

# Practicus

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



Marts 2021  
44. årgang // 254



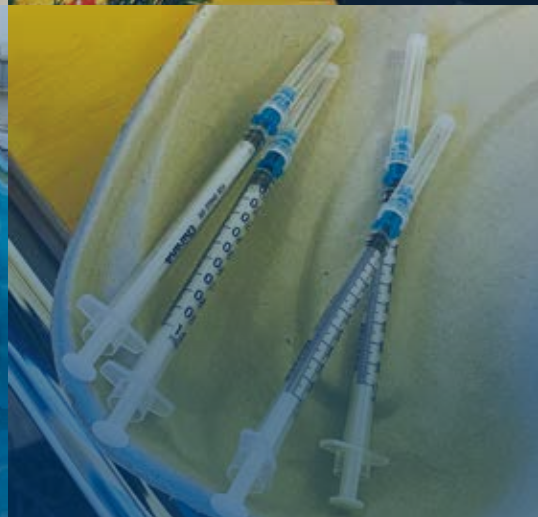
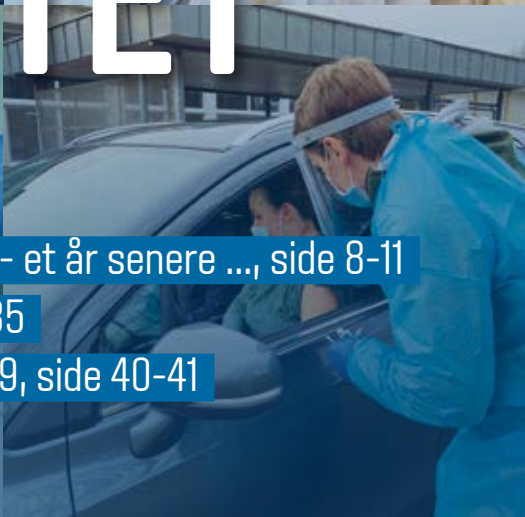
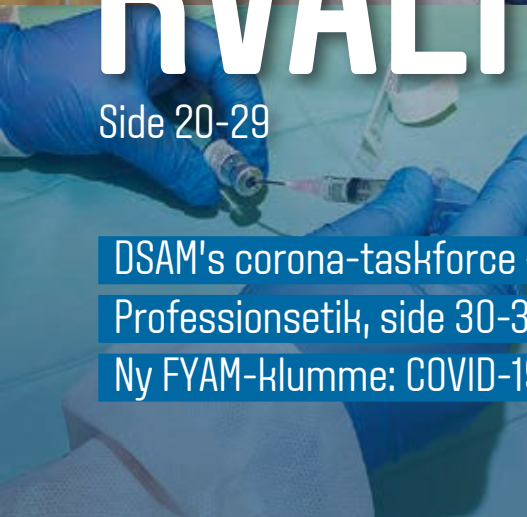
## TEMA KVALITET

Side 20-29

DSAM's corona-taskforce - et år senere ..., side 8-11

Professionsetik, side 30-35

Ny FYAM-kolumne: COVID-19, side 40-41



# INDHOLD

## Leder

- 3 Vaccinationsstatus – et stik dybere

## DSAM

- 4 DSAM fik skrevet tvangsvaccination ud af lovforslag  
6 DSAM 2021 - dit faglige selskab! Pejlemærke og arbejdsglæde  
8 DSAM's corona-taskforce – et år senere ...  
12 DSAM skal have ny formand til efteråret  
14 Core Values of Nordic General Practice  
16 Hvorfor skal praktiserende læger være klimabevidste?

## Artikler

- 20 Metodeskrifter om kvalitetsudvikling  
22 Vi kører, mens vi asfalterer vejen  
24 De gode ideer skal samles  
25 Ulighed i sundhed – et klyngeprojekt  
26 Mobil lægepraksis på Amager  
28 Interview med regionsrådsmedlem om Den Mobile Lægepraksis  
30 Adskiller den almenmedicinske professionsetik sig fra andre...  
33 Et almenmedicinsk konfliktfællesskab  
36 Ny professor: Morten Bondo Christensen  
37 Ordination af antibiotika til børn 0-5 år under pandemien

## FYAM

- 40 FYAM-kolumnen: COVID-19  
42 Kampen om de yngre læger  
43 Svar: Almen medicin er et meget fleksibelt speciale  
44 I går var jeg mediciner, i dag er jeg kirurg

## SAMS

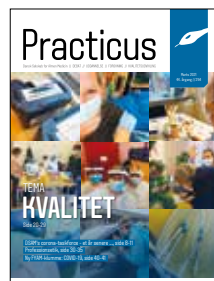
- 47 Den kaotiske årskontrol

## Debat

- 48 Lægen som patient og behandler  
49 Tanker fra stolen: Praksis gennem tiden  
50 Laudrup kunne heller ikke forklare sig – hvorfor skal vi så?

## Opslag

- 13 PLU-fonden, ansøgningsfrist  
13 WONCA Europe 2021, Virtual Conference  
36 Honorar for dataindsamling, ansøgningsfrist  
36 DSAM søger lægefaglig konsulent  
52 DSAM's årsmøde 20/21



### 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 Scharff Gehrs  
asg@dsam.dk

### NÆSTE NUMMER

Nr. 255  
Frist for artikler: 18. marts 2021  
Udgivelsesuge: 17, 2021

### 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

COVID-19-vaccinationer  
Privatfotos

### OPLAG

4.900

ISSN: 0109-2235

# Vaccinationsstatus – et stik dybere

**15** minutter. Det var ventetiden efter mit andet vaccinstik, som jeg fik i starten af februar. De 15 minutter fik mig til at reflektere over den nye verden med COVID-19 og vaccinationerne.

De første danskere blev vaccineret mod COVID-19 den 27. december 2020. Det var under et år efter pandemiens udbrud. Siden har vi alle været ramt af de – i stort omfang – nødvendige nedlukninger. Det er første gang i historien, at en vaccine – endda flere – er blevet fremstillet og godkendt så hurtigt. Og snart kan den tilbydes gratis til alle borgere i Danmark, som ønsker den.

Allerede i midten af januar 2020 var den amerikanske Moderna-vaccine blevet designet, og få måneder senere begyndte de første fase 1-forsøg. Den efterfølgende proces med test, produktion og godkendelse kørte med rekordfart. Kan vi være bedre forberedt næste gang? Ganske givet.

Det anslås, at der eksisterer 50-100 virusfamilier med potentiale til at starte en pandemi. Med den nye RNA-teknologi, som anvendes i flere af vaccinerne mod COVID-19, kan man på forhånd lave fase 1-studier af vacciner mod disse vira for en anslået pris på mellem 1 og 3 mia. dollars. Det er et greb i lommen, når man sammenligner med de knap 4.000 mia. dollars, som USA har brugt på hjælpepakker i 2020.

Hvis det viser sig, at de nye RNA-baserede vacciner er sikre og virksomme, kan vi for en pris svarende til en Sto-

rebæltsbro forberede verden på broderparten af alle tænkelige viruspandemier. Så udviklingen og produktionen af en vaccine kan klares på cirka tre måneder. Det lyder lovende.

I starten af februar 2021 var knap to pct. af danskerne færdigvaccinerede. I en rundspørge blandt cirka 200 yngre almenmedicinere svarede fire ud af fem, at de havde fået vaccinen. Næsten halvdelen havde endda fået det andet stik. Tal fra SST beretter, at over en tredjedel af al personale i almen praksis er færdigvaccineret.

En af dem, der ikke havde fået den, var Cecilie – den første af vores nye FYAM-klummeskribenter. Med en søn i hjemmet med type 1-diabetes havde hun ekstra bekymringer om, hvad det ville betyde for hendes familie, hvis hun bragte smitte med hjem. Da hun blev smittet, var det dog hende selv, der blev hårdest ramt. Det kan du læse mere om i hendes klumme, som slutter brat på side 41. Heldigvis har jeg i skrivende stund fået bekræftet, at hun er startet på arbejde igen. //

---

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





## KLUMME OM KOMMUNIKATION OG PRESSE:

# DSAM fik skrevet tvangsvaccination ud af regeringens lovforslag

**D**er var glæde i DSAM, da et politisk flertal den 18. december 2020 indgik aftale om lovforslag til ny epidemilov, hvor enhver form for tvangsvaccination blev skrevet ud. Et par dage tidligere havde sundhedsministeren proklameret på Twitter, at ændringen var på vej, og han henviste til en DSAM-kronik, som var forfattet af formanden for selskabet, Anders Beich, og specialkonsulent Thomas Birk Kristiansen.

"Tak til lægerne Thomas Birk og Anders Beich fra @DSAM\_dk for kronik i @politiken. Jeg er enig i analysen. Selv en teoretisk mulighed for tvang i loven er skadelig for vaccine-sagen. Derfor foreslår vi i vores opdaterede forslag til ny epidemilov, at tvangsvaccine skrives helt ud," skrev ministeren på sin Twitterprofil den 12. december 2020.

### Selskabet måtte blande sig

Debatten om tvangsvaccinering fik sundhedspersonalet i det danske sundhedsvæsen til at reagere, og DSAM

gik ligeledes fuldt og helt ind i sagen. Muligheden for tvangsvaccination har altid indgået i epidemiloven, og der var lagt op til at videreføre dette, indtil bl.a. DSAM's lægefaglige talspersoner med vægtige argumenter bidrog til at få skabt en mediedagsorden om emnet og turde foreslå at afskaffe lige præcis vaccination som tvang.

I en nyhedsartikel fra Dagbladet Information fra 13. november 2020, som er blevet delt næsten 4.000 gange, siger Anders Beich, at DSAM var nødt til at gå ind i sagen.

