vi oplever, at læger på tværs af specialer og sektorer ønsker en diskussion af brugen af defensiv medicin. Dette kan skyldes, at defensiv adfærd giver anledning til faglig frustration, udmattelse og en bekymring for, at fokus flyttes fra at forholde sig til patientens egentlige problem og i retning af en imødegåelse af pres fra for-

skellige sider, f.eks. dokumentationskrav, efterlevelse af guidelines og imødekommelse af specifikke patientønsker, som især fremsættes af stærke patienter med fare for en skæv og omvendt fordeling af ressourcerne.

Hvor ofte benytter vi os af defensiv medicin?

Praktiserende læger fra Region Syddanmark og en klynge fra Region Hovedstaden deltog i foråret i en audit, hvor de over tre til fem dage registrerede alle konsultationer. Efter hver konsultation vurderedes, om en defensiv handling havde fundet sted; hvilken type af handling og lægens vurdering af, hvor defensiv handlingen var. Derudover registrerede lægen patientens alder og køn osv. Desuden udfyldte alle læger et separat skema med oplysninger om egen alder, praksistype og -organisation, tidligere klagesager, jobmotivation og jobtilfredshed.

Vi fandt, at 13 pct. af alle de registrerede konsultationer indeholdt en defensiv handling i en eller anden grad. Den hyppigste defensive handling var henvisning (23 pct.), efterfulgt af blodprøver (21 pct.) og point-of-care-tests (20 pct.). Begrundelsen for den defensive handling var oftest påvirkning fra patienten (38 pct.) efterfulgt af bekymring for at overse alvorlig sygdom hos patienten (27 pct.) og bekymring for at afvige fra klinisk retningslinje/vejledning (11 pct.). Bekymring for patientklager blev kun anført som begrundelse i 4 pct. af de defensive konsultationer. Som et lille kuriosum så vi, at andelen af defensive konsultationer er størst mellem kl. 11 og kl. 13! Skulle man overveje en pause med en kop kaffe og en bid brød kl. 10?

Erfaringer fra workshoppen

Diskussionslysten var stor, og en fælles nordisk forståelse syntes at være til stede blandt deltagerne i workshoppen. Workshoppen havde fået tildelt et stort, lyst lokale som hurtigt fyld-

tes med en skøn blanding af engagerede kolleger, yngre som ældre fra nær og fjern. Med workshoppen ønskede vi at skabe en diskussion af, hvordan praktiserende læger i fremtiden håndterer presset for defensive medicinske handlinger. Allerede under præsentationen af projektet "Defensiv medicin i almen praksis" fornemmede man en velvillighed blandt deltagerne til at dele deres oplevelser med at praktisere defensiv medicin. Især de yngre kollegers bidrag faldt mig for brystet. Bekymring for klagesager, patientpres, faglig usikkerhed og ønsker om at leve op til kollegernes forventninger blev nævnt som begrundelser for at handle defensivt. Det er fortællinger, som falder godt i tråd med dem, vi hører fra kursisterne på specialekurset i almen medicin.

Under gruppearbejdet var der ligeledes et stort engagement og en livlig diskussion. Deltagerne blev bedt om hver især at reflektere kort over deres seneste (selvvurderede) defensive handling. Dernæst diskuteredes de enkelte cases i grupperne ud fra følgende spørgsmål:

- Hvorfor synes du, at handlingen var defensiv?
- Hvad var din begrundelse for at udføre handlingen?
- Hvad var konsekvenserne af handlingen – for patienten? For dig?
- Hvilke følelser sad du tilbage med efter konsultationen?
- Hvad kunne have modvirket handlingen? Noget i din praksis' organisation? Noget, vi kan gøre sammen som faggruppe?
- Så dette er, hvad jeg gør næste gang, jeg føler mig presset...

Livlig diskussion i plenum

I den efterfølgende plenumdiskussion blev flere emner diskuteret, herunder patienter med private sundhedsforsikringer, som blev sendt af deres forsikringselskab, hvilket var en genkendelig situation for læger fra

flere af de nordiske lande. I den type af konsultationer følte lægen sig ofte udsat for et pres for at henvise til private sundhedstilbud, en slags bestillingsarbejde, som ofte ikke var fagligt velbegrundet. En dansk læge fortalte, at han havde fået ændret retningslinjerne på PLO's hjemmeside, således at patienterne højst kan bede om lægens vurdering og ikke forvente en henvisning. Denne information vakte respekt og klapsalver blandt de tilstedeværende kolleger. En fuldstændig afskaffelse af den praktiserende læges rolle som visitator for forsikringselskaberne er dog stadig efterspurgt. Det er et tema, som tidligere er undersøgt blandt en større gruppe af danske praktiserende læger.

En finsk læge fortalte, at hun ikke tidligere havde kendt til begrebet defensiv medicin, men at det meget godt beskrev, hvad hun oplevede i sin praksis, når hun følte sig presset til ikke-faglige handlinger. Hun ville gå hjem i sin praksis og gøre defensiv medicin til et emne for en faglig diskussion.

Hvad byder det fremtidige arbejde på?

Projektet har mødt stor interesse fra sekundærsektoren hvor Forskningsenheden har indledt et samarbejde med FAM på Esbjerg Sygehus, hvor der formodentligt vil vise sig et andet billede blandt vore yngre kolleger, der beretter om stor bekymring for at begå fejl, modtage klager og opmærksomhed på at leve op til kollegernes vurdering. Desuden er et nyt samarbejde undervejs med Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus med involvering af patientperspektivet.

Håbet med disse projekter er at skabe et fælles mål om at tage lægefagligheden tilbage på tværs af specialer og sektorer - til gavn for arbejdsglæden og kvaliteten.

Kontakt forfatterne, hvis du vil høre mere om projektets resultater. //



21st Nordic Congress of
General Practice 2019
Promoting General Practice Perspectives
17-20 June 2019, Aalborg, Denmark

Practicus podcast

– et nyt medie



Tag med Practicus til Nordisk Kongres 2019

Lyt med, når Practicus kaster sig ud i en halv times podcast med interviews fra dette års nordiske kongres i almen medicin i Aalborg. Podcasten ligger nu på DSAM's hjemmeside samt på iTunes. Det er første gang, vi laver Podcast – vi håber, du synes om det.

Vi tager gerne imod kommentarer, forslag til forbedringer og forslag til andre emner til fremtidige podcasts på practicuspodcast@dsam.dk.

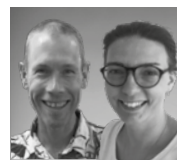
#1 Practicus Podcast @Nordisk Kongres



Stewart Mercer, professor ved Glasgow Universitet, fortæller om sine hovedbudskaber fra sin keynotespeech om multimorbiditet. Vi ved lidt om samfundets svageste, der oftere har mere end én kronisk sygdom. Stewart Mercer har forsket inden for dette emne og misunder Danmarks store databaser, der gør netop forskning i multimorbiditet mere tilgængeligt. Han beretter desuden om et besøg i en dansk almen praksis og sammenligner den med en praksis i sit eget hjemland. Se også artikel på side 14.



Reidar Tyssen, professor ved Oslo Universitet, fortæller om sine hovedbudskaber fra sin keynotespeech om trivsel for læger og praksispersonale i almen praksis. Nye undersøgelser rapporterer, at en stor procentdel af praksislæger har symptomer på udbrændthed, og Reidar Tyssen kommer med sine bud på, hvordan man forebygger udbrændthed. Se også artikel på side 16.



Søren Kæsel Andersen og Camilla Aakjær Andersen. Søren er praktiserende læge i Thisted og Camilla er ph.d.-studerende ved Aalborg Universitet. Begge er de dybt engagerede i udbredelsen af ultralyd i almen praksis. Vi mødtes til en snak om perspektiverne og fremtiden for brugen af redskabet i praksis.



Helena Liira, chefredaktør for Scandinavian Journal of Primary Health Care. Bladet er et "peer reviewed" internationalt tidsskrift, der hører under "Nordic Federation of General Practice" sammen med Nordisk Kongres, og det ejes af de fem almenmedicinske selskaber i henholdsvis Danmark, Norge, Sverige, Finland og Island. Helena fortæller om sit arbejde som chefredaktør og kort om processen med at udvælge årets artikel 2018.



Laura Trolle-Saust, læge og ph.d. ved Københavns Universitet. Laura modtog prisen for årets artikel 2018 sammen med sine medforfattere. Laura fortæller om artiklen, der handler om antibiotikabrug ved og diagnostik af luftvejsinfektioner i almen praksis. De fandt et overforbrug af antibiotika for luftvejsinfektioner – selv for patienter, der ikke opfylder de opstillede kriterier for behandling af luftvejsinfektioner i almen praksis. //

Fotos: Jonas Fynboe Ebert/Colourbox



Solen daler ned, hvor fjorden ender

Vandrer lystigt ned ad Aalborgs gader
Ser på skæve huse og beton
Sanser byens beat – som street-art på facader
En eksplosion af farver og facon.

Gamle Jomfru Ane sover aldrig
Tyren står som jyden ”stærk og sej”
Sætter tonen an i vores hjerter
Nye tanker spirer, viser vej.

Fra Islands tundra til de norske fjorde
Fra Sveas skove og de finske søer
Samles tusind læger her i Norden
Som det er sket så mange gange før.

Tid at mærke pulsen i vort virke
Mærke, hvem vi er, og hvor vi står
Føle fælleskabet give styrke
Mod til at forandre svære kår.

Kan vi ændre praksis – Hvad vil ske
Når mængden af patienter presser på?
Kan det la’ sig gør’ at få balance
I familielivet med de små?

Det er dog godt at være almen-doktor
Og sammen finde frem den røde snor
Arm i arm som primærsektors vogter
Kan vi klare mere, end vi tror.

Ingen ved, hvad morgendagen bringer
Én ting er dog sikkert og så sandt
Solen daler ned, hvor fjorden ender
Og rejser sig igen fra Himmerland.



Foto: Jonas Fynbo Ebert



HU-læge på første kongres i almen medicin: Læring for livet

Præ-kongres og Nordisk Kongres som FYAM-medlem gav inspiration, læring og et sus i maven.

Som Nordjyllands suppleant i FYAM-udvalget fik jeg mulighed for at deltage i Præ-kongres og Nordisk Kongres i Aalborg i juni. I den følgende artikel vil jeg kort beskrive min oplevelse af udvalgte workshops, jeg deltog i. Ud af mange spændende oplæg vil jeg fra præ-kongressen fremhæve workshoppen om ultralyd (UL) og oplægget om en innovativ lægepraksis. Fra Nordisk Kongres vil jeg fokusere på to workshops omhandlende defensiv medicin og konsultationskit: Fem kort.

Indtryk fra Præ-kongres

Engagerede yngre kolleger havde planlagt en præ-kongres, som var spækket med gode oplæg. Ud over det faglige var der sociale arrangementer og mulighed for networking.

UL-workshoppen blev indledt med et kort oplæg, og derefter roterede vi blandt fire stationer med dygtige almen praksis-læger, der underviste i henholdsvis blæreskanning med måling af residual urin, transvaginal ultralyd, aorta abdominalis og knæ-effusion. Jeg havde sparsomt kendskab til UL på forhånd og troede, det var svært. Dette forbehold blev ændret, og jeg gik derfra med troen på, at jeg nok en dag skal få lært at bruge UL, også i almen praksis.

Hans Christian Kjeldsen holdt et oplæg om "Lægefællesskabet" under temaet innovativ praksis og talte om fordele og ulemper ved denne praksisopbygning. Der var en fin diskussion blandt mødedeltagerne, og oplægget viste, hvordan det er muligt at skabe en god arbejdsplads, som

passer til ens egne visioner. Det gav mig inspiration og stor lyst til at være medejer af en praksis.

Indtryk fra Nordisk Kongres

Til Nordisk Kongres var der også flere givende oplæg, og det var hyggeligt at gå til disse med andre FYAM-medlemmer og yngre læger.

