

Practicus

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



November 2019
42. årgang // 247

TEMA ORGANISATION

Hvad har vi nået, og hvor skal vi hen?, side 4-5

Årsmøde 2019, side 24-34, 44-45

Ny formand for FYAM, side 42

INDHOLD



// s. 31

Leder

- 3 Tilliden, der blev væk

DSAM

- 4 Hvad har vi nået, og hvor skal vi hen?
6 Sidste nyt om vejledninger og FAQtaark
8 DSAM i pressen

Artikler

- 9 Aktivitetsstyring via økonomisk incitament
12 Kvalitetsvurdering i almen praksis
14 Multimorbiditet
16 Akutområdet på dagsordenen i Aarhus
18 Sårbarhed i almen praksis – et pilotprojekt
20 Hvordan ved vi, hvem der har størst behov?
22 "Nu må du tage dig sammen"
24 ÅM19: Rethinking medicine
26 ÅM19: Kvalitet med mening
28 ÅM19: Hold fast i arbejdsglæden
30 ÅM19: Selvmåling og monitorering
31 ÅM19: Årsmødesang
32 ÅM19: Hvad er egentlig det egentlige
34 ÅM19: Yngre læge modtager talentpris
35 Almen medicin – på engelsk
36 Friederichs Mindelegat til forsker fra Norge

- 37 Chest auscultation in future general practice
38 3x3: Per Kallestrup

FYAM

- 41 En FYAM-formand takker af
42 Ny formand for FYAM-udvalget
43 Nye ansigter i FYAM-udvalget

SAMS

- 44 SAMS tager del i lægernes årsmøde

Debat

- 46 Står kontinuiteten i vejen for effektivitet?
49 Gør vi det godt (nok)?
50 Menneske først

Bog anmeldelse

- 51 Hullerne i livet – og livet i hullerne

Opslag

- 7 Kliniske vejledninger på vej
48 PLU-fonden, ansøgningsfrist
48 Mødekalender
52 Det gør en forskel, at vi kender hinanden



**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. 248
Udgivelsesuge: 51, 2019

Nr. 249
Frist for artikler: 10. januar 2020
Udgivelsesuge: 13, 2020

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

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

FORSIDEFOTO
Jonas Fynboe Ebert

OPLAG
5.000

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

Tilliden, der blev væk



"Sundhedsminister vil øge lægers og sygeplejerskers tillid og retssikkerhed."

Sådan stod der i ministeriets pressemeddelelse i januar 2018, hvor man samtidig redegjorde for de otte forskellige initiativer, som man ville sætte i søen for at nå derhen. Forud var gået år med kritik af sagsbehandlingen i Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS), "det ku' ha' været mig"-bevægelsen og en underskriftsindsamling med 9.000 lægers udtrykkelige mistillid til styrelsen.

Nu skulle tilliden tilbage til myndighederne. Øverst på ministerens to do-liste – den kaldes også "tillidspakken" stod, at man ville "undersøge, om der kan oprettes et nyt ankenævn, hvor læger og sygeplejersker og andre sundhedspersoner kan klage over afgørelser på tilsynsområdet, der er særligt indgribende for den enkelte."

Det lød jo meget godt. Lidt luftigt måske, men i det mindste ikke med samme klang, som da "strammerpakken" blev introduceret i 2016. Der var mange, som havde forhåbninger til, at nogen på ministergangen denne gang ville komme i mål med noget godt.

Og hvad er det så blevet til? Her, halvandet år efter, er flere lovforslag fra "tillidspakken" i høring, og DSAM har også afgivet høringssvar.

Jeg hæfter mig ved følgende:

- Vi får ikke mulighed for at anke alle afgørelser på tilsynsområdet (STPS), og Ankenævnet kan ikke omgøre en afgørelse, men kun sende den tilbage til fornyet vurdering i STPS.
- Vi får ikke en generel ret til at anke alle almindelige klagesager fra Styrelsen for Patientklager (STPK).

- Vi kan fortsat blive frtaget – eller midlertidigt frtaget – vores autorisation alene på baggrund af manglende overholdelse af formalia, dvs. uden at en patient har lidt skade på liv eller helbred.
- Der indføres en enhed for "second opinion" (man kunne også kalde det en enhed for mistænkeliggørelse af læger) i STPK, hvis eneste formål er at give Folketingets Indfødsretsudvalg mulighed for at "gribe ind over for læger, der giver urigtige oplysninger i sager om indfødsret" (ja, det står der).
- Der oprettes et rådgivende udvalg for tilsyn, som ikke må diskutere konkrete tilsynssager, og som ikke må drøfte konkrete afgørelser fra STPS.

Træerne vokser altså ikke ind i himlen denne gang heller.

Vi får et ankenævn for tilsyn og klager, men det er nok mere et "politisk figenblad" end den solide stamme til genopretning af tilliden mellem Folketing og fodfolk. //

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





BESTYRELSENS KLUMME:

Hvad har vi nået, og hvor skal vi hen?

I denne klumme kan du læse indledningen til formandens beretning på repræsentantskabsmødet den 5. oktober 2019. Beretningen i sin helhed kan læses på DSAM's hjemmeside og lyttes til på podcast.

Ikke bare generalister eller primærsektorlæger

Der er pres på vores fag. Der er pres på almen praksis. Vi befinder os i en tid, hvor der er meget behov for formidling af, hvad det er for en opgave, en almenmedicinsk speciallæge løser i almen praksis. En stor del af den almenmedicinske faglighed handler om relation og kontinuitet.

Selvfølgelig er den medicinske generalist, som den almenmedicinske speciallæge rummer, efterspurgt mange andre steder i det hyperspecialiserede sundhedsvæsen, hvor de fleste andre speciallæger ved mere end nogensinde om lige deres eget område. Man kan blive ansat mange steder, hvor vores brede medicinske uddannelse værdsættes: psykiatrien, regionsklinikker, medicinsk akutmodtagelse, ambulatorier ... listen er lang.

Men det er i almen praksis, at den almenmedicinske specialist kommer til sin ret. Jeg har set forslag om, at vi dropper begrebet almen medicin og

kalder os specialister i primærsektor-medicin. Det er for mig at amputere et friskt ben af en rask krop.

Almen praksis er den setting, som vores uddannelse og faglighed er skræddersyet til, og det er her vores faglighed gør en kæmpe forskel. Relationsbåret, personcentreret faglighed med kontinuitet som grundstof. Det giver grobund for solid evidens-baseret almen praksis, som forebygger sygdom og indlæggelse og giver ekstra leveår til patienterne. Når man har været praktiserende læge i nogle få år, har lært en god del af sine patienter at kende, kan udøve faglig dømmekraft i forhold til den enkelte patient og kan inddrage patienten efter dennes formåen, så er man et kæmpe aktiv for hele sundhedsvæsenet og for patienterne på listen. Og praktiserende læge er så noget, man er; ikke bare noget, man arbejder som. Og det er nok det mest spændende, man kan være.

Jeg stritter imod, når man reduce-

rer den almenmedicinske speciallæge til alene at være medicinsk generalist eller bredt uddannet primærsektorlæge. Vi er specialister i almen medicin, og en forudsætning herfor er, at vi har solide medicinske generalistkompetencer. Deri er jeg enig.

Uden sammenligning i øvrigt kan skuespillere jo også performe og tjene gode penge på at lave reklamefilm eller deltage i tv-quiz og underholdningsprogrammer, fordi de kan spille skuespil. Men det er nu engang i teater og film, at deres faglighed kan udfoldes.

Det er en realitet, at for mange unge almenmedicinere tøver med at ned-sætte sig i almen praksis, efter de har fået den nok mest grundige almenmedicinske uddannelse i hele verden. Der er så mange andre muligheder, og ansættelse i en almen praksis er sjældent så attraktivt økonomisk, som det man kan tjene som vikar eller episodelæge i regions- eller udbudsklinikker. Jo længere tid, der går, før man får

færten af at være "egen læge" for nogen, jo større er risikoen formentlig for, at man havner uden for almen praksis. Man bliver det, man gør. Og hvis for mange venter for længe med at blive praktiserende læge, så risikerer vi, at flere og flere patienter aldrig får deres "egen læge" igen.

Summa summarum: Almen medicin hører hjemme i almen praksis, og almenmedicinske speciallæger er skræddersyet til at være nogens læge i en almen praksis.

Opgaver, guidelines og kontrol

Der er flere vigtige udfordringer for vores fags udøvelse i almen praksis.

Flere og flere opgaver med opfølgning på medicinske lidelser af kronisk karakter foregår i almen praksis. Vi bliver nødt til at organisere os på nye måder og hyre mere hjælpepersonale. Hvis vi skal bevare kontinuitet under nye betingelser, så må vi dele gode erfaringer, og forskning må fokusere på, hvordan vi kan organisere os ift. fremtidens opgaver, uden at den tillidsfulde, relationsbårne kontinuitet går tabt.

Vi bombarderes med anbefalinger og guidelines, der indeholder anbefalinger, som i for mange tilfælde baseres på sparsom evidens af ringe kvalitet. Man tør tilsyneladende ikke lade være med at give generelle anbefalinger, selv om man ikke har god evidens for dem. Det bidrager sammen med stigende specialisering og defensiv medicin i sundhedsvæsenet til, at mange, især ældre, ender med at blive udsat for polyfarmaci, som i værste fald er farlig. Vi bliver filteret, der skal forebygge overmedicinering og seponere medicin.

En tiltagende kontrol- og dokumentationskultur har også ramt almen praksis. Selvom vi kæmper hårdt for at bevare fokus på kerneydelsen, så

har de mange vilkårlige kontrolbesøg fra STPS og akkrediteringen givetvis ført til en del defensiv medicin, også i almen praksis. Vi bruger vores tid på flere og flere ting, som ikke gavner patienten. Vi risikerer, ligesom andre læger, at blive drevet mod hellere at behandle end at turde lade være.

De ovenstående udfordringer kan føre til, at evidensbaseret medicin degenererer til guidelinebaseret medicin, så fokus på lægefagligt skøn, vurdering af det enkelte tilfælde og fremkaldelse af patientens værdier og ønsker kommer til at henstå i skyggen af efterlevelse af de mange anbefalinger. Der skal mod og meget mere dokumentation til i journalen, hvis man sammen med patienten skal vælge noget andet end det, der står i en rekommandation fra en styrelse.

Under overfladen

Der er et højt aktivitetsniveau i Dansk Selskab for Almen Medicin, og langt det største arbejde foregår uden større opmærksomhed. Vi har mange forskelligartede aktiviteter i gang, og alle aktiviteter skal kunne rummes inden for fagets udvikling, netværk, repræsentation og formidling, jf. formålet med DSAM – fagets selskab.

Der er både reaktive og mere opsøgende aktiviteter, og deres indbyrdes vægtning skal selvfølgelig afvejes løbende. Under begge typer aktiviteter kan man tale om planlagte og mere spontane aktiviteter.

De planlagt reaktive består typisk af forespørgsler om deltagelse i akti-

viteter i styrelser, råd, udvalg og arbejdsgrupper af alle slags, og høringer, hvor vi får mulighed for at kommentere på lovforslag, bekendtgørelser, vejledninger til love, retningslinjer, kliniske vejledninger, guidelines og anbefalinger, inden de skrives helt færdige. De spontant reaktive handler ofte om at kommentere i pressesager, hvor journalister eller forskere er ude med spørgsmål til almen praksis i forbindelse med en enkeltsag, registerudtræk eller egentlig forskning.

I formandens beretning bliver kort gennemgået nogle af de vigtigste aktiviteter. Det har igen været et spændende år på mange måder. //

Læs den fulde beretning her:
<http://bit.ly/2lf1Kdk>



Lyt til podcasten:
<http://bit.ly/2IZ7IVv>





Sidste nyt om vejledninger og FAQtaark – fuld gang i maskinrummet

DSAM udgiver løbende vejledninger og FAQtaark inden for problemstillinger, der er hyppigt forekommende eller medfører diagnostisk eller behandlingsmæssig usikkerhed i den kliniske hverdag i almen praksis. Vejledningerne udarbejdes af arbejdsgrupper bestående af praktiserende læger samt repræsentanter fra andre relevante specialer og samarbejdspartnere. DSAM arbejder på en metodehåndbog for de kliniske vejledninger. Arbejdsgrupperne er tilknyttet en lægefaglig konsulent og får desuden praktisk hjælp af sekretariatet. Aktuelt er der fuld tryk på.



Der er tre FAQtaark om henholdsvis PTSD, UVI og hjemmefødsler, som er ved at blive udformet. Den nye opdatering vedrørende type 2-diabetes og en ny klinisk vejledning i insulinbehandling af patienter med type 2-diabetes er på vej til din postkasse. Mens opdateringen af dyspepsi er i skrivefasen. Opdateringen af Akuthåndbogen er lige begyndt.

De tre FAQtaark

Praktiserende læger er ofte dem, der først kommer i kontakt med en person, som har behov for hjælp efter at have oplevet traumatiske hændelser. PTSD er typisk karakteriseret ved et symptombillede med påtrængende erindringer om den traumatiske hændelse, undgåelse af lignende si-

tuationer samt øget anspændthed. PTSD kan således være svært belastende for den ramte samt dennes pårørende og medfører markant forringet livskvalitet og funktionsnedsættelse. FAQtaarket om PTSD er relevant og giver praktiserende læger mulighed for hurtigt og nemt at finde den information, de måtte have brug for i deres kliniske hverdag.

Arbejdsgruppen om UVI har udarbejdet et forslag til FAQtaark, som er vurderet ved en følgegruppe og har været igennem Komiteen for Sundhedsoplysning. Nu skal FAQtaarket videre i høring og derefter godkendes i DSAM's bestyrelse. FAQtaarket medtager de nye opdateringer og ændringer vedrørende diagnostik og behandling af UVI.

Der er udarbejdet et udkast til FAQta-

ark om hjemmefødsler. Sundhedsstyrelsen har imidlertid for nylig sendt deres materiale om organiseringen af fødsler i Danmark, herunder hjemmefødsler, i høring. For at sikre, at den information, der angives i FAQtaarket, er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger på området, afventer vi, at dette bliver udgivet, så informationen kan koordineres.

Kliniske vejledninger

Vejledningen om type 2-diabetes har været igennem en proces med fokusgruppeinterview blandt nogle af DSAM's medlemmer – en proces, som har været konstruktiv og fagligt berigende. Efterfølgende har vejledningen været i offentlig høring, og der er kommet en del svar, som har været konstruktive, og som arbejdsgruppen har set på og rettet til, hvor dette var relevant. Nu er den klar, sammen med en vejledning om insulinbehandling til patienter med type 2-diabetes, og det er vi glade for.

Vejledningen om dyspepsi er en opdatering af den gamle vejledning fra 2009. Arbejdsgruppen er ved at sammenskrive den, og herefter skal den indstilles til høring af bestyrelsen.

Arbejdet med opdatering af akuthåndbogen er gået i gang. Der er fundet en formand for arbejdsgruppen, og der har været stor interesse for at deltage i arbejdsgruppen. Det er dejligt og positivt, men har samtidig bevirket, at ikke alle interesserede kunne få mulighed for at deltage.

Elektronisk og trykt udgave

Alle FAQtaark og vejledninger skal foreligge i elektronisk form på DSAM's hjemmeside. Så er det nemt og hurtigt at finde frem til disse, og de kan let opdateres. Der har imidlertid også været et ønske fra flere medlemmer om, at vejledningerne igen kommer til at blive udgivet på tryk, og dette ønske har bestyrelsen efterkommet. Det betyder, at de kommende vejledninger udkommer elektronisk og på tryk, og desuden udkommer også "Kræftopfølgning i almen praksis" nu på tryk, den udkom elektronisk sidste år.

Fremadrettet arbejdes der på flere emner for kommende vejledninger og FAQtaark, hvor demens, osteoporose, den ældre medicinske patient samt ADHD/stress/angst/depression skal bearbejdes og udgives. Herudover arbejdes der i DSAM-regi også på et FAQtaark om årsstatus. //

Kliniske vejledninger på vej til dig



DSAM's kliniske vejledning
Kræftopfølgning i almen praksis



DSAM's kliniske vejledning
Type 2-diabetes



DSAM's kliniske vejledning
Insulinbehandling



Vejledningerne sendes til alle praktiserende læger og øvrige ordinære medlemmer af DSAM og forventes at lande i postkasserne primo november. Vejledningerne findes også i elektroniske udgaver på <http://vejledninger.dsam.dk>.



DSAM i pressen

Pressen spørger DSAM om alt lige fra sex til søvnapnø.

Journalister er i hård konkurrence om at levere de bedste historier. 24 timer i døgnet arbejder pressen på at levere dagsordensættende nyhedshistorier. Engod historie kræver bl.a. baggrundsresearch, relevant og troværdigt materiale og pålidelige kilder, som kan bekræfte vinklen. Klassisk journalistik arbejder i processerne: ide, indsamling, redigering og formidling.

Men når tiden er knap, og historien skal hurtigt i hus, kan det synes hurtigere at ringe til de praktiserende lægers fagvidenskabelige selskab og få os til at lave forarbejdet for dem.

Kaffen fra redaktionsmødet var f.eks. stadig varm, da en journalist fra et større lokalt tidende ringede til DSAM. Hun ville vide, om mennesker med søvnapnø må køre bil, for det havde hun hørt et sted, at de ikke må, men hun kendte taxachauffører, som havde lidelsen. 10 sekunder på Google førte mig til Styrelsen for Patientsikkerheds hjemmeside, hvor reglerne stod sort på hvidt. Man kan få "... udstedt, fornyet og bibeholde kørekort med en tidsbegrænsning, hvis det i en

lægeerklæring er dokumenteret, at de har en tilstrækkelig kontrol over lidelsen, følger en passende behandling og vurderes at kunne køre sikkert." Hun fik tilsendt et link, og så døde den historie.

IDSAM er det primært formanden, Anders Beich, der udtaler sig til pressen som lægefaglig ekspert om sundhedsfaglige emner. Han udtaler sig ofte til fagmedier som Dagens Medicin, Ugeskrift for Læger, og Altinget, hvor journalisterne er eksperter i sundhedsstoffet. Journalisterne her bruger os ofte som sparringspartnere til baggrund eller for at finde ud af, hvad der er op og ned i en sag. DSAM blive ofte inviteret til at levere indlæg i aktuelle debatter, f.eks. Altingets debat om Nationalt Genom Center, hvor formanden har været ude at problematisere, at vi skal levere data til danske sundhedsregistre som modydelse for at få den bedste behandling, sådan som loven er skruet sammen nu.

Der er dog emner, hvor DSAM ikke kan hjælpe med baggrundsinfo. En journalist fra et større kendt medie ville f.eks. høre, hvad DSAM vidste om "the pleasure gap", som er den amerikanske betegnelse for ulighed i seksuel nydelse og orgasme mellem kvinder og mænd. Journalisten var overrasket over, at kvinder i Danmark

kan gå til egen læge og få en henvisning, hvis man har svært ved at få orgasme. Det affødte en masse spørgsmål på redaktionen, som de ønskede svar på.