"Vi har diskuteret meget i vores bestyrelse, hvor meget vi skal blande os. Men de praktiserende læger kommer til at spille en rolle i forhold til nogle af de tvangsmæssige foranstaltninger, som muliggøres i udkastet til en ny epidemilov, og derfor er der en risiko for, at befolkningens tillid til sundhedspersoners uafhængighed og faglighed sættes over styr. Derfor er vi nødt til at blande os."

Glæden var til gengæld stor, da det lykkedes. Til Politiken den 18. december 2020 siger formanden: "Hurra for

den beslutning. Jeg er glad for, at vi har været med til at afskaffe et historisk begreb."

Han uddyber: "Det går bare ikke i en verden med individualisering og frihedsrettigheder. I forhold til sundhedsvæsenet beror det jo på gode relationer og god information og informeret samtykke til behandling. Så det konflikter med den moderne opfattelse af sundhedsvæsenet."

### Tvang er unødvendigt

"Bekymrede læger: Drop hjemlen til tvangsvaccinering. Det skader langt mere end det gavner," var titlen på kronikken (12. december 2020). Den beskæftigede sig især med spørgsmålet om, hvorvidt risikoen for at blive vaccineret med tvang kan skade borgernes velvilje til at blive vaccineret – et temmelig skidt udgangspunkt, når der er en vaccine på vej, som skal sikre flokimmunitet blandt danskerne.

"Tvang er i den henseende helt unødvendigt," siger Thomas Birk Kristiansen i Politikens artikel den 18.



Sundhedsminister Magnus Heunicke på sin Twitterprofil den 12. december 2020: "Tak til lægerne Thomas Birk og Anders Beich fra @DSAM\_dk for kronik i @politiken. Jeg er enig i analysen. Selv en teoretisk mulighed for tvang i loven er skadelig for vaccine-sagen. Derfor foreslår vi i vores opdaterede forslag til ny epidemilov, at tvangsvaccine skrives helt ud."

december 2020. "Man kan se, at ved COVID-19 er der masser af frivillige, som gerne vil vaccineres. Hvis du har en sygdom, som er tilstrækkelig farlig, så vil folk gerne tage imod vaccine. Hvis der var 40 procent af befolkningen, der ikke ville have den, kunne man jo ikke forestille sig, at man fysisk skulle holde befolkningen og stikke dem? Det er jo absurd."

### Travle dage på pressekontoret

Da kronikken landede i avisen, fik undertegnede travlt med at betjene journalister, som ringede fra tidlig morgen til aften for at få en udtalelse fra formanden. På de sociale medier, bl.a. Facebookgruppen "Spørg en læge om coronavirus", åndede mange lettet op, fordi bekymringerne havde hobet sig op for nervøse borgere. Der er vel reelt set ingen – hverken læger eller borgere – som bryder sig om tanken.

I skrivende stund har DSAM netop indgivet sit andet høringssvar (15. januar 2021) på udkastet til epidemiloven, og selvom der stadig er knaster i loven, så er man på rette vej. Dog

mangler man i lovforslaget fokus på, hvilke sygdomme loven rent faktisk er rettet mod, og det er jo et helt fundamentalt problem, der bør kastes lys over, inden loven vedtages med henblik på at træde i kraft 1. marts 2021.

### Vi sender virus ind i helvede

Da den første godkendte vaccine endelig kom til Danmark, meldte de praktiserende læger sig på banen i stort antal for at give borgerne de første stik. Den 27. december startede de første vaccinationer mod COVID-19, som blev givet efter en prioriteret liste, hvor de ældste og svageste samt frontpersonalet stod først i køen. Det så ud til at blive nogle travle juledage for de praktiserende læger. Overalt i landet skrev pressen, at de praktiserende læger ville spille en nøglerolle i vaccinationsindsatsen.

Til Dagens Medicin sagde Bolette Friderichsen, næstformand og medlem af DSAM's corona-taskforce:

"Vi er klar til at køre den her coronavirus helt ud over kanten og langt ind i helvede. Almen praksis ventes

at spille en nøglerolle i vaccinationen af landets ældre og sårbare borgere, som står forrest i vaccinekøen. Måske allerede i juledagene. Vi er klar til at give den en skalle."

### Travlhed er en god ting

De seneste måneder har været travle på pressefronten, og det er en fornøjelse at se, hvordan selskabets omdømme vokser i medielandskabet og hos borgerne.

Du kan se al selskabets presseomtale på DSAM's hjemmeside og følge med i, hvad DSAM's talspersoner siger om pandemien. Husk, at vi også har en side med relevant information om COVID-19, hvor du bl.a. finder link til DSAM's FAQta-ark om de første to vacciner, hvor vi beskriver det, vi formoder, og det vi ikke ved om virkning, effekt og bivirkninger. //

Vi ses i næste Practicus.



## BESTYRELSENS KLUMME:

# DSAM 2021 – dit faglige selskab! Pejlemærker og arbejdsglæde

Som nyt bestyrelsesmedlem i DSAM er jeg ved at få et praktisk indblik i, hvordan strukturen i DSAM er opbygget, og det giver et billede af en bred palette af foretagsomhed hos dedikerede fagfolk. Der sker fantastisk mange spændende ting, og der er altid plads til flere aktive kolleger, der vil være med til at sikre fundamentet for vores fags kvalitet og standard – og egen arbejdsglæde. Hermed en begejstret opfordring til at være aktiv i dit faglige selskab.

**I** DSAM er der blevet arbejdet meget med formål og struktur for selskabet og for faget. De syv pejlemærker, som er omtalt i de seneste numre af Practicus, definerer meget fint den praktiserende læges rolle og værdier i arbejdet. Alle syv pejlemærker er vigtige, og de afspejler, at vi i DSAM har mange jern iilden.

Min favorit er pejlemærke nr. 4: "Vi skaber dialog, der fremmer sundhed hos den enkelte, medinddrager patientens tanker og behandler derved hver enkelt patient forskelligt", men alle de andre er lige så nødvendige til at karakterisere vores nuancerede arbejde. Som aktiv i Kvalitetsudvalget vil jeg også fremhæve pejlemærke nr. 5: "Vi deltager i uddannelse, forskning og udvikling af kvalitet" og pejlemærke nr. 7: "Vi beskriver og bruger erfaringer fra praksis, samarbejder og ytrer os, hvis vi oplever ulighed i sundhed

eller uhensigtsmæssig ressourceudnyttelse".

Strukturen i DSAM er bygget op af i alt fem overordnede udvalg: forskning, uddannelse, kvalitet, internationalt samarbejde og FYAM, der arbejder fra hver sin vinkel med de syv pejlemærker. I hvert udvalg er der derudover underopdelte arbejdsgrupper.

### Kvalitet og patientsikkerhed

Jeg er blevet ordfører for Kvalitetsudvalget og er i den forbindelse inviteret med i en arbejdsgruppe i Styrelsen for Patientsikkerhed sammen med PLO med henblik på modernisering og afbureaukratisering af journalføringsregler.

Arbejdet har stået på siden 2018 og er en del af "Tillidspakken", udsprunget til dels af Svendborgsagen. Formålet med gruppens arbejde er at tilgodese hensynet til patientsikkerhed, understøtte en simpel og fleksi-

bel journalføring i praksis og tage højde for de vilkår, sundhedspersonalet arbejder under. Jeg oplever rigtig fin lydhørhed og forståelse for vores synspunkter fra de jurister, der arbejder i Styrelsen for Patientsikkerhed. Der er forståelse for, at vores hverdag med patienterne i almen praksis er anderledes end på hospitalerne, og der er fokus på, at journalen primært er vores arbejdsredskab og sekundært tjener som dokumentation i forsikrings-sager, klagesager m.v.

Der er også ønske om ikke at give os unødigt arbejde såsom dobbeltregistrering og dokumentation af ikke relevante/unødvendige oplysninger.

Jeg arbejder for, at vi ikke skal ende med bevidstløst at journalføre samtykke ved hver patientkontakt og andre tidskrævende, defensivmedicinske og automatiske handlinger. Det overordnede mål for Styrelsen for Patientsikkerhed er jo at øge sikkerhe-

den for patienterne ... og vi er enige (pejlemærke nr. 2). Man kan roligt sige, at jo mere dokumentation vi skal præstere, jo mindre tid er der til at se patienten i øjnene og være nærværende (pejlemærke nr. 1).

Som sagt oplever jeg god forståelse for dette i Styrelsen for Patientsikkerhed, men jurister vil jo gerne have det meste nedskrevet, så loven bliver formentligt ikke ændret. Og i afgørelsens time, når vores sag behandles hos Styrelsen for Patientklager, så er det jo også en fair tolkning af det skrevne, som vi er afhængige af.

De to instanser er i øvrigt blevet opdelt også rent fysisk, så man kan ikke vide sig sikker på, at den tilgang, vi møder i Styrelsen for Patientsikkerhed, nødvendigvis ligner den tilgang, de har i Styrelsen for Patientklager. Styrelsen for Patientklager ligger i Århus, Styrelsen for Patientsikkerhed er spredt ud på centre i Kolding, Randers, København og på Færøerne.

### Definition af god kvalitet

I min optik skal vi arbejde på, at vores fag er så skarpslebent som en diamant, som Lotte Hvas så fint betegnede vores fag i 2013, og fortsætte med at arbejde med kvaliteten af vores speciale – alle de steder, vi kan.

DSAM's definition af kvalitetsarbejde lægger sig op ad WHO's definition af god kvalitet i sundhedsvæsenet:

- Høj professionel standard
- Høj patienttilfredshed
- Helhed i patientforløb
- Minimal patientrisiko
- Effektiv ressourceudnyttelse.

Jeg kan ikke lade være med at tilføje, at det lyder som en præcis karakteristik af vores fag!