Workshoppen om defensiv medicin demonstrerede, at man skal være opmærksom på presset fra systemet, kolleger, patienter og sig selv som almen praksis-læge. Der er mange årsager til defensiv medicin. Som yngre læge er det vigtigt at være bevidst om dette og at huske at tale med sine tutorlæger om det.

Jan-Helge Larsen viste med oplægget "Konsultationskit: Fem kort", hvordan man via god kommunikation med patienten kan komme yderligere i dybden med patientens problemer. "Konsultationsdansen" og kommunikation kan altid forbedres, og workshoppen gav ideer til, hvordan man dagligt kan øve sig og forbedre sin kommunikation.

Det var min første kongres og noget, jeg vil anbefale mine yngre kolleger. Der kan søges midler til dækning af deltagergebyr, og det er muligt at få fri med løn. Begge kongresser gav mig et sus i maven pga. dedikerede oplægsholdere, masser af ny viden og oplevelsen af forskningsmiljøet i almen medicin.

Kongresserne gav mig læring og inspiration for livet. De har givet mig mere energi til mit daglige kliniske arbejde og har løftet min arbejdsglæde og tilgang til faget. //





Af: Cyða Liv Skúladóttir Flinker, hoveduddannelseslæge i almen medicin, aktuelt på akutafdelingen i Køge i mit næstsidste hospitalsophold, og tilknyttet en praksis i Creve, gydahlin@gmail.com



Præ-kongres i Aalborg

– inspirerende og sjovt!

I forbindelse med Nordisk Kongres i Almen Medicin i Aalborg blev der holdt to dages præ-kongres for yngre almenmedicinere. Formålet med præ-kongressen var at skabe et forum for udveksling af idéer, oplevelser, viden, forskning og professionelle færdigheder.

Præ-kongressen

Vi var omkring 50 deltagere fra mindst syv forskellige lande. Programmet bestod både af foredrag og workshops, som bl.a. handlede om måder at forbedre hoveduddannelsen i almen medicin, fortællinger om hoveduddannelsernes sammensætning i de skandinaviske lande, ultralyd, muskuloskeletale smerter hos børn, narrativ medicin, fremtiden i almen praksis, sexologi, telemedicin og fælles beslutningstagen.

Højdepunkterne

Inspiration: Hoveduddannelserne er forskelligt skruet sammen i de skandinaviske lande, og det var meget givende at høre om forskellene og blive inspireret. Det, som inspirerede mig mest, var, at de islandske HU-læger mødes hver uge i små supervisorsgrupper, hvor de deler svære oplevelser, og at de underviser hinanden. Ud over det har de ret til 14 kursusdage om året, hvor de valgfrit kan tage på kurser i udlandet med alt betalt! De svenske HU-lægers hospitalsophold består af betydeligt mere ambulatoriearbejde, end vi er vant til herhjemme. Dette skyldes, at deres løn bliver betalt af almen praksis, og derfor indgår hoveduddannelseslægerne ikke i vagtholdet på samme måde som andre læger, og de får derfor flere ambulatoriedage.



Fire kollegaer mødtes til kongressen. Fra venstre: Maria Chisler Fuglsbjerg, Madeleine Ismail, Kenda Christensen og forfatteren.

Forslag til forbedringer: Noget af det, mange af os danske HU-læger efterspurgt, var mere erfaring inden for specialerne dermatologi, ØNH, reumatologi m.m. En af idéerne for at imødekomme ønsket var indførelse af minimum fire-fem årlige dage, hvor HU-lægerne får mulighed for at arrangere et ophold i et valgfrit speciale.

Det faglige: Vi havde en halv dags "hands on"-undervisning i ultralyd, som var rigtig spændende og gav et håb om, at ultralyd med årene bliver en større del af almen praksis, da ultralyd bl.a. kan give hurtig og vigtig diagnostisk viden, minimere henvisninger samt give større patienttilfredshed. Fysioterapeut, ph.d. og lektor Michael Rathleff stod for undervisningen om forreste knæsmærter hos børn. Han har været med til at lave patientfolderen "Kvit knæsmærterne", der er frit tilgængelig på www.fysiocast.com, og som jeg med sikkerhed vil bruge i mine konsultationer fremover.

Det sociale: Sidst, men ikke mindst, var kongressen en enestående mulighed for at møde tidligere og nuværende venner og kolleger samt at stifte bekendtskab med nye. Jeg vil varmt anbefale præ-kongressen til alle yngre almenmedicinere og håber, at vi ses i Stavanger i 2021! //



En folkemøde- fortælling

Kathri Birkkjær Magnussen har folkemødet under huden i denne beretning. Læs den – det er som at være der selv.

Iotte år har jeg deltaget i Folkemødet på Bornholm, de sidste syv år med mere eller mindre synlig PLO-kasket. Eller rettere T-shirt, da det er på de forskelligfarvede T-shirts med mere eller mindre opfindsomme slogans, at de forskellige interesseorganisationer og for-

eninger gør opmærksomme på sig selv i mængden.

Interessant har det været at følge fortællingen om de praktiserende læger fra vores første, græsrodsagtige deltagelse i 2013, hvor vi som følge af vores konflikt i overenskomstforhandlingerne i løbet af fem dage fik trykt T-shirts og flyers, rekrutterede frivillige PLO'ere fra hele landet og med kommandostation i Allinge Lægehus kastede os ud i en oplysningskampagne, der virkede så massiv, at landets politikere krøb i flyverskjul, når de så vores lyseblå T-shirts med teksten: Bevar familielægen, bevar dialogen.

Herefter år med eget telt og egne debatter, hvor politikerne nu blev inviteret ind, fællesspisning i teltet efter lukketid for alle interesserede praktiserende læger og kollegiale snakke på tværs af landet. Retorikken om de praktiserende læger har ændret sig fra "I tænker kun på penge" til sidste års politikermeldinger "Vi ved godt, at I er for få" og til i år, hvor PLO-formand Christian Freitag helt uimodsigt kan sige "Vi kommer ikke til at tage flere opgaver ind, før vi har flere ressourcer."

Et sundt liv for alle – hvordan?

FN's 17 verdensmål var det overordnede tema for årets folkemøde. Mål nr. 3 er at sikre et sundt liv for alle og fremme trivsel for alle aldersgrupper. Det er vores område. Hvis man skal tro mange debattører, så er det gennem dataregistrering, at vi skal nå det mål. Jeg hørte debatter med meget data-elskende personer, hvor man kan få det indtryk, at lægemangel og bedre sundhed løses af sig selv, jo flere data, vi kan registrere. Heldigvis hørte jeg også debattører, som kan se begrænsningerne og behov for regulering. En enkelt nævnte heldigvis også



Livlig debat på folkemødet. Foto: Marianne Puge.

værdien af relationer og den negative betydning af ensomhed.

Det sammenhængende sundhedsvæsen er – fortsat – et emne, som fylder i programmet og ses fra forskellige synsvinkler. Jeg deltog selv som debattør sammen med bl.a. Morten Freil fra Danske Patienter og en kontorchef fra Ældre- og Sundhedsministeriet. Det var en god oplevelse af få lov at byde ind med mine synspunkter i en offentlig debat.

Nye vinkler – nye venner

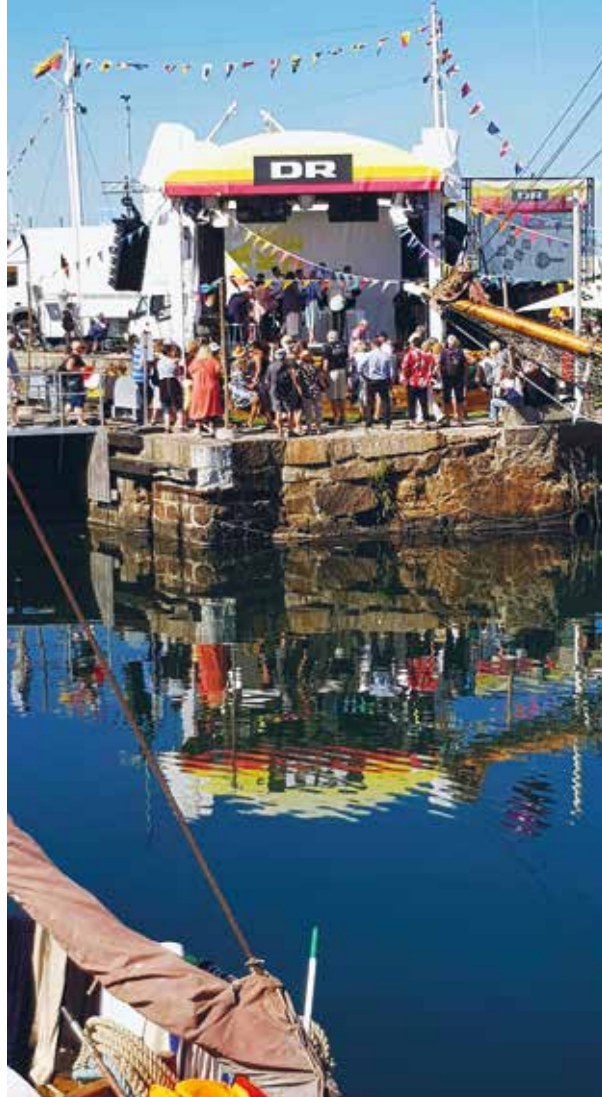
Mellem debatterne er der ”alt det andet” og det ikke mindre væsentlige, nemlig mødet med nye venner. Jeg mødte bl.a. to engagerede FYAM-repræsentanter. De var bosat i telte i baghaven ved Allinge Lægehus. (Dejligt med gæstfrie kolleger). Jeg blev opløftet af at høre, at meldingen fra FYAM-medlemmerne er, at de gerne vil i PLO-klinikker. Men, som mange af os andre også har gjort, så vil de gerne have mulighed for at snuse til forskellige klinikker, før de beslutter sig. Som ansat læge ser de begrænsningerne i form af manglende aftaler ved langtidssygemeldinger og graviditet, noget som PLO vist ser på, men som jeg helt sikkert også vil følge op på som PLO-repræsentant.

Betydningen af bevidst strategi

Jeg forsøger hvert år at komme til enkelte debatter, som IKKE specifikt har med sundhedsområdet at gøre. I år hørte jeg EU-kommisær Margrethe Vestager blive interviewet om sit kommisærarbejde og personlige tanker og visioner om EU-projektet. Jeg bemærkede, at hun som bevidst strategi har forbudt brug af forkortelser i de officielle udmeldinger, der udsendes fra hendes kontor – forkortelser kan virke ekskluderende og sætte modtageren i en underlegen position. Den vil jeg også tage med mig – forkortelser har bredt sig som en steppebrand i de epikriser, jeg modtager. Forskellige specialer har endda valgt samme forkortelser, men med forskellig betydning! Jeg føler mig ekskluderet og uvidende!

Stof til eftertanke

ArtPolitico-scenen var rammen om et møde mellem psykiater Anne Lindhardt og forfatter Karen Fastrup med praktiserende læge Lene Agersnap som moderator. Karen læste op af sin bog ”Hungerhjerter”, en personlig beretning om hendes psykiatriske sygdom, psykoseoplevelse og angst, beskrevet malende og stærkt, som en god forfatter kan. Hvis man kigger lidt ud over de oplagte scener, så dukker der små perler op, som giver stof til eftertanke – eller et godt grin, som satiregruppen MAGT frembringer på fremragende musikalsk vis. I år fik de politiske partier en velfortjent tur i satiremøllen. Der var stof nok til flere runder.



Den maritime stemning sætter prikken over i'et på folkemødet.
Foto: Kathri Birkkjær Magnussen.

Vi er alle en smule lobbyister

Folkemødet er meget andet end Djøfstorsion. Det kan jeg sige, da jeg møder rigtig mange ”almindelige” bornholmere; mine patienter, mine naboer, samarbejdspartnere, min søns lærere. Måske kan man sige, at vi alle er en smule lobbyister? Allermest glad er jeg for mødet med mange skønne kolleger fra hele landet. Hvis jeg ikke når at se dem på den store folkemødeplads, så er muligheden der lørdag morgen, hvor Allinge Lægehus lægger hus og kaffemaskiner til fælles morgenmad for alle interesserede læger. Hermed en invitation til næste år!