Svaret blev, at DSAM ikke har en decideret vejledning på området, men at sexologi indgår i speciallægeuddannelsen, og de praktiserende læger har relativt ofte konsultationer, der inkluderer menneskers seksualitet og sexliv. Det gør det bl.a., fordi mange har tillid til deres læge og yder dem den fortrolighed, der skal til for at tale om emnet. //



Foto: Mads-Peter Eusebius Jakobsen



Aktivitetsstyring via økonomisk incitament

I denne opgave ved Forskningstræning for Almen Praksis i Uddannelsesregion Nord har vi analyseret, i hvilket omfang en forøget besøgstakst i OK18 har bevirket flere hjemmebesøg. Analysen viser, hvordan ændringer i betalingen for en specifik ydelse påvirker aktiviteten.

Ønske om flere hjemmebesøg

I overenskomsten OK18 mellem Praktiserende Lægers Organisation (PLO) og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RTLN) er ydelserne for hjemmebesøg øget med 78 pct. til 263 pct. i forhold til den tidligere overenskomst (Tabel 1).

Det skete, da der var et politisk ønske om at styrke indsatsen i patientens hjem og på de kommunale akutpladser.

Tal fra Danske Regioner viser en øgning i antallet af de forskellige typer af besøg på mellem 5 og 78 pct. fra 2017 til 2018. Total set er besøgene steget med 15,5 pct. fra 2017 til 2018 (14,7 pct., hvis man ikke medtager stigningen i antal ydelser for kilometertakst over 21 km). I årene op til 2018 har der ellers været en faldende besøgsaktivitet, bortset fra "besøg på ruten" og "opsøgende hjemmebesøg".

Tilsvarende er udgifterne til besøg steget med 97 mio., svarende til en stigning på 76 pct. fra 2017 til 2018 (Tabel 3). I overenskomstforhandlingerne blev økonomirammen for besøg udvidet med 90 mio. i 2018. Her tog overenskomstens parter højde for de øgede takster og den forventede øgede aktivitet. Som det fremgår af tallene, blev denne ramme overskredet med 7 mio.

Tabel 1: Ændring i honorar for udførelse af besøg ved overenskomsten OK18. Honoraret angives for de forskellige typer af besøg for 2017 og 2018 (før og efter OK18). Ændring er angivet i procent.

Ydelsenr.	Type besøg	2017 i kr.	2018 i kr.	Ændring i pct.
0121	Ops. hjemmebesøg	788,92	808,72	3
0411	Sygebesøg indtil 4 km	214,19	382,32	78
0421	Sygebesøg fra påbegyndt 5 km indtil 8 km	251,08	525,94	109
0431	Sygebesøg fra påbegyndt 9 km indtil 12 km	285,82	601,39	110
0441	Sygebesøg fra påbegyndt 13 km indtil 16 km	320,77	679,90	112
0451	Sygebesøg fra påbegyndt 17 km indtil 20 km	355,97	1.050,87	195
0461	Sygebesøg fra påbegyndt 21 km og derudover	377,75	1.369,82	263
0471	Sygebesøg i vagttiden	267,69	274,41	3
0471	Sygebesøg i vagttiden (B-vagt)	327,40	335,61	3
0491	Besøg på ruten	214,19	382,32	78
2301	Afstandstakst → 21 km	8,71	32,03	268



Tabel 2: Antal af udførte besøg fordelt på besøgstype og årstal. Ændring mellem 2016 og 2017 samt mellem 2017 og 2018 er angivet i procent.

Type besøg	Antal 2016	Antal 2017	Antal 2018	Ændring 2016-17	Ændring 2017-18
Opsøgende hjemmebesøg	33.528	36.626	38.443	9,2	5,0
Sygebesøg indtil 4 km	200.977	196.847	208.852	-2,1	6,1
Sygebesøg fra påbegyndt 5 km indtil 8 km	46.902	44.735	47.588	-4,6	6,4
Sygebesøg fra påbegyndt 9 km indtil 12 km	23.502	21.705	23.413	-7,6	7,9
Sygebesøg fra påbegyndt 13 km indtil 16 km	9.597	9.170	10.010	-4,4	9,2
Sygebesøg fra påbegyndt 17 km indtil 20 km	3.310	3.045	3.874	-8,0	27,2
Sygebesøg fra påbegyndt 21 km og derudover	2.398	2.172	3.348	-9,4	54,1
Sygebesøg i vagttiden	71.380	70.017	67.214	-1,9	-4,0
Besøg på ruten	48.628	59.993	106.725	23,4	77,9
Afstandstakst → 21 km	7.729	6.619	11.334	-14,4	71,2
Total	447.951	450.929	520.801	0,7	15,5

Tabel 3: Samlede udgifter til sygebesøg i almen praksis for 2016-2018. Ændring mellem årene 2016 og 2017 samt 2017 og 2018 er angivet i procent.

Udgift i kr. 2016	Udgift i kr. 2017	Udgift i kr. 2018	Ændring 2016-17	Ændring 2017-18
124.000.559,34	127.941.806,90	224.943.837,89	3,2	75,8

Økonomiske incitamenter fungerer

Vi kan således konkludere, at de økonomiske incitamenter fungerer. Man ser, at ændringer i antal besøg varierer meget for de forskellige typer. Det tyder på, at der skal relativt store økonomiske justeringer til, før prioriteringen af arbejdsopgaverne ændres.

Vi forventer en yderligere stigning i antallet af besøg i de kommende år, såfremt ydelsen forbliver på dette niveau. Herved vil effekten blive endnu større end det allerede observerede.

Den største stigning ses ved "besøg på ruten", hvor aktiviteten er øget med 78 pct., svarende til ca. 13,5

ekstra besøg pr. praktiserende læge. Organisatorisk set må dette være et udtryk for, at praksis har valgt at afsætte mere kapacitet til at køre flere besøg ud over de i forvejen eksisterende besøg. Allerede før implementeringen af OK18 var der en stigning på 23 pct. for "besøg på ruten". Denne



stigning er formentlig drevet af plejehjemslægeaftalen fra 2016. Her blev der også tilført yderligere 100 mio. kr. over en treårig periode til systemet med en fast tilknyttet praksis til plejehjem/lokalcentre.

Midlerne skal bruges som konsulentbetaling for undervisning til at opkvalificere plejehjems personale, og de giver et økonomisk incitament til at servicere et plejehjem ud over besøgstaksten. Derudover er det aftalt, at plejehjemets beboere tilbydes at skifte læge til plejehjemslægen. Mange har organiseret sig sådan, at de har faste dage hver måned, hvor de servicerer plejehjemets beboere. Så man får både betalt konsulenttakst og har muligheden for at udføre mange "besøg på ruten" på samme adresse. Med de nye takster for besøg i OK18 steg det økonomiske incitament yderligere og hermed også tilslutningen til aftalen. Vi ser dette som et udtryk for, at det økonomiske incitament virker. Lignende aftaler kan muligvis bidrage til at løse kommunens behov for lægeydelser i kommunalt regi, så længe det indebærer tilførsel af nye ressourcer.

I 2018 steg også antallet af besøg

med længere afstand (17-20 og 21+ km) markant med henholdsvis 27 pct. og 54 pct. Her skal man huske på, at der i forvejen blev udført få af disse besøg, så stigningen i absolutte tal er lille, svarende til 0,23 og 0,34 ekstra besøg pr. læge pr. år.

Større aktivitet på alle besøgstaksterne

Det ses ligeledes af Tabel 2, at antallet af besøg med kortere afstand er steget mere beskedent med 6-9 pct. Men her kommer stigningen fra et væsentligt højere udgangspunkt. Formentlig var behovet for disse besøg i større udstrækning allerede dækket før OK18. Øgningen i antallet af besøg indtil 4 km svarer dog til ca. 2,89 ekstra besøg årligt pr. praktiserende læge. Så på trods af den beskedne procentvise øgning er der alligevel en betydelig øget besøgsaktivitet.

De opsøgende hjemmebesøg er kun blevet indeksreguleret, og antallet har haft en jævn stigning over de seneste år. Besøgsfrekvensen ser ikke ud til at være påvirket negativt af de ændrede takster på de øvrige hjemmebesøg. Igen kan man se en langsom stig-

ning over flere år som udtryk for, at man tilpasser driften til et område med højere indtjeningspotentialer. Denne effekt kan vi også forvente at se fremadrettet på de øvrige besøgstyper.

Såfremt øgningen fortsætter, vil det ud fra den nuværende økonomiske ramme være nødvendigt at skru ned for ydelserne eller tilføre yderligere midler til området, da budgettet det første år allerede er overskredet. Aktuelt ligger den samlede omsætning langt under økonomiløftet, så indtil videre vil denne vækst ikke påvirke økonomien på de øvrige ydelser.

Det bliver spændende at følge, udviklingen af hjemmebesøg, og særligt med henblik på, om den øgede frekvens kan føre til en aflastning af sekundærsektoren ved at reducere antallet af indlæggelser, fordi man fanger flere tilstande i opløbet. Det vil også være spændende at se, om denne aflastning vil give besparelser i samme størrelsesorden som de merugifter, der er set ved øgningen i honoraret. //



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

Kvalitetsvurdering i almen praksis

– diagnostik og antibiotikabehandling af akutte luftvejsinfektioner

Vinderen af årets artikel 2018 i Scandinavian Journal of Primary Health Care påviser med sit projekt og i sin vinderartikel, at den diagnostiske proces og ordinationsmønstret hos visse patienter trænger til en kvalitetsforbedring.

Hvorfor er det relevant for den alment praktiserende læge?

I Danmark udskrives omkring 80 pct. af alle recepter på antibiotika af de alment praktiserende læger. Enhver brug af antibiotika øger forekomsten af resistente bakterier, som anses for at være en af de største trusler mod folkesundheden. De fleste antibiotikarecepter udskrives til patienter med akutte luftvejsinfektioner, til trods for

at størstedelen er harmløse og selvlimiterende infektioner, hvor antibiotika har minimal eller ingen indflydelse på sygdomsforløbet.

Identifikation af konkrete kvalitetsproblemer er en forudsætning for at kunne målrette indsatsen for et rationelt antibiotikaforbrug. Denne artikel er relevant for almen praksis, da den definerer områder med behov for kvalitetsforbedring inden for diagnostik og antibiotikabehandling af akutte luftvejsinfektioner i dansk almen praksis.

Hvad handler din artikel om?

Artiklen har til formål at undersøge områder med behov for kvalitetsforbedring inden for diagnostik og antibiotikabehandling af akutte luftvejsinfektioner i dansk almen praksis. Til denne kvalitetsundersøgelse er anvendt kvalitetsindikatorer, som er udviklet på baggrund af danske guidelines på området. Vi er således gået i

dybden med, hvilke symptomer, fund og undersøgelser der ligger til grund for den praktiserende læges (eller anden praksispersonales) diagnostik af forskellige luftvejsinfektioner (akut halsbetændelse, akut mellemørebetændelse, akut bihulebetændelse, akut bronkitis, lungebetændelse samt akut opblussen af KOL). Desuden har vi set nærmere på baggrunden for beslutningen om at ordinere antibiotika. Er der f.eks. specifikke kriterier, som øger sandsynligheden for en bakteriel infektion hos patienten, som får udskrevet antibiotika for sin luftvejsinfektion? Slutteligt har vi undersøgt, hvilke typer af antibiotika der er ordineret sammenlignet med den type antibiotika, som anbefales i danske guidelines.

Hvordan er dit studie udført?

Studiet er en del af et større kvalitetsprojekt fra Audit Projekt Odense. Alle almen praksis i Region Nordjylland og



Region Syddanmark blev inviteret til at deltage i en fire ugers audit-registrering af alle patienter, som henvendte sig med symptomer på en luftvejsinfektion. For hver patient blev følgende information registreret på skema ved simpel afkrydsning: alder, køn, symptomer og fund, eventuelle undersøgelser (Strep A-test, CRP-test, tympanometri og røntgen) samt penicillinallergi. Slutteligt blev diagnose og handling (ordination af antibiotika, antibiotikatype, henvisning til sekundærsektor) registreret.

Til analyse af data har vi anvendt kvalitetsindikatorer for diagnostik og antibiotikabehandling af luftvejsinfektioner, som er udviklet i 2017 til brug i dansk almen praksis. Indikatorerne er baseret på videnskabelig evidens og videreudviklet af et panel bestående hovedsageligt af danske praktiserende læger.

Hvad er de vigtigste resultater?

Overordnet indikerede resultaterne et overforbrug og stort set intet underforbrug (manglende ordination, når det er indiceret) af antibiotika. Desuden så vi et relativt højt forbrug af makrolider og et lidt lavere forbrug af

penicillin V i forhold til anbefalingerne i danske guidelines. Specielt den diagnostiske proces og ordinationsmønstret hos patienter med akut bihulebetændelse og akut bronkitis kunne have gavn af kvalitetsforbedring.

Hvordan kan det implementeres, og hvilke udfordringer kan der være i forbindelse med implementeringen?

I pågældende studie har vi anvendt data fra alle de deltagende praksis og udarbejdet et samlet resultat, der belyser potentielle kvalitetsproblemer inden for håndtering af patienter med symptomer på en luftvejsinfektion i dansk almen praksis. Disse samlede resultater vil kunne bruges som vejledning til at udforme et interventionsprogram, hvor man via kampagner, undervisning eller anden skræddersyet intervention kan sætte ind, hvor behovet er størst. Lignende undersøgelser vil kunne udføres hos individuelle praksis, som i så fald vil få identificeret egne udfordringer og kompetencer inden for diagnostik og antibiotikabehandling hos patienter med luftvejsinfektion.

På nuværende tidspunkt er udfor-

dringen ved implementering af de anvendte kvalitetsindikatorer, som for mange andre kvalitets- og forskningsprojekter, indsamling af anvendelige data. I Danmark eksisterer aktuelt ikke et program til datafangst af informationer om symptomer og fund hos patienten, diverse undersøgelser udført samt resultatet af disse. En rationel beslutning vedrørende ordination af antibiotika afhænger imidlertid af en korrekt diagnose. For at kunne belyse den diagnostiske proces og grundlaget for beslutningen om ordination er der behov for disse informationer. På nuværende tidspunkt vil denne form for detaljeret information dog kunne indsamles ved brug af f.eks. en simpel auditregistrering.

En anden udfordring ved implementering af kvalitetsindikatorer er modstand over for overvågning og frygt for at blive udpeget. Det er dog vigtigt at huske på, at aktuelle indikatorer ikke giver et definitivt svar på kvalitet, men kan anvendes til at indikere problemer eller god kvalitet og skabe refleksion, debat og ønske om at ændre. Det er nødvendigt at være i stand til at identificere problemer, før man kan forsøge at håndtere dem. //



Multimorbiditet

”Det her, det kan jo vælte vores fag!”

Den 26. marts 2019 forsvarede Tora Grauers Willadsen sin ph.d.-afhandling med titlen *Multimorbidity - presentation, mortality, and structured personal care*. Med den har Tora leveret et vægtigt bidrag til et aktuelt emne, der er fokus for megen almenmedicinsk forskning i disse år. I en verden, hvor vi lever længere og bliver bedre til at behandle de sygdomme, der støder til med årene, er der nemlig et stigende antal mennesker, der lever med flere samtidige, kroniske sygdomme – multimorbiditet. Den udvikling udfordrer vores sundhedssystem, som i høj grad er bygget til at behandle sygdommene enkeltvis og ikke som den samlede pakke, et menneske med flere sygdomme er. Tora fortæller: *”Der skal noget andet til, for at vi kan rumme den virkelighed, vi er ved at gå ind i. Vi bliver nødt til at håndtere det bedre!”* Denne erkendelse var en drivkraft for Tora i årene som ph.d.-studerende, og den følger hende i dag, hvor hun arbejder som postdoc.

Oplevelser i klinikken førte til forskning i multimorbiditet

Det var i det kliniske arbejde under den svenske hoveduddannelse i almen medicin, at Toras ønske om at beskæftige sig særligt med multimorbiditet formede sig. Her arbejdede hun i et socialt belastet område: *”Det slog mig virkelig, hvor dårligt patienterne havde det, og hvor mange sygdomme, de havde. Jeg følte mig utrolig utilstrækkelig!”* I Sverige arbejder de praktiserende læge på regionsklinikker, hvor en stor del af det lettere arbejde er lagt over på sygeplejersker og fysioterapeuter, og hvor der er særlige praktiserende læger til

mødre og børn. Som alment praktiserende læge var det derfor de rigtig komplekse patienter, Tora så: *”Jeg valgte almen medicin pga. bredden, men i praksis så jeg kun komplekse, multisyge, ofte ældre patienter.”* Tora oplevede, at mange kolleger brændte ud og sagde op, selvom de egentlig havde kompetencer og erfaring. De manglede kolleger at sparre med, for der var bare ikke læger nok til at håndtere den voksende kompleksitet i lægegerningen. *”Jeg så problemerne med multimorbiditet med mine egne øjne, og det gav mig et stærkt ønske om at forske i, hvordan vi kan gøre det bedre – jeg ville gerne være med til at forbedre vilkårene, både for læger og patienter,”* fortæller Tora.

Hvor skal man starte?

Multimorbiditet er et bredt og uoverskueligt begreb at tage fat på. Selve definitionen varierer fra studie til studie, så Tora valgte at starte sit ph.d.-studie med at undersøge netop definitionen. Tora uddyber: *”Jeg lagde ud med at sætte spørgsmålstejn ved de eksisterende definitioner; mange af dem inkluderer nemlig risikofaktorer såsom forhøjet blodtryk.”* Ifølge Tora bør begrebet kun dække faktiske,

Er det det, vi mener, når vi siger multimorbiditet? Man skal vel i en eller anden grad føle sig syg og være påvirket af det, for at det er multimorbiditet.



diagnosticerede sygdomme af en vis sværhedsgrad, for ellers går mange mennesker rundt og er multimorbide uden at ane det. ”Er det det, vi mener, når vi siger multimorbiditet? Man skal vel i en eller anden grad føle sig syg og være påvirket af det, for at det er multimorbiditet.” Tora kunne i sit studie ikke bruge nogen af de eksisterende definitioner af multimorbiditet, da hun skulle slå op i de danske registre. Hun udarbejdede derfor sin egen definition af multimorbiditet, som gav bedst mening i hendes videre arbejde. Ifølge Toras definition af multimorbiditet skal der optræde mindst to diagnoser fra to forskellige ud af ti diagnosegrupper, nemlig: lunge, muskuloskeletal, endokrin, mental, cancer, neurologisk, gastrointestinal, kardiovaskulær, genitourinær og sanseorganer.