### Mange jern i ilden

I Kvalitetsudvalget er der derfor undergrupper, der arbejder med metoder og kvalitetsudviklingsredskaber, en IT- og datagruppe, der følger udviklingen på dette område, en gruppe for patientsikkerhed og ulighed i sundhed og endelig en arbejdsgruppe, der arbejder for udvikling af en vidensbank for kvalitetsudviklingsprojekter. Alt sammen er iværksat for at gøre det lettere at yde den mest optimale vurdering og behandling af patienten.

Det hele kan lyde meget ambitiøst og overvældende, men det er meningen, at det skal bidrage med hensigtsmæssig udnyttelse både af systemet og lægens ressourcer.

Vi har i bestyrelsen fokus på udbændthed blandt praktiserende læger og vil løbende igennem året beskæftige os med, hvad der kan afhjælpe dette. Det er naturligvis en mangefacetteret størrelse, udsprunget hyppigt af tidsnød, for få læger, øget mængde arbejdsopgaver, manglende me-



**Vi holder læge-patientrelationen i hævd**



**Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske**



**Vi giver mest til dem, som har størst behov**



**Vi skaber en dialog, der fremmer sundhed hos den enkelte**



**Vi deltager i uddannelse, forskning og udvikling af kvalitet**



**Vi tager ansvar lokalt, tværfagligt og tværsektorielt**



**Vi beskriver og bruger erfaringerne fra praksis**

ning med arbejdsopgaver – og for mit eget vedkommende – risikoen for at få at vide, at jeg ikke har levet op til anerkendt praksis og ikke udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed, når en patient klager over mig. Jeg er desværre fortsat ikke overbevist om, at vi bliver behandlet fair i den slags situationer, og det lægger for mig en dæmper på arbejdsglæden. Det vil være individuelt, hvad der tynger mest, men i disse særlige coronatider og de belastninger, det har givet, er der risiko for, at graden af udbændthed forværres hos en del af os – til trods for at vi jo har det bedste lægespecial af alle. Vi vil i DSAM have fokus på, hvad der kan bidrage med "resiliens" hos os udøvere af almen medicin, så vi kan fortsætte med at "give mest til dem med størst behov" (pejlemærke nr. 3) og holde læge-patientrelationen i hævd (pejlemærke nr. 1) med overskud til fortrolighed og nærvær; grundstenen i vores fags fundament. //



# DSAM's corona-taskforce – et år senere ...

”Vi glemmer aldrig marts og april 2020”. Det var overskriften på den beretning, visom DSAM's corona-taskforce valgte til artiklen i Practicus nr. 250 fra maj 2020. Det er lang tid siden, og vi havde ikke (nok både naivt og håbefuldt) forestillet os, at epidemien skulle udvikle sig yderligere og kompliceres af nærmest ukontrollerbare

mutationer. Vi havde godt nok ikke tænkt, at vi kunne læne os tilbage, da det så lysere ud hen over sommeren, men at vi nu står i en måske endnu mere kritisk situation og i et kapløb med tiden for at få vaccineret befolkningen, inden nye mutationer får fat, det var svært at forestille sig. Vi vil i denne artikel redegøre for, hvad der er sket siden foråret i vores lille taskfor-

ce, hvad vi aktuelt arbejder med, og hvordan vi organiserer arbejdet.

## Bedre organisering

Helt lavpraktisk mødes vi med lavere frekvens end i foråret 2020, hvor vi havde møder på skærmen to til tre gange pr. dag alle ugens dage. Nu ses vi på skærm ca. to gange om ugen, suppleret med en lukket Facebook-



Anne Møller giver et af sine mange TV-interviews på behørig afstand. Foto: Sine Barrett-Madsen.

gruppe, hvor vi drøfter dilemmaer og breaking news. Dels har vi opbygget noget erfaring i at håndtere krisen sammen, dels har vi behov for at prioritere andre sager og at koble lidt fra. Vi har optimeret vores digitale forbindelse, så der er færre tekniske problemer, ligesom dagsordenen og overblikket over de mange sager og høringer, vi skal tage stilling til, er blevet forbedret.

## Værdifulde medspillere

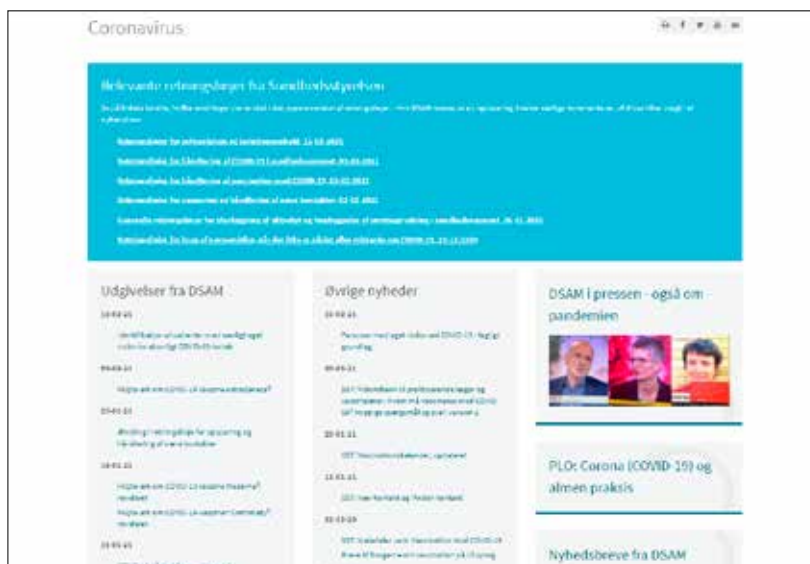
Det måske bedste kort på hånden: Vi har fået PLO med ombord i vores taskforce. Det er stadig DSAM's corona-taskforce, men nu med fast deltagelse af PLO's næstformand, Mireille Lacroix. Det optimerer koordineringen af PLO's og DSAM's coronaarbejde, når vi kan supplere hinandens viden og observationer.

Vi har også benyttet os af viden og hjælp fra andre gode kræfter. Det er svært at nævne nogen uden at glemme andre, men vi vover pelsen og fremhæver Thomas Birk Kristiansen, der er praktiserende læge og lægefaglig specialkonsulent i DSAM, og som har ydet et værdifuldt bidrag til udarbejdelse af FAQta-ark om vaccinerne.

Også Eskild Johansen skal fremhæves. Han er FYAM'er og uddannelseslæge hos Bolette Friderichsen og har haft en særlig rolle, i første omgang med at overvåge og sammen skrive litteraturen om symptomer på COVID-19 og senere i arbejdet med COVID-senfølger og med at læse litteratur igennem og give referater.

Gennem samarbejdet i det faglige udvalg i SST har vi fået god konneks til flere af de øvrige eksperter på området, og vi har haft gavn af deres respons på vores udgivelser og senest i et debatindlæg sammen med professor i mikrobiologi Hans Jørn Kolmos.

Endelig har vi haft temamøder med eksempelvis Sundhedsstyrelsen og et



DSAM's corona-taskforce sorterer jævnligt i de enorme mængder af information, der findes om COVID-19. På dsam.dk/corona har de samlet alt det, de finder relevant for læger i almen praksis.

øget samarbejde med Lægemeddelstyrelsen i forbindelse med vaccinearbejdet, som har bidraget til relationsopbygning (det er altså ikke det samme på skærm) og hurtig afklaring af preserende spørgsmål – begge veje. Og sidst, men ikke mindst, har det øvrige sekretariat været klar/parat/på plads og har taget fra, når der har været behov for det – næsten uanset hvilken tid på døgnet det har været krævet.

## Bredere forståelse af epidemien

Flere af os har haft COVID-19 tæt på og derfor på egen krop afprøvet restriktioner og anbefalinger. Det har været givende i forhold til at kunne rådgive myndigheder og få hold på udfordringerne ved det nuværende system. Det er også en fordel, at taskforcens læger repræsenterer fire forskellige regioner (Bolette: Nordjylland, Mireille: Syddanmark, Anne: Sjælland og Anders: Hovedstaden). Det har gjort det meget tydeligt, hvor store regionale forskelle der har været – både i smitte og håndtering af den. På den måde har vi fået en meget bredere forståelse af epidemien og dens udfordringer.

## Samarbejdet går begge veje

Løbende har vi taget stilling til og kommenteret på retningslinjer, opdatering af retningslinjer og faglige spørgsmål, der har været i høring. Blitzhøring eller lynhøringer – for ofte skal der svares inden for få timer eller dage – har vi beredvilligt stillet op til flere gange om ugen, og spændte var vi, da vi kort før jul stod for at skulle udsende det første FAQta-ark om vaccination mod coronavirus til blitzhøring den anden vej, nemlig til myndighederne. Ville de kunne svare og prioritere at svare lige så hurtigt, som de beder os om? Det kunne de, og det gjorde de. Samarbejdet er dermed vokset og er med til, at FAQta-arket kom afsted til jer så hurtigt, som det var muligt – eller rettidigt, om man vil. Og det er noget af det, vi løbende diskuterer: Hvornår og hvad skal vi kommunikere til jer medlemmer? Hvad har I brug for? Og har vi nok viden til at formidle det, vi ved – eller ikke ved? Her er vi blevet hjulpet på vej af den feedback, der er kommet i de lukkede Facebook-grupper og de henvendelser, vi har fået fra jer på mail. Tak for det.



Vaccination i det fri, sådan kan det også gøres. Privatfoto.

## Taskforce i pressen

Før sommerferien var der stor efterspørgsel efter DSAM's lægefaglige eksperter, og vi har prioriteret højt at stille os til rådighed for pressen og dermed befolkningen. Vi vurderede, at det ville være givtigt at opruste på denne front, selvom vi på daværende tidspunkt ikke vidste, hvor stort et pres der ville komme efter sommerferien. Vi fik derfor i samarbejde med DSAM's presseansvarlige stablet et mediehåndteringskursus på benene for Bolette og Anne. Det viste sig at være den rigtige beslutning, da der siden har været stor efterspørgsel efter dem begge. Det er en efterspørgsel, man gør sig fortjent til, fordi man er dygtig til at formidle på en saglig og konstruktiv facon i øjenhøjde med borgerne i landet. Utallige gange har vores tre læger fra taskforce gennem

pandemien formidlet viden om coronavirus i landsdækkende medier.