Årets folkemøde startede i sol og varme og sluttede med bulder, brag og byger lørdag aften. Min aften sluttede i selskab med en god kollega og hendes datter til skaldyrsmiddag, champagne og klezmermusik, mens regnen silede ned og oversvømmede sko og elektrisk udstyr. Der var associationer til Titanics forlis, mens bandet spillede videre – heldigvis slap vi ud igen og nåede både dans i Domen og i LGBTQ (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, Queer)-teltet.

Jeg er på igen til næste år. Ses vi?//



VOXpop

fra Folkemødet 2019 på Bornholm

Hvad har Grundtvig, datadeling, uniformer og eksistentielle spørgsmål om livet til fælles? En hel del, ser det ud til. I hvert fald når Practicus belyser de mest skelsættende begivenheder fra folkefesten, som de blev oplevet af fire praktiserende læger, der er valgt ind i enten PLO eller DSAM.

Hvilken oplevelse har
betydet mest for dig
på dette års Folkemøde
– og hvorfor?

Bolette Gerd Friderichsen, DSAM's næstformand

"Det levende ord" som Grundtvig kaldte det. Samtalerne på Folkemødet minder om et kæmpestort højskolemøde. Her kommer mennesker, der tror på, at det kan betale sig, at vi taler med hinanden om, hvordan vi gerne vil indrette vores samfund. Stemningerne i panelerne, i telte og ved ølbordene kan godt være fulde af brydninger og interessekonflikter, men den er også åben og nysgerrig.

Jeg var i en radiodebat om prioritering i sundhedsvæsenet sammen med en storrygende jordemoder, en regionspolitiker fra Venstre og to ungdomspolitikere fra henholdsvis SF og DF. Et interimistisk setup under telt dug omkring en bulet gammel dør på to bukke; det var ligesom muligt for alle os paneldeltagere at lytte og tænke nye tanker uden at frygte, hvad "baglandet" mon ville sige. Jeg blev bevæget og lidt glad og stolt over vores land, hvor den her slags ting kan lade sig gøre. Lad os håbe de bedste ideer overlever Folkemødet, når det bliver hverdag igen. Hør debatten her: bit.ly/2yAgw1x.





Gunver Lillevang, medlem af PLO's bestyrelse

Folkemødet 2019 var udbytterigt og givende på mange måder, lidt mindre politisk og lidt mere fagligt pga. den uafklarede landspolitiske situation efter valget.

Jeg oplevede flere rigtig gode debatter om det primære sundhedsvæsen, om hvordan vi får tingene til at hænge godt sammen, og hvordan vi får ressourcer nok i forhold til hender, kompetencer og økonomi. Og jeg deltog i gode debatter om livet, eksistensen og om at få lov til at dø i fred, når livet når sin afslutning.

Ulighed i sundhed blev debatteret i flere afskygninger. Til stor glæde oplevede jeg, at Kræftens Bekæmpelse havde sat en generel debat op om netop ulighed i sundhed, hvor de eksplicit havde fravalgt fokuseret at debattere ulighed i kræftbehandling, hvilket jeg tænker er superstærkt og vigtigt, fordi så mange af vores svageste patienter fejler noget, som ikke bliver repræsenteret ved en stærk patientorganisation. Så fra mig en tak til Kræftens Bekæmpelse for at dreje i den retning.



Marianne Puge, medlem af PLO's repræsentantskab

Deling af patientdata har fyldt (tiltagende) meget i de år, jeg har været på Folkemøde. Her var det glædeligt i år at opleve, at der synes at være en bevægelse henimod at tale om deling af RELEVANTE patientdata og behov for bedre samarbejde over sektorgrænser. Desuden er der en tiltagende forståelse af, at samarbejdet må udvikles med inddragelse af både patienterne og de professionelle, der har kontakten til patienterne – ikke ved skriveborde langt væk fra kerneydelserne.

PLO's og DSAM's udsendte gjorde det godt. Det var trygt at sidde blandt publikum og opleve skarpe repræsentanter for vores fag kommunikere sund fornuft og almenmedicinsk faglighed. Der er nu bred enighed om, at vi skal være flere praktiserende læger, at det skal gøres attraktivt at blive i almen praksis, og at der skal investeres i almen praksis. Jeg hørte kun meget få tale om investering i alternativer til PLO-klinikker – det er et klart fremskridt i forhold til tidligere år. De mange debatter om potentiale ved brug af kunstig intelligens kunne godt tage pusten lidt fra mig. Det er et emne, jeg tror, vi i PLO/DSAM kommer til at forholde os mere aktivt til i de kommende år.

Alt i alt var Folkemøde 2019 for mig en skøn blanding af al slags vejr, fagpolitiske debatter, masser af musik og hyggeligt samvær ... for 7. år i træk.



Lise Dyhr, medlem af DSAM's bestyrelse

At overvinde sig selv. Jeg er ikke til uniformer. Selv DSAM-initiativet, hvor vores kerneværdier fremhæves ved sloganet "Det gør en forskel, at vi kender hinanden" har jeg modarbejdet. Tre bluser med påtrykte slogans lå i tasken, da jeg skulle være oplægsholder hos Sundhedsstyrelsen med temaet "Sviger vi dem med kortest uddannelse – og hvad skal der gøres for mere lighed i sundhed?" Lige indtil jeg hilste på en af de andre oplægsholdere, Birgitte, med en 3F T-shirt på. Så turde jeg også! Det var dog svært at få blusen på og skjorten af i et lille telt. Birgitte trådte til og fik listet skjorten ud gennem ærmehullerne. Vort slogan blev eksponeret. Vi viste, at vi kan arbejde sammen. Det var en tilgang som fortsatte under debatten, hvor blusen flere gange blev brugt til at fremhæve almen praksis' rolle.



Fem FYAM'er oplever Folkemødet 2019

2019

Folkemødet

I år stillede FYAM med fem deltagere ved Folkemødet på Bornholm. FYAM's næstformand, Ellen Jensen, blev inspireret af flere spændende debatter.

En stormfuld rejse

Oplevelsen af Folkemødet 2019 startede for mange helt fra ombordstigningen på bornholmerfærgen onsdag den 12. juni. Et uvejr var varslet, og det fik vi alle at mærke hen over havet fra Ystad til Rønne, hvor man ikke skulle give sig i kast med hverken Rombergs test eller en stor saftig hotdog.

Efter den længe ventede ankomst til Rønne tog vi en bus til Allinge og indlogerede os i baghaven hos Allinge Lægehus, hvor vi havde fået lov til at udstationere vores telte. Mange tak for det. Her var heldigvis tørvejr, og opsætningen af teltene gik forrygende. Havets brusen kunne høres tæt på, og vi var lokaliseret midt i Allinge, hvor Folkemødet var, så der var gåafstand til alle arrangementer og spisesteder.

Om natten tog uvejret endnu engang til, og vi lå i vores telte og kunne høre melodierne fra regnens slag på teltvæggene og tordenens buldren.

Det gør en forskel, at vi kender hinanden

Næste morgen var de sorte skyer væk, og efterhånden, som tiden gik, kom solen frem og temperaturen op, og Folkemødet kunne nu nydes i fulde drag i det gode vejr.

Alle FYAM'ere var iklædt T-shirts fra DSAM, hvor der stod "Det gør en forskel, at vi kender hinanden – hilsen din læge". Flere af Folkemødets deltagere bemærkede budskabet. I Kræftens Bekæmpelses telt pegede en kvinde

hen på min mave og sagde "lige præcis" og prikkede sine sidekammerater på skuldrene, hvorefter en debat udviklede sig om, hvilken forskel det gør at kende sin læge og at have en læge i sit nærområde.

Mange andre debatter var planlagt. En af dem fandt sted i Kræftens Bekæmpelses telt og omhandlede ulighed i sundhed, og hvordan den kan mindskes. Her udtalte Charlotte Bøving, privatpraktiserende læge, at når nu lægerne har fået den flotte uddannelse fra samfundet, så skal de også give igen og gøre deres pligt ved at tage ud til yderområderne og arbejde dér. En kvinde nikkede meget ihærdigt og klappede til det. Et par sekunder efter sagde Charlotte Bøving, at det skal gøres ved at skabe goder til lægerne, og at en pose penge kan lokke, og selvom man kunne tro, at det ikke kan holde på lægerne, så har undersøgelser vist, at det kan det. Når lægerne er flyttet og har etableret sig, bliver de der meget sandsynligt. Det var en meget spændende debat, og sådan udspillede flere debatter sig igennem Folkemødet med interessante emner.

Debat om rekruttering og fremtidig lægedækning

Maria Bundgaard deltog på vegne af FYAM i en paneldebat om rekruttering og fremtidig lægedækning, herunder hvilken arbejdsform de yngre almenmedicinere er interesseret i. Der fik vi slået fast, at vi yngre almenmedicinere fortsat ser os selv i almen praksis, men måske i højere grad end tidligere i en periode som ansat læge og helst i en PLO-klinik, og at bedre barselsvilkår for ansatte læger i praksis samt gode uddannelses- og arbejdsforhold er blandt nogle af de vigtige forhold for rekruttering til almen praksis.

Det var en meget inspirerende tur, og vi tog meget med hjem til FYAM, som var repræsenteret stærkt på den vigtige folkelige og politiske festival i 2019. //



Af: Lone Niedziella, sprogmedarbejder, og Per Hallestrup, forskningsleder, Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, hallestrup@dadlnet.dk

Ph.d.-cup 2019:

Lene Maria repræsenterer Aarhus i år

Ph.d.-cup afholdes som en del af DSAM's årsmøde. I Aarhus blev alle medarbejdere inddraget i jagten på forskningsmiljøets bedste repræsentant til Ph.d.-cup 2019.

Tirsdag den 2. april 2019 dannede frokoststuen rammen om en festlig semifinal, "Ph.d.-dysten". Forinden havde forberedelserne været i gang i en måneds tid. En arrangementskomité havde udviklet en "drejebog" med en plan for, hvilke aktiviteter der skulle iværksættes for at få alle medarbejdere med i udvælgelsen. Omdrejningspunkterne for det endelige koncept blev "fælles oplevelse", "belønning" og "det er bare noget, vi leger". Reklamer blev hængt op på gangene, og ambassadører opfordrede kollegerne til at møde op til arrangementet. Og ikke mindst: Det blev annonceret, at vinderen fik betalt deltagelse i DSAM's årsmøde og herudover en præmie.

På selve dagen var vi klar med stemmesedler, stemme-

boks og rød løber. Der var sodavand og chips til alle fremmødte, og forskningslederen styrede løjerne med glimt i øjet og høj hat!

Det feststemte publikum fik gode oplæg fra alle syv deltagere, og afgangsløbet var svært. Da stemmerne omsider var talt op, blev Lene Maria Ørts udråbt til vinder med sin præsentation om lungesygdom. Det var inspirerende at se, hvor forskelligt man kan vælge at gribe præsentationen an.

Arrangementet giver ph.d.-studerende mulighed for at øve sig på at præsentere komplekst stof på en enkel måde i trygge rammer og med opbakning fra kolleger. De øvrige medarbejdere får overblik over igangværende forskning.

Vi er ikke i tvivl om, at vi har fået skabt en ny tradition, som har vendt indstillingen fra "gider ikke" til "vil ikke gå glip af". Vi stiller helt sikkert op med en repræsentant til Ph.d.-cup igen til næste år! //

DE SYV FINALISTER

1. Bente Hjør Lyngsø: "Når mor er mere end ked af det"
2. Dennis Graversen: "Hvordan redder vi lægevagten?"
3. Jonas Boysen Fynboe Ebert: "Akutknappen"
4. Karen Busk Nørøxe: "Betyder det noget for behandlingskvaliteten, om lægen har det godt?"
5. Lene Maria Ørts: "Opsporing af lungesygdom i almen praksis"
6. Linda Aagaard Rasmussen: "Recidiv opsporing i almen praksis"
7. Morten Fenger-Grøn: "Depression, kropsmål og risiko for atrieflimmer"



De tre vindere: Jonas Ebert til venstre, Lene Maria Ørts i midten og Karen Busk Nørøxe.
Foto: Per Hallestrup.