Multimorbiditet i Danmark

Tora brugte sin egen definition af multimorbiditet i et stort kohortestudie omfattende hele den voksne danske befolkning, hvor hun for det første undersøgte forekomsten af multimorbiditet og for det andet estimerede dødeligheden ved de mest almindelige kombinationer af sygdomme. Tora fortæller: ”De kliniske retningslinjer er svære at bruge i behandlingen af patienter med multimorbiditet, for de er mål-

rettet enkeltsygdomme. Behandlingen kan forbedres, hvis vi finder ud af, hvilke diagnosekombinationer der både er hyppige og forbundne med høj dødelighed, så vi bedre kan målrette indsatsen derhen, hvor der er størst behov.” Studiet så på forekomsten af multimorbiditet i Danmark i år 2000 – som iflg. Toras definition lå på 7,1 pct. – og fulgte patienterne 15 år ved hjælp af registerdata for at se, om og hvordan de døde. Tora fortæller: ”Vi havde vores udgangspunkt, baseline, i år 2000, og vi har kun undersøgt dødeligheden i relation til de sygdomskombinationer, patienterne havde ved baseline. Dermed ved vi ikke, hvornår de døde, eller hvilke yderligere sygdomme de udviklede.” Til gengæld kunne det med denne metode udledes, hvilke sygdomskombinationer der var de mest hyppige, og hvilke der var forbundet med den højeste dødelighed.

Toras studie viste, at diagnosekombinationen muskuloskeletal-kardiovaskulær var den hyppigste – 0,4 pct. af den voksne befolkning havde denne kombination af sygdomme – og at dødeligheden for denne gruppe var fordoblet. Kombinationen kardiovaskulær-lunge var kun halvt så hyppig, men den medførte en næsten seksdoblet dødelighed for de ramte. Kombinationen neurologisk-cancer var den farligste med en 6,35 gange for-

højet dødelighed. Generelt viste studiet, at dødeligheden steg med antallet af diagnosegrupper.

Konklusionen og planerne for fremtiden

Det overordnede resultat af Toras ph.d.-studie er, at mange tidligere definitioner på multimorbiditet er utilstrækkelige, blandt andet fordi de inkluderer risikofaktorer og dermed indbefatter mennesker, der ikke er diagnosticeret med egentlige sygdomme. Hun har derudover med sin egen definition fundet frem til de hyppigste og farligste multimorbiditetskombinationer, så man i fremtiden bedre kan målrette tiltagene for multisyge mennesker. Tora er ikke færdig med multimorbiditeten: ”I min postdoc-ansættelse vil jeg se på, hvordan prævalensen af multimorbiditet har ændret sig de seneste 15 år i Danmark. Derudover vil jeg blandt andet undersøge, om rækkefølgen i, hvordan sygdommene udvikler sig, har betydning for dødeligheden.” Det er Toras håb at kunne medvirke til en bedre organisering mellem de forskellige dele af sundhedssystemet, som skal samarbejde om multimorbide patienter, både for at lette byrden for de sundhedsprofessionelle og for at optimere behandlingen og skabe plads til, at de patienter, som det drejer sig om, bliver hørt. //



Akutområdet

blev sat på dagsordenen ved symposium i Aarhus

En solrig dag i begyndelsen af september dannede Aarhus Universitets gule mursten rammen om en temadag om akutområdet. Forskningsenheden for Almen Praksis havde valgt at samle klinikere, forskere og samarbejdspartnere i regioner og kommuner for at præsentere de seneste studier på området og diskutere feltets aktuelle udfordringer på tværs af sektorer.

Allerede først på formiddagen summede snakken i de gule bygninger, men kl. 10 *sharp* bød Morten Bondo Christensen, seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, velkommen til de knap 70 fremmødte med interesse for akutområdet. Dagens program var nemlig - næsten tids-optimistisk - stramt. Og så gik det ellers løs med en perlerække af inspirerende og tankevækkende oplæg.



Morten Bondo Christensen byder velkommen til de knap 70 fremmødte deltagere.

Et sundhedssystem uden "gatekeeping"?

Første del af formiddagsprogrammet bød på oplæg fra to internationale forskere, Marleen Smits og Hilde Philips, som fortalte, hvordan akutområdet og lægevagten er skruet sammen i Holland og Belgien. Selvom populationen i begge lande minder om den danske, har de en noget anderledes organisation af akutområdet end Danmark. I Holland får borgeren altid en sygeplejerske – ikke en læge – i røret, når de ringer til akuttelefonen. I Belgien er visitation et nyt begreb, fordi borgerne traditionelt har kunnet møde op efter eget behov i et sundhedssystem uden "gatekeeping". Undersøgelser viser endda, at brugerbetaling ikke synes at påvirke patienternes behov for lægehjælp.

I resten af formiddagen blev en række ph.d.-projekter om akutområdet præsenteret. Jonas Fynboe Ebert præsenterede sit projekt om Akutknappen, som tillader borgere at springe køen over hos lægevagten/1813, hvis de selv vurderer helbredsproblemet som presserende. Trods forudsigelser om et forbrug på helt op til 70 pct. viste statistikken, at blot 3 pct. valgte at trykke på knappen – og at dem, der trykkede, også skulle have hurtig hjælp set med sundhedsfaglige briller. Dennis Schou Graversen fortalte om udviklingen af et nyt værktøj, der kan vurdere kvaliteten af visitationer ved henholdsvis læger og syge-



Ane Bull Iversen, ph.d.-studerende ved Aarhus Universitet, præsenterer sit studie om "stroke awareness".



Hejdi Gamst-Jensen fra Akutmodtagelsen i Region Hovedstaden illustrerer, hvordan afsenderens fremtoning ubevidst påvirker modtagerens forventninger og opfattelse af en situation.

plejersker. Morten Breinholt Søvsø diskuterede, om man kan forvente, at patienter i en presset situation kan vælge "rigtigt", når de har brug for akut lægehjælp. Flere undersøgelser viser, at mange af dem, der ringer gentagne gange til lægevagten, har alvorlige skader, sepsis eller vejtrækningsproblemer – alle tilstande, der kan udvikle sig alvorligt. Ane Bull Iversen fortalte, at behandlingen efter *stroke* ofte iværksættes sent. Kun 20-25 pct. får behandling inden for de afgørende 4-6 første timer. Den helt store udfordring er, at mange ikke kender symptomerne og vælger at "se tiden an". Hendes ph.d.-projekt skal blandt andet undersøge, om TrygFondens nationale kampagne "Red hjernen" (Stræk – Snak – Smil) kan gøre en forskel.

Egen opfattelse spiller ind

En uforglemmelig øjenåbner var Heidi Gamst-Jensens indslag fra "America's got talent", hvor først en ung crooner smeltede selv de hårdeste hjerter med de første strofer af en hjerteskrærende ballade og siden en blind ung mand med tics stammede sig vej til audition hos et tvivlende dommerpanel. Samme person. Pointen var, at vi alle lader os påvirke af *poise* og *voice* i interaktionen med andre. Hvem er det egentlig, der er bag stemmen i røret? Heidi Gamst-Jensen udsatte også tilhørerne for en Lego-øvelse, som foregik parvist ryg mod ryg. Én person skulle bygge og beskrive en model, som makkeren så skulle bygge en tilsvarende udgave af på under et minut. Det var ikke lige vellykket det hele. Og øvelsen illustrerede med al tydelighed, at det, man siger, ofte opfattes helt anderledes hos modtageren eller slet ikke når frem. Eller måske sagde man ikke det, man troede? Oveni kommer al den "støj", som kommunikationen lider under, når situationen er presset. Hovedbudskabet i præsentationen var, at det kunne være en god idé at spørge, hvor bekymret den, som ringer efter akut lægehjælp, er. Videnskabelige studier viser nemlig, at denne bekymring, *degree of worry* (DOW), er en god

ledetråd i risikostratificeringen ved telefonvisitation på akutområdet.

Linda Huibers fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus rundede programmet af med sine refleksioner over mønstre i lægesøgning. Som tilflytter fra Holland har hun undret sig over, hvorfor en patient med ondt i halsen i Danmark ofte får en strep-A-test, når man i Holland gerne sender patienten hjem med besked om at drikke masser af te med honning. Vi lærer hurtigt, at sådan en test er vigtig, når man har ondt i halsen. Borgerne i Danmark har generelt også højere forventninger til hurtig lægehjælp døgnet rundt. Det store spørgsmål er, om vi skal acceptere, at presset på akutområdet er en udfordring, som er kommet for at blive – eller vi skal tilpasse sundhedssystemet og oplyse mere om, hvordan borgerne skal bruge systemet.

Samarbejde er afgørende

Et fælles træk ved alle dagens præsentationer var, at opfattelsen af symptomer styrer vejen til behandling, og at et tæt samarbejde mellem sektorerne er afgørende for at få gode, sikre og sammenhængende forløb for patienterne.

Arrangementet markerede afslutningen på flere års projektarbejde inden for akutområdet med en større bevilling fra TrygFonden i ryggen. Med to ph.d.-forsvar ved Aarhus Universitet i samme uge og besøg af flere internationale forskere var det oplagt at benytte lejligheden til at samle interessenter på området.

"Det er vigtigt, at vi laver projekter på tværs af sektorerne. Akutområdet kræver samarbejde mellem almen praksis og alle de andre faggrupper inden for feltet, f.eks. 112, 1813, skadestuer, akutafdelinger, ambulancer og kommunerne. Det engelske udtryk *urgent healthcare system* er så fint, fordi det understreger, at akutområdet er en fælles indsats, der inddrager hele systemet", sluttede Morten Bondo Christensen, som var en af arrangørerne bag akut-symposiet. //



Sårbarhed i almen praksis

- historien om et lille pilotprojekt

Uddannelseslæger i almen medicin har et begrænset antal opsøgende hjemmebesøg. Forfatterne har i 2018-19 valgt at lave et pilotprojekt med fokus på sårbare ældre borgere for bl.a. at få mere erfaring med at opspore denne gruppe af borgere og gennemføre opsøgende besøg hos dem.

Inspiration - giv mest til dem med størst behov

Det hele startede en efterårsdag til DSAM's årsmøde i 2017. Formand for interessegruppen "Giv mest til dem med størst behov" Lise Dyhr afholdt en workshop, hvor deltagerne gruppevis blev bedt om at brainstorme mulige projekter. Et af de nævnte projekter ønskede at sætte øget fokus på sårbare patienter ved hjælp af opsøgende hjemmebesøg af uddannelseslæger.

Tanken var stor – alt for stor. Den initiale plan var at finde ti hoveduddannelseslæger (HU-læger) i fase 3 fra hver region, som hver især skulle opspore seks sårbare patienter. Formålet var at øge uddannelseslægens kom-

petencer i definition og opsporing af sårbare patienter, at gennemføre opsøgende hjemmebesøg samt at få indblik i indsatsområder og samarbejdspartnere i lokalområdet.

Der var en udfordring at finde et tilstrækkeligt antal projektansvarlige uddannelseslæger til projektet, og det blev hurtigt omformuleret til kun at omfatte Region Hovedstaden. Tovholderne Sofia Lund og Tanja Skrba (HU-læger, Region Hovedstaden) blev superviseret af Lise Dyhr (praktiserende læge, seniorforsker og formand for DSAM Hovedstaden) i at formulere en overskuelig og fornuftig projektbeskrivelse. Denne inkluderede tre uddannelseslæger, som hver især skulle afholde tre hjemmebesøg.

Finansiering var ikke svært

Finansiering af projektet blev søgt hos Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget (KEU) i Region Hovedstaden, som har en pulje til mindre projekter (op til 25.000 kr.). Midlerne skulle primært gå til frikøb af læger og klinikpersonale. Projektbeskrivelsen blev derfor formuleret således, at de deltagende praksis skulle have mulighed for at søge honorar fra overenskomsten (ydelse 0121) for det opsøgende hjemmebesøg, hvorfor det skulle omfatte *skrøbelige* ældre patienter.

KEU-sekretariatet bistod med råd-

givning til udformning af ansøgningen, som blev behandlet inden for kort tid, og projektet kunne således skydes i gang for alvor.

Rekruttering & implementering var en udfordring

Rekrutteringen var noget mere kompliceret end forventet. Vores strategi var at rekruttere interesserede tutorer, som ville være vejledere for HU-lægen. Tutorer med overskud til den slags projekter er få i disse tider, men det lykkedes at rekruttere de tre tutorer ved et DSAM-møde, hvor der blev uddelt et informationsark om projektet.

De tre tutorer havde hver sin uddannelseslæge fra forskellige faser i HU-stilling, og disse blev indkaldt til et introduktionsmøde i oktober måned 2018. Forinden havde Sofia og Tanja stiftet bekendtskab med den nu pensionerede praktiserende læge og aktive seniorforsker Mikkel Vass, som deltog i mødet med stor begejstring. Han inspirerede alle til arbejdet med ældre mennesker og fokuserede på vigtigheden i at forebygge funktionsstab ved at finde de skrøbelige i et tidligt stadie.

De tre uddannelseslæger besøgte alle mindst tre ældre borgere i løbet af et halvt års tid, og herefter sendte de information om besøgene ind til de

projektansvarlige (bl.a. karakteristika af de sårbare, hvordan besøgene forløb, efterfølgende tiltag).

Vi har fået mere erfaring og større opmærksomhed på de sårbare ældre

I april måned 2019 blev der afholdt et evalueringsmøde, som var tilrettelagt som et fokusgruppe-interview med de tre deltagende HU-læger. Mødet blev ledet af Sofia og Tanja, superviseret af Lise og Mikkel, som ligeledes deltog imødet. Der blev blandt andet talt om, hvordan uddannelseslægerne havde oplevet besøgene, hvad der gik godt, hvad de evt. kunne have gjort anderledes, og om de havde fået øget forståelse for begrebet "sårbarhed". Deltagerne var glade for at have fået mere erfaring med opsøgende hjemmebesøg og øget opmærksomhed på begrebet. Mødet gik godt, og der var enighed om, at de primære mål med projektet var blevet opfyldt. En afrapportering til KEU og praksistutorerne blev afleveret. Projektet blev også præsenteret i kvalitetslounge på Nordisk Kongres i Aalborg i juni 2019, hvor en af de deltagende HU-læger, Nur Ahmad, deltog på projektets vegne.

Et af de langsigtede mål med projektet er at fremstille et faktaark til uddannelseslægerne til brug ved opsøgende hjemmebesøg. Dette arbejdes der i skrivende stund med. Tanken er også, at projektet skal bruges

som inspiration til tutorer og uddannelseslæger, og det formidles på temadage i Region Hovedstaden.

Take-home messages

- For det første er det alfa og omega at have en god vejleder, som bl.a. kan hjælpe til med at afgrænse projektet og bistå med kontakter: hellere et afsluttet og overskueligt projekt, end ét, der aldrig bliver færdigt.
- Det er relativt nemt at få KEU-midler fra den lille pulje, og sekretariatet er meget hjælpsomt.
- Det er vigtigt for HU-læger at få erfaring med opsøgende hjemmebesøg til ældre skrøbelige borgere pga. den demografiske udvikling, vi står overfor i almen praksis.
- Man har som uddannelseslæge behov for supervision ved opsøgende hjemmebesøg, både før og efter besøget. Det kan være en god idé at følge med sin tutor på et opsøgende hjemmebesøg, før man kaster sig ud i det på egen hånd. Husk at afsætte rigeligt med tid til en start!
- DSAM's vejledning "Den ældre patient" er et godt redskab både før og efter besøgene.
- Plejehjemsbeboere er ikke målgruppen for opsøgende hjemmebesøg – snarere "raske" hjemmeboende ældre, hvis man vil forhindre funktionstab.

- Skrøbelighed er et medicinsk syndrom uden entydig dansk konsensus, hvor det er særligt vigtigt at være opmærksom på subjektiv *fatigue* hos borgeren.
- Det er sjovt at lave projekter, hvor man møder nye kollegaer og får lov til at fordybe sig i et interessant emne, så vi arbejder videre og forsøger at sprede vores viden og erfaring på området til andre uddannelseslæger og tutorer. //

SKRØBELIGHED

- Skrøbelighed er et medicinsk syndrom, som er associeret med dårlig prognose og øget forbrug af social- og sundhedsydelse.
- Ca. 10 pct. af de 65-årige er skrøbelige. For de 85+-årige er prævalensen steget til 30-50 pct.
- Skrøbelighed er en tilstand med biologisk øget sårbarhed, hvor selv minimal belastning/stress kan medføre alvorlige funktionsproblemer.
- Der er gavnlige effekter af at intervenere over for skrøbelighed så tidligt som muligt, da tilstanden kan være reversibel.
- Der mangler konsensus i Danmark om præcis definition og brug af begrebet.
- Internationalt har man arbejdet med mange modeller, der fokuserer på kumulative deficitmodeller samt et skrøbelighedsindeks.

Kilde: M. Vass, C. Hendriksen. Der mangler dansk konsensus om definitionen af skrøbelighed. Ugeskr Læger 2016; 178:V04160279





Af: Camilla Hoffmann Merrild, antropolog, ph.d., seniorforsker, Center for Almen Medicin, Aalborg Universitet, chm@dcm.aau.dk og Alexandra Ryborg Jønsen, antropolog, ph.d., postdoc ved Afdeling for Almen Medicin, Københavns Universitet, a.joensson@sund.ku.dk



Hvordan ved vi, hvem der har størst behov?

Antropologiske perspektiver på social ulighed i sundhed.

Social ulighed i sundhed er et stigende problem i det danske velfærdssamfund. Vi kender det fra statistikkerne, som med al tydelighed viser, at sygdom, død og livskvalitet er tæt forbundet med social status. For at forstå denne ulighed argumenterer vi i denne artikel for, at det er nødvendigt at tage et skridt tilbage og forsøge at forstå den kontekst, som problematikkerne udspringer af, nemlig den sociale ulighed i det danske velfærdssamfund. Vi ved fra forskningen, at når man lever under forskellige sociale vilkår, så lever man fundamentalt forskellige liv. Og det er vigtigt, for social ulighed i sundhed handler nemlig om alt det, der omgiver sundheden; jobbet eller manglen herpå, økonomien, familien, vennerne – alt, hvad der skaber hverdagen. For det er i det levede liv, at sygdom og sundhed udspiller sig – og der er store forskelle på, hvilke muligheder mennesker har for at opnå sundhed, og på hvad sundhed betyder, afhængigt af hvordan ens livssituation ser ud.

Forskelligheden, uligheden om man vil, kan være svær at tale om

i et dansk velfærdssamfund, som er præget af en fremherskende lighedstankegang, hvor de sociale forskelle undspilles, og hvor en forstillet lighed dominerer. Men når det kommer til at handle om sundhed, så bliver disse sociale skel meget tydelige – fordi det forekommer problematisk, at der er så stor forskel på livslængde, sygdomsforekomst og livskvalitet i et velfærdssamfund. Men i virkeligheden er der jo forskelle, som rækker ud over, og som er determinerende for sygdom og sundhedsstatus. For eksempel kan hoste og smerter for nogle mennesker være en del af livet, sådan er det bare, og det bliver sekundært til de problemer, man måske har med kommunen, med sin økonomi eller med sine børn.

Uindfrie forventninger?