Vi har løbende forholdt os og givet indspark til de retningslinjer, der er kommet fra Sundhedsstyrelsen og opdateret vores site [www.dsam.dk/corona](http://www.dsam.dk/corona) med aktuel information, hvor målet hele tiden er at sortere i de enorme mængder af information og samle det, der er relevant for læger i almen praksis.

Og vi har udarbejdet vores egne notater, hvor vi har vurderet, at det vil være til nytte. Det er eksempelvis notater om LFU i almen praksis under pandemien, hvordan man bedst organiserer sig under hensyntagen til smitterisiko, statusartikel om værnemidler, hvordan man mindsker risikoen for at blive nær kontakt i praksis og håndtering af COVID-19 på plejehjem. //

## PERSONLIGE BERETNINGER



**Louise:**

### Hvor man vander, gror det

Jeg har løbende tænkt over min rolle i coronataskforcen. Hvis jeg skal beskrive den kort, må det være at facilitere. At lave mødeplaner, at indkalde til og styre møder, at skabe overblik ved at lave dagsordener og på bedste vis forsøge at give plads til faglig snak og have øje for, hvad vi skal nå på det pågældende møde. Det er en balance, som jeg hele tiden forsøger at blive bedre til. Hvornår kan vi gå videre til næste sag? Hvornår er der behov for mere faglig snak og eftertænksomhed? Hvornår kan jeg selv tage noget "herfra"? Derudover er jeg bindeled til sekretariatet - at sikre, at sekretariatet har relevant viden, og at sekretariatet er klar til at tage fra, når arbejdet i taskforcen kræver det. Et ordssprog, jeg har tænkt meget på, er, at dér, hvor man vander, gror det. Vi har brugt mange ressourcer og meget tid på epidemihåndtering. Og det har lønnet sig og været godt givet ud. Det kan vi se ved, at vi har fået indflydelse. Vi er blevet inviteret med helt derind, hvor politik og retningslinjer formes og formuleres, og vi har oplevet tilfredse medlemmer. Samtidig har vi vist, at vi kan andet end at håndtere drift, årshjul og sådan-plejer-vi-at-gøre. Det er godt, tror jeg - og det med at være agile og omstillingsparate får vi også brug for i fremtiden.



### **Anne: Man kender ikke morgendagen...**

Denne epidemi viser virkelig, at man ikke kender morgendagen, før solen går ned. For mig personligt har det været en speciel oplevelse, at jo mere corona og nedlukning – og jo mere andre får tid og keder sig – jo mere travlt har jeg fået. Og det er sjovt, men også udfordrende. Jeg havde håbet på mere ro i arbejds- og fritidslivet i efteråret. Men når først man er inficeret – ikke med coronavirus, men med taskforcearbejdet – er det rigtig svært ikke at klø på, også selvom familien nok er ved at være pænt træt af mig og min PC: "Arbejder du nu igen, mor?" eller "Mor, du arbejder jo både ved spisebordet, i stuen, i sengen og i smug om morgenen." Ja, og det er spændende. Vi er i gang med verdenshistorie. Og det er ikke en sjov verdenshistorie, men det er stadig superspændende at være en del af, og det er fagligt udfordrende hver dag. Så jeg klør på, fordi jeg fornemmer, at vores gode arbejde og samarbejde i taskforcen gør en forskel. Det er jo det samme, vi jagter i klinikken, så forskellen er faktisk ikke så stor. At mit mediearbejde så også har resulteret i en tv-diagnosticeret knude på halsen, som nu er fjernet, er en helt anden historie...!



### **Bolette: Jeg var glad, da vi begyndte at vaccinere på plejehjem**

Jeg er plejehjemslæge og har ondt af de gamle, der har været isoleret fra familien i lange perioder. De er også

understimulerede, fordi de fleste aktiviteter på hjemmet er lukket ned. Flere af mine patienter er skredet i deres demens. Jeg var derfor glad, da vi kunne vaccinere på hjemmet den 31. december, og der var 57 beboere, der fik "nålen" den dag. Men dagen før var COVID-smitten smuttet med ind; en fra personalet var testet positiv. Og ugen efter bredte smitten sig på hele hjemmet. Da jeg skulle revaccinere, var der kun 14, der skulle have stikket. Resten var enten døde af COVID (12!) eller smittede og syge i forskellige grader. Jeg fik alt for god brug af DSAM-guiden "Plejehjemsbeboere med COVID" (vejledninger.dsam.dk/plejehjem/) og har lært at ordinere hjemmeilt og bruge Prednison og palliation på nye måder. I Norge har der været 33 dødsfald efter COVID-vaccine, alle over 75 år. Jeg kan ikke lade være med at tænke på, om den samlede belastning af COVID-sygdom OG samtidig COVID-vaccine kan have haft fatal udgang hos mine 12 patienter og vil melde det som mulig bivirkning.



### **Anders: Jeg savner min egen praksis**

Jeg er mest ked af, at jeg er for lidt i egen praksis. Jeg deltager efterhånden i så mange forskellige sammenhænge, at det både går ud over kontinuiteten med mine patienter og de øvrige DSAM-opgaver. Heldigvis har jeg en god vikar og nogle fantastiske kompagnoner, som bærer over med "den distræte linselus i studie 3", som de siger. Og så har vi også et meget effektivt sekretariat i DSAM, som holder øje med de utallige løse ender, kalendarer og huskesedler. Tak for al op-

bakning. Jeg glæder mig bare til, at vi igen kan koncentrere os om faget almen medicin og udvikle på kvalitet, uddannelse og forskning i vores virke.



### **Mireille: Taskforcen har givet mere samarbejde**

Corona-taskforcen er en lille velfungerende gruppe. Den er ikke større, end at vi taler nærmest lige så godt sammen på Zoom, som vi kunne have gjort IRL – noget, der faktisk kan live en op i en tid med masser af videomøder og lockdown. Det er korte og effektive møder – ofte kun 30 minutter. Jeg har deltaget 2-3 gange månedligt, dvs. ikke i alle møder. COVID-politik kan ændre sig flere gange om ugen. Der har været et hav af høringer, mange med meget kort varsel. De fleste er sendt til begge parter, men nogle er kun sendt til PLO eller DSAM. Så har vi orienteret hinanden. Det har været en styrke, at vi hele tiden har været ajour med, hvad der rører sig og hinandens holdninger. Marts og april 2020 var for mig en stressende tid med OK-forhandlinger og et tungt ansvar som PLO-politiker med både frygt for COVID-smitte og massivt indtægtstab. Nu er der mere ro på, og COVID er blevet "business as usual". Det gode samarbejde i corona-taskforcen har inspireret til mere samarbejde mellem PLO og DSAM. Nu holder vi faste møder mellem formandskaberne cirka hver anden måned – ikke kun om corona, men også om udvalgte større sager, vi arbejder med. //



# DSAM skal have ny formand til efteråret

Der er formandsvalg i DSAM i år. Den nuværende formand Anders Beichs funktionsperiode udløber efter seks år på posten, og der skal derfor vælges en ny.

**F**ormanden i DSAM har mange opgaver, og set udefra kan det se ud som en uoverkommelig opgave både at stille sig til rådighed for medierne, deltage i bestyrelses- og udvalgs møder samt faglige arrangementer, svare på høringer, rådgive ministerier og myndigheder og meget andet.

Så man skal selvfølgelig brænde for faget almen medicin og vil le arbejde målrettet for at udvikle almen praksis i det fælles sundhedsvæsen, som vi alle er en del af. Men man skal også huske, at med en stærk bestyrelse bag sig, et engageret repræsentantskab og et dygtigt sekretariat er man ikke alene om opgaven.



## Fakta om formandsposten i DSAM

- Du skal være speciallæge i almen medicin og medlem af DSAM for at kunne stille op som formand.
- Repræsentantskabet vælger formanden, og der er formandsvalg hvert andet år.
- En formand kan højst genvælges to gange og dermed maksimalt sidde på formandsposten i seks år i træk.
- Den nye formand, der vælges til efteråret, bliver formand nr. 18 i selskabets 51-årige historie.
- Kandidater kan stille op frem til datoen for repræsentantskabsmødet: lørdag den 2. oktober 2021.

## Formanden er ikke alene

Som det er i dag, er formanden frikøbt 17 timer pr. uge. Som formand i DSAM får man stillet et sekretariat til rådighed, som hjælper en med opgaverne. DSAM's sekretariat varetager alt fra forberedende arbejde omkring høringer, udpegninger, kongresser, pressearbejde, bestyrelsesmøder og årsmøder til medlemskommunikation og meget mere. Sekretariatet består både af lægefaglige og administrative medarbejdere. Der er bestyrelsen og repræsentantskabet, som er vigtige sparringspartnere, og som tager fra på en række opgaver. Og der skal ligeledes vælges en næstformand, der kører tæt parløb med formanden. //

## Overvejer du at stille op?

- Du skal meddele dit kandidatur til formandsposten ved at sende en mail til: dsam@dsam.dk.
- Du har mulighed for at få formidlet dit valgoplæg, herunder din baggrund for at stille op og dine visioner for DSAM.
- Dit valgoplæg lægges på DSAM's hjemmeside. Hvis vi modtager det senest den 18. marts, bringes det også i det kommende Practicus. Der er mulighed for at få det bragt i sommernummeret, hvis du meddeler dit kandidatur senere.

# PLU

## Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i marts hhv. maj 2021.