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 keynotespeaker 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. De 12 sessioner på årsmødet berører på forskellig vis centrale temaer. 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 og link til tilmeldingen på DSAM's hjemmeside. //

VALG TIL DSAM'S REPRÆSENTANTSKAB

Det er tid til det årlige valg i DSAM. Valgmøder er afholdt i hele landet, og lige om lidt udsendes mail med link til stemmeseddel. Vi håber, du er klar.

Tre valg

Igen i år er det FAS, der agerer valgsekretariat for DSAM. Valg til DSAM's repræsentantskab og FYAM-poster foregår elektronisk med data fra vores egen medlemsdatabase.

Mail om valg til repræsentantskabet sendes den 11. september til alle medlemmer (medicinstuderende undtaget) i de regioner, hvor der skal stemmes.

Mail om valg til de ledige FYAM-poster sendes 11. september til de af vores medlemmer, der er henført til FYAM, såfremt posterne kommer til afstemning.

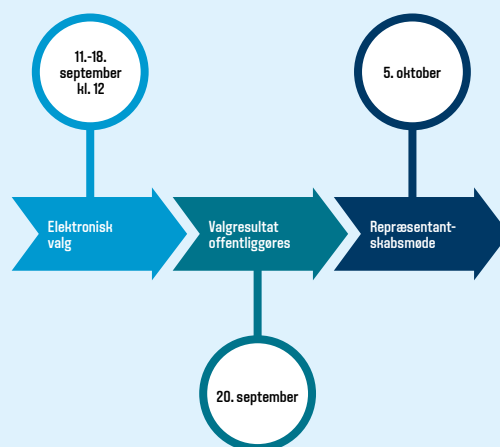
Valg af DSAM's formand afholdes på DSAM's repræsentantskabsmøde den 5. oktober.

Derfor skal du stemme ved DSAM-valget

Vidste du, at din stemme betyder en hel del?

- Din stemme betyder, at du er med til at sikre, at beslutningerne bliver lagt i de hænder, som, du mener, skal præge almen praksis' fremtid. Din stemme er vigtig for at få valgt de lægekolleger, der repræsenterer dine holdninger og interesser.
- Din stemme viser, at du bruger din indflydelse til at få DSAM i den rigtige retning.
- Din stemme er vigtig, fordi bestyrelsen i DSAM bliver sammensat af repræsentantskabet, der vælges i regionerne. Derfor er det vigtigt, at sammensætningen af DSAM's bestyrelse afspejler bredden i danske almenmedicineres holdninger.
- Din stemme er vigtig, hvis du ønsker, at almen praksis skal have repræsentanter i frontlinjen, når faget skal fremmes blandt meningsdannerne og politikerne. //

Sådan forløber valget



ANNONCE

LÆGEDAGE

11.-15. NOVEMBER 2019

Årets tema
Hvordan giver vi mest til dem med størst behov og skaber mest mulig sundhed?
- populationsomsorg i almen praksis.

Årets NYHED - Færdighedskurser
Et færdighedskursus tager dig gennem fire forskellige værktøder og du prøver teknikkerne af i praksis med det samme.

Tilmeld dig på [Lagedage.dk!](http://Lagedage.dk)

PLO - EFTERUDDANNELSE
WWW.PLO-EDU.DK

TILMELD DIG PÅ LAGEDAGE.DK



Af: Kim Rose Olsen, lektor i sundhedsekonomi ved Danish Centre for Health Economics (DaCHE), Syddansk Universitet, og Søren Rud Kristensen, lektor i sundhedsekonomi ved DaCHE, Syddansk Universitet, Senior Lecturer ved Centre for Health Policy, Imperial College London, kr Olsen@sdu.dk

Er der brug for et incitamentseftersyn i almen praksis?

I juni 2019 skrev vi et indlæg i Altinget, hvor vi konkluderede, at hvis man ser på litteraturen, er der ikke stærk evidens for at indføre fælles økonomi mellem sundhedsvæsenets sektorer. Som led i konklusionen om manglende evidens for indførelse af et nyt økonomisk incitament (fælles økonomi) foreslog vi, at man, inden man kaster sig ud i en større reorganisering af sundhedsvæsenet, burde gennemføre et incitamentseftersyn for at undersøge, om de eksisterende afregningsmodeller giver de rette økonomiske incitamenter. Practicus har bedt os uddybe dette synspunkt, da vores eksempler (økonomiløft, kronikerhonorar og differentieret basishonorar) havde fokus på incitamenter rettet mod almen praksis.

Incitamenter og samspil mellem incitamenter

Økonomiske incitamenter indføres for at fremme en ønsket adfærd – ofte relateret til aktivitetsniveau, men undertiden også til ønsket om priorite-

ring mellem forskellige aktiviteter, herunder sikring af ydelser, der vurderes at understøtte god kvalitet. Vores pointe i Altinget var at huske på, at selvom det kan være politisk nemmere at indføre et nyt incitament end at fjerne nogle eksisterende incitamenter, bør begge muligheder vurderes. Man kan sige, at incitamentslandskabet kan sammenlignes med paragraffer i lovtekster, og man, ligesom med lovtekster, risikerer at ende med et regelsæt så knudret, at det er uigenenskueligt og sandsynligvis ikke virker efter hensigten.

Ser man f.eks. på de nordiske lande, der har meget forskellige honorarsystemer i almen praksis, indføres der sideløbende med den valgte model tiltag, der fokuserer på at reducere bivirkningerne i den valgte model. I Danmark og Norge, hvor man har udbredt ydelsesaftægning, er der f.eks. fokus på at indføre incitamenter, som er rettet mod budgetsikkerhed, mens man i Finland, hvor man har fastlønnede praktiserende læger, har fokus på produktivitsfremmende incitamenter. Det svære spørgsmål er, hvornår forudsætningerne for en bestemt afregningsmodel har ændret sig så meget, at det er på sin plads at gentænke hele syste-

met snarere end at forsøge at lappe med et supplerende incitament.

Ydelseshonorering – fordele og ulemper

Praktiserende læger i Danmark er primært honoreret gennem ydelseshonorering. Sammenholdt med fast aflønning og per capita-aflønning har ydelseshonorering i princippet den fordel, at det øger incitamentet til at se borgeren/patienten ofte og dermed øger produktiviteten. En ulempe ved ydelseshonorering er risikoen for udbud af ydelser, der ikke er behov for, og som udbydes udelukkende for at generere indkomst. Dette kan medføre problemer med at overholde budgetterne og giver derfor myndighederne problemer.

Brug for at se på ydelsessammensætning og kvalitet

En vigtig og ofte overset dimension af ydelseshonorering er, hvordan priserne på de enkelte ydelser er sat. Der er overordnet to metoder: Enten kan de sættes, så de afspejler gennemsnitssomkostningerne, eller de kan sættes, så de afspejler et givet prioriteringsønske – f.eks. at forebyggende ydelser prissættes relativt højt, hvis man ønsker at fremme dette, eller at man af-





lønner specifikt for opfyldelse af målbare kvalitetsindikatorer. I den aktuelle danske kontekst er priserne som udgangspunkt sat, så de afspejler omkostninger – dvs. priserne er ikke tænkt at skulle påvirke sammensætningen af ydelser.

Vores pointe er, at dette princip kan blive udfordret med de nye honoreringstiltag, således at honoreringsmodellen i større grad påvirker ydelsessammensætningen. Før der indføres nye incitamentsordninger, er der derfor brug for at gennemtænke eksisterende incitamenter og de tilskyndelser, de giver – ikke blot til aktivitet, men også til ydelsessammensætning og hermed kvalitet.

Et honoreringssystem, hvor priserne er sat lig omkostningerne ved en given ydelse, er i teorien neutralt i den forstand, at lægen har samme mulighed for at generere overskud for alle patienter og ydelser. Men da taksterne er sat til at afspejle gennemsnitsomkostninger, vil nogle patienter og ydelser dog i praksis være mere profitable end andre. Ønsker man at tilskynde en særlig type behandling, kan man vælge at hæve taksten for disse ydelser. Det var for eksempel tilfældet med de Best Practice Tariffs, der er blevet indført på sygehusområdet i England. Man ændrede taksten for kolecystektomi fra at afspejle gennemsnitsomkostningerne ved henholdsvis ambulant behandling og indlæggelse, til at være 24 pct. over gennemsnitsomkostningerne for patienter, der behandlede ambulant. Det gav en stærk tilskyndelse hos de engelske sygehuse til at behandle patienter uden indlæggelse, hvilket førte til en stigning i andelen af patienter, som fik denne behandling. Pointen er, at man med de nye tiltag som kronikerhonorering og differentieret basishonorar eksplicit bruger priserne til at sætte fokus på særskilt aktivitet og dermed træder ind i et nyt honoreringsparadigme.

Selvom økonomiløftet ikke er indført med henblik på at prioritere nogle ydelser eller nogle patienter frem for andre, er der også risiko for, at det utilsigtet påvirker sammensætningen af ydelser – både ydelsestyper og over

tid. En risiko er, at det skævvrider væk fra forebyggende ydelser, da rationering af aktivitet er nemmere at gennemføre for planlagte ydelser end for patienter, der ringer ind med ønske om at blive set med det samme. Samtidig kan der være en risiko for, at antallet af ydelser falder sidst på året, hvis økonomiløftet ser ud til at blive bindende.

Man kan altså sige, at nogle af de tiltag, der er lagt på toppen af honoreringssystemet i de senere år, åbner et nyt honoreringsparadigme, der i højere grad kan tænkes at påvirke ydelsessammensætningen og ikke kun aktivitetsniveauet.

Supplerende monitorering af kvalitet

Nye incitamenter kan også skabe behov for supplerende monitoreringssystemer. Eksempelvis giver kronikerhonoraret implicit en tilskyndelse til færre ydelser til den enkelte patient (og til at registrere flere kronikere). Derfor er det nødvendigt at monitorere kvaliteten af behandlingen for de patienter, der er omfattet af kronikerhonoraret, så man sikrer sig, at deres adgang til behandling ikke reduceres på grund af den nye afregningsmodel. Det kan være i form af monitorering af antal ydelser per patient, men bedre endnu med relevante kvalitetsmål, for eksempel HbA1c-niveauet for diabetespatienter, eller om patienten har fået en årskontrol. Da honoraret kun dækker almen praksis, kan der desuden være behov for at undersøge, om den nye afregningsmodel påvirker forbruget af ydelser i andre sektorer, så der ikke sker en utilsigtet flytning af opgaver til eksempelvis sygehuse.

Alle økonomiske incitamenter medfører en risiko for bivirkninger i form af utilsigtede effekter, og de kan være understøttende eller i konflikt med eksisterende incitamenter. Disse sammenhænge er dynamiske og kan ændre sig over tid i takt med at konteksten ændrer sig. Derfor er et incitamentseftersyn med jævne mellemrum en god ide, om ikke andet så for at undersøge om konteksten har flyttet sig og ændret forudsætningerne for incitamentet. //



Praksiskonsulentordningen 30 år i Danmark

Praksiskonsulentordningen lever og har det godt mange steder, men der er hele tiden behov for nye ildsjæle.

Nuværende og forhenværende praksiskoordinatorer var den 3. maj 2019 samlet for at markere, at det i år er 30 år siden, at Praksiskonsulentordningen (PKO) blev etableret i Danmark. DSAM bød på en dejlig frokost.

Anders Beich ønskede tillykke med de 30 år og udtrykte bl.a. håb om, at de nuværende praksiskoordinatorer har fokus på at rekruttere nye kolleger til det spændende og vigtige arbejde med at optimere det tværsektorielle samarbejde og dermed sikre bedre patientforløb og bedre kommunikation mellem sektorerne. Han pointerede også, at det er vigtigt, at vi får nedskrevet tips og ideer til, hvordan man får konsulentarbejdet til at fungere, så kommende kolleger i PKO kan få glæde af erfaringerne.