Selvom det nogle gange kan virke sådan – så er det jo ikke, fordi mennesker fra lavere sociale klasser ikke beskæftiger sig med sundhed og sygdom og ikke prøver at passe på deres egen krop. Men de gør det nogle gange på måder, der ikke stemmer overens med

de forventninger, som sundhedssystemet har til, hvordan man oplever og håndterer sin krops signaler, bekymrer sig om sit helbred eller behandler sin potentielle sygdom. Og det er måske her, problemerne opstår. Når man lever med sociale problemer og flere samtidige fysiske og psykiske sygdomme, kan måderne hvorpå man oplever og håndterer sin krop og interagerer med sundhedsvæsenet være forskellige fra de måder, systemet er tilrettelagt, og som sundhedsprofessionelle forventer, at man gør det.

Måske er det netop, når vi beder folk om at være opmærksomme på deres kroppe, reagere hurtigt (på alarmsymptomer) og søge hjælp hos deres læge, hvor de præcist skal forklare og fokusere på, 'hvad han/hun kan hjælpe dem med', at det går galt. For hvad nu hvis kroppen og livet larmer meget? Hvis der altid er noget, der gør ondt eller generer, men de sociale problemer kræver al den opmærksomhed, man kan mønstre? Hvis der er mange ting, man har brug for hjælp til? Hvordan skal man så forholde sig proaktivt til kroppen og til potentielt



Tid til faglig fordybelse på
Nordisk Kongres 2019.
Foto: Rene Jeppesen

farlige symptomer? På den rigtige måde.

Unuanceret fremstilling skaber mere ulighed

Samtidig ligger der nogle processer implicit i den sociale ulighed i sundhed, som har betydning for den enkelte patient. Den folkelige forståelse af social ulighed kommer blandt andet til udtryk i tv-programmer som 'En syg forskel' (DR 2016) og 'På røven i Nakskov' (TV2 2015), hvor mennesker fra de laveste sociale klasser fremstilles som usunde, fordi de ikke forstår, hvad lægerne siger, ikke kan overholde aftaler og generelt ikke tager ansvar. Dette billede er naturligvis unuanceret og misvisende, men det er alligevel med til at skabe en stigmatisering, af dem, som er 'udsat for' ulighed i sundhed. Denne stigmatisering er indirekte med til at skabe mere ulighed i sundhed. Mange patienter fra de lavere sociale klasser forestiller sig nemlig, at de i sundhedsvæsenet vil blive mødt med intolerance og fordomme, så de gør sig ekstra meget umage for at fremstå som nogle, der forstår og tager ansvar. En kvinde vil for eksempel ikke i en konsul-

tation stille spørgsmål til et bestemt præparat, selvom hun er i tvivl om, hvorvidt hun må tage det på tom mave. Adspurgt svarer hun, at det er, fordi det virker dumt, hun kan jo bare læse på indlægssedlen. Men hun har faktisk læst og er stadig i tvivl. Hun ender med at spørge sin nabo og følge dennes råd, simpelthen fordi hun ikke vil fremstå som uvidende over for sin læge. Det er ikke, fordi lægen på nogen måde opfører sig patroniserende eller fordømmende. Det er simpelthen, fordi kvinden forestiller sig, at lægen vil tænke ringere om hende end andre på grund af hendes lave sociale position.

Almen praksis kan understøtte patientens autonomi

Men hvordan skal den praktiserende læge kunne give til dem, der har det største behov, hvis patienterne ikke vil puttes i den kategori? Første skridt må være at anerkende, at selvom intentionen er god, så er prædikatet 'størst behov' ikke særlig attraktivt. Vi må anerkende, at der findes sociale uligheder, og at nogle af disse kan udlignes, men også, at måden, vi taler om problemer på, har betydning

for, hvordan de modtages. Det er ikke et problem, der kan løses på praksisniveau. Det er et samfundsmæssigt problem. Men praksis kan måske gøre en forskel ved at lytte til og udforske patientens perspektiv på dennes behov og forventninger, både til konsultationen og især til livet generelt. Her ved kan patienten opleve autonomi. Denne autonomi kan give den trykthed, der skal til for at turde vise sin usikkerhed og uperfekthed over for den praktiserende læge.

Derudover er det af afgørende betydning at medtænke den sociale kontekst, der omgiver et sundhedsmæssigt problem. Det er en integreret del af det at være praktiserende læge. Men det handler også om at anerkende og være åben for, at mennesker fra lavere sociale klasser ikke nødvendigvis prioriterer og håndterer sundhed og sygdom på samme måde, som man forventer fra sundhedsvæsnets side. Måske kunne man give mere til dem, der har størst behov, ved at overføre nogle af tanker om differentieret og individorienteret behandling til det forebyggende og diagnostiske arbejde – og derigennem bidrage til patientens oplevelse af autonomi. //



”Nu må du tage dig sammen”

2019

Folkemødet

Tanker efter Folkemødet 2019

Der er ikke grundlag for at tro, at et større kendskab til befolkningens genom og familiehistorie vil øge den generelle sundhed i samfundet. Men forestillingen er udbredt blandt meningsdannere og politikere inden for det sundhedspolitiske område.

Desværre er det udtryk for en genkomst af det heden-gangne biomekaniske videnskabsbegreb, og det vil kunne medføre flere alvorlige negative virkninger for patienterne og for prioriteringerne i sundhedsvæsenet.

Folkemødet er tænkt som et dialogforum, hvor interesser, foreninger, politikere, partier og andre samfunds-institutioner mødes, debatterer og taler med hinanden. Den respektfulde dialog er Folkemødets varemærke. Set i det lys var de dialoger med sundhedsdebattører, som jeg omtaler her, ret interessante. Debattørerne skelner åbenbart mellem den dialog, der er på Folkemødet, og så sundhedspædagogik i lægekonsultationen. Skal vi ikke respek-

tere patienten på linje med en borger, som vi møder på Folkemødet? Eller er det kun på Folkemødet, at vi er 100 pct. i øjenhøjde med hinanden i Kierkegaardsk forstand?

Humoristisk provokation, eller?

Først troede jeg, at det var en humoristisk provokation, men jeg fandt hurtigt ud af, at moderatoren i den første debat, jeg deltog i, i ramme alvor mente, at når jeg havde konstateret en alvorlig kronisk sygdom hos en patient, skulle jeg selvfølgelig sige til vedkommende, at nu skulle han ”tage sig sammen”. Underforstået, at det ville han gøre, når jeg som lægelig autoritet løftede pegefingeren og gav ham råd.

Men næste dag i en anden paneldebat mødte jeg samme synspunkt hos en ny moderator og under frokosten et lignende synspunkt hos en kollega, at når vi nu snart kendte det humane genom og kunne forudsige, hvilke sygdomme folk fik – ja, så var det blot et spørgsmål om at oplyse



folk om, at "nu måtte de læse skriften på væggen", så vil de lægge deres livsstil om og blive mindre belastede af deres potentielle sygdomsrisiko.

Hvorfor drikker Jeppe?

Debattørerne, som synes, at patienten bare skal tage sig sammen, underkender, at der er sociale og psykologiske hindringer for livsstilsændringer, og at disse hindringer medfører manglende fremgang og stor frustration hos patienter med kronisk sygdom.

Lægen er uomgængeligt nødt til at møde patienten, hvor denne er, for sammen med patienten at kunne skabe livsstilsændringer i patientens liv.

Et interessant indslag i den første debat (der handlede om diabetes og træning i håndboldklubber) var moderatorens indledende historie om et besøg ved et højskoleprojekt i Indien. Han var taget ud for at interviewe en pioner inden for højskolebevægelsen i Indien. Denne pioner havde svært diabetes type 2 og var betydeligt overvægtig. Moderatoren, der er meget interesseret i motion og kronisk sygdom, spurgte højskolelederen, om de ikke kunne afvikle interviewene gående. Det gjorde de så. I seks uger gik de dagligt en tur på en halv til en time, hvor de debatterede løst og fast om højskoleliv, kultur og pædagogik. Efter de seks uger var lederen i tydelig bedre konstitution; slankere, i bedre form og med større psykisk overskud.

At gå med patienten

Så historien var, at ved at 'gå med patienten' havde moderatoren ændret højskolelederens helbred til det bedre. Men det interessante ved denne historie er blot, at moderatoren udelukkende fokuserede på motionens helbredende virkning og ikke på den pædagogik, han havde anvendt. Han havde sat kikkerten for det blinde øje og havde ikke opdaget, at det var hans pædagogiske metode, der havde flyttet diabetikeren. Livsstilsændringen var blot et resultat af denne metode.

Hans metode er netop, hvad der forsøges flere steder

både herhjemme og i udlandet. At skabe lokalt forankrede institutioner, hvor de kronisk syge patienter sammen med andre patienter, sundhedsarbejdere, socialarbejdere og evt. frivillige skaber samvær om madlavning, motion, naturoplevelser og sociale begivenheder, der kan bringe dem ud af inaktivitet, misbrug, social isolation og derved initiere en sundere livsstil med højere livskvalitet.

Patienten tingsliggøres

I sin yderste konsekvens vil "nu må du tage dig sammen"-tankegangen gøre patienten til en genstand for standardiseret viden. Patienten som person træder i baggrunden. I stedet bliver han mål for behandlingsplaner og -forløb og fyldes med oplysninger om, hvad der skal gøres livsstilsmæssigt og medicinsk, for at sygdommen bringes under kontrol. Det er ikke længere blot en paternalistisk læge men også et paternalistisk sundhedssystem, som patienten møder.

Der levnes ikke plads til, at vi som læger skal møde vores patienter dér, hvor de er i deres liv. Og bruge den viden, vi har om patienten til at få patienten til at indgå et samarbejde med os på egne præmisser. Al snak om personcentreret medicin forsvinder i dette "tag dig sammen".

Data er gud

Og ser vi på ideologien i sundhedssystemet, er der en vedholdende tro på, at har vi blot tilstrækkeligt med oplysninger om patienten, så kan vi beskrive den enkeltes sygdomsprofil og skræddersy en designet behandling derefter. Derfor denne hæsblæsende jagt efter sundhedsdata.

Selv om vi i de sidste mange år har haft ret detaljerede data og viden om sygdomsspektret i både familier og befolkningsgrupper, er vi ikke blevet meget bedre til at nedbringe morbiditeten i disse populationer. Så en afdækning af den enkelte patients sygdomsgenom vil blot kunne bruges til yderligere at afsløre detaljeret viden om de i forvejen genetisk tungt belastede familier. Det vil ikke i sig selv forbedre vores muligheder for at hjælpe disse socialt og genetisk belastede mennesker. //





Rethinking medicine

Sundhedsvæsenet i både England og Danmark er under ombygning, og ikke kun til det bedre, så der er ingen vej udenom: Vi skal gentænke medicin. Jeg har været til DSAM's årsmøde for at blive inspireret.

Martin Marshall, der er kommende formand for den engelske pendant til DSAM, Royal College of General Practitioners, var keynotespeaker ved DSAM's årsmøde. Han talte som et vandfald, da han besteg scenen, men med tydelig diktion, så alle kunne følge med.

Marshall's hovedbudskab var, at vi som almenmedicinere har en forpligtigelse til at påtage os en ledende rolle i skabelsen af et velfungerende sundhedsvæsen, eller udtrykt fra scenen: GPs change society!

Apparat-fejl-modellen er mangelfuld

Pointen er, at apparat-fejl-modellen er mangelfuld og ikke honorerer borgernes og samfundets behov. Den medicinske model har forført politikere og beslutningstagere i hele verden. Den er dyr og har negative konsekvenser for befolkningen som helhed og dem, der bliver patienter – man fristes til at sige ofrene. Det er barske ord, men Marshall anbefalede, at alle læger mindst én gang årligt læste Ivan Illich's "Limits to Medicine", der åbner med følgende provokerende udsagn: *"The medical establishment has become a major threat to health!"*

Men hvad så? Har vi forspildt vores liv ved at blive alment praktiserende læger? Næppe, måske tværtimod! Men vi skal arbejde med vores rolle og kende den medicinske models begrænsninger. Alternativet – eller supplementet – hedder den sociale model.

Marshall beskrev de sociale determinanter for helbre-

det – altså med hvilken vægt forskellige faktorer i livet påvirker vores helbred. Kun 11 pct. kan tilskrives "medical care" – lægelig behandling. Langt det meste skyldes andre faktorer: 21 pct. er genetik og biologi; 7 pct. afgøres af miljøet; 23 pct. af de sociale omstændigheder og 38 pct. af vores individuelle adfærd eller det, der med et uheldigt ord kaldes livsstil (præmisserne for disse afgrænsninger kan ses i detaljer på: https://en.wikipedia.org/wiki/Social_determinants_of_health).

Betydningen af relation og kontinuitet er afgørende

Martin Marshall havde et eksempel med fra sin egen praksis:

Muhammed er en 39-årig overvægtig familiefar med type 2-diabetes. Han har en stor familie, men en lille lejlighed i Østlondon. Hans eneste frirum er den lokale Fried Chicken Shop, hvor han tit mødes med vennerne og spiser.

Det første år af deres bekendtskab mødte Muhammed op for at få behandling af sin sukkersyge og henvisning til et diabetescenter. Der skete ikke meget, andet end måling af vægt og blodsukker – let stigende må man formode.

Men med den tillid, som relationen og kontinuiteten gav rum for, havde Marshall et værktøj, der kunne bruges: "Social prescribing". En lokal forankret mulighed for at facilitere sociale forandringer med en "recept" på f.eks. juridisk vejledning, social bistand, diætist og motionscenter.

I Muhammeds tilfælde fik familien hjælp til efter seks



måneder at flytte til en større lejlighed med et ordentligt køkken. Muhammed fik hjælp til fornuftigt indkøb og madlavning, og han accepterede et motionsprogram. Det var tiltag, der langsomt, men sikkert, signifikant forbedrede hans helbredstilstand og trivsel.

Lægen som facilitator for nødvendige ændringer

Det, Marshall udnyttede, var, at lægerollens troværdighed kunne facilitere nødvendige ændringer i patientens liv. Marshall mener generelt, at praktiserende læger, GPs, er i en unik position til at skelne, hvor medicinmodellen er værdifuld, og hvor den er skadelig. Vi almenmedicinere gør – når vi er bedst – tingene på en anden måde (end det øvrige sundhedsvæsen):

- Vi undgår overdiagnostisering og -behandling. I Italien taler man om "slow medicine" og på Island om "less is more".
- Vi inddrager de sociale determinanter for helbred og har en holistisk tilgang.
- Vi kan benytte "social prescribing" som i Muhammeds tilfælde. Det er ikke formaliseret i Danmark. Men med den lokale forankring, vi har, og muligheden for dialog med kommuner og regioner er det noget, der arbejdes med i praksis mange steder. Måske er det et punkt, PLO kan tage med til overenskomstforhandlingerne i 2021?
- Vi benytter i vid udstrækning personcentreret medicin og "shared decision making". Det er en tilgang i dialogen, der beskriver både fordele, ulemper og alternativer til en behandling, så patienten kan beslutte, hvad der er det rette for ham/hende (personcentreret kommunikation i kombination med evidensbaseret medicin).
- Vi kan bidrage til sunde vilkår i lokalsamfundet ved at være i dialog med politikere, skoler og institutioner og ved at kende mulighederne for genoptræning, fritidsaktiviteter og diverse sociale tilbud.
- Vi bidrager til forbedring af sundhedsvæsenet ved at

være med, hvor planlægning og beslutninger sker. Det forudsætter også, at vi legitimerer en karriere for almenmedicinere som ledere. Den almenmedicinske uddannelse bør indeholde fleksibilitet og mange karrieremuligheder.

- Vi ændrer menneskers måde at tænke sundhed på. Det sker i konsultationen såvel som i dialog med f.eks. medier og patientorganisationer.

Lov til at gøre tingene anderledes

I dansk sammenhæng oplever denne skribent, at vi skubbes i en forkert retning med Styrelsen for Patientsikkerheds risikobaserede tilsyn, nationale kliniske retningslinjer, misvisende kvalitetsindikatorer og overenskomstens kronikerforløb. Det er tiltag, der alle fokuserer på diagnoser frem for den individuelle behandling af det hele menneske. Så Marshall har en vigtig pointe:

Den store opgave nu og fremover er at skabe plads til, at praktiserende læger kan/må gøre tingene anderledes.

Forudsætningen for at kunne gøre tingene anderledes – f.eks. i stor skala udbrede "shared decision making" og "social prescribing" – er, at der kommer flere almenmedicinere, praksispersonale og lokale "non-medical teams".

Martin Marshall opfordrede til, at almenmedicinere i højere grad skal flytte fokus fra det individuelle til det samfundsmæssige og påtage sig opgaven at ændre samfundet. Han påpegede, at det er vigtigt, at praktiserende læger initierer eller er med fra starten i en sådan proces. Det går ikke at overlade det til regionale eller kommunale initiativer, som praktiserende læger så skal træde ind; al erfaring viser, at det er en dødssejler.

Han konkluderede, at almen medicin har et exceptionelt potentiale til at forbedre befolkningens og lokalsamfundenes helbredstilstand og trivsel. Altså med andre ord, at almenmedicineren i *"the medical establishment becomes a major contributor to health"*. //



Kvalitet med mening

– erfaringer fra klyngearbejdet

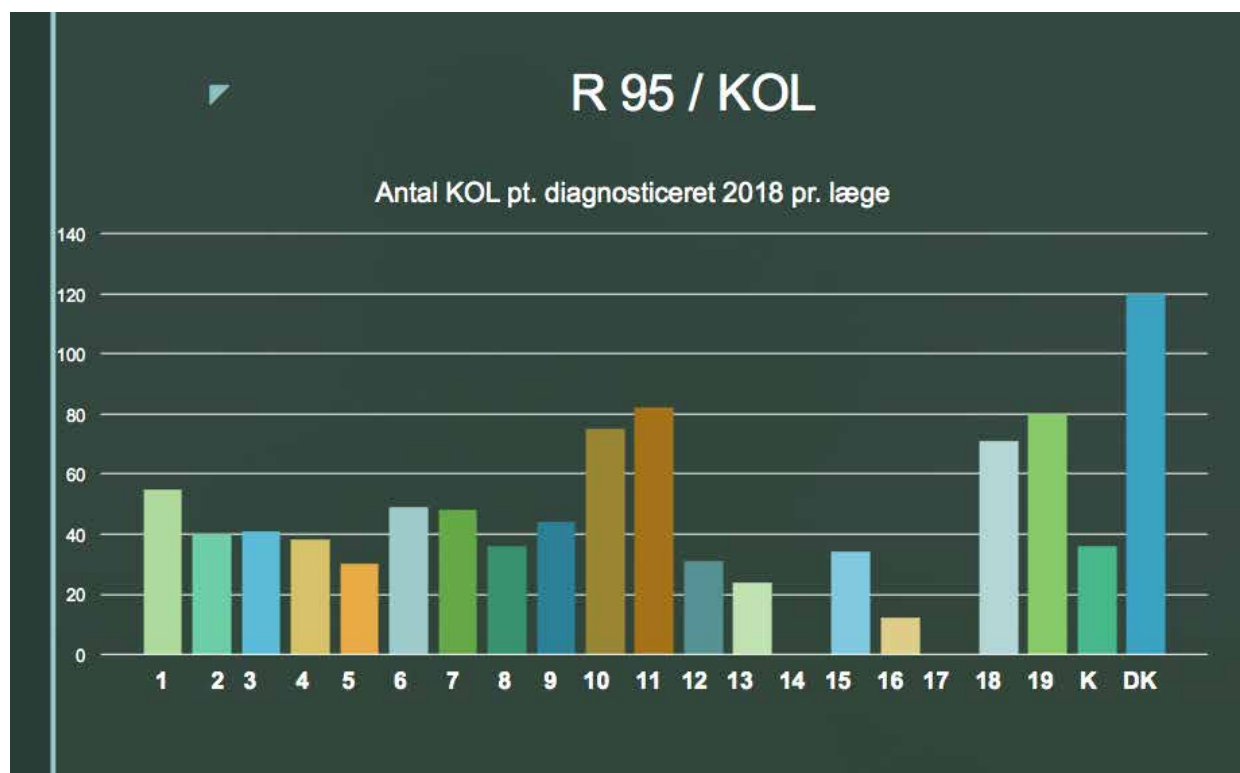
I min egenskab af klyngekoordinator i Køge var det et oplagt valg for mig for at vælge sessionen med Lise Dyhr og Bolette Friderichsen. Et af hovedspørgsmålene var: Hvordan fastholder vi den gode energi i klyngearbejdet, og hvordan måler vi kvalitet? Fordi kvalitet i almen prak-

sis er en udfordrende størrelse. Men hvad er god kvalitet? Og hvordan kan vi give god kvalitet til vores patienter i en travl praksishverdag?