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 skrivefasen. Oversættelse af manuskripter, deltagelse i viden-

skabelige 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](http://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 foråret 2021:**

**Onsdag den 10. marts og onsdag den 5. maj.**

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

# WONCA Europe 2021

## 6-10 July 2021



### Virtual Conference

Due to the international COVID-19 crisis, the conference in 2021 will be fully virtual. We aim to keep the vibrant atmosphere of physical conferences and to inspire you with highly qualified speakers and an attractive scientific programme, exploring the latest developments in family medicine. Thanks to advanced digital technology, we will offer many opportunities to meet and interact with colleagues across Europe and showcase your work to participants all around the world.

The cohesive sessions will be built around clinical topics that are linked to non-clinical topics such as cardiovascular risk management and shared decision making, respiratory diseases and health skills, or elderly care and prevention of overdiagnosis. The impact of COVID-19 on GP health and primary care services will also receive ample attention.

Join us online! [www.Woncaeurope2021.org](http://www.Woncaeurope2021.org)





# Fælles nordiske værdier

## "Core Values of Nordic General Practice"

NFGP har vedtaget "Core Values of Nordic General Practice"  
– et politikpapir, der bygger videre på de norske teser og de danske pejlemærker for faget almen medicin.

**D**SAM har nære og gode relationer til de øvrige nordiske lande, og vi mødes jævnligt i regi af Nordic Federation of General Practice (NFGP), som DSAM i øvrigt varetager sekretariatsfunktionen for.

I NFGP foregår mange vigtige ting: planlægning af nordiske kongresser, udgivelse af det videnskabelige tidsskrift *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, udvikling af samarbejdsrelationer på tværs af grænser mellem yngre og "ældre" almenmedicinere og også en række øvrige udviklingstiltag.



### Stopper ikke her

Vi har i år vedtaget "Core Values of Nordic General Practice", og der er er tilmed planer om at føre arbejdet videre i europæisk sammenhæng i WONCA-regi.

Johann Sigurdsson, professor emeritus, dr.med. og formand for NFGP, har lagt mange kræfter i arbejdet med at formulere "Core Values of Nordic General Practice", et projekt som har været i gang siden 2017. Ud over at bygge videre på de norske teser og danske pejlemærker er de blevet til via workshops med praktiserende læger fra hele Norden, som har drøftet og diskuteret indholdet omhyggeligt. Dernæst har en arbejdsgruppe med dansk repræsentation af DSAM-formand Anders Beich diskuteret kulturelle forskelle i brug af forskellige ord og ordenes associationer. Der er med andre ord blevet "smagt" på hvert ord og taget alle tænkelige forbehold i betragtning forud for det produkt, der nu foreligger, og som I kan se på pla-

katen på næste side. At drive sådan en proces fremad kræver stor vedholdenhed og udholdenhed. I den forbindelse skylder vi formanden for NFGP, Johann Sigurdsson, en stor tak.

### Bevidsthed om værdier

Det er håbet, at dette sæt af værdier bliver til gavn – ikke kun for praktiserende læger, men også for politikere og interessenter i hele sundhedssystemet, for forskere og undervisere i grund- og efteruddannelse og endelig for alle vores patienter; borgerne i de nordiske lande. Når der løbende skal omfordeles, omorganiseres, opskales, teknologiseres osv. i sundhedsvæsenet, kan det sandsynligvis være en hjælp for alle, at vi er bevidste om, hvilke værdier vi bygger vores faglighed på, og at vi har formuleret disse "core values", som jo rækker langt ud over landets grænser. //

Find artikel og yderligere info på:  
[www.nfgp.org/flx/nfgp/core\\_values/](http://www.nfgp.org/flx/nfgp/core_values/)

# CORE VALUES AND PRINCIPLES OF NORDIC GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE



## 1. We promote continuity of doctor-patient relationships as a central organising principle.

The doctor-patient relationship is based on personal involvement and confidentiality. Continuity of care helps build mutual trust and enable high-quality person-centred care.

## 2. We provide timely diagnosis and avoid unnecessary tests and overtreatment. Disease prevention and health promotion are integrated into our daily activities.

We care for our patients throughout their lives, tending to them through disease and suffering while encouraging progress toward health. We help patients understand their own health – to confront and manage their limitations, improve and maintain their well-being.

Overexamination, overdiagnosis, and overtreatment can harm patients, consume resources and indirectly lead to harmful underdiagnosis and undertreatment elsewhere. When equally effective interventions are available, we choose those that cost less.

## 3. We prioritise those whose needs for healthcare are greatest.

We aim to minimise inequalities in how health services are provided. We organise our practices to devote the most time and effort to those whose needs for treatment and support are greatest.

## 4. We practice person-centred medicine, emphasising dialogue, context, and the best evidence available.

We engage professionally with our patients' current life situations, biographical stories, beliefs, worries, and hopes. This helps us to recognise the links between social factors and sickness, and to deepen our understanding of how life and life events leave their imprint on the human body. We promote patients' capacity to make use of their individual and communal resources.

To safeguard our long-term resilience as caregivers, we attend to our own well-being.

## 5. We remain committed to education, research, and quality development.

We engage actively in the training of our future colleagues. We implement and promote research that is suited to the knowledge needs of General Practice/Family Medicine. We take a constructively critical view of new knowledge and approaches within our areas of specialisation.

## 6. We recognise that social strain, deprivation, and traumatic experiences increase people's susceptibility to disease, and we speak out on relevant issues.

Respect for human dignity is a prerequisite for healing and recovery.

We acknowledge that many circumstances contribute to health inequalities: childhood experiences, housing, education, social support, family income/unemployment, community structures, access to health services, etc.

We recognise our duty to speak out publicly on specific factors that cause or worsen disease, increase inequality in health outcomes, or make resources less accessible to certain people.

## 7. We collaborate across professions and disciplines while also taking care not to blur the lines of responsibility.

We engage actively in developing and adapting effective ways to cooperate.

Read more about The Nordic Federation of General Practice on [www.nfgp.org](http://www.nfgp.org)



# Hvorfor skal praktiserende læger være klimabevidste?

Grøn Praksis, som er udsprunget fra Læger for Klimat, er en ny interessegruppe under DSAM. Vi arbejder med at få danske praktiserende læger til at drive en mere grøn og bæredygtig praksis, så sundhedsydelser leveres på en måde, der gavner patienterne og samtidig gør mindst mulig skade på planeten.

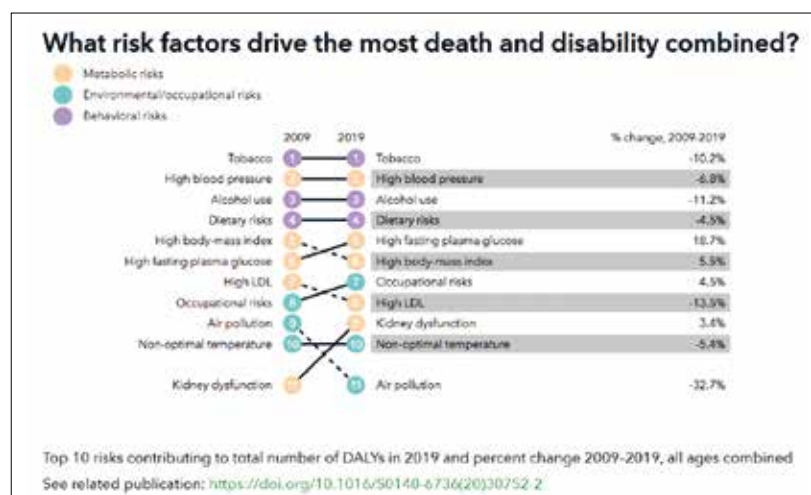
**V**i lever i den antropocæne tidsalder, hvor menneskets aktivitet – især i de sidste 200 år – har påvirket naturen på en måde, der gør os selv til en af vores fjender. Vi oplever accelerering af drivhusgasser, luftforurening, skovrydning, forsuring af havene, plastikforurening og en kæmpestor befolkningsekspllosion.

Klimaforandringerne påvirker vores helbred på en række områder. For eksempel ser vi herhjemme allerede

nu mere varmerelateret sygdom og død blandt ældre, større risiko for infektionssygdomme fra forurenede mad og vand og flåtsygdomme som Tick Borne Encephalitis og Borrelia. Andre eksempler er forlænget pollensæson, der forårsager flere luftvejssymptomer for astmatikere og allergikere, samt luftforurening, der dræber over 4.000 danskere hvert år. Hvad blev der af "first, do no harm"?

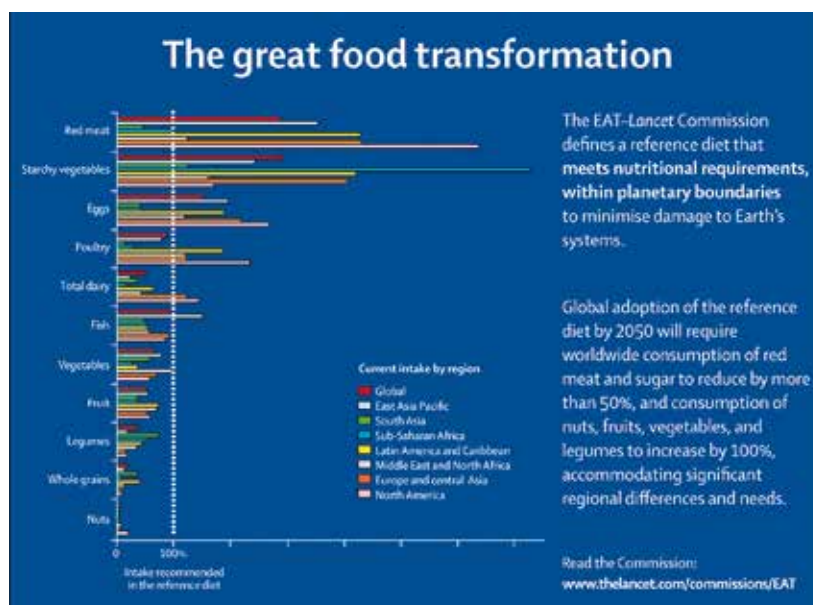
## Hvad der gavner patienten, gavner klimaet

Klimaforandringer gør os altså syge! Ved at bremse klimaforandringerne kan man potentielt gøre mennesker mindre syge. Omvendt kan en sundere livsstil medføre mindre klimabelastning. Her kan vi som praktiserende læger spille en vigtig rolle, da en kerneopgave i almen praksis i forvejen er forebyggelse.