Tilfældighedernes spil – den første PKO

Per Grindsted, tidligere praktiserende læge, og overlæge Mogens Hørder fra Klinisk-Biokemisk afdeling på OUH causerede om, hvordan ordningen nærmest ved en tilfæl-

dighed blev initieret, da Per på en insisterende måde gjorde opmærksom på nogle uhensigtsmæssige forhold i laboratoriesamarbejdet med almen praksis. Mogens så potentialet i et samarbejde og indså, at det var lettest at få et samarbejde i stand ved at ansætte ildsjælen Per. Per blev således landets første praksiskonsulent. De havde også et lidt flyvsk forslag til, hvordan man i fremtiden kan benytte droner i det tværsektorielle samarbejde.

PKO bredte sig i løbet af få år til ildsjæle i hele landet. Nogle af dem, der hurtigt var med, var Lise Forsom fra Sunds i Midtjylland, Søren Friberg fra Fyn og Leo Thomsen fra Nordjylland.

Nye kræfter kommer til

Regionsdannelsen medførte nogle udfordringer for PKO. Regionerne modsatte sig f.eks., at der blev afholdt landstræf, hvor alle praksiskonsulenter og -koordinatorer mødtes én gang årligt. En strid om lønforhold har medført, at der i Region Sjælland p.t. ikke er en PKO. Region Syddanmark har haft svært ved at fastholde PKO som en samlet regional ordning, og den er nu organiseret omkring fire sygehuse. De øvrige regioner har ordninger, som fungerer, men som også kan have lidt svært ved at få yngre kolleger til at melde sig til det spændende og overskudsgivende arbejde som praksiskonsulent. I Region Nordjylland er dette dog lykkedes ganske godt, fremhævede Morten Ohrt, som med glæde fortalte om samarbejdet med de engagerede og dygtige, yngre kvindelige kolleger. I Region Midtjylland mangler der pudsigt nok nogle praksiskonsulenter i Aarhus. Region Hovedstaden har haft problemer med at få besat stillingerne i den sydlige del af regionen, men en mentoragtig overgangsordning har afhjulpet det.

Det var en hyggelig frokost, som også gav inspiration til det kommende arbejde i praksiskonsulentordningerne. Man gik opløftet hjem, lidt ligesom man gjorde det efter de tidligere landstræf for PKO. //

Per Grindsted i det muntre hjørne. Han droner bruges i laboratoriesamarbejdet?





Konference

for det almenmedicinske forskernetværk i Europa

I maj måned blev den halvårslige konference i European General Practitioners Research Network (EGPRN) afholdt i Finland. For ph.d.-studerende Kristine Bissenbakker var det første møde med netværket.

Udsendt som DSAM's yngre repræsentant og med min gode statistiker-kollega ved min side, en præsentation om mit ph.d.-projekt og en planlagt workshop i bagagen, fløj jeg til Finland for at deltage i min første EGPRN-konference.

Konferencen med temaet "forskning i multimorbiditet i almen praksis" var nummer 88 i rækken og blev afholdt i

Tampere, Finland. Og her blev vi taget særdeles godt imod. Byens rådhus åbnede dørene for os til velkomstreception og bød på bobler og pindemadder i de smukkeste omgivelser med levende klassisk musik. Særligt nye deltagere, som mig selv, blev der fra programlæggernes side gjort en stor indsats for at tage ekstra godt imod.

Deltagere fra 31 lande

Deltagerlisten talte 320 personer fra 31 forskellige lande, primært praktiserende læger og derudover hele spektret fra studerende med forskningsinteresse til internationale gæstetelere på professorniveau. Den store va-

riation afspejlede sig også i indholdet af de præsenterede projekter. Programmet bød første dag på fem sideløbende workshops og de sidste to dage på præsentationer og posters om multimorbiditet med temaer som behandlingskvalitet, patientperspektivet, behandlingsbyrde, livskvalitet og risikofaktorer.

Mange vinkler på almen praksis

Fælles for alle oplæg var forskningsinteressen i netop almen praksis, hvilket påvirkede diskussionerne efter hver præsentation gennem hyppige påmindelser fra deltagerne om, hvor vigtigt det er, at de enkelte projekter har relevans for praksis.

Med i bagagen hjem havde jeg, ud over finske saltlakridser, også relevante internationale kontakter for mit projekt. Jeg kan kun anbefale konferencen til forskningsinteresserede i almen praksis på alle niveauer. //

FAKTABOKS

- Næste EGPRN-konference finder sted den 17.-20. oktober 2019 i Vigo, Spanien.
- Temaet for konferencen er 'General practice and the community: research on health service, quality improvements and training'.
- Deadline for abstracts: 15. juli 2019.
- Tilmelding er mulig frem til 17. oktober 2019.





Symposium: **TAK – til alle kolleger** Det kom der ud af dit bidrag!

Forskningsenheden for Almen Praksis i København fejrede 40-års jubilæum i maj 2019.

Forskningsenheden (FE) så dagens lys i 1978. Gennem institutionens 40 år har tusindvis af praktiserende læger bidraget til mange af forskningsprojekterne ved at levere forskningsmateriale. Professor og forskningsleder Susanne Reventlow fortæller: *"Det var vores ønske at benytte jubilæet til at sige en dybfølt tak til de kolleger, der har bidraget til vores epidemiologiske forskning gennem årene. Uden deres hjælp ville mange pro-*

jekter aldrig være blevet gennemført!" I anledning af jubilæet arrangerede FE derfor et symposium for praktiserende læger i Danmark, så de kunne høre lidt om, hvad der var kommet ud af deres store arbejde.

En perlerække af almenmedicinske projekter

Dagens program bestod af 20 præsentationer af forskningsprojekter, som bygger på data fra almen praksis. Projekterne blev præsenteret af de forskningsansvarlige selv og spændte over en lang række af de problematikker, som praktiserende læger møder i deres hverdag. Fælles for projekterne var det tætte samarbejde med Danmarks praktiserende læger.



Niels Bentzen var blandt talerne til symposiet.
Foto: Anders Olivarius.



Diabetesprojektet

Et af FE's flagskibsprojekter er Diabetesomsorg i Almen Praksis (DIAP), som professor Niels Olivarius startede op i slutningen af firserne, og som havde til formål at forbedre kontrol- og behandlingsmetoderne for type 2-diabetes i almen praksis. Her deltog 745 engagerede praktiserende læger og 1.428 patienter med nyopdaget type 2-diabetes over en periode på 6-8 år plus en 14-årsopfølgning. Denne opfølgning blev gennemført af Lars Jørgen Hansen, som fortalte, at "patienterne, som fik struktureret behandling med individuelle behandlingsmål, udviklede betydeligt færre følgesygdomme end de patienter, som fik rutinebehandling." Blandt andet havde patienterne seks år efter diagnosen en lavere risiko for mikroalbuminuri og 14 år efter diagnosen også for retinopati. Nitten år efter diagnosen sås en 19 pct. reduktion i udviklingen af akut myokardieinfarkt og diabetesrelaterede følgesygdomme.

De mange udløbere af DIAP

DIAP-projektet har været baggrund for megen senere forskning i relaterede emner. For eksempel fortalte Christine Bruun om betydningen af motivation og egenomsorg

for patienter med fodsår, som er overraskende hyppige hos relativt unge mænd med diabetes. Rasmus Køster-Rasmussen diskuterede, hvordan overvægt bør håndteres i almen praksis, og at slanketure ikke har den store betydning for, hvordan folks vægt udvikler sig på længere sigt. Endelig fortalte Niels Olivarius om, hvordan de patienter i DIAP, som havde en alvorlig psykisk sygdom, havde uventet stor gavn af interventionen med dens individuelle behandlingsmål, eksempelvis fik de reduceret deres risiko for at dø med 37 pct. Disse resultater rækker ind i nutiden, hvor det store projekt the Phy-Psy Trial, som Susanne Rewentlow fortalte om, overfører den personligt tilrettelagte intervention til psykisk syge mennesker for at nedbringe deres dødelighed som følge af underbehandlede, fysiske sygdomme.

A walk down Memory Lane

Dagens program bød i sig selv på en tidsrejse igennem de seneste 40 års almenmedicinske forskning. Frank Lønnberg fortalte om 22-årsopfølgningen af 78 rygpatienter, som oprindeligt blev undersøgt af FE's første leder, Poul A. Pedersen, i 1976. Peter von Scholten fortalte om et pro-



jekt om afskaffelsen af "Københavneroverenskomsten" i slutningen af 1980'erne. Fra 1990'erne fortalte Christian Hermann om sit astmaprojekt, der bl.a. skulle vise, hvorledes dataindsamling kunne træne de deltagende læger i brugen af gængse diagnostiske kriterier. Og Anders Beich causerede over sin undersøgelse af, hvorvidt det gør en forskel, at praktiserende læger giver gode råd om alkohol til deres patienter.

Den aktuelle forskning var også repræsenteret

Et stort tema på FE de seneste år har været multimorbiditet. Tora Willadsen fortæller: "Det, der slog os ihjel tidligere, kan vi nu behandle. Derfor lever vi længere – og ofte med flere forskellige sygdomme. Det indebærer en særlig opgave for den praktiserende læge, som sammen med patienten skal navigere og prioritere mellem behandlingerne." Ved symposiet fortalte hun om, hvilken betydning de forskellige kombinationer af multimorbiditet har for dødeligheden. Ann Dorrit Guassora fortalte i samme spor om sit kvalitative studie af praktiserende lægers håndtering af multisygge patienter.

Et andet stort område på FE er arbejdet med CopLab-databasen, som indeholder 176 mio. prøvesvar fra Københavns Praktiserende Lægers Laboratorium fra perioden 2000 til 2015. Denne unikke datakilde er fundamentet for en række spændende forskningsprojekter, hvoraf et par stykker blev præsenteret ved symposiet.

Dagens program bød desuden på præsentationer af så forskellige emner som tværsektorielt samarbejde med psykiatrien, brugen af Tamiflu og Børnegruppens arbejde med



gravide, børn, unge og familier i almen praksis. Undervejs var der små afbræk med quiz og en sketch, hvor et stakels ægtepar blev plaget af skiftende sundhedsbudskaber fra lægen fra fremtiden.

Farvel til en kollega

Ud over at fejre jubilæum og sige tak til de praktiserende læger var dette også dagen, hvor FE måtte sige farvel til professor Niels Olivarius, som netop er gået på pension. Afskeden blev markeret med en reception efter det faglige program, og af talerne mærkedes det tydeligt, at her var tale om en person, der havde betydet meget for mange.

Forskningsleder Susanne Reventlow lagde i sin tale vægt på Niels Olivarius' alsidighed: "Du er humanist og har læst meget filosofi – du er en tænker. Det gør dig så speciel at arbejde sammen med. Du gør meget for at pleje tværfagligheden ved at invitere folk med forskellige baggrunde med på projekterne." Fra de tidligere ph.d.-studerende lød det enstemmigt, at Niels Olivarius har været en vejleder ud over det sædvanlige. Alexandra Jønsson sagde: "Du har lært mig at finde balancen mellem at være en passioneret og ambitiøs forsker og så det, som virkelig tæller – det levede liv!" //

FAKTABOKS:

Forskningsenheden for Almen Praksis blev dannet i 1978 og var fra starten tænkt som et tværfagligt forskningsmiljø, der dækkede biomedicin, humaniora, epidemiologi og sociologi. Sådan er det stadig i dag, hvor institutionen har vokset sig stor og sammen med Afdeling for Almen Medicin ved Københavns Universitet udgør Center for Forskning og Uddannelse i Almen Medicin. Her har et dynamisk forskningsmiljø til huse, og her udføres forskning i almen medicin på et højt internationalt niveau.