Danmark rundt i klyngerne

I dag er 97 pct. af alle praktiserende læger organiseret i 113 klynger. Det

er langt over det forventede niveau. Klyngesamarbejdet har nu eksisteret i halvandet år, og de enkelte klynger griber arbejdet meget forskelligt an og disponerer i princippet frit indenfor de otte nationale mål. Det giver stor motivation og engagement, som jeg også mærker i vores klynge.



Figur 1: Eksempel fra Køgeklyngen: Antal KOL-patienter diagnosticeret i 2018 pr. læge i 19 klinikker, gennemsnit for Klyngen (K) og forventet på landsplan (DK).

Tre forskellige klynger fremlagde eksempler på deres måde at arbejde på:

Mariager Fjord-klyngen har organiseret sig i en stor kommuneklynge med 35 læger og har bl.a. arbejdet praksisnært med smertebehandling ud fra en klyngepakke under KAP-N. Deres erfaring er, at særligt tryk i klyngen er en væsentlig faktor for succesfuldt klyngearbejde. De havde en ekstern oplægsholder, cases, gruppearbejde og ordiprax-data med opfølgning om et år.

Nørrebro-klyngen består af 54 læger. Her har de valgt at dele sig op i fire mindre grupper med differentierede arbejdsområder. De formidler viden internt i klyngen på fællesmøder fire gange årligt og tager derudfra fælles beslutninger. Arbejdet har resulteret i en kommunalpjece til vuggestuer og børnehaver om behandling af conjunctivitis.

Vestegnens klynge består af 44

læger. De arbejder på regionalt plan ud fra en rammeaftale vedr. hba1c. og ud fra visninger af, hvor mange af disse ydelser hver enkelt læge har lavet.

Struktur og mening

Fælles for alle klyngerne var, at de oplevede arbejdet meningsfuldt og brugbart i det daglige kliniske arbejde. De-

der er lettilgængelige klyngepakker: "keep it simple".

Simple grafiske visninger fra de enkelte klyngemedlemmer over f.eks. ydelser, medicinforbrug, indlæggelser og speciallægehenvisninger er gode værktøjer til kvalitetsforbedring (se Figur 1 og 2), som giver mulighed for opfølgning.

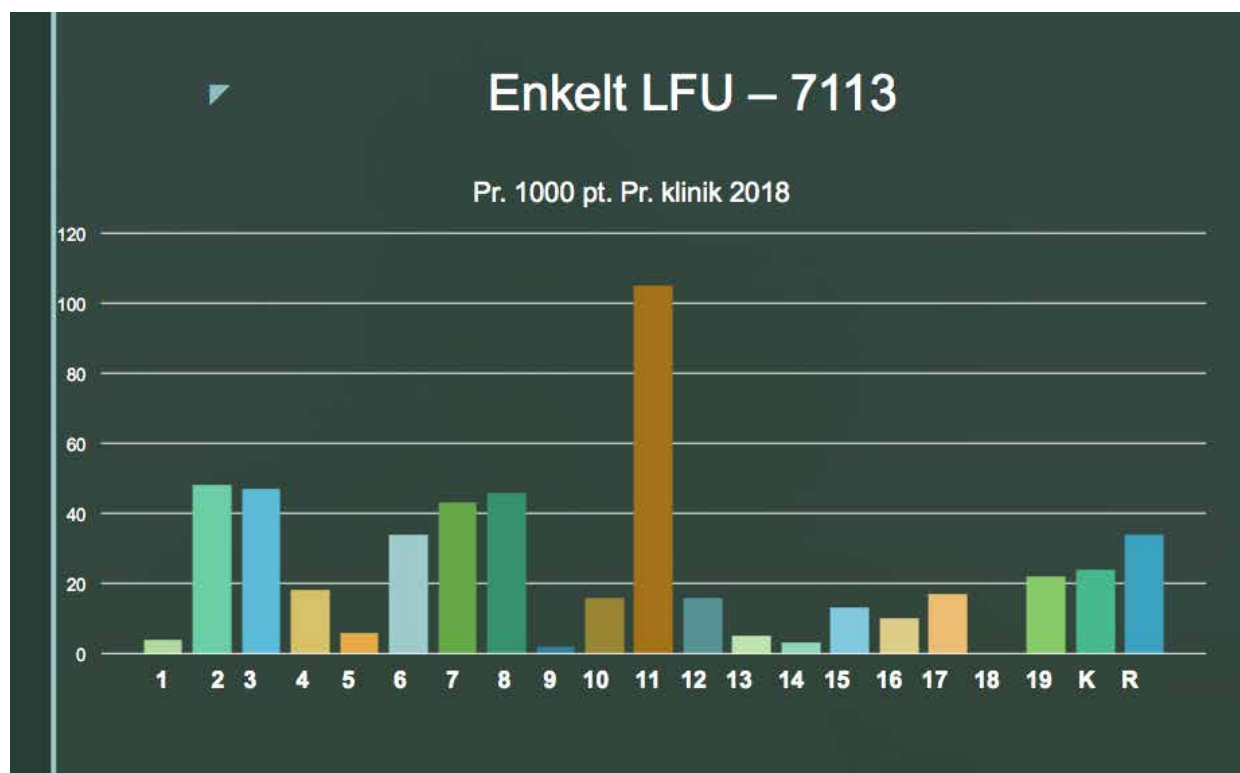
Andre væsentlige elementer er god tilrettelæggelse af klyngearbejdet, struktur, at det giver mening, og at der er lettilgængelige klyngepakker: "keep it simple".

res og min erfaring er, at særligt tryk og solidaritetsfølelsen i klyngen er en væsentlig faktor for succesfuldt klyngearbejde.

Andre væsentlige elementer er god tilrettelæggelse af klyngearbejdet, struktur, at det giver mening, og at

Netop det, at vi sætter os et mål, og at vi følger op på, om målet nås, er helt essentielt i kvalitetsarbejdet. Det kunne alle tilstedeværende klyngekoordinatorer nikke genkendende til.

Det er kvalitet med mening - og det, jeg tog med mig hjem. //



Figur 2: Eksempel fra Høgehlyngen: Antal gennemførte LFU pr. 1000 patienter pr. klinik i 2018, opgjort for 19 klinikker, for Klyngen (K) og for Regionen (R).



Hold fast i arbejdsglæden

På et forrygende godt årsmøde havde undertegnede kortvarigt fornøjelsen af at være Practicus' udsendte medarbejder på sessionen "Hold fast i arbejdsglæden".

Vi ved fra en undersøgelse publiceret i 2016, at praktiserende lægers arbejdsmiljø er hårdt presset. Lægeforeningen, PLO og DSAM har derfor taget forskellige initiativer i mange sammenhænge, så lægen igen får lettere ved at være en glad og tilfreds læge. Ét af initiativerne er PLO's hjælp til stressramte læger. Praktiserende læge Søren Olsson og erhvervspsykolog Berit Sander hjælper stressramte læger, og de stod for dagens session.

Sådan udvikler man stress

Berit Sander peger overordnet på tre vigtige faktorer for udvikling af stress i vores sektor: kompleksiteten i arbejdet, lægens persontype og relationerne, som er knyttet til

arbejdet. Alle kan rammes, men involverede, ambitiøse, dygtige og udholdende personer er måske mere udsatte. Persontyper med lav "flertydighedstolerance", dvs. persontyper, som har svært ved at håndtere usikkerhed eller uforudsigelighed, eller som har vanskeligt ved at lukke af for forstyrrelser, rammes nok lettere.

Hvis man har en lav flertydighedstolerance, så er der større risiko for, at ens ageren i verden bliver domineret af et stort behov for tryghed, struktur og genkendelighed, og man vil forsøge at undgå det ukendte eller tvetydige. Problemet i vores samtid er, at der er tale om en kultur, som i massiv grad understøtter og fordrer en høj flertydighedstolerance og overvægt af den i mennesket iboende bevægelse i retning af det nye og ukendte. Og det giver problemer.

Som udgangspunkt er stress ikke en sygdom, men en naturlig reaktion på ubalancer i arbejdsliv og privatliv.

Problemet i vores samtid er, at der er tale om en kultur, som i massiv grad understøtter og fordrer en høj flertydighedstolerance og overvægt af den i mennesket iboende bevægelse i retning af det nye og ukendte. Og det giver problemer.

Visse faktorer øger belastningen på lægen:

- Følelsesmæssige krav
- Trusler, f.eks. om tilsyn eller klager fra patienter
- Lav belønning
- Få handlemuligheder
- Intensitet i arbejdet
- Lav grad af lystbetonet arbejde
- Høje krav
- Lav indflydelse
- Lav opgaveklarhed.

Årsmødet gav stof
til eftertanke.
Foto: Rene Jeppesen



Visse faktorer øger lægens modstandsdygtighed over for belastninger:

- Høj grad af meningsfuldhed og engagement i arbejdet
- Følelsesmæssig, praktisk og kollegial støtte
- Gode relationer i tilknytning til arbejdspladsen
- Atmosfæren på arbejdspladsen
- Jobsikkerhed
- Mulighed for italesættelse af arbejdsrisiko i forhold til klager i tillidsfulde relationer
- Klare færdselsregler/spilleregler i klinikken og måden, man følger disse regler på.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at en for høj tilpasning til eller tillært modstandsdygtighed over for belastninger rummer risikoen for, at man kan udsætte og udskyde nødvendige handlinger, der kan reducere belastninger i vores fag.

Tegn på stress

Vi trænes i at genkende tegn på stress hver dag hos vore patienter.

Berit Sander fremhæver symptomet søvnbesvær. Her-til kommer en række fysiske, psykiske og adfærdsmæssige ændringer, som vi kender fra dagligdagen med patienterne, os selv og skønlitteraturen (hvis nogen stadig har tid til at læse den!).

Hvad gør vi, hvis vi rammes af stress?

Prioriter, bed om hjælp, sig nej, sig pyt, sæt tempoet ned, sørg for pauser, sørg for ro, søg lystfyldte arbejdsopgaver, motioner, mediter, reflekter.

Der er stigende evidens for effekt af meditation. Bare lidt er bedre end ingenting. 2-3 min dagligt. Kan gøres overalt. Find ro i kroppen, ret opmærksomheden mod den ydre verden og træk vejret, mens du tæller til 10 og starter forfra, hver gang du når til 10. Forstyrrende tanker guides venligt bort, når de dukker op.

Er du ramt og vil gerne tilbage?

Vent med nogle opgaver, trap op og vend tilbage på en styret måde under trykke rammer. //



Session om selvmåling og monitorering

I vores moderne tid med store teknologiske fremskridt og billig teknologi er det oplagt at undersøge mulighederne for at anvende metoder til selvmåling og selvmonitorering som et led i behandlingen.

Dette kunne potentielt føre til en mere effektiv anvendelse af sundhedskroner, bedre behandlingskvalitet og

praktisk serviceforbedring for patienterne. Det er noget, som er værd at tilstræbe i et sundhedsvæsen, som er tiltagende presset af et stigende antal behandlingskrævende patienter.

Men teknologien kan også være en faldgrube med øget rapportering af ligegyldige observationer, som kan medføre overdiagnostik og overbehandling.

I sessionen blev vi introduceret til forskellige metoder til selvmonitorering. De mest tilgængelige værktøjer er mobiltelefon og smartwatches. Der findes efterhånden et bredt udvalg af sundhedsapps, som enten opsamler data automatisk eller ved indtastning. Data kan f.eks. være vægt, EKG og aktivitetsmåling.

En livsstilsapp kaldet LIVA, som er blevet implementeret i flere kommuner i Danmark og udvalgte områder af England, blev fremvist som smagsprøve på, hvad fremtiden kan bringe. I denne app kommunikerer man med sin personlige helbredsrådgiver i kommunalt regi. Disse data kan i nærmeste fremtid også tilgås via praksissystemerne.

LIVA er også blevet indført i min kommune, Ballerup, hvor jeg dog primært har opfattet den som en spareøvelse, da den personlige rådgivning nu foregår over appen i stedet for en fysisk konsultation.

Efter min overbevisning skal teknologien primært indføres for at bedre sundhed, og en eventuel besparelse må være en sekundær gevinst.

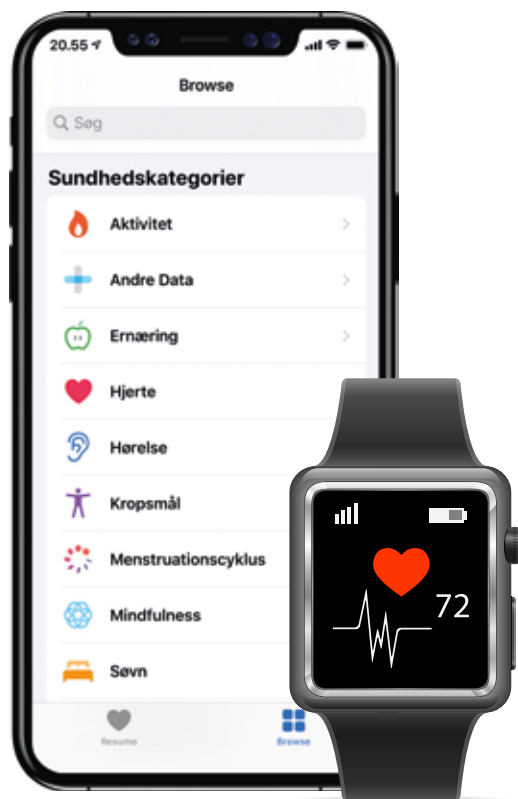
Appen har også vist sig vanskelig at bruge for de tungere sociale klasser, hvilket leder til en anden bekymring om selvmåling. Der skal være en forståelse hos patienten af selve måleprocessen, f.eks. at hvile inden blodtryksmåling er en forudsætning for brugbare data.

De foreløbige studier har haft svært ved at vise en effekt på sundheden. Forsøg med telemedicin til behandling af diabetespatienter med fodsår har ligefrem vist en skadelig effekt af den telemedicinske løsning.

Efter dagens session er jeg personligt stadig ikke helt overbevist om fortræffeligheden. Jeg tror, der er meget potentiale, men hvis det skal gavne, skal teknologien indføres med omtanke og så vidt muligt evidensbaseret. //

OPLÆGSHOLDERE PÅ SESSIONEN

1. Carl J. Brandt, praktiserende læge, ph.d., Syddansk Universitet
2. Stefan Rahr Wagner, lektor, Institut for Ingeniørvidenskab, Aarhus Universitet.





Årsmødesang

Lene Maria Ørts Clemmensen har stor erfaring fra medicinerrevyen på Aarhus Universitet, når det kommer til sangunderholdning. På egen opfordring skrev hun en sang til aftenens festmiddag under årsmødet i Kolding.

Mel. Heal the World

Vers:

I ethvert lotteri er der altid nitter i,
du skal væk, og din Storby-boble brister!
Dit caféliv er dødt, dit familieliv er født,
du må finde en mødregrup' i Thisted!
En lille vovhund
og et dejligt samtalekøkken.
Du lærer nye sprog
og får en jydekrog.

Omkvæd:

*Tag af sted – og tag din partner med
et liv i provinsen er fyldt med kærlighed,
der er endorfiner i selv en solopraksis,
du kommer aldrig væk fra landet igen.*

Vers:

Til din test var du bedst, så din HU bliver en fest
i en kø, bag en traktor øst for Viborg.
Du er for-vagt igen og lær' aldrig nogen at kend',
med dit held, får du julevagt i Køge.
Du er, Wonder Woman
for i praksis bringer du lykke.
Alle vil ha' din krop,
det holder aldrig op.

Omkvæd:

Tag af sted

B-stk:

For i Hjørring har de stavgangsstave til de rå,
og i Thisted kan du surfe rundt på bølgen blå,
i Rønne kan man få Krøllebølle til de små,
men det er lige meget, om du har fiskegrej:
Esbjerg rocks!

Vers:

PLO, Praksis Plus og et kæmpemæssigt hus
går i Gant, elsker kaviar og pagne.
Håret gråt og lidt småt, men din praksis kører godt,
din vikar elsker vandkant og bananer.
En hurtig handel,
du og fru'en drager til syden.
Et liv i "rynkeby",
du elsker "skattely".

Omkvæd:

*Tag af sted x flere
Der er endorfiner x flere*





Af: Anne Beiter Arreskov, ph.d.-studerende og HU-læge i almen medicin.
Forskningsenheden for Almen Praksis i København, anne.arreskov@sund.ku.dk



Hvad er egentlig det EGENTLIGE?

En helt almindelig dag i almen praksis

På DSAM's årsmøde præsenterede jeg mit ph.d.-projekt på fem minutter til Ph.d.-cuppen, hvor i alt fire spændende forskningsprojekter blev fremført. Det var både lærerigt og et stort privilegium at få lov til at tale for så mange praktiserende læger, og jeg er meget taknemmelig for anerkendelsen både af projektets kliniske relevans og formidling.

Det er en helt almindelig dag i almen praksis. En ældre dame, Anna, kommer og sætter sig i et fyldt venteværelse. Hun har en tid hos dig i dag – og det er meget godt, for Anna er egentlig lidt bekymret.

Du sidder i din konsultation, er 10 minutter forsinket og forsøger at danne dig overblik over næste patient, Anna. Du har kendt hende i mange år. Hun afsluttede primær kræftbehandling for c. mammae uden spredning for tre år siden, og i dag kommer hun til en helt almindelig årskontrol for diabetes. Egentlig ret konkret, tænker du.

HVAD?

Mit ph.d.-projekt handler om patienter som Anna. Formålet med projektet er at undersøge prioriteringer og perspektiver, når patienten har kronisk sygdom og en historie med kræft – set fra både patientens og lægens synsvinkel.

HVORFOR?