Figur 1: Ud over arbejdsmiljø udgør KRAM-faktorerne sammen med miljøet, herunder luftforurening og klimaforandringer, de største risici for død og uarbejdsdygtighed i Danmark. Hilde: Denmark | Institute for Health Metrics and Evaluation, healthdata.org.

Figur 2: Diagrammet viser, at vi på globalt plan – og især i de vestlige lande – har et unødvendigt stort indtag af animalske fødevarer i forhold til vores ernæringsmæssige behov. Modsat indtager vi for lidt frugt og grønt, bælgfrugter, korn og nødder. Ænder vi vores madvaner til en mere plante-baseret kost, bliver vi ikke blot sundere, men vi ændrer også radikalt på den måde, vi driver landbrug på. Kilde: Food in the Anthropocene: the EAT–Lancet Commission on healthy diets from sustainable food systems, thelancet.com.



Den globale fødevarerproduktion udgør næsten 25 pct. af verdens CO<sub>2</sub>-udledning og er den største årsag til masseudryddelse af dyre- og plantearter, skovrydning og det globale vandforbrug. Det årlige CO<sub>2</sub>-udslip fra cigaretfremstilling svarer til tre millioner transatlantiske flyrejser. Ved bl.a. at fokusere mere på KRAM-faktorerne arbejder vi ikke blot sundhedsfremmende, men også klimabevidst. Måske kan vi herved overbevise patienterne om, at det ikke er surt – men derimod sundt – at leve mere klimavenligt?

### Vore nabolande er allerede i gang

I Storbritannien har man arbejdet med grøn omstilling i sundhedssektoren siden 2009. På 10 år har National Health Service (NHS) nedbragt sit CO<sub>2</sub>-udslip med ca. 20 pct. Det er blandet andet gjort ved målrettet at forbedre indkøbspolitik og ordinationsmønstre, selvom den kliniske aktivitet er steget med 25 pct. i samme periode. NHS planlægger at blive CO<sub>2</sub>-neutral i 2040.

Royal College of General Practice, som er den engelske pendant til DSAM, har sammen med blandt andre Health

Education England udviklet en grøn værktøjskasse til praktiserende læger som hjælp til at reducere deres miljøaftryk. Mindst 700 lægehuse i England er allerede i fuld gang med at blive grønnere. Man har her beregnet, at et lægehus i gennemsnit sparer næsten 10.000 kr. årligt på klimavenlige tiltag.

I Projekt Bæredygtig Vårdcentral i Värmland i Sverige forsøger to lægehuse at reducere deres CO<sub>2</sub>-udledning med 25 pct. Her kigger man især på forbrug af lægemidler og engangsmaterialer, sidstnævnte med fokus på genanvendelige eller biobaserede materialer frem for fossilt baseret plastik. En af lægerne er nu ansat af Region Värmland, så konceptet kan udvides til resten af området.

I Irland laver en gruppe af praktiserende læger fra Irish College of General Practitioners (ICGP) kampanjer for grøn omstilling i almen praksis.

KLUG – Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit har bl.a. aktivitetsgrupper med klimavenlige tiltag i almen praksis om livsstil og børnesundhed.

Kigger vi hjem til Danmark igen,

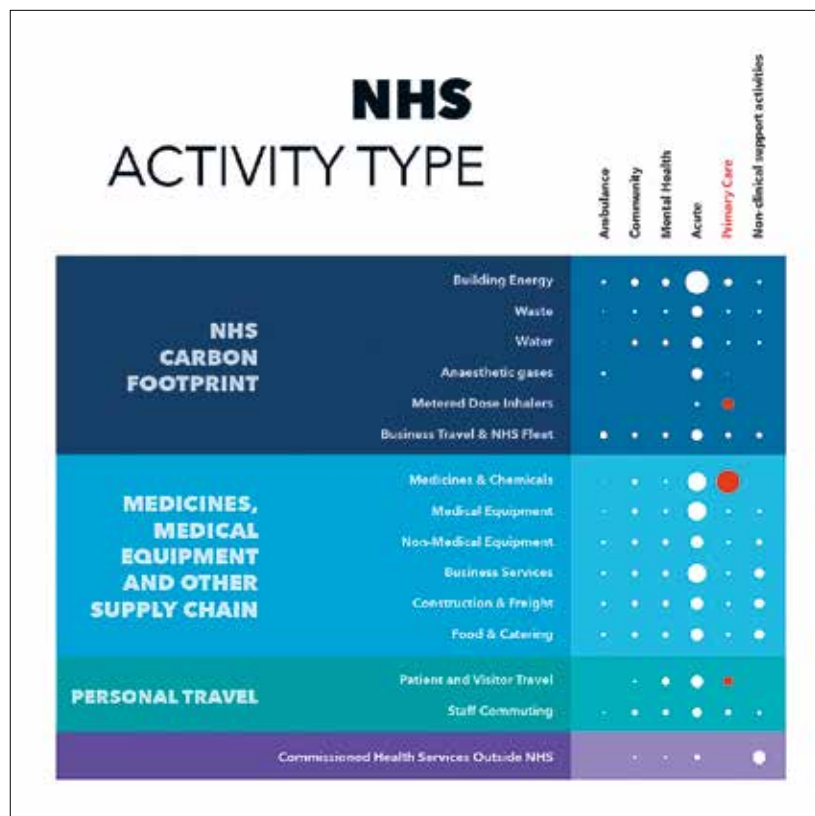
vedtog Lægeforeningen allerede i 2009 en klimapolitik, som nu er ved at blive opdateret. På regionalt plan prøver de danske regioner at arbejde sammen om vejen til at opnå deres individuelle ambitiøse klimamålsætninger, men sundhedspersonalet mangler at involvere sig i arbejdet.

Sammen rykker vi langt mere. Og det er os, der er eksperter på vores kliniske hverdag. For de fleste er almen praksis kendetegnet ved høj faglighed, nem tilgængelighed, effektiv resourceudnyttelse og optimal service. Derfor er det vigtigt, at vi følger med tiden og påtager os det ansvar også at være klimabevidste.

### Hvem står bag Grøn Praksis?

Interessegruppen Grøn Praksis består aktuelt af Salli Rose Tophøj, læge i hoveduddannelse i almen medicin, og Karolina Lewandowska, almenmediciner. Oprindeligt er Grøn Praksis udsprunget fra Læger for Klimaet.

Vi er sikre på, at vi ikke er de eneste læger i almen praksis, der ønsker at være klimabevidste, men der kan være langt fra at være klimabevidst til at tage skridtet og handle. Vi så på



Figur 3: Figuren viser CO<sub>2</sub>-udslippet i sundhedssektoren i England (fordelt på forskellige aktører). Det kan ikke overføres direkte til danske forhold, men det illustrerer, at almen praksis er en medspiller, og at alle aktører i sundhedssektoren kan bidrage til forbedringer. Kilde: frit efter NHS.

vores første medlemsmøde medio januar en kæmpe interesse. 35 primært praktiserende læger, kommende praktiserende læger og forskere deltog. Vi oplevede god energi og stor interesse for emnet, mange spørgsmål og en generel lyst til at komme i gang med grøn omstilling i almen praksis. Derfor har vi taget første skridt for jer.

Vi ønsker, at de praktiserende læger i Danmark skal tage bevidste grønne valg. Ligesom vi tager bevidste valg, hvad angår udredninger og behandlinger i praksis. Den grønne omstilling i almen praksis skal være nem, omkostningsfri og først og fremmest give mening.

Grøn Praksis er i sin spæde start, ideerne er mange, og målene er høje.

Vi ved endnu ikke, hvor mange andre praktiserende læger, der går med disse tanker om grøn omstilling i praksis. Vi hører meget gerne fra dig, hvis du allerede har taget de første skridt til en mere grøn praksis og vil dele dine erfaringer. Vi vil også gerne høre fra læger med interesse for emnet, som vil være med i Grøn Praksis. Send os gerne en mail.

I de følgende numre af Practicus vil du kunne læse om de erfaringer, som praktiserende læger i bl.a. England, Irland og Sverige har gjort sig ved at omlægge til en mere Grøn Praksis. Vi ønsker at vise, at det giver mening at tænke grøn omstilling ind i almen praksis, og at vi alle kan gøre en forskel. //

### Vidste du?

- at sundhedsvæsenets samlede klimaaftryk er dobbelt så stort som hele flyindustriens?
- at kosteramning med mange animalske fedtstoffer og sukkerstoffer forårsager 11 millioner dødsfald hvert år (svarende til 22 pct. af alle dødsfald)?
- at 75 pct. af hjerte-kar-sygdomme, slagtilfælde og type 2-diabetes samt 40 pct. af kræfttilfælde kan undgås ved livsstilsændringer, især ved at spise en mere plantebaseret kost?
- at hedeølgen i Danmark i 2018 resulterede i mindst 250 flere dødsfald end forventet i to af sommerens varmeste uger? Og at fem gange så mange ældre som normalt blev indlagt?
- at man på verdensplan så 296.000 varmerelaterede dødsfald samme år – en stigning på 53,7 pct. sammenlignet med 2008?
- at lægemidler står for langt størstedelen af CO<sub>2</sub>-udledningen i almen praksis?
- at klimaaftrykket fra en enkelt inhalationsspray svarer til en køretur i bil på ca. 280 km, hvori klimaaftrykket fra den tilsvarende pulverinhalator svarer til en køretur på ca. 6 km?