FYAM-næstformand til minikonference i APO

Audit Projekt Odense (APO) fejrede 30-års jubilæum på en todages minikonference på Vejlefjord Hotel i maj 2019. FYAM's næstformand, Ellen Jensen, var inviteret med, fordi hun har planer om at lave en spørgeskemaundersøgelse hos de diagnostiske centre i Nordjylland. Ellen Jensen fortæller her om sin oplevelse af konferencen.

Konferencen gav mig en bedre forståelse af, hvad en audit er, og hvordan den udformes. Der var interessante indlæg om bl.a. luftvejsinfektion, defensiv medicin, ultralyd, artrose, psykofarmaka og søvn. Der var også indlæg fra PLO, regionerne og DSAM om deres visioner for kvalitativt arbejde i almen praksis.

Audit om tidlig opsporing af kræft

Et indlæg, der specielt interesserede mig, blev afholdt af Dorte Jarbøl. Hun fortalte om en audit, som blev lavet i forbindelse med tidlig opsporing af kræft i Region Syddanmark. Hun fortalte, at undersøgelsen havde vist, at

8 pct. blev diagnosticeret i screeningsforløbene, at 10 pct. blev det under akutte indlæggelser, og at 50 pct. af patienter med kræft passer ind i kræftpakkeforløbene, mens 50 pct. kommer med uspecifikke symptomer og "skæve" blodprøver.

Patienterne med uspecifikke symptomer på kræft kan derfor blive diagnosticeret på et senere stadie, hvis ikke lægen opdager symptomerne på kræft, og de patienter har en højere dødelighed. Det er derfor vigtigt at se nærmere på, hvem patienterne med de uspecifikke symptomer er for at kunne fange dem i et tidligere stadie og på den måde øge kræftoverlevelsen. Præcis det emne kombineret med ulighed i sundhed handler mit ph.d.-projekt om, og det er med til at vise, at forskningen er en vigtig del af almen praksis og ikke kun hører til specialerne på sygehusafdelingerne.

Audit om UVI

Efter de forskellige indlæg blev vi inddelt i projektgrupper efter udvalgte emner for i samarbejde at udforme en audit. Jeg valgte gruppen om urinvejsinfektioner med Malene Plejdrup, som er lektor på Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet og primært fokuserer på antibiotika og infektioner. Gruppen diskuterede, om auditen skulle forløbe over en eller to dage (med eller uden svar på urinprøver), hvilke spørgsmål der var vigtigst at have med, hvis spørgeskemaet kun må fylde én side, hvilken aldersgruppe der var bedst at inkludere og meget andet, der kunne bidrage til den bedste mulige audit til at få forbedret viden om urinvejsinfektioner i almen praksis. Det blev et godt udkast til en audit. Jeg er spændt på at se, hvad resultaterne bliver efter svar fra almen praksis. //



De fremmødte lytter koncentreret. Foto: Ellen Jensen.



A cindarella story ... fra Vestjylland

"Gå nu efter det, du vil, fra starten! Lad være med at vente og se an!" Især som ung læge kan man opleve meget af "Du bliver nok klogere"-mentaliteten. Men når noget så tosset kan ske i lille Vorgod-Barde, så kan der ske store ting mange steder i Danmark. Også i Udkantsdanmark.

Ikke sjældent i mit liv, først som studerende og senere læge, har jeg hørt sætningen: *"Du planlægger alt for meget frem i tiden! Slap nu af, Brian"*. Men ofte må jeg sige, at det at være fremme i skoene og planlægge sit liv, når man nu faktisk ved, hvad man vil, kan være enormt givende og virkeligt tilfredsstillende. I løbet af de næste linjer vil jeg prøve at indvie dig som læser i en af mine største sejre som læge, men også en sejr for min patologiske lyst til planlægning. Mod alle odds er der nemlig sket noget stort i Vestjylland. Noget rigtig stort.

En eller to.. det er målet

Som ung uddannelseslæge i almen medicin begyndte jeg meget tidligt at fantasere om min fremtidige praksis. Jeg sad i en tremandspraksis og havde tidligere været i både fire- og topersoners virksomheder. Det med at være alene eller måske kun to læger fyldte meget i mine tanker. Selv at

kunne bestemme og skruer hist og her på sin hverdag, uden at man skulle have godkendelse fra Gud og hvermand, det måtte da være lykken.

En spændende mulighed

Så i efteråret 2016 tog jeg kontakt til en af de få sololæger i Vestjylland, hvor jeg er bosat, for at høre, om hun da ikke snart skulle på pension. En dialog var startet, og vi kom hurtigt godt overens. Jeg var ikke engang begyndt i hospitalsblokken, men jeg vidste, at skulle jeg erhverve mig en lille praksis, så måtte jeg aftale det tidligt, da udbuddet ikke er særlig stort. Vi fik hurtigt aftalt, at jeg skulle være hos hende som fase 3-læge, og vi blev ret hurtigt enige om, hvor prisen nogenlunde skulle ligge.

Men så sagde hun pludselig noget virkeligt spændende: *"I øvrigt har borgerforeningen tit snakket om, at de ville bygge mig et nyt lægehus. Nu, vi har en overtager, kunne vi da høre, om de stadig var interesseret"*. Der blev hur-

tigt sat et møde op, for som jeg senere skulle erfare, så var folkene i denne lille landsby mellem Herning og Ringkøbing overordentligt effektive.

Planerne tager form

I løbet af 2017 og 2018 fik vi lagt os fast på et ønske om et spritnyt lægehus i tilslutning til den lokale hal. Landsbyen har med opland cirka 1.700 indbyggere, og hallen er byens hjerte. Jeg fik den fornøjelse at kontakte en arkitekt, som på kort tid lavede et meget fint udkast til et 320 m² lægehus med plads til to læger, såfremt man skulle få lyst til at indgå et kompagniskab på sigt.

Hurra for lokal opbakning

Men hvordan finansierer man sådan et stort projekt? Der var overraskende stor opbakning til at lave en indsamling i lokalsamfundet. Men der var jo tale om et meget stort beløb. Vi blev enige om, at dette skulle være andenprioritet, og at vi i stedet skulle



Brian med den afgående læge, Stella Reece, foran Vorgod-Bardø hallen, hvor den nye praksis skal ligge.

gå efter at søge puljemidlerne fra regionen. Over de næste 10 måneder blev der fra lokalsamfundet arbejdet intensivt med både jurister, kommune og indtil flere møder med borgmesteren i Ringkøbing-Skjern. Min eneste opgave var at få tegnet lægehuset i samarbejdet med den nuværende læge og arkitekten samt at bedyre min oprigtige interesse i projektet overfor Sundhedsministeriet, således at ansøgningen kunne virke troværdig i forhold til et generationsskifte.

Den afgående læge lavede et kæmpe arbejde med ansøgning og koordinering af arbejdsgruppen. Jeg koncentrerede mig om arbejdet på Herning Sygehus i hospitalsblokken. Jeg håbede inderligt på hjælp fra staten, da lægehuset var overordentlig slidt, men selve praksis fremstod veldrevet, og den afgående læge var tydeligvis en ildsjæl, som i den grad kerede sig om sine patienter. Praksis var en drømmedestination for mig, såfremt den blev fremtidssikret med tidssvarende lokaler og arbejdsforhold.

Pengeregn i Vestjylland

I mit stille sind forventede jeg måske et lille tilskud for alt det hårde arbejde, gruppen havde lagt i projektet, men jeg var på ingen måde forberedt på, hvad der ventede os. Lidt over middag den 5. maj 2019 kom nyheden om, at Sundhedsministeriet havde bevilliget 6.473.000 kr. til den lille landsby i Vestjylland. Det var som at blive sendt til Månen. Denne lille by havde fået over 3 pct. af hele landsbudgettet. WOW! Som ung læge fyldes man med en enorm taknemlighed og nærmest ærefrygt over hele situationen. Men mest af alt kniber man en glædeståre for de folk, der har hjulpet én til det sted, man er så velsignet at være endt.

Når jeg nu sidder og reflekterer over forløbet, slår det mig, at jeg måske faktisk også kan tillade mig at takke mig selv lidt. Måske det faktisk er okay at sige, at noget af dette er min fortjeneste? Dette vanvittige scenarie var aldrig sket, hvis ikke jeg selv havde opsøgt den afgående læge i så god tid. Dette projekt var aldrig blevet prioriteret af Sundhedsministeriet, hvis ikke man kunne dokumentere, at der var en fast plan for et generationsskifte. Måske er det okay at gå efter noget så tidligt og før alle andre, selvom man bliver drillet lidt for sin planlægningstrang? Det føles i hvert fald helt vidunderligt at skulle starte mit liv som almenmediciner med sådan en gave. At have en så stor frihed til fuldstændig at kunne forme sin praksis, allerede inden man har købt den. Det er da et eventyr i sig selv. //

Ansøgning om legat

Fhv. Tandtekniker Sara Kirstine Dalby Krabbes legat under Dansk Selskab for Almen Medicin.

Legatet, der i år er på i alt 50.000 kr., uddeles til fremme af forskning, uddannelse og international kontakt i overensstemmelse med DSAM's formålsparagraf.

Det skal understreges, at formålet med ansøgningen skal have relevans for almen praksis for at komme i betragtning. Ansøgninger uden relevans for almen praksis vil blive afvist.

Ansøgningsfrist: 1. oktober 2019

Ansøgning sendes til DSAM på mail: dsam@dsam.dk

Ved spørgsmål kan Dorthe Pedersen kontaktes på telefon 7070 7431 eller på mail dsam@dsam.dk

Alle ansøgere forventes at få svar i december måned.

Fundats for Sara Krabbes legat kan ses på DSAM's hjemmeside: www.dsam.dk - Forskning - Sara Krabbes legat. //



Bliv opdateret på 90 minutter: E-learning-webinarer om forebyggelse i en europæisk setting

Seks aftener med 90 minutters online undervisning

90 minutter online i selskab med den muntre portugisiske professor Carlos Martins fra havnebyen Porto – en oplægsholder med noget på hjertet – og mange andre europæiske læger med interesse for forebyggelse. Det er sådan, det går til, når EUROPREV – en del af WONCA Europe-netværket – inviterer til e-learning-webinarer i alt seks aftener fra klokken 21 i løbet af i år. Der har allerede været afholdt tre

webinarer, men du kan stadig nå at få fornøjelsen af de sidste.

For lige at runde baggrunden for EUROPREV af, så er det forkortelsen for European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice. EUROPREV blev startet i 1996 af repræsentanter fra bl.a. WONCA og WHO, og i dag er det førnævnte Carlos Martins, som er præsident for netværket. EUROPREV arbejder for at fremme evidensbaseret medicin inden for sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse.

E-learning-webinarer er gratis at deltage i, og EUROPREV lokker med et *Certificate of Attendance*, hvis man deltager i fem ud af seks webinarer, men det er formentlig ikke sidstnævnte, der får mange europæere til aften efter aften at hengive sig til halvanden times efteruddannelse. Aftenerne er fagligt inspirerende, og Martins kække kommentarer fra tid til anden og lat-

Personligt har det
for mig været en god
oplevelse at deltage i
EUROPREV
e-learning-webinarer.

termildhed gør dem sågar underholdende, eksempelvis da han titulerede danske John Brodersen King of the North med henvisning til den netop afsluttede sidste sæson af Game of Thrones.

En god oplevelse i en presset hverdag

Indtil videre har webinarerne omhandlet PSA og screening for prostatacancer, forebyggelse af stroke hos patienter med atrieflimmer og udførelse af kvalitetsprojekter om forebyggelse i almen praksis. Indirekte sættes der spørgsmålstegn ved, om behandling er evidensbaseret, og om screening gør mere skade end gavn, hvilket gør undervisningen både informativ og





debatskabende, men den giver også anledning til etisk refleksion. Til gode har vi webinarer om audit, astmabehandling, guidelines om hypertension og screening for abdominale aorta-aneurismer.