Grunden til, at det er vigtigt at fokusere på dette emne, er, at vi er blevet gode til både at diagnosticere og behandle



Anne Beiter Arreskov
med vinderpokalen.
Foto: Jonas Fynboe Ebert

kræft, og det derfor ikke nødvendigvis vil være kræftsygdommen, der er patienternes største trussel – men det er måske de kroniske sygdomme.

For spørgsmålet er, om vi egentlig får husket dem?

Tidligere forskning viser, at det kan være svært for praktiserende læger at holde kontakten til patienten, når patienten får kræft. Og i tråd med det viser tidligere forskning også, at de kroniske sygdomme bliver nedprioriteret – også efter endt kræftbehandling.

Men! Da det jo er praktiserende læger - selvfølgelig i samspil med patienterne - der har ansvaret for kontrol og behandling af de kroniske sygdomme, også når patienten får kræft, så har netop dette emne høj klinisk relevans.

HVORDAN?

Man må tale med folk for at forstå dem, sagde den engelske, praktiserende læge Ian Mcwhinney, også kaldet "almen medicins far". Med afsæt i hans budskab, og fordi kvalitative metoder er gode til at belyse perspektiver og erfaringer, har jeg bl.a. udført semi-strukturerede kvalitative interviews.

Jeg har interviewet 15 patienter som Anna, der alle havde afsluttet primær kræftbehandling for forskellige kræftformer uden metastaser. Derudover var alle patienterne diagnosticeret med kroniske sygdomme som diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom og hjertekarsygdom, før de fik kræft. For også at undersøge lægernes perspektiv har jeg interviewet patienternes praktiserende læge. Både patient- og lægeinterviewene er blevet analyseret med den kvalitative metode "systematisk tekstkondensering".

For at undersøge interaktionen mellem lægen og patienten videooptog jeg planlagte kroniske kontroller i almen praksis. Videoerne er blevet analyseret med konversationsanalyse, som er en interaktionel, mikro-analytisk metode, der ofte anvendes til at analysere strukturer og mønstre i samtaler, herunder læge-patient samtaler.

RESULTATER

Fra mine interviews har jeg fundet, at de patienter og læger, der deltog i projektet, alle gav udtryk for, at de prioriterer de kroniske kontroller højt – og faktisk stort set uafhængigt af en kræftsygdom.

Patienterne, jeg interviewede, gav udtryk for, at de værdsætter, at lægerne holder snor i dem – også fordi de ofte har brug for at drøfte bekymringer, som ikke kun relaterer sig til de kroniske sygdomme og kræftsygdommen. Lige præcis derfor, er det rart at besøge lægen regelmæssigt.

Da jeg analyserede interviewene fra lægerne, blev jeg overrasket over, hvor forskelligt de deltagende praktiserende læger beskrev deres tilgang til de kroniske kontroller.

Nogle læger beskrev, at de betragter de kroniske kontroller som et slags "udskudt ambulatorium", hvor de selv sætter en fast, klar og tydelig agenda i starten af konsultationen. I modsætning hertil beskrev andre læger, at de også i denne form for konsultation har en mere fleksibel struktur, fordi det var deres erfaring, at netop disse planlagte kontroller bliver benyttet af patienterne til at drøfte andre emner, f.eks. bekymringer, som ellers kan være svære at få talt om.

Med afsæt i lægernes forskellige tilgange til de kroniske kontroller har jeg undersøgt, hvordan lægerne håndterer det, når patienten giver udtryk for bekymring i løbet af en kronisk kontrol, som jo typisk er en konsultation, der inkluderer skabeloner og guidelines.

I størstedelen af videoerne fandt jeg, at patientens bidrag, f.eks. i form af en bekymring, ofte blev overhørt, afbrudt eller kun ganske overfladisk belyst af lægen, alt imens lægerne på forskellig vis henviste til, at dagens konsultation jo måtte fokusere på det EGENTLIGE – og det kunne så f.eks. være blodprøvesvar eller medicingennemgang,

KONKLUSION

Det, som jeg kan konkludere på baggrund af min forskning, er, at danske praktiserende læger gør det godt.

Der bliver gjort en stor indsats for at "holde snor i patienterne" og for at prioritere de kroniske kontroller – også når patienten får kræft. Og patienterne giver udtryk for, at de værdsætter denne indsats.

Det, som jeg også kan konkludere, er, at lægens opmærksomhed på patienten forstyrres i konsultationer med skabeloner og guidelines – som f.eks. typisk inkluderes i kroniske kontroller.

Det betyder, at vi skal være særligt bevidste om og opmærksomme på, at når vi fokuserer på det, som i guidelines beskrives som det EGENTLIGE, så vil der være en risiko for, at vi overhører det, der f.eks. er Annas EGENTLIGE bekymringer.

For hvad er egentlig det EGENTLIGE? //

Er du interesseret i at høre mere om projektet eller læse de foreløbige artikler, kan du kontakte forfatteren.



Yngre læge med stort drive modtager DSAM's talentpris

Unguddannelseslæge, yderst aktiv i DSAM's FYAM-udvalg, med stor kærlighed til faget, og en af hovedkræfterne bag planlægningen af prækongressen til Nordisk Kongres for Almen Medicin 2019. Det er baggrunden for, at 30-årige Anne Mette Torp modtog DSAM's talentpris ved årsmødet i Kolding den 4. oktober 2019. En pris, som hun er meget glad for.

"Da jeg sagde ja til at arrangere Nordisk prækongres, skyldtes det, at man manglede en jyde til at stå for projektet. Jeg tænkte, det ikke kunne være rigtigt, at vi skulle have FYAM'er helt fra København til at lave en prækongres i Aalborg. Så det var et forsvar af Region Midtjylland og Region Nordjylland, da jeg svarede: "Selvfølgelig kan vi klare det!" Og det gjorde vi, med god hjælp fra en masse skønne københavnere," siger Anne Mette Torp.

Opgaven er løst ekstraordinært flot og forbilledligt, ifølge Anders Beich, formand for DSAM.

"Anne Mette Torp har et stort talent for at skabe kontakter og åbne døre, så prækongressen – for et meget beskedent budget – blev både spændende og med gode muligheder for at netværke. Hendes store bidrag har skabt øget interesse for faget, bl.a. ved at skabe gode relationer med de loka-

le medicinstuderende (SAMS'er) – og måske har hun herigennem rekrutteret flere kollegaer."

Anne Mette Torp glæder sig over prisen.

"Talent kan jo være mange ting. Jeg tror bare, jeg har et "drive" til at engagere mig i mit fag. Det gør mig meget, meget glad. For mig betyder prisen, at det er i orden at sige ja til

noget, der koster tid og kræfter, også når det ikke umiddelbart lønner sig i kroner og ører, så kan det lønne sig på anden vis. Jeg håber, at prisen vil holde liv i mit "drive" til at engagere mig i mit fag," siger Anne Mette Torp.

Prisen gives til en person, der ved en ekstraordinær indsats har medvirket til at profilere selskabet eller standen. Med prisen følger 10.000 kr. //



FAKTA OM PRISVINDEREN

Anne Mette Torp er netop startet i hospitalsblokken i sin hoveduddannelse og har stampraksis hos Lægerne Valdemarsgade i Århus. Hun er 30 år, gift med Ole, der er lungemediciner, og har sønnen Laurits på knapt et år.



Almen medicin

– hvad er det nu lige, det hedder på engelsk?

Indledning

Når vi bruger engelsk, skal vi bruge det korrekt. Det gælder ikke mindst navnene på lægelige specialer som f.eks. almen medicin. Ordret oversat bliver det på engelsk til 'general medicine'. Men 'general medicine' er synonymt med 'internal medicine', som på dansk er navnet specialet intern medicin. Almen medicin skal oversættes, så det giver den samme mening på engelsk som på dansk. Derfor skal almen medicin oversættes til 'general practice', 'family practice' eller 'family medicine'.

Baggrund

Da den første Nordiske Kongres i Almen Medicin blev afholdt i København i 1979, var det vigtigt, at alle indlæg blev afholdt på 'nordisk'. Som årene er gået, er det blevet klart, at vi ikke kan holde fast ved det krav. Da vi samtidig gerne vil udbrede kendskabet til 'nordisk almen medicin', blev det nødvendigt at indføre engelsk som kongressprog.

Vi har lige haft en vellykket kongres i almen medicin i Aalborg. Alt foregik på engelsk – ja, næsten, for det er meget varierende "engelsk", der bliver talt –

nogen vil kalde det 'd-engelsk' eller 'n-engelsk' for at markere, at nationalsproget slår tydeligt igennem. Det er imponerende at opleve de unge almenmedicinere, som præsenterer deres indlæg på et nydeligt engelsk.

Uddybning

Når vi har valgt, at engelsk skal være kongressproget, så må vi bruge det korrekt. Det duer ikke, at vores nordiske sprog bliver oversat til 'meningsforstyrrende' engelsk. På kongressen præsenterede flere sig som 'specialist in general medicine', som for en englænder betyder 'specialist i intern medicin'. Når vi oversætter 'almen medicin' til engelsk, skal det beholde sin mening. Vi kan ikke oversætte ordene og tro, at de har samme betydning, som ordet havde på dansk. Man skal sikre sig, at den engelske oversættel-

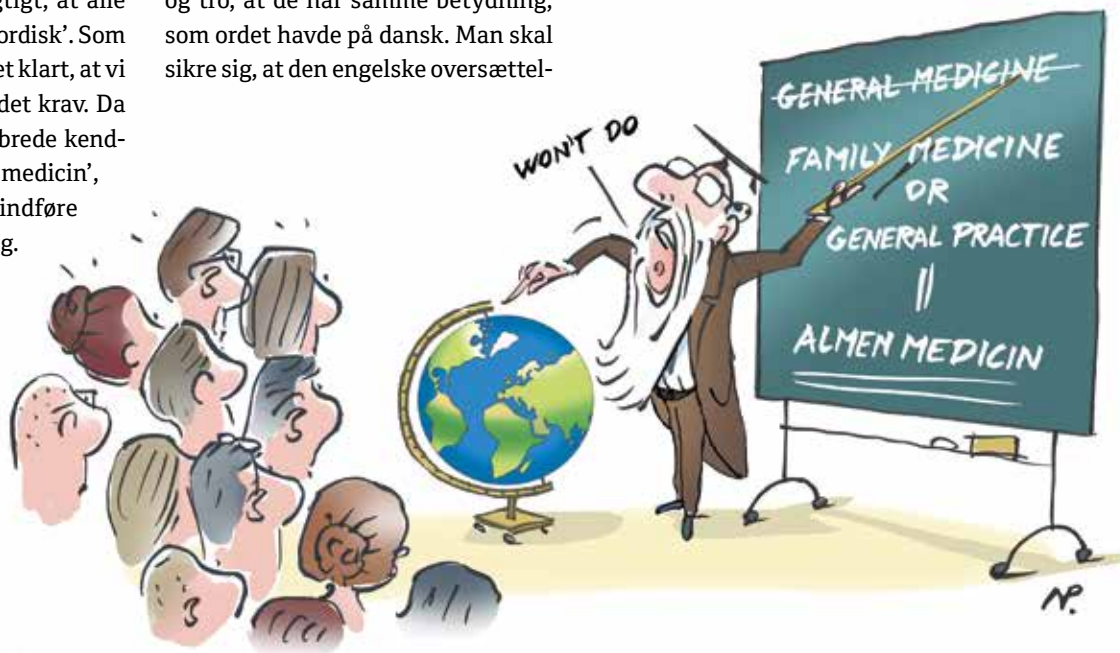
se også betyder 'almen medicin' for en englænder.

I WONCAs: "Dictionary of General/Family Practice" kan man læse, at 'general practice' er synonymt med 'family medicine': "An academic and scientific discipline, with its own educational content, research, evidence base and clinical activity, and a clinical speciality oriented to primary care." Det er almen medicin på engelsk.

Konklusion

Almen medicin – på dansk, norsk, svensk, finsk eller islandsk – hedder på engelsk 'family medicine' eller 'general practice'.

Økonomiske interesser: Ingen //





Friederichs Mindelegat går til forsker fra Norge

Hvert andet år, gerne i forbindelse med Nordisk Kongres for Almen Medicin, uddeles Friederichs Mindelegats Nordiske Pris på 100.000 kroner til en almenmedicinsk forsker, som har udmærket sig i en nordisk kontekst. I juni i år var det 15. gang, at prisen blev uddelt, og den gik til professor, dr.med. Guri Rørtveit fra Norge. Legatet blev motiveret og overrakt af professor Susanne Reventlow og professor Jens Søndergaard fra forskningsenhederne for almen praksis i hhv. København og Odense.

Guri Rørtveit er leder af Institutt for Global Helse og Samfunnsmedisin ved Universitetet i Bergen. Hendes største forskningsmæssige interesser er infektionssygdomme og kvinders helbred. Derudover har hun siden 2007 arbejdet på at skabe et landsdækkende, praksisbaseret forskningsnetværk i Norge, PraksisNett, som er en infrastruktur, der gør det nemmere for forskere at rekruttere patienter til forskningsprojekter og giver læger mulighed for at deltage i forskning. Netværket modtog 65 mio. norske kroner i 2007 og bygger på solidt samarbejde med forskere i England, Holland og Canada. Jens Søndergaard var klar i

målet, da han i sin motivering kom ind på netværket: "Jeg synes, det er virkelig fantastisk, hvad du har gjort dér!"

Bred forskningsportefølje og rollemodel

Roserne var i øvrigt mange i motiveringen. Jens Søndergaard fortalte bl.a.: "Du har en meget bred forskningsportefølje af fremragende kvalitet og høj relevans!" Og Susanne Reventlow pointerede: "Du er også en rollemodel i dit ledelses- og organisatoriske arbejde. Det var under dit lederskab, at Forskningsenheden for Almen Praksis i Bergen blev en internationalt anerkendt akademisk enhed." Guri Rørtveits hverv og medlemsskaber af bl.a. Norges Forskningsråd blev også nævnt. Jens Søndergaard rundede motiveringen af med ordene: "Så Guri, jeg tror, alle forstår, at du virkelig fortjener Magda og Svend Aage Friederichs Mindelegat 2019. Tillykke!"

Forskerhjertet banker for almen praksis

Guri Rørtveit, som derefter fik ordet, fortalte: "Drivkraften for mig er troen på, at kvalitet i primærsektoren er fundamentet for et velfungerende sundhedssystem. (...) Og for at opnå kvalitet i primærsektoren er forskningen også nødt til at være af høj kvalitet!" Det er afgørende for Guri Rørtveit, at forskningen er relevant for almen praksis. Som et eksempel beskrev hun et nyligt alvorligt udbrud af kampilobakter i en kommune i Norge. Der blev etableret et samarbejde mellem forskere og medarbejdere i det primære sundhedsvæsen. "Heltene i historien er dem, der er ansat i det primære sundhedsvæsen i denne kommune. De passer på befolkningen på et meget, meget udfordrende tidspunkt. Og de skaber forskningsbaseret viden, som kan støtte arbejdet fremover."

Guri Rørtveits blev tildelt prisen både for sit hidtidige arbejde og i forventningen om fremtidig almenmedicinsk forskning. //



Prismodtager Guri Rørtveit flankeret af Niels Bentzen, Jens Søndergaard og Susanne Reventlow.



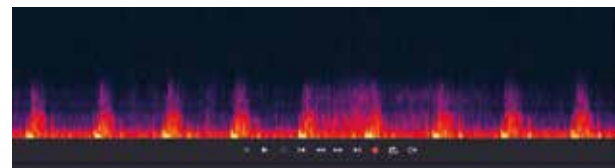
Chest auscultation in future general practice

Ved årets nordiske kongress var det flere innslag som promoVerte ultralyd i allmennmedisinsk diagnostikk, men én workshop dreide seg om det gode gamle stetoskopet, og hva lunge- og hjerterauskultasjon kan utvikle seg til å bli. Det var allmennmedisinsk forskningsenhet i Tromsø som arrangerte en workshop med erfaringer fra Tromsøundersøkelsen, der det ble tatt opp lungelyder fra over 6.000 deltakere, som også var til spirometri, og hjertelyder fra ca. 2.200, som fikk gjort ekkokardiografi. Tromsøundersøkelsen skulle gi svar på diagnostisk nytte av pipe- og knatrelyder med henblikk på KOLS og kronisk hjertesvikt og av hjertebilyder for klaffefeil. Så langt er det funnet en prevalens av knatrelyder i befolkningen over 40 år på litt under 15 pct. og av pipelyder noe under 20 pct. Forekomst av knatrelyder øker betydelig med alderen og er sterkere assosiert med kols enn med hjertesvikt. Analysen av hjertebilydenes diagnostiske betydning er ikke avsluttet.

I workshopen ble det avspilt lunge- og hjertelyder fra seks personer, og lydene ble visualisert ved spektrogram. Det ble vist flere eksempler på inspiratoriske knatrelyder hos personer med KOLS. Hos en kvinne med astma hørtes ekspiratoriske pipelyder, men hun hadde normal lungefunksjon. En eldre mann hadde alvorlig hjertesvikt med aortastenose, aortainsuffisiens og mitralinsuffisiens. Det hørtes inspiratoriske knatrelyder, men ingen hjertebilyder.



Workshopen ble ledet av professor Hasse Melbye.



Spektrogram som viser inspiratoriske knatrelyder og ekspiratoriske pipelyder ved KOLS.

«Take home-message»

- Knatrelyder er oftere et tegn på KOLS enn på kronisk hjertesvikt
- Man kan ha alvorlig klaffesykdom, uten at det kan høres hjertebilyd
- Opptak av lunge- og hjertelyder med visuell presentasjon (spektrogram) kan lette identifiseringen av unormale lunge- og hjertelyder. //





Af: Per Hallestrup, praktiserende læge i Skødstrup Lægepraksis og forskningsleder ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, per.hallestrup@ph.au.dk

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



3 x 3

"There is so much you don't understand. But you try so hard!"

Tusind tak til redaktionen for denne spændende, men også udfordrende opgave at bringe tre nedslag, der har været udslagsgivende for mit (læge)liv. Mens livet leves – ofte hæsblæsende – forlæns, er det ganske vist, at det forstås baglæns. Derfor er det vigtigt at forsøge at dvæle ved afgørende fundament, også selvom der ofte er tale om komplementære forløb og relationer, der udvikler sig over tid.