For referencer henvises til forfatterne.

### Læs mere

- [https://www.dsam.dk/groen\\_praksis/](https://www.dsam.dk/groen_praksis/)

# Rundt om initiativtagerne til Grøn Praksis

**Salli  
Rose Tophøj**



## Hvordan begyndte din interesse for grøn omstilling?

Min interesse for klima og sundhed startede for alvor i forbindelse med klimavalget 2019, hvor jeg var på barsel med mit andet barn. Børn skaber tanker om fremtiden og med det overvældende flow af klimanyheder i medierne kunne og ville jeg ikke lukke øjnene.

## Hvorfor er det vigtigt at handle nu?

Hvis Danmark skal nå målsætningen om 70 pct. reduktion i 2030, skal vi alle være med. Jeg vil handle, og for mig er det ikke nok at droppe oksekødet og minimere flyrejser. Som læge føler jeg mig forpligtet til at handle - ikke kun for mine børns skyld, men også for mine patienters.

## Hvad har du selv gjort?

I efteråret 2019 var jeg med til at starte organisationen Læger for Klimaet. Formålet er at påvirke den po-

litiske klima- og sundhedsdagsorden ved at tale om klimaforandringerne trussel af sundheden. Det er også et mål at få reduceret klimaaftrykket fra sundhedsvæsenet. Som kommende praktiserende læge var det herefter nærliggende at kigge på almen praksis, der har et stort potentiale i forhold til den grønne omstilling. Endda til gavn for vores patienter.

**Karolina  
Lewandowska**



## Hvordan begyndte din interesse for grøn omstilling?

Min motivation for at leve og arbejde mere klimabevidst startede for lidt over tre år siden, hvor jeg arbejdede som praktiserende læge på Waiheke Island i New Zealand. Min familie og jeg boede i to år på en mindre ø, hvor tiden gik langsommere end så mange andre steder, og hvor livet levede mere enkelt. Vi havde ingen kloakering eller lokal vandforsyning. Strømmen gik til tider. Og vejene blev ind imellem skyllet væk ved kraftigt regnvejr. Mange huse var dårligt isoleret, og man skulle med færgе eller helikopter for at komme til fastlandet – og sygehuset.

Regnvand var eneste kilde til alt det vand, vi skulle bruge i husstanden, også vanding af køkkenhaven

i tørre perioder. Det, vi kom i afløb og toilet, havnede først i septiktanken og senere på den lokale strand. Hvis vi brugte for mange kemikalier, ville det ødelægge den rensende flora i septiktanken, og hormonforstyrrende stoffer ville ende i havet, hvor vi så en masse fascinerende dyr svømme rundt om eftermiddagen.

Skraldet havnede i en kæmpe bunke på en losseplads uden for byen, hvor man nemt kunne følge med i mængden af akkumuleret skrald på øen. Hvis man havde mere skrald end de husholdningsskraldespande, man fik hentet, skulle man betale for hvert kilo, man ville af med på lossepladsen. Det endte derfor med, at det hønsehus, vi havde købt brugt, kostede mere at komme af med, end det havde kostet os at erhverve det.

## Hvorfor er det vigtigt at handle nu?

I New Zealand var vi tæt på natu-

ren, og vi blev konfronteret med den hver eneste dag. I Danmark tænker vi ikke så meget over, hvor sårbar naturen er, og hvor meget vores handlinger påvirker den. Vi er privilegerede på mange måder. Der kommer altid rent vand ud af hanen i ubegrænsede mængder. Toiletvandet forsvinder ud i rensningsanlægget. Skraldet fjernes. Husene er isolerede. Vi kan købe modne tomater i januar måned. Kyllingen ligger allerede parteret i køledisken. Så vi fornemmer ikke naturen på samme måde eller bemærker klimaforandringerne, selv om de giver tegn fra sig. Den bevidsthed kan vi godt øge.

## Hvad har du selv gjort?

Vi er alle med til at sætte et klimaftryk, og hver lille handling gælder – ikke kun derhjemme, men også på arbejdet. Det er en af grundene til, at jeg har været med til at starte Grøn Praksis. Vi kan gøre en forskel.



# Metodeskrifter om kvalitetsudvikling

DSAM's Kvalitetsudvalg vil i den kommende tid udfærdige nogle korte tekster om grundlæggende metoder i kvalitetsudvikling. Den første, der handler om projektmetode, dataindsamling, data og brug af indikatorer, er snart tilgængelig på DSAM's hjemmeside.

## Skabelsen af et projekt

Når man i klinikken eller i klyngesammenhæng får ideen til et projekt, er ideen hyppigt foranlediget af, at man undrer sig over et forhold eller vil have belyst et område af sin praksis.

Til det formål kan man bruge metodeskriftet som en opskrift på, hvordan man bygger projektbeskrivelsen op ved grundigt at diskutere de forskellige aspekter af projektet igennem. Det er meningen, at man ved at følge retningslinjerne i artiklen bliver bragt gennem alle overvejelser om konkretisering af formål, valg af data, beskrivelse og analyse af data og evaluering af projektet.

## Projektbeskrivelsen

I vores hverdag som praktiserende læger er vi ikke vant til at opbygge projekter i klinikken. Og mange af os er ikke bekendt med metoderne inden for kvalitetsudvikling. Ved at følge den beskrevne fremgangsmåde er det muligt for de fleste praktiserende læger at opbygge deres eget projekt, en-

ten i klinikken eller i klyngesammenhæng. Artiklen har et skema vedhæftet, som man kan udfylde og bruge som skabelon. Derved gennemgås de grundlæggende overvejelser, der skal til for at opbygge et projekt.

For selvom man har formuleret et godt og klinisk relevant projekt, er det vigtigt, at man inden starten har gjort sig nogle tanker om husholdningen i projektet: om hvorledes data indsamles, og hvorledes tidslinjen er i projektet. Det kan være, at der er brug for hjælp fra den regionale kvalitetsenhed til tilretning af projektet eller råd om, hvordan data indsamles fra IT-enheden i klinikken. Hvis der skal bruges hjælp udefra, kan det være, at der skal skaffes økonomiske midler enten fra klyngepuljen eller andre kvalitetsmidler.

Med tidslinjen i projektet menes projektstyringen. Det er projektets drejebog. I den er angivet, hvem der skal gøre hvad hvornår: hvilke informationer der skal gives, møder der skal holdes, materialer der skal være

til rådighed. Kort og godt er det herfra projektet udrulles.

## Ekskurs

Projektstyring blev opfundet af den tyske hær under første verdenskrig, fordi artilleriet havde store problemer med at blive bragt i position til de enkelte slag. Så man udviklede en beskrivelse af, hvornår og hvor trækdyr, vogne og kanoner skulle være på bestemte steder og tidspunkter. Det samme med kanonører, ammunition, proviant, brænde etc. På den måde udviklede man et mere effektivt artilleri, der kunne fungere optimalt efter generalernes instrukser.

## Data

Læseren bringes ind i nogle overvejelser om valg af data. Data er, om man så må sige, projektets grundværdier. Derfor er valget af data essentielt for driften og resultatet af projektet.



Projektstyring er inspireret af strategier fra krig, men kan heldigvis forløbe mere fredeligt. Foto: Colourbox.

Når vi tænker på data, er det for det meste en association til data i vores IT-system. Men data er mere end det.

Data kan være af forskellig karakter. Det kan være registerdata fra klinikkens eget IT-system, data, der indsamles i forbindelse med projektet, journaloplysninger eller eventuelle kvalitative interview af patienter eller personale i klinikken. Forhold, der gør, at det er muligt at undersøge kvaliteterne ved mange forskellige aspekter af klinikerarbejdet. Valget af data skal selvfølgelig vurderes ved at se på værdien af dem kontra besværet ved at indsamle dem.

### Klinikkulturen

En vigtig del af projektforløbet er evalueringen. Så det er vigtigt fra starten af projektet at have beskrevet evalueringen, så man sørger for at kunne samle så mange erfaringer som muligt om deltagernes oplevelse af projektforløbet. Det er vigtigt at holde sig for øje, når man skal bedømme resultaterne af projektet, og hvad del-

tagerne har fået ud af projektet og selve processen.

Selv om det måske er begrænsede data og resultater, der kommer ud af projektet, er den vigtigste del af projektet, at deltagerne får mulighed for at diskutere projektforløbet, processen, og hvad deres udbytte har været af projektet.

Det er samtalerne om resultaterne og udveksling af synspunkter om, hvorledes arbejdet er i den enkelte klinik, der kan skabe rum til forandring. Enten ved at man på baggrund af projektet beslutter at ændre procedurer, eller at man starter et nyt kvalitetsprojekt, som måske belyser det oprindelige spørgsmål på en ny måde.

For udenforstående kan de præsenterede data måske være fuldstændig uforståelige. En klinik kan være registreret som havende relativt mange dysregulerede diabetikere. Umiddelbart kan man tro, at det er fordi, at kvaliteten af diabetesbehandlingen er lav. Men virkeligheden kan være den modsatte. Klinikken har valgt at

tage sig specielt af de sårbare patienter, derfor administrerer man behandlingen af mange kronisk syge patienter med dårlig adherence. Så populationen taget i betragtning er behandlingen måske i virkeligheden god.

Men det ved de klinikere, der arbejder med data. De kan ved at se på data aflæse kvaliteten af det arbejde, som de udfører i klinikken. Data repræsenterer klinikkulturen. Men kun dem, der kender klinikken, kan afkode data og bruge dem som læring.

### Metoder

De øvrige artikler, som offentliggøres på DSAM's hjemmeside, vil beskrive nogle af de metoder, der findes inden for kvalitetsudvikling; kvalitetscirklen (PDSA-cirklen), fishbone-metoden, audit og gensidige praksisbesøg.