Vi ses under stjernerne

Personligt har det for mig været en god oplevelse at deltage i EUROPREV e-learning-webinarer. Med fuldtidsarbejde og familie er tid en evig mangelvare, og ærligt sagt er det ikke altid hverken lige tillukkende eller overskueligt at læse en bog på "gammeldags manér" hen under aftenen, når dagens dont er ovre. Jeg er derimod stor tilhænger af de mere moderne, elektroniske løsninger i form af e-bøger, lydbøger, podcasts og nu også webinarer.

Jeg synes, at det er en succes, når Martins med sin portugisiske accent på engelsk byder velkommen til medhørere fra hele Europa. I et kort øjeblik føles det, som om man konnekter med spaniere, slovenere, finner, østrigere m.fl. fra hele det stjernespækkede kontinent. I den stund er man fælles om at lytte og lære. Mon jeg er den eneste, der sidder under det lune tæppe med en god kop kaffe og forventningsfuldt trykker på Play? //



PiP revitaliseringsmøde

Du inviteres hermed til en weekend, hvor vi sammen vil definere visioner og fremtid for "Partners in Practice" (PiP).

Der vil være opdateringer og evaluering på de forskellige projekter i hhv. Nepal og Rwanda. Primært vil vi drøfte PiP's fremtid og nye initiativer, så dette er også en mulighed for at være med til at forme organisationen fremadrettet.

Alle med interesse for international sundhed er velkomne.

Lørdag d. 28. september 2019

Hallingbjergvej 20, 4100 Ringsted

Find mere information på:

https://www.dsam.dk/flx/organisation/udvalg_og_interessegrupper/partners_in_practice_pip/

Tilmelding senest 14. september 2019 til:

leemmarieke@gmail.com



Partners in Practice (PiP)
Familielæger i udvikling



Ultralyd som et fremtidigt redskab

Både i kittellommen og i lægetasken

I sidste udgave af Practicus omtalte Bolette Friederichsen arrangementet "Hvad kan ultralyd anvendes til i almen praksis?". En medicinstuderende vil i denne artikel sætte et par ord mere på.

Ultralyd ser ud til at blive et diagnostisk redskab i nær fremtid – både i kittellommen, men også i lægetasken. For mange af os medicinstuderende har ultralyd indtil videre været noget, man sender en henvisning til. Men hvorfor er der ikke mere undervisning i dette værktøj på studiet, når det kan indgå som en del af vores eksamener? Arrangementet var derfor en oplagt mulighed for at afprøve det kommende redskab.

Ultralyd i almen praksis

Troels Mengel-Jørgensen og Søren Kæseler, som var nogle af underviserne til arrangementet, kom med en række eksempler på brugen af ultralyd i deres hverdag, og hvordan det kan gøre en større forskel for patienten. Mulighederne er mange, og det lød spændende, hvordan man kan stille en diagnose, eller hvordan det kan være med til at optimere en patients sygdomsforløb.

Mere ultralyd under medicinstudiet?

Under arrangementet blev det tydeligt for flere af os, at brugen af ultralyd kræver megen øvelse, hvis man skal

opnå erfaring nok til at kunne konkludere noget. Kan man se en galdesten på skanneren? Hvis ikke, kan jeg så være helt sikker på, at den ikke er der? Men når disse kompetencer er opnået, kan det være med til at give den mest hensigtsmæssige behandling til patienten. Hvorfor så ikke begynde så tidligt som muligt?

Som studerende er tid ikke altid det, vi har mest af. Der er altid en eksamen eller et emne at læse op på, så hvordan skal vi så også have tid til at vedligeholde vores evner med ultralyd? Jeg tænker, at det er fint, at vi får en god introduktion til brugen af ultralyd under studiet, for selvom vi ikke kommer til at mestre det under studiet, så giver det en basis, hvorfra man kan udvikle sig.

Også et rekrutteringsværktøj?

Til arrangementets afsluttende diskussionsseance spurgte en praktiserende læge, om det ville have betydning for den studerendes valg af KBU, intro- eller hoveduddannelse, hvis den studerende vidste, at der var (eller ikke var) et ultralydsapparat i den pågældende almene praksis. Der var bred enighed om, at det kunne være en medvirkende faktor for vores valg. Efterfølgende tænker jeg, at det også kræver muligheden for udvikling af vores basale niveau. På en arbejdsdag med 10 minutter til hver patient er det ikke altid lige nemt at tilrettelægge brugen af og supervision med ultralyd. På den anden side tror jeg, at det er muligt at udvikle og vedligeholde sine kompetencer. For som Troels nævner i sidste artikel, så er det en gensidig læringsudvikling for både tutorlægen og uddannelseslægen.

Læs artiklen i nr. 245 her: <https://bit.ly/2y5wal1> //



Af: Hanne Fly, praktiserende læge i Kirke Hyllinge og medlem af DSAM's repræsentantskab, hfly59@gmail.com
Debatindlægget er skrevet i juni, umiddelbart efter Folkemødet.

På sporet af en meningsfuld omvej

2019

Folkemødet

Kan man få medmenneskelighed og folkelighed til at gå hånd i hånd med økonomiske interesser – eller er kontrasten for stor?

Folkemødet er stedet, hvor man hvirvles ind i den ene mere interessante debat efter den anden. Brostrøm og Brinkmann i dialog om diagnoser, debatter, der berører grøn energi, fattigdom i Danmark og udfordringerne i Udkantsdanmark, forholdene for de svageste børn og unge og de mennesker, som er allermost udsatte i vores samfund.

Kontrasten mellem den nuværende amerikanske ambassadør i Danmark, Carla Sands, og den tidligere amerikanske ambassadør, Rufus Gifford, sætter virkelig tingene på spidsen. Jeg føler mig udfordret.

Rufus Gifford

Rufus Gifford beskriver Danmark som et land, der har omfavnet ham, og som han har omfavnet. Et land, som har lært ham om sundhedskultur, om medmenneskelighed, om folkelighed og om, at politik foregår i dialog – og i en demokratisk dialog. Han fortæller, hvordan han får gåsehud, når myndighederne ved ankomsten til Dan-

mark byder ham velkommen hjem. Han fortæller om, at han rejser med Rasmus Paludan til Bornholm og kender mange af PET-folkene, som han hilser på, og som nu passer på Paludan og ikke ham.

Han har også set, at Paludans område stort set består af PET-folk, der er ikke mange almindelige folk. Han fortæller, at der er grund til at tænke i politik, at *selvom vi nogle gange må gå nogle omveje, så er der i et sundt demokrati altid håb, for tingene forandrer sig i dialog med mennesker*. Selvom man kan komme i den situation, at de forandringer, der sker, virker som tilbageskridt, vil dialogen og demokratiet også ændre dette, og der er altid håb i et velfungerende demokrati og dermed også håb for USA. Han udtrykker på alle måder en empatisk omfavelse af Danmark.

Carla Sands

I modsætning hertil beskriver Carla Sands sin præsident som en handelsmand. Det er godt, at de har fået en økonomisk funderet præsident og ikke en politisk funderet præsident. Han vil forvandle USA til en økonomisk stærk magt. Samtidig beskriver hun Danmark og Grønland som områder, der primært har interesse, fordi vi er markeder: vi har områder, hvor vi ved at fungere som militære baser for USA kan blive centrale, og især Grønland

besidder naturressourcer, som kan blive vigtige. Derfor har USA stor fokus på Grønland.

Følelsen for mig er, at jeg for USA er en vare – intet andet. Der er intet omfavnende i indslaget, men alene økonomisk interesse og medinddragelse, hvis det giver mening for USA. Det er nedslående at høre.

Noget er vigtigere end andet – hvad kan vi bruge det til i DSAM?

Kontrasterne mellem de to ambassadører og den ideologi og politik, de fører, understreger for mig:

Vigtigheden af, at vi ikke betragter os selv ALENE som en handelsvare eller som en butik. Vigtigheden af, at vi forholder os til de mere medmenneskelige og etiske aspekter, og at dette er meget centralt for vores fag og for det at beskæftige sig med folkesundhed.

Vigtigheden af, at vi holder fast i både den medmenneskelige omsorg og sikrer faglighed og sundhed for alle og ikke kun betragter det, vi leverer, som en vare.

Vigtigheden af, at vi blander os i etiske sundhedsmæssige dialoger, fordi vi kender vores patienter og deres behov, har patienterne under huden og dermed i bedste Rufus-stil kan bringe væsentlige sundhedsmæssige budskaber videre til gavn for folkesundheden i en omfavelse af denne. //

Pas på pengene

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.



Forløbspakker er både fagligt og etisk et misfoster.

Har I alle med diabetes og KOL med på forløbsydelsen, spurgte revisoren, da vi gennemgik årsregnskabet.

Det er jo penge, der bare kommer ind hver måned.

Han vidste nogenlunde, hvor mange vi burde have, og hvilken avance de skulle give.

KOL og diabetes blev ved sidste overenskomst til særlige diagnoser, som vi som praktiserende læger får fast honorar for via en forløbsydelse. Der lå sindrige udregninger bag, og jeg husker også, at der "fulgte penge med", altså at det fra et økonomisk perspektiv ville være en god forretning at gå med her.

"Det er ikke et ønske groet i vores baghave." Nogenlunde således udtalte PLO-formand Christian Freitag. Ønsket fra Danske Regioner har formentlig været at få vores arbejde ind i nogle regneark; en diagnose koster så og så meget. Men PLO gik alt andet lige med.

Vi har nu prøvet det i nogle år, og der

kan nu høstes erfaringer og refleksioner. Og nu starter nye overenskomstforhandlinger. Der er grund til at tage disse erfaringer og refleksioner med til forhandlingsbordet.

Om det samlet set har givet flere penge, ved jeg ikke – og jeg er for så vidt også tilgængelig.

Jeg ønsker mig naturligvis betalt for det arbejde, jeg udfører, så denne klumme er ikke et altruistisk slag for, at vi som kapucinermunke kun skal eje vores kutte og arbejde gratis for en gud. Men at pille diagnoser ud og gøre dem særlige er et frontalangreb på vores lægelige gerning. Det er kernen i denne klumme.

Vi, både som enkelte læger og som DSAM og PLO, bliver nødt til at vælge, hvordan vi vil se patienterne i vores møde med dem: som medmennesker, eller som hylstre for diagnoser, vi mere eller mindre mekanisk kan rette på.

Hippokrates var ikke i tvivl, og det bør vi heller ikke være: Vi behandler mennesker, ikke sygdomme.

Ved at reducere mennesket til en diagnose, tingsliggør vi det. Ingen mennesker ønsker at mødes på den vis, hvilket både befolkning og egne erfaringer igen og igen tydeligt viser. Diabetes og KOL eller for så vidt en hvilken som helst diagnose er ikke besættelse af en dæmon, og vi er ikke eksorcister. Denne tingsliggørelse vil ramme os som en boomerang, for dels reduceres vi til at være teknikere og patienten til at være forarbejdningsprodukt, og dels bliver vi slaver af at arbejde ureflekteret i et målstyret system efter standarder, der er centralt fastlagt – i øvrigt en tanke, man inden for moderne ledelse og organisation har forladt.

"Dyre" eller "gode" penge?

Jeg har allerede i kollegiale sammenhænge hørt ærgrelse over, at nogle af disse patienter kommer med alverdens ting ud over deres to diagnoser. For det er jo penge, det handler om i den aftale, ikke faglighed eller etik. Der kommer en følelse af, at alt, hvad der ligger ud over diabetes eller KOL, vil være gratis ekstraarbejde (selvom det er regnet ind den oprindelige kalkule). Når pengene driver værket, vil vi tendere at give diagnoser på snævrere grundlag, hvor det kun har begrænset konsekvens (gode penge), hvorimod den ustabile, vanskeligt tilgængelige multisygge og sårbare vil vi tendere mod at undlade at opsøge og behandle (dyre penge).

En afledning er således, at den mindst syge nemmere vil få diagnosen, blive puttet i programmet og set så lidt som muligt. Vores overenskomst er således driver for overdiagnostik, stigmatisering og øget sygeliggørelse af nær-normale tilstande.