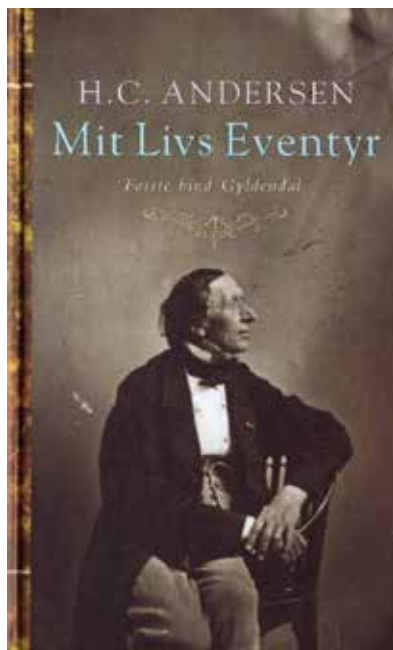
1. Rastløshed og udlængsel, grundlag for oplevelser og udvikling

Jeg kommer fra en solid dansk 'husmandsfamilie', rundet af arbejdsomhed og flid, men også elementer af social kontrol. En god stabil base, hvorfra jeg har været så privilegeret at kunne 'eksplorere', afprøve og nogle gange udvide grænser. Mit første nedslag skal derfor være mit år som udvekslingsstuderende i Maine, hvor jeg skiftede kontekst og alligevel fandt, at det er fordomsfri mellem-menne-

skelige relationer, gæstfrihed og gavmild nysgerrighed, der udgør forudsætninger for forståelse, tolerance og accept.

At dele mad, bolig, hverdag og liv med fremmede mennesker med en gensidig interesse for forskellighed giver ikke bare anledning til sjove eller kuriøse oplevelser, men også øget selvindsigt og mod på mere. Jeg var den ekstra søn og bror i en fiskerfamilie og var hummerfisker, high school-elev og 'Happy Feet' og fik i

Jeg kommer fra en solid dansk 'husmandsfamilie',
rundet af arbejdsomhed og flid,
men også elementer af social kontrol.



"Mit livs eventyr", H.C. Andersen, Reitzels Forlag, 1855.

den grad en tryk interesse for mennesker, der jo er fundamentalt for en alment praktiserende læge.

Samtidig gav denne oplevelse mig også lyst til faglige udvekslinger senere – dels et års lægestudier med det europæiske ERASMUS-program i Ovi-
edo, Spanien, og dels med 'Hippokrates', som jeg etablerede tilbage i 2000 med fem deltagende lande og 20 deltagende tutorpraksis, men som i dag udveksler almenmedicinske uddannelseslæger mellem 27 lande og til 200+ deltagende praksis. H.C. Andersen skrev: "At rejse er at leve", men jeg vil gerne tilføje: "At rejse med sit fag og sin profession er at leve og lære".

2. Glædens dristighed i hverdagens lægearbejde – på første parket til alle livets store rejser

Den vellykkede konsultation, hvor faglighed, timing og kommunikation bare er helt rigtig. De fordomsfrie, nysgerrige og intense øjne, der opsluger en gennem hele 5-måneders børneundersøgelsen. Rytmien, pulsen i hele lægehuset, mens der er allermost 'tryk på', hvor der er flow i samarbejdet mel-

Men hvorfor er der så alligevel noget, der knirker?

Hvorfor opstår udbrændthed og mismod?

Hvorfor sukker og brokker vi indimellem i kaffepauser, når vi mødes?

lem alle involverede. Fordybelsen og metafysikken i en samtale. Den vellykkede palliation, der giver mulighed for en fredfyldt død i eget hjem. Et fortroligt blik, et fast håndtryk, et lille klem eller en 'high five'.

Vi kender dem alle, disse hverdagslægeglæder og -sorger. De mange små og store øjeblikke eller situationer, der hver dag giver glæde og mening i vores arbejde. Det er vel netop disse oplevelser og indtryk, der giver overskud og, ja, arbejdsglæde. En intuitiv drivkraft og generator, der får os til at trale, mere end vi træller.

Mit andet nedslag skal handle om den påvirkning, som paradigmeskiftet i psykologien ved årtusindskiftet, havde på mig – den disciplin, der blev døbt

'positiv psykologi'. Omdrejningspunktet er de situationer, hvor mennesker har det bedst og anvender deres ressourcer mest konstruktivt – i modsætning til den mere traditionelle psykologi, der forsøger at forklare mekanismerne for, hvorfor tingene går galt. Positiv psykologi fokuserer på at fremme glæde, trivsel og det gode liv.

Men hvorfor er der så alligevel noget, der knirker? Hvorfor opstår udbrændthed og mismod? Hvorfor sukker og brokker vi indimellem i kaffepauser, når vi mødes?

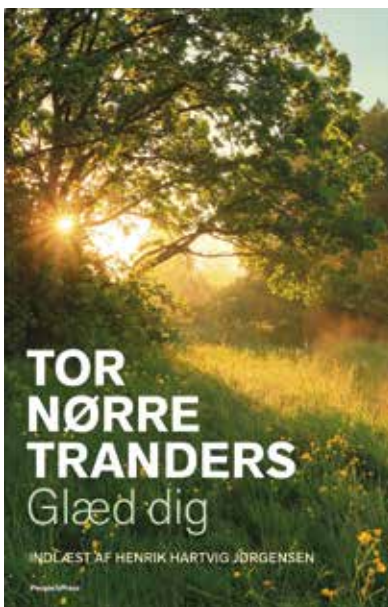
Måske fordi vi har brug for træning og mod. Det kræver evne og mod at glædes. Vi skal udbygge vore færdigheder til og fornemmelser for at glædes over det gode, der sker omkring os. Fokuser på de små og smukke ting og udfolde os i og ved dem. Og vi skal frem for alt turde dele dem med hinanden.

Selv om jeg også kan se mulige begrænsninger og udfordringer ved denne 'jubil-optimistiske' tilgang, så synes jeg stadig, at det er den absolut mest fornøjelige og opbyggelige at have med i sin rygsæk.

Og her har mit praksis-arbejdsliv i Skødstrup Lægepraksis – med otte kompagnoner i en stor blandet by- og landpraksis – givet rigelige muligheder for at dele hverdagens glæder.

3. Nysgerrighed og ydmyghed - en konstant kilde til forundring og mulig forandring

Mit tredje nedslag har givet anledning til overskriften og stammer fra det pastorale Zimbabwe. Vi boede i perioden



"Glæd dig", Tor Nørretranders, TV2 Forlag, 2007.



Epiphania fra Zimbabwe, der udtalte de kløge ord, ses til venstre i billedet. Foto: Per Hallestrup.

2000-2005 i Zimbabwe, hvor min kone var udstationeret som Danida-rådgiver for Sundhedsministeriet.

Jeg var med som det tynde øl og som bagstopper for vores familieliv med vores sønner. Imidlertid fik jeg relativt hurtigt virketrang, og det lykkedes mig at stable et ph.d.-projekt på benene, hvor jeg studerede mulige interaktioner mellem HIV og schistosomiasis hos co-inficerede (i Skødstrup har vi altid haft den arbejdsdeling, at hvis der kommer en HIV og schistosomiasis co-inficeret patient, så tager jeg mig af vedkommende!).

Nuvel, helt ude på landet i Mupfure ca. 150 km nord for Zimbabwes hovedstad Harare, hvor vi etablerede vores projekt, var der hverken rindende vand eller sikker elektricitet. Til gengæld var HIV-prævalensen omkring 26 pct., og schistosomiasis var endnu mere udbredt, så der var nok at tage vare på.

Jeg arbejdede med et hold 'field assistants' fra Harare, men vi hyrede også enkelte lokale til at hjælpe med det logistiske, heriblandt Epiphania (epiphany=åbenbaring), som var en lokal landsbypige, der lavede mad til os. Om aftenen – og det bliver kulsort fra omkring kl. 19 – sad vi omkring bålet og spiste og snakkede. Jeg havde ofte mange spørgsmål om dette og hint – og ofte i relation til en del af den skæbnetro og andre redskaber til social kontrol, der huserer på de kanter.

En sådan aften sagde Epiphania pludselig til mig: "Oh, Doctor Per. I feel so sorry for you!" Da jeg forbavset spurgte hvorfor, svarede hun: "There is so much you don't understand. But you try so hard!"

Det har jeg siden båret med mig – netop som en åbenbaring – der kan minde mig om vigtigheden af en ydmyg, vedholdende nysgerrighed og interesse som grundpille for læring og erkendelse. Der er mere mellem himmel og jord end mellem ørerne – og det er nu så betryggende at vide. //

En sådan aften sagde Epiphania pludselig til mig:

"Oh, Doctor Per. I feel so sorry for you!" Da jeg forbavset spurgte hvorfor, svarede hun: "There is so much you don't understand. But you try so hard!"



En FYAM-formand takker af

– og reflekterer over de aftryk, hun har sat på FYAM

Annemette Pihl Lundberg gav på DSAM's årsmøde den 4. oktober 2019 stafetten som formand for FYAM videre. Her reflekterer hun over, hvilke aftryk hun har sat på FYAM.

Aftryk på FYAM-udvalget

Mit største, men også mest usynlige aftryk udadtil, har været mit fokus på organisering, overblik og struktur i FYAM-udvalget. I et udvalg med stor udskiftning af medlemmer hvert år, er der behov for samling og overblik over, hvad udvalget tidligere har arbejdet med. Formålet er at lette overgangen fra afgående til nyvalgte medlemmer af FYAM-udvalget, så der hurtigere er overskud til at arbejde med nye ideer og tiltag til gavn for alle FYAM-medlemmer.

Et andet aftryk er fortsat fokus på regionale aktiviteter. Jeg tog initiativ til at samle aktive FYAM-medlemmer i Region Nordjylland, og der er nu dannet en styregruppe

i FYAM Nordjylland, som skaber flere aktiviteter for medlemmerne. Det er fedt at se regionale aktiviteter i alle fem regioner, men det kræver dog fortsat flere aktive medlemmer af FYAM, hvorfor jeg kun kan opfordre alle til at være med – det bliver bare sjovere, når man er flere.

Efter ni år på forskellige valgte poster i DSAM er det blevet tid til noget andet. Et af mine hjertebørn er rekruttering til faget og ikke mindst til min egen region, hvorfor jeg vil arbejde videre på dette sammen med gode kolleger i FYAM Sjælland. På hjemmefronten bliver der forhåbentlig igen tid til at bage kage, læse en bog og strikke det halstørklæde til min mand færdigt, som jeg begyndte på for tre år siden!

En stor tak til hele FYAM-udvalget for arbejdet, nye venskaber og opbakning..

Code råd til den nye formand, Jesper:

FYAM er fremtiden

Vi – uddannelseslæger med specialet almen medicin i sigte – er fremtiden inden for almen medicin og DSAM. Du og FYAM-udvalget er derfor en vigtig medspiller i at udvikle vores fag og selskab, både internt i DSAM og i samarbejde med Yngre Læger, PLO og andre aktører.

Uddelegér opgaver og træk på sekretariatet

Det er bare sjovere at engagere sig, hvis man er flere sammen og kan trække på hinanden. FYAM-udvalgsmedlemmerne kan og vil gerne støtte op om dig, men de skal måske vide, hvordan de gør det bedst for dig. Og når det praktiske og organisatoriske kører, kan du bruge tiden på at sætte FYAM på landkortet.

Nyd det – dyrk netværket og gode venskaber

Det kan være benhårdt arbejde, men det giver så meget igen, herunder et stort nationalt og internationalt netværk og gode venskaber, som holder langt ud over din formandsperiode. Glæd dig! //



Annemette med den nye formand, Jesper. Foto: Jonas Fynboe Ebert.

Ny formand for FYAM-udvalget

Jesper Bossel Holst Christensen er uden modkandidat valgt som FYAM-udvalgets nye formand. Han overtog stafetten efter Annemette Pihl Lundberg på DSAM's årsmøde den 4. oktober 2019. Practicus har bedt om ham at beskrive, hvem Jesper er som person, og hvad han har af visioner for FYAM.

Lidt om mig

Jeg bor i Gelsted på Vestfyn sammen med min forlovede. Her nyder vi at leve livet på landet i bedste Morten Korchidyl med vores to Siberian Huskys og vores syv æglæggende høns. Jeg arbejder som introduktionslæge i almen medicin i Harndrup Lægehus ved Kirstine Schjærning & Kirsten Ulstrup, en landpraksis med ca. 2.400 patienter.

I min fritid træner jeg op til igen at løbe halvmaraton, og jeg bruger en del tid i haven, hvor min forlovede og jeg lige nu arbejder på buskrydning og anlæggelse af en køkkenhave.

Store sko at udfylde

Jeg er bevidst om, at det er store sko, jeg skal forsøge at udfylde efter Annemette Pihl Lundberg – og før hende

Lene Therkelsen. Jeg kender dem begge og har haft fornøjelsen af at arbejde sammen med dem i min tid som formand for SAMS i Odense, SAMS-repræsentant i Rekrutteringsudvalget under medicinstudiet og det seneste år som suppleant i Internationalt Udvalg og national exchange-koordinator. Jeg ved, hvor stor en indsats de har lagt i FYAM, og derfor går jeg ydmygt til opgaven.

Min vision

Jeg tror ikke, at vi i FYAM har været opmærksomme nok på at dele arbejdet, hvilket har medvirket til, at nogle få har taget et stort slæb. Jeg vil have fokus på, at vi fordeler opgaver og ansvar bedre, fordi vi skal involvere og engagere flere i FYAM's arbejde, således at flere kan se sig som en aktiv del af FYAM.

Jeg ønsker, at FYAM involverer sig i kampen for at komme lægemanglen til livs. Det kan vi gøre ved at kæmpe for bedre arbejdsforhold for uddannelseslæger i almen medicin og for praktiserende læger og ved at vise, hvordan man kan arbejde harmonisk og fagligt meningsfuldt både på landet og i byen, eksempelvis gennem udflugter/besøg i forskellige lægepraksis.

Jeg håber, at vi i det nye udvalg kan skabe et fagligt stærkt og socialt fællesskab, man som ung DSAM'er og uddannelseslæge gerne vil være med i.

Tak for tilliden og valget. Tillykke til alle de nyvalgte i DSAM og FYAM.

Jeg glæder mig til samarbejdet. //





Nye ansigter i FYAM-udvalget

DSAM's årsmøde 2019 markerede en udskiftning af nogle af FYAM-udvalgets medlemmer. Her kan du møde de nye medlemmer.



En blanding af nye og gamle FYAM-medlemmer mødtes til årsmødet.



Theis Voss. KBU-læge. Suppleant VIA.



Sophie Madsen. Intro Intern medicin. Suppleant FYAM-Udvalget for Region Midtjylland.



Kamilla-Amalie Bahn Glerup.
KBU-læge. Medlem VIA.



Gustav Hlovgaard Genét. Introamanuensis.
Suppleant Kvalitetsudvalg.



Simon Bahn Glerup. KBU-læge.
Medlem Internationalt Udvalg.



Cecilie Vedsted. HU-læge.
Medlem FYAM-Udvalget for Region Sjælland.



Emil Holm. Intro-amanuensis.
Medlem FYAM-Udvalget for Region Syddanmark.



SAMS tager del i lægernes årsmøde

Hvad er DSAMs årsmøde egentlig? Hvad byder programmet på? Hvilket udbytte er der både fagligt og socialt *som medicinstuderende*?

Jeg har talt med to SAMS-medlemmer fra SDU om deres oplevelse af at være med til DSAMs årsmøde for første gang. En ting er helt sikkert; det bliver ikke sidste gang de deltager!

Hvilke forventninger havde I til årsmødet, inden I kom?

Nanna: Jeg forventede, at der ville være nogle gode og relevante oplæg for praksislæger, men jeg var usikker på, om jeg som studerende ville få noget ud af det. Derudover forventede jeg at møde nogle søde og arrangerede læger.

Josephine: Jeg forventede, at der ville være nogle spændende faglige oplæg, noget god mad og en mere afslappet setting, hvor man kunne netværke lidt.

Hvad synes I om dagens opbygning og posterwalk?

Josephine: Overordnet synes jeg, strukturen var god, og at det var et rigtig godt arrangement. Jeg savnede lidt tid

til den sidste posterwalk, som var kombineret med kagebord. Der nåede jeg ikke at komme med, og det ville jeg ellers gerne have været. Måske det kunne arrangeres på en bedre måde, f.eks. en hel time samlet til posterwalk?

Nanna: Jeg vil give Josephine ret, dog ville jeg synes, det var ærgerligt, hvis de fjerner pauserne, hvor man har muligheden for at gå rundt og møde

andre, da jeg synes det er en vigtig del af det. Oplægget "Rethinking medicine" omhandlede blandt andet strukturen af almen praksis. Den nutidige struktur bygger på en grad af manglende forståelse fra politikernes side, hvilket begrænser vores mulighed for at se patienten som et hele frem for at se sygdomme, f.eks. gennem vores 10 minutters konsultationer. Konklusio-



Interviewdeltagere: Nanna Surlemont Schmidt, stud.med. ved Syddansk Universitet, næstformand SAMS Odense. Josephine Dalum Clausen, stud.med. ved Syddansk Universitet, bestyrelsesmedlem SAMS Odense. Foto: Jonas Fynboe Ebert

Dertil lærte jeg nogle ting,
som jeg kan tage
med hjem og bruge i
mit fremtidige lægeliv

Det var skønt at være med. Folk var søde og sjove - lige noget man kunne ønske om sine fremtidige kollegaer.

nen var, at der er et exceptionelt potentiale for at forbedre almen praksis bl.a. ved hjælp af helbredscentre i nærområdet.

Begge: De er enige om, at Martin Marshall var virkelig dygtig og super skarp. Det var sjovt at høre nogen fra udlandet tale om, hvordan almen praksis fungerer i en anden setting.

Hvad synes I om ph.d.-cuppen?

Nanna: Jeg synes, at det var et godt indslag både fagligt og som underholdning. Jeg tænker, at det er en stor mulighed for de fire finalister at deltage. Det må have været en stor udfordring, og jeg synes, de klarede den rigtig flot.

Josephine: Som studerende var det lærerigt at se de ph.d.-studerende fremlægge deres projekter. Det er jo muligt, vi selv kommer til at præsentere noget lignende i forbindelse med prægraduat for forskningsår eller en senere ph.d.

Nanna: Ja, det var sjovt at se, hvad der fungerer, og hvad der ikke fungerer. Man kunne forestille sig, at det er svært selv at vurdere, når man forbereder sig på sit oplæg.

Hvilke faglige oplæg deltog I i - og hvad fik I ud af det?

Nanna: Jeg deltog i "Nyeste vejledninger og FAQtaark", som jeg synes var mere relevant for praktiserende læger, som behandler diabetes-patienter til hverdag. Anden session var "Huden som markør for andre sygdomme", som var rigtig spændende og relevant. Det var nogle meget engagerede undervisere, som var med til at gøre det sjovt.

Josephine: Jeg deltog i "How to me-

asure quality in our daily work in general practice", som var lidt svært at forholde sig til som medicinstuderende. Det var dog fint at høre lægernes refleksioner gennem gruppearbejde. Det andet oplæg var også "Huden som markør for andre sygdomme", og det var rigtig godt. Det var underholdende, fordi vi kunne deltage aktivt i en quiz/kahoot. Dertil lærte jeg nogle ting, som jeg kan tage med hjem og bruge i mit fremtidige lægeliv.

Har I talt med nogle fra FYAM eller DSAM?

Begge: Ja, vi har talt med nogle rigtig søde læger. De virkede oprigtigt interesserede i at have en samtale med os, hvilket fik os til at føle os meget velkomne. Til middagen fik vi talt med flere. Der sad vi bl.a. til bords med nogle fra FYAM.