Det giver et etisk dilemma i behandlingen, men også i hele vores fags menneskesyn og sygdomsbegreb, og det

vil smitte af på os som læger og mennesker.

Forestillingen om, at sygdomme er selvstændige entiteter, der kan tøjles, er udtryk for en mekanisk tankegang, der for længst er forladt inden for fysik, biologi og selv moderne ledelse. Hvorfor har den dog ikke forladt medicinen og ikke mindst vores fag: almen medicin?

Det skal være i mødet med patienten, at vi hele tiden vurderer, hvad der er muligt og nødvendigt. Økonomiske incitamenter skævvrider dømmekraften.

En fagligt farlig vej

Et målstyret system fører til rigide arbejdsgange og overdiagnostik, en lang række meningsløse procedurer, der fjerner fokus fra det og dem, der har brug for os. Vi afprofessionaliseres og tager til takke med, at "nogle andre har bestemt", og "der er omsætning i det". Det er en fagligt farlig vej, og den er som alle andre løsninger, hvor man går på kompromis med fagligheden, også kortsigtet. Måske var det netop et sådant årevist kompromis med faglighed, der gjorde, at vi under den store konflikt i 2013 faktisk havde svært ved at redegøre for vores modpart, hvad det rent faktisk er, vi kan i almen praksis: At det er det personcentrerede møde med den enkelte patient, hvor vi med hele vores faglige dømmekraft i hvert enkelt tilfælde vurderer, hvad der er af muligheder, og hvilken vej vi skal gå.

Vi kan naturligvis holde skåltaler om høj moral, og at vi ikke skæver til pengene. Men det er jo løgn. Måske ikke for den enkelte, men for os som gruppe. Dan Turells sidste udgivelse før sin død, havde hittet "*Pas på pengene*". Der er intet nyt under solen. //



PAS PÅ PENGENE

Pas på pengene

Penge er dødsens farlige

Pas på pengene

Giv dem væk

De får dig til at glemme at sove

Giv dem væk

De får dig til at glemme at elske

Giv dem væk

De får dig til at glemme at danse

Brænd dem

De får dig til at glemme din smags-

sans, din farvesans

Penge er dødsens farlige

Pas på din kærlighed

Penge, penge, penge

Penge er dødsens farlige

Det er et hårdere stof end noget

andet, jeg har kendt

Langt mere vanedannende end

morfin

De forgifter dine tanker

De får dig til at glemme at elske

De får dig til at glemme at danse

Pas på pengene

Penge er dødsens farlige

Fra "*Drive-in digte*" (1976).



TANKER FRA STOLEN:

Indbydelse til at se praksis med andre øjne

Hvor er grænsefladerne mellem almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen? Almen praksis kan meget – vildt meget. Men hvor skal vi hen? Og hvad vil vi? Kan vi praktiserende læger sætte grænser? Og nytter det noget for vores patienters sundhed?

Det er spørgsmål, som presser på en helt almindelig morgen i juli, hvor klinikken summer af sommerferie, hvilket betyder, at jeg har tid til at reflektere over ikke bare mit arbejde med mine patienter, men også hvad mine patienter møder uden for klinikens matrikel. Mellem telefonkonsultationerne inden kl. 9.00 ikke blot kigger jeg, men jeg læser epikriser, blodprøvesvar, mikrobiologsvar, patologisvar og korrespondancer, der venter i kommunikationsmodulet. Klokkeren 8.55 samles alle som vanligt i klinikken til en kort briefing om den forestående arbejdsdag: Hvad er der i vente? Hvor er der røde flag, som kræver en særlig årvågenhed? De ting, som kommer op denne morgen, er anderledes, fordi jeg har haft bedre tid til at

nærstudere både kommunikationsmodulet, men også at løbe oplysninger om de planlagte og akutte patienter igennem.

Skal jeg øge min patients
kolesterolsænkende
medicin, så hun kan spise
lidt flere flødeskums-
kager og pomfritter?
Det efterspørges af nogle
patienter, men jeg siger
nej. Hvad tænker du?

Patienten har også et medansvar

Jeg har bl.a. nærstuderet en epikrise fra endokrinologisk afdeling på en af vores dysregulerede sukkersygepatienter, som også min gode sygehuskollega bøvler med. Endokrinologen skriver, at det bliver yderst vanskeligt at styre behandlingen til trods for

massive insulindoser, da patienten spiser store snackmåltider, bl.a. 6 is dagligt mellem måltiderne. Der står intet i epikrisen om eventuel vejledning i forhold til dette. Jeg tænker "nej"! Patienten skal informeres om, at hvis vi skal bruge tid på hans dysregulering, så har han selv et ansvar for at træde i karakter og ændre adfærd. Det er himmelråbende spild af gode kræfter, hvis han ikke samarbejder. Mine kolleger og mit personale er enige – men, siger min unge uddannelseslæge, "det er der jo ingen, der vil lytte til". Måske har han ret. Hvad tænker du?

Skal jeg øge min patients kolesterolsænkende medicin, så hun kan spise lidt flere flødeskumskager og pomfritter? Det efterspørges af nogle patienter, men jeg siger nej. Hvad tænker du?

Gør selv arbejdet færdigt

Denne morgen har der været flere epikriser, hvor mine kolleger på sygehuset beder mig om at bestille blodprøver på patienter, som de ordinerer samt beder mig om at henvise vores fælles-

patient videre som et led i den plan, sygehuset lægger for patienten. Jeg siger nej. De skal selv gøre deres del af arbejdet færdigt. Hvad tænker du? Der er også ordineret ny medicin til patienten, som egen læge lige må udskrive i forbindelse med udskrivelsen. Jeg siger nej. Hvad siger du?

Vi må også gribe i egen barm som praktiserende læger. Der bliver udført meget ikke-akut lægearbejde i lægevagten. Jeg siger nej til f.eks. receptudskrivelse til børneorm i lægevagten. Hvad siger du?

Vær kritisk, stop jagten

Jeg har besluttet mig for et opfølgende hjemmebesøg hos en af mine patienter, som lige nu har et meget langt rehabiliteringsophold på et kommunalt center. Jeg tjekker journalnotaterne siden sidste besøg, som foregik for to måneder siden, hvor der var mere almindeligt dagligt arbejdspress. Han fik da taget elektrolytter og blev korrigeret i kaleoridbehandling, da hans s-kalium lå lavt. Der var blevet udført kontrol en passende periode efter, og her var hans kalium igen i niveau, men kaleoridbehandlingen var ikke blevet justeret. Måske var det velovervejet, men jeg kan ikke se det i journalen. Jeg er sikker på, at lignende potentielt risikofyldte situationer opstår flere gange hver uge i praksis. Jeg mener, det skyldes, at vi screener, tjekker og følger op alt for ukritisk i stedet for at sige nej! "Kære patient, der er grænser for, hvor langt jeg som læge synes, at der er faglige argumenter for at fortsætte jagten på noget, der med stor sandsynlighed ikke flytter noget i forhold til din sundhed. Ja,

det kan da være interessant med en UL-scanning, men jeg har stillet diagnosen, så jeg gemmer pengene til den undersøgelse til en af dine medborgere, der har behov for den." Så det bliver et nej herfra. Hvad tænker du, kære kollega? Er du bange for represalier fra omverden?

Denne juli formiddag cykler jeg afsted ud til rehabiliteringscenteret. Jeg har en god snak med min patient og kommer hele vejen rundt om hans situation. Det er fantastisk at give sig tid til dette. Han er glad, og jeg er glad – vi føler begge, at vi har styr på den nærmeste fremtid, som tegner lyst.

Sådan var det ikke i 90'erne

På vej ud gennem de lange gange slår det mig, at alle de ansatte, jeg møder, sidder med ryggen til boligerne og stirrer ind i deres skærme, medens de gamle er placeret i klynger foran fjernsynsskærmene. Det er et trist syn. Sådan var det ikke i 1997, hvor jeg startede som praktiserende læge. Den gang blev jeg heller ikke forstyrret af mange mails hver dag om seponering af p.n. håndkøbsmedicin, stillingtagen til genoplivning ved hjertestop, forespørgsel om min demente patient, som ferieafløseren nok tror opfører sig lidt anderledes.

En sygeplejerske kigger op og hilser glad. Jeg kender hende. Hun spørger, hvordan jeg har det. Jo tak, dejligt. Det er sommerferietid. Hun stønner og siger: "Ja, her er der travlt. Kollegerne er jo på ferie". "Vil du have et job?", spørger jeg og griner – og det vil hun gerne! Vi griner, og så siger hun, at det eneste, der bekymrer hende, er, om der vil være for få opga-

ver til hende i almen praksis. Jeg kan se, at det ikke er for sjov. Jeg siger nej. Hvad tænker du?

Hjemme igen ligger der en mail fra PLO, der gerne vil have input til nye emner til SE. Jeg har et forslag om kurser i at sige NEJ. Der kan ligge megen sund fornuft og medmenneskelighed i et stort rungende "nej" for at udnytte ressourcer og viden til gavn for alle.

Sund fornuft i et rungende NEJ

I vores praksis indhenter vi fra juli måned underskrifter fra alle patienter. Vi har lavet et dokument om det forpligtende samarbejde mellem patient og læge. Jeg siger nej til at påtage mig ansvar for alt, hvad mine patienter vælger at gøre eller ikke gøre i udredningsforløb. Hvad tænker du? Vi har de første 100 underskrifter på 14 dage. God efterårssæson! //

Dokumentet kan du se her:
<https://bit.ly/2Nq9Lb6>



Nej

Er et lille ord
Med bare 3 bogstaver
Men nogle gange
Er det verdens vigtigste ord
Man siger
NEJ
Fra bogen "KOM si, KOM sa"

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



DSAM er et demokratisk foretagende

- og vi gør det nemt at få stemt!

Der er snart valg i DSAM, hvor du skal til den elektroniske stemmeurne og afgive din stemme. Det er nemt og enkelt at bruge sin stemme i DSAM, for der kommer en elektronisk stemmeseddel til dig på mail med et link, som du skal følge. Du stemmer på dem i din region, du sy-

nes skal repræsentere dig i repræsentantskabet, og som du mener skal være med til at præge almen praksis' fremtid.

DSAM's repræsentantskab er selskabets højeste myndighed og består af 25 personer. Det er også dem, der på repræsentantskabsmødet i Kolding den 4. oktober vælger, hvem der skal være formand for selskabet.

DSAM er dit fagvidenskabelige selskab, nu med over 5.000 medlemmer. Vi arbejder hver dag for at fremme og udvikle det almenmedicinske speciale, etablere og udbygge kontakter, repræsentere faget i relevante nationale og internationale fora og informere og kommunikere om faget. DSAM indgår i mange samarbejder, f.eks. i form af projektgrupper, arbejdsgrupper, styregrupper og følgegrupper, hvor vi sætter aftryk på vejledninger, retningslinjer og anbefalinger – ofte fra centrale myndigheder. Vi arbejder for, at vores hverdag i almen praksis ikke fyldes med pseudoarbejde, og at vores faglighed respekteres.

DSAM har brug for et stærkt mandat og en medlemsskare, der

bakker op om selskabets arbejde i en tid, hvor en af de største udfordringer er at bevare værdien af, at borgerne har deres egen læge. DSAM værner om værdier som affødes af kontinuitet – nærhed, tillid og tryghed for patienten – værdier som i disse år er under betydeligt pres.

DSAM arbejder for, at du kan få relevante, faglige og veldokumenterede nyheder og forarbejdet evidens til brug for dit arbejde som læge, og vi værner om den brede almenmedicinske faglighed både indadtil og udadtil, også når der kommer nye sundhedspolitiske dagsordener til almen praksis.

Gå ind på DSAM.dk og **læs om kandidaterne** og bliv klogere på, hvem der skal have din stemme.

At være praktiserende læge er verdens bedste job, og det skulle det gerne blive ved med at være.

Husk, at den, der stemmer, bestemmer!

Med venlig hilsen

Anders Beich

Praktiserende læge på Nørrebro
og formand for DSAM