Hvad synes I om festen? Var det som forventet?

Josephine: Festen var virkelig god. Den var fyldt med dans og højt humør. Det var skønt at være med. Folk var søde og sjove - lige noget man kunne ønske om sine fremtidige kollegaer.

Nanna: Jeg er meget enig med Josephine. Jeg blev positivt overrasket. Der var mere gang i den, end jeg havde forventet.

Hvad har været det bedste ved årsmødet?

Nanna: Jeg synes stemningen var det bedste! Almen medicin er et speciale, jeg kan se mig selv i. Derfor var det fedt at møde lægerne inden for specialet og



få en fornemmelse af, hvem de er som mennesker, og hvordan de har det internt med hinanden.

Josephine: Det var rigtig spændende at komme til de faglige oplæg, men det fedeste var festen. Her kunne man stadig tale om det faglige, men det var lidt mere løssluppet og rigtig hyggeligt.

Synes I man får noget ud af at være med som studerende?

Nanna: Ja, ud over hvad vi allerede har talt om, så får man som studerende dannet et større netværk, mest gennem FYAM og SAMS fra de andre byer. Dertil synes jeg, det er vigtigt, at vi som SAMS viser flaget og gør opmærksom på os selv.

Kunne I tænke jer at deltage igen?

Begge: Ja, helt klart!

Tak til Nanna og Josephine for svar på spørgsmålene. Tak til DSAM for hvert år at byde os velkomne til spændende og lærerige oplæg, middag og dans. Dertil tak til PLU-fonden, som økonomisk støtter op om SAMS-medlemmernes deltagelse i årsmødet. //

Jeg synes stemningen var det bedste! Almen medicin er et speciale, jeg kan se mig selv i, derfor var det fedt at møde lægerne inden for specialet og få en fornemmelse for, hvem de er som mennesker, og hvordan de har det internt med hinanden.



Står **kontinuitet** i vejen for effektivitet?

Ydes den bedste og mest effektive behandling ikke af den læge, der kender patienten bedst? Kontinuiteten og det personlige kendskab er under pres i et stadig mere "effektiviseret" sundhedsvæsen. Vi indfører 'tid samme dag' – men hvad er faldgruberne?

Kontinuitet mellem læge og patient er centralt for arbejdet i almen praksis og derfor et fokuspunkt for DSAM. Den er under pres i en tid med stigende arbejdsmængde. Vi overvejer selv at indføre delvis 'tid samme dag' for at imødegå lange ventetider. Men står kontinuitet i vejen for effektivitet? Og er den værd at kæmpe for? Vi undersøgte kontinuiteten i vores egen praksis, og det gav grobund for en række overvejelser.

Udfordringer for kontinuiteten

Samfundet har en demografisk forskydning mod en ældre befolkning, mere kronisk sygdom, højere krav om kontrol og udflytning fra sygehusambulatorier til almen praksis. Samtidig er der færre praktiserende læger. Der er en bevægelse i organiseringen af almen praksis mod større lægehuse og flere tilbyder 'tid samme dag', hvor enkeltstående problemer hurtigt kan løses på bekostning af, at man ikke møder samme læge hver gang. Det forudsætter, at man ser den enkelte henvendelse isoleret fra en ofte kompleks helhed.

Almen praksis fungerer optimalt set med, at lægen kender eller har potentiale for at kende sin patient, ofte gennem en årrække. Denne basisviden og tilknytning giver en lang række velbeskrevne fordele, blandt andet vil det

være nemmere at spotte udsving i en patients tilstand, ligesom patientens problemstillinger kan ses i et bredere perspektiv end et her og nu-blik.

Det er måske umiddelbart rart for patienten at få en tid hurtigt, men dette gør ikke nødvendigvis op for dét, der mistes i tabet af kontinuitet – og får patienten den bedste behandling ved at komme til hos første ledige læge (eller sygeplejerske) i praksis? Der bruges ekstra tid, når en ny læge må sætte sig ind i patientens historie gennem kollegers journalnotater. Vi ved, at der ved enhver overgang er informationstab, og at ikke alt kan læses ud af en journal. Der er derfor risiko for, at patienten ikke får den optimale udredning og behandling, og det er nok ikke "work smarter", hvis man går ud fra samlet kvalitet og arbejdsmængde. Ved korte konkrete problemstillinger hos den ikke-kronisk eller alvorligt syge, betyder dette formentlig mindre. Men man risikerer, at egen læge ikke fik set patienten i habitualtilstand og opbygget tillid og kendskab, der kunne komme til gode, hvis der senere opstod en alvorlig tilstand.

Kontinuitetsbegrebet

Kontinuitet er et teoretisk velbeskrevet begreb. Saultz definerede i 2003 tre typer af kontinuitet, som herunder er opstillet hierarkisk:

1. Informationskontinuitet: Patientens medicinske og sociale informationer er tilgængelige for sundhedspersonale, der skal behandle patienten, i form af en tilgængelig, opdateret journal.
2. Longitudinel kontinuitet: Patienten har størstedelen af sine kontakter på ét velkendt sted, f.eks. i almen praksis, hvor et fast hold af sundhedspersonale varetager behandlingen af patienten.
3. Interpersonel kontinuitet: Det nære læge-patient-forhold, hvor tilliden vedligeholdes løbende. Egen læge ser patienten løbende, hvad end kontakten drejer sig om profylakse, akut, kronisk eller terminal sygdom. Når egen læge ikke er tilgængelig, indtræder anden læge, der sikrer den longitudinelle kontinuitet.

Effekten af kontinuitet er vist at påvirke væsentlige værdier som patienttilfredshed, livskvalitet for patienter med kroniske lidelser og lægers jobtilfredshed. I 2016 blev der endelig publiceret kvantitativ evidens for effekten af kontinuitet, da Barker påviste, at man ved en stigning på 0,2 i egen læge-indeks (andelen af kontakter til egen læge i forhold til samtlige lægekontakter i almen praksis) kan reducere antallet af unødvendige hospitalsindlæggelser med 6,22 pct. (4,88-7,55 pct.). Effekten i dette studie var især båret af patienterne med flest kontakter.

Et kvalitetsprojekt i vores praksis (se boks) viste en høj interpersonel kontinuitet for lægekontakt for ældre patienter med kronisk sygdom og i endnu højere grad for patienternes kontakt til klinikkens sygeplejersker. Egen læge-indeks var 79 pct. og egen sygeplejerske-indeks var 89 pct.

Det bragte os gennem en række overvejelser om, hvor vi skal hen. Er vi blot tilfredse, når vores kontinuitet er høj? Konsekvensen heraf kan være længere ventetid på lægetid. En anden potentiel ulempe er, at den samme læge kan have en "blind plet" i synet på en problemstilling eller samlet opfattelse af patienten, hvis hun er den eneste behandler af kompleks sygdom gennem en lang årrække.

Et spørgsmål om etik og effektivitet

Almen praksis bliver udfordret på den interpersonelle kontinuitet, hvis vi lader os rive med af kravet om effektivisering uden at reflektere og tøjle det. Forløbsydelser risikerer at sætte diagnosen, ikke patienten, i centrum. Behandler vi udelukkende diagnoser og accepterer at se mennesket fragmenteret, hvor vi kun kan se én ting ad gangen i korte konsultationer, kan vi i bedste fald udøve guidelinebaseret medicin, hvor alle patienter presses ind i en kasse og modtager ensartet behandling uden skelen til resten af patientens sundhed, sygdom og sociale faktorer. Man kunne kalde det en *McDonald'isering* af lægens arbejde.

Man bliver nok mæt her og nu – men er det lødigt? Vi mener, at det medvirker til en tingsliggørelse af patienten og finder det hverken økonomisk, fagligt eller etisk holdbart. Det er måske mest effektivt på kort sigt, men på den lange bane er det spildt tid og overblik, hver gang en ny læge må sætte sig ind i patientens journal.

Vi må som profession sikre, at vores arbejde tilrettelægges, så vi kan vedligeholde det nære læge-patient-forhold. Vi har ikke den endelige løsning, men vi ser med bekymring på udviklingen væk fra den personcentrerede medicin. Vi indfører delvis 'tid samme dag' i efteråret for at imødegå urimeligt lange ventetider, men vi er opmærksomme på de potentielle ulemper, dette kan medføre. En ny opgørelse af kontinuiteten vil vise, om vi kan bibeholde den samme høje kontinuitet og samtidig øge serviceniveauet med hurtigere tid hos lægen. //

Referencer kan fås ved henvendelse til forfatterne.

BOKS 1: KVALITETSPROJEKT – INTERPERSONEL KONTINUITET HOS LÆGERNE I GRÆSTED:

Et lægehus med 3 faste læger, 1 fast vikar (2 dage/uge), 1 uddannelseslæge (KBU), 2 sygeplejersker og 1 sekretær. Vi vægter personlig læge og teamsamarbejde om patienter med kronisk sygdom højt. Vi ville undersøge, i hvor høj grad denne værdi bliver efterlevet ved at opgøre egen læge-indeks (ELI) og egen sygeplejerske-indeks (ESI) for ældre patienter med kronisk sygdom.

$$\text{egen læge-indeks} = \frac{\text{totalt antal personlige lægekonsultationer}}{\text{antal konsultationer med primær læge}}$$

Studiepopulationen var patienter (70-75 år) i vores praksis med diagnoserne KOL (R95) eller diabetes type 2 (T90). Vi opgjorde alle personlige konsultationer i perioden 1. juli 2018 til 1. april 2019 for patienter med ≥2 lægekontakter. Data fra XMO kronikerstatistik.

	Patienter	Gns. antal læge-kontakt	ELI	Gns. antal spl-kontakt	ESI
KOL	10	3,8	0,85	4,9	0,93
DM2	17	2,7	0,74	2,2	0,90
BEGGE	2	3,5	1	5	0,60
SAMLET	29	3,1	0,79	3,0	0,89

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 i december 2019:

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

MØDEKALENDER

LÆGEDAGE

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

7th International Preventing Overdiagnosis Conference

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

FOLKEMØDE

11.-14. juni 2020
Allinge, Bornholm
www.folkemoedet.dk

25th WONCA Europe Conference

24.-27. juni 2020
Berlin, Tyskland
www.woncaeurope2020.org

ÅRSMØDE OG REPRÆSENTANT- SKABSMØDE

2.-3. oktober 2020
Comwell Kolding
www.dsam.dk





TANKER FRA STOLEN:

Gør vi det godt (nok)?

– om dokumentation, personcentreret medicin og klynger

Som praktiserende læger arbejder vi alene. Det gælder alle læger, at de er alene i mødet med patienten, men som almenlæger har vi meget mere patientkontakt, end vi har arbejdsmæssige kontakter med kolleger og andre sundhedspersoner. Vi er alene om ansvaret. Conferenceaktiviteten er på et minimum – produktiviteten er maksimeret. Er det godt?

Vores høje effektivitet bemærkes i alt fald i resten af sundhedsvæsenet, og der tales om gevinster ved at udlægge behandling til almen praksis – især af ambulante kroniker- og kræftpatienter. Men dilemmaet er, at hvis vi i varetagelsen af opgaven pålægges sygehusenes krav til dokumentation og konferering med kolleger, skal vi omlægge vores arbejdsgange – og så er gevinsten ved udlægningen af kontrollerne måske gået fløjten?

Dilemmaet er klart: Er det godt nok,

at kvaliteten i almen praksis ikke er dokumenteret lige så godt som på specialafdelingen? Mit provokerende svar er JA. Fordi der – ud over effektiviteten – er en selvstændig kvalitet i, at patienten følges i et holistisk personcentreret perspektiv. Derfor er det godt nok, at f.eks. mål for diabetesregulering, kontrol af inhalationsteknik, henvisning til SOFT-tilbud og aftrapning af "risiko"-medicin undertiden må afpasses til, hvad den multimorbide patient formår og reelt vil acceptere "på hjemmebanen".

Det stiller så igen spørgsmål ved, om det er godt, at vi nu skal indberette til fælles landsdækkende kvalitetsdatabaser på lige fod med specialafdelingerne. For her er der jo kun blik for det målelige, sygdomsspecifikke. Dertil kommer, at vi i praksis er nødt til at prioritere vores tid, og hvis tiden bruges på dokumentation, er der mindre tid til at følge patienten

tens dagsorden – og det er ikke godt. Slet ikke godt nok.

Måske vil klyngerne bidrage med en conferenceaktivitet, der kan afbalancere praksis' store produktivitet. Den kollegiale dialog vil kunne afhjælpe noget af den ensomhed, som man kan føle i sin klinik, bl.a. stillet over for eksterne krav til dokumentation. På klyngemøderne vil vi diskutere, hvad der er god kvalitet i praksis. Hvad skal der til, for at indsatsen er god nok? Jeg tror, at vi vil opleve, at jo mere vi deler, jo mere kan vi lære af hinanden. Det bliver godt! //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



Menneske FØRST

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



Sproget skaber vores virkelighed, så lad os bruge det.

"Det er spændende, men er det ikke for politisk?", sagde en kollega til mig efter et oplæg. Mit budskab var, at når vi fortaber os i at jage diagnoser og fordømme dem, der ikke kan eller vil leve en "livsstil", som man på bjerget forestiller sig, er sund og (moralisk) rigtig, mister vi det allervigtigste: solidariteten med det enkelte menneske; mennesket som det er i al sin mangfoldighed.

Naturligvis skal vi bruge vores viden og kundskaber, men forskellen er tilgangen til det enkelte menneske. Skal vi være (skin) hellige prædikanter eller respektfulde mennesker?

Kan evidens hjælpe os i de etiske spørgsmål? Næppe. Tilgangen til vores profession, vores sygdomsbegreb og menneskesyn vil altid afspejle det lægeliv, vi lever og møder patienten med. Det er vores daglige handlemåde og praksis, der er afgørende. Etik kan vi ikke måle os frem til.

Forfatteren Hans Kirk skrev i 1927 essayet "Litteratur og tendens", hvori han gør op med forestillingen om, at noget kan beskrives neutralt: "Der er ikke fra Verdens Skabelse skrevet en Bog, som ikke paa den ene eller den anden Maade havde en Tendens, og hvorfor skulde den ellers være skrevet?"

Når PLO skal til forhandlingsbordet med Danske Regioner om ny overenskomst-tekst, håber jeg, de har dette med i baghovedet, for: Ordet skaber, hvad det nævner, som Grundtvig sagde.

Enhver beskrivelse – selv den mest nøjterne – er tendentiøs. Teksten og ordene kommer til at afspejle det menneskesyn, vi efterfølgende skal arbejde med.

En diagnose er kun en abstraktion. Det er en måde, hvormed vi i vores profession kan håndtere sygdom og lidelse på en kortfattet måde, ja, af og til vel nærmest kun som et stikord, der dog giver stor mening for os. For mennesket, vi møder, kan aldrig beskrives kort. Og hvis vi forsøger det, bliver det en tingsliggørelse. Mennesket er unikt, og det skal vi fastholde i vores sprog – også over for vores forhandlingspartnere.

Derfor skal man være klar over, at aftaleteksten også kan være tendentiøs. Mennesket er ikke en ting, og diagnosen er kun lægens værktøj. Derfor skal for eksempel begrebet "kroniker" bruges med samme omtanke som "hottentot" eller "åndssvag". For ingen er eller ønsker at være kroniker. Men alle ønsker at være menneske og at blive set som menneske – syg eller ej.

Ja, det er i grunden også tendentiøst, men i en menneskelig retning. //



BOGANMELDELSE:

Hullerne i livet – og livet i hullerne

Dette er en farverig bog med en befriende blanding af anekdoter, fakta, provokationer, øvelser og masser af refleksioner om det at leve – også når der er "huller" i livet. Du får 27 indbydelser til at se livet med andre øjne, hvis du tør.

De to ambitiøse forfattere, en præst og en læge, har funderet over indholdet med inspiration, positiv energi og drivkraft fra praktiserende læger og speciallæger, der har deltaget på ugekurserne *Læger, lyst og lykke* samt *Læger, lidelse og lykke*. Forfatterne ønsker at gøre verden dybere og livet højere for læseren – at udvide læserens forestillinger, tanker, drømme og visioner, fordi der er mere i alting. Det kan virke som en banal erkendelse, at der er mere i alting. Og tag ikke fejl – der er noget originalt i det banale – der er meget mere originalt i det banale. Og det banale kan faktisk blive frygteligt komplekst – alt efter perspektivet.

Det handler om at skifte perspek-

tiv og opleve fra nye vinkler og skruer på sine filtre og lægge sine forforståelser og vurderinger til side. Så opstår der vibrationer, toner, billeder og nyt liv – og det spreder sig og skubber langt ud i rækkerne ... Hvis du evner at se, at der er mere i alting, gør det ikke kun noget for dig; det påvirker også dine omgivelser.

Bogens 27 budskaber er delt ind i temaerne:

- Hvordan siger vi det, vi vil sige?
- Eksistentielle refleksioner over et højere liv
- Livsførelse – på godt og mindre godt
- Om kærlighed og sex
- Om livets smertende følelser og tab

Det er alle temaer, som de mange kursister har arbejdet med på PLO-kursene. Derfor er det en vigtig bog for praktiserende læger. Bogen handler om det, som vi møder i vores dagligdag. Når vi sidder med patienterne, der står i et hul i livet – og skal finde livet i hullet. Der er mere i sygdom end magtesløsheden. Der er mere i dig selv, end du tror. Der er mere i stress end ulyst og balance. Der er mere i utroskab end svigt og bedrag, der er mere i kærlighed ... meget mere, og der er mere i sproget end det sagte. Læs bogen, og du kan selv fortsætte. //

Habilitet: Anmelder er en del af teamet på ovennævnte kurser og har ingen økonomiske interesser i bogsælget.



TITEL: Hullerne i livet – og livet i hullerne

FORFATTER: Poul Joachim Stender & Jesper Bay-Hansen

FORLAG: Forlaget Ella

UDGIVELSEÅR: Juni 2019

SIDETAL: 175 sider

ISBN: 978-87-998532-5-0

VEJL. UDSALGSPRIS: 249,95 kr.

Bogen handler om det,
som vi møder i vores
dagligdag. Når vi sidder
med patienterne, der
står i et hul i livet – og
skal finde livet i hullet.

Det gør en forskel, at vi kender hinanden

På DSAM's årsmøde erklærede deltagerne, at de støtter op om budskabet: **"Det gør en forskel, at vi kender hinanden."** Eventen er en del af en national kampagne, som DSAM lancerer i 2020, der skal synliggøre faget almen praksis og gøre opmærksom på værdien af sammenhæng og kontinuitet i sundhedsvæsenet.

Kampagnen består bl.a. af en kampagnefilm, som vi viser i biografen, og som lægges på de sociale medier, hvor du kan dele den med dit netværk. Vi lancerer også en kampagneside, hvor du kan læse mere om baggrunden for kampagnen.

Vi håber, du vil dele budskabet i 2020, når kampagnen går i luften.

DET GØR EN FORSKEL,
AT VI KENDER HINANDEN

Kendskab, tillid og tryghed opbygges over tid og giver grundlag for bedre behandling.