Teksterne vil alle være let tilgængelige som introduktion til de enkelte metoder, men vil også kunne anvendes direkte som kagebog for skabelse af egne kvalitetsudviklingsprojekter i almen praksis. //



# Vi kører, mens vi asfalterer vejen

## – erfaringer fra de seneste tre års klyngebaserede kvalitetsarbejde

Med vedtagelsen af OK-18 blev den aftalte form for kvalitetsarbejde vendt på hovedet. Fra en topstyret tilgang i form af akkreditering blev tilgangen etablering af lokale klynger. Klyngerne skulle arbejde med emner, de fandt meningsfyldte. Konceptet var blevet til med inspiration fra bl.a. Wales og New Zealand. Kvalitetsudviklingen skulle derudover være datadrevet.



### Vi kører, mens vi asfalterer vejen

Overenskomsten satte rammer for arbejdet ved formulering af et program og etablering af et sekretariat (KiAP) til at understøtte klyngebaseret og aktiviteter. KiAP ledes af en programstyregruppe og en styregruppe. Fem spor skulle hver især udvikle indhold under overskrifterne: datadrevet kvalitetsudvikling, udvikling af indikatorer for almen medicin, klyngebaseret, regional organisering og fremtidig national og regional organisering – alle struktureret med repræsentanter fra hhv. Danske Regioner, KL og PLO (DSAM). I almen praksis talte vi inden programmets start om, at en måde at understøtte klyngerne på var at tilbyde dem klyngepakker in-

den for forskellige emner med relevante data og måder at arbejde med disse på.

### Hvordan er det så gået?

Der er kørt mange kilometer i forrygende fart på veje med og uden bump såvel som ud af blindgyder. Selvom tørresnoren med klyngepakker i starten var tom, og data lod vente på sig, har det ikke skortet på opfindsomhed i de enkelte klynger, som selv indsamlede data til refleksion og udvikling. I det følgende skal jeg give en kort status og fremhæve nogle af de væsentligste læringspunkter fra dette eksperiment, som blev igangsat i 2018 uden andet end et program for udviklingen.

## Klyngerne

Trods praktiske udfordringer gik det stærkt med at etablere klynger. Fra en deltagelse på 85 pct. af de praktiserende læger i det første år til nu 99 pct. KiAPs sekretariat og lægelige konsulenter har med bistand fra kolleger i DSAM og PLO udarbejdet 10 klyngepakker med emner som KOL og diabetes samt mindre fremhævede områder i kvalitetssammenhæng som f.eks. trivsel og corona. Efter stor opstartsenergi opleves nu en vis udmattning – dels fordi flere af de ildsjæle, der greb bolden, også skal have tid til andet, dels pga. coronarestriktioner.

## Kvalitetsprogrammet

Almen praksis har oplevet et godt samarbejde og en vilje til at opfylde intentionerne i programmet i de to styregrupper og i KiAP-sekretariatet. De fem spor, som skulle sikre en fremdrift af programmet ved at inspirere inden for de emner, som blev præsenteret indledningsvist, har – set i bakspejlet – haft sine udfordringer. Dels var de emnemæssigt ikke skarpt afgrænsede og definerede, dels havde de forskellige partsrepræsentanter naturligt forskellige interesseområder, de fandt meningsfulde, hvorfor enderne kunne have svært ved at mødes. Også indsamling og levering af data har vist sig mere udfordrende end først forventet. Selv etablerede registre og modeller som Ordiprax samt redskaber til indsamling af data i form af tekst fra f.eks. spørgeskemaer og audits har ladet vente på sig. Det samme gælder data fra det tværsektorielle samarbejde.

## Læring sætter aftryk

Forståelsen af den almenmedicinske lægefaglighed kan ikke tages for givet i samspillet med repræsentanter fra de forskellige partsorganisationer. Det er der for så vidt ikke noget nyt i. Jeg kan bl.a. fremhæve et konstruktivt sam-

spil mellem PLO og DSAM og med dem mange kolleger, som undervejs har bidraget med faglige indspark og klarhed. Det har gjort os fra almen praksis bedre til at formulere, hvad vi vil og hvordan. En diskussion i indikatorsporet ledte os f.eks. til at bruge et andet ord som mål for kvalitetsudvikling. Indikatorbegrebet har sine meget rigide kriterier om data og målopfyldelse, som ikke er aktuelle i en opstartsfase. I stedet har vi i fællesskab valgt at kalde det målepunkter, så vi kan se, om vi bevæger os til det bedre.

Vi har oplevet, at almen praksis – trods uhyggeligt høje tal for udbrændthed og stress – har lagt en stor energi i klyngearbejdet. Jeg tolker det som en tro på dets potentiale: at have et rum til fordybelse og fokus i en travl hverdag. Men vi skal passe på den gode energi, så vi ikke møder os ihjel med efteruddannelse, supervision, lægelav osv. På det organisatoriske plan skal programmet og styringen forenkles, og den brede almene lægefaglighed styrkes. Det skal gøres sådan, at ikke kun de ”lavthængende frugter” med lettilgængelige data høstes, som f.eks. diabetes og KOL. Vi skal også brede os ud i samarbejdsfladerne til det øvrige sundhedsvæsen, ikke mindst det kommunale, hvor udfordringen er at skaffe data fra de mange forskellige kommunale IT-systemer.

## Hvor skulle vi hen, hvis vi sad bag rattet?

Potentialet i klyngearbejdet er stort, men vi skal have for øje, at jobbet som klyngekoordinator har været en ny og tidskrævende mundfuld, som har omfattet alt fra administration til dataopsamler, planlægger, underviser m.m. Det har også vist sig, at data er meget svære at fremskaffe, ligesom det at gå tilbage og handle over for konkrete patienter i klinikken ikke har været muligt med anonymiserede

### Om klyngerne

- 89 pct. af alle praktiserende læger er i dag en del af en klynge.
- Der er i alt 114 klynger, som omfatter 3.267 læger og 5,5 mio. patienter.
- Den gennemsnitlige klynge består af 29 læger med 49.000 patienter.
- Landets mindste klynge består af 11 læger og ca. 17.000 patienter og findes (Region Sjælland).
- Landets største klynge består af 71 læger og ca. 107.000 patienter (Region Syddanmark).
- Hovedparten af klyngerne har en størrelse på mellem 11 og 40 læger (88 pct. af klyngerne) og mellem 20.000 og 66.000 patienter (87 pct. af klyngerne).
- 13 pct. af klyngerne har flere end 66.000 patienter, mens to klynger har færre end 20.000 patienter.

data. I næste etape af klyngeudviklingen vil vi forhåbentlig opleve, at klyngepakkerne omfatter en endnu bredere vifte af emner, ligesom der arbejdes på, at visse efteruddannelsespakker kan afvikles i forbindelse med klyngepakker. Dertil kommer ambitionen om at påbegynde arbejdet med at bygge en almen praksis-dataplatform, som skal kunne anvende udvalgte relevante data fra vores egne klinikker til aggregeret samarbejde i klyngen. Det vil gøre det muligt både at gå tilbage til relevante individuelle patienter i klinikken og at lave forandringer. Samtidig kan det bruges til at producere kvalitetsrapporter for klyngen, så almen praksis’ aftryk på kvalitetsarbejde i sundhedsvæsenet kan præsenteres. //

Læs mere på: [kiap.dk/kiap/om/kvalitetsprogram.php](http://kiap.dk/kiap/om/kvalitetsprogram.php)



# De gode ideer skal samles

Send dit kvalitetsudviklingsprojekt til [vidensbank@dsam.dk](mailto:vidensbank@dsam.dk)

**P**racticus har mødt Susan Rosenberg von Scholten, den ene af fire læger fra Lægerne på Bryggen, et kompagniskab på Amager. Ikke personligt, ganske vist, vi har jo en pandemi, men på Zoom – til en snak om deres kvalitetsudviklingsprojekt: Lægerne på Bryggens værdigrundlag. Projektbeskrivelsen vil om kort tid være at finde i Vidensbanken.

For to år siden gik kompagniskabet fra tre til fire læger, og for at komme godt fra start og få skabt gode rammer for samarbejdet deltog de fire i 2020 i et af PLO's ledelseskurser: Ledelse i kompagniskab. Her var nogle af de centrale emner at arbejde med både visioner, strategi og mål for klinikken. Og så skulle de også formulere et værdigrundlag for klinikken.

## Værdigrundlag og kultur

"Vi har tradition for, at lægerne tager på kursus sammen, og tradition for at lave intern undervisning og en årlig uddannelsesdag i klinikken. Dagen er en uddannelsesdag, både for os læger og for vores personale. Så det var meget naturligt, at dette års fælles uddannelsesdag selvfølgelig skulle munde ud i at få skrevet et fælles værdigrundlag," siger Susan.

Lægerne har det overordnede ansvar for vision og strategi, men Susan og kollegerne ville gerne inddrage personalet i værdigrundlaget:

"Værdigrundlaget beskriver den kul-

tur, vi ønsker i vores klinik. Det handler både om, hvordan vi møder patienterne, og hvordan vi samarbejder som kolleger i klinikken. Som ledelse bærer vi kulturen og skaber dialog om værdierne. Men det er et fælles ansvar for alle i klinikken, hvilke værdier der lever i dagligdagen i klinikken. Dette værdigrundlag ønsker vi at formulere i fællesskab."

## Samarbejde og udvikling

Lægernes forventning var også, at ind-

flydelse og fællesskabsfølelse omkring at få formuleret de værdier, som alle arbejder efter hver dag, kunne være med til at bane vejen for godt samarbejde og udvikling.

Uddannelsesdagen fik også til formål at ryste alle i klinikken sammen, fordi der var kommet to nye sygeplejersker til. Alle fik på forhånd til opgave at aflevere en liste med fem emner, som de hver især fandt afgørende for værdierne i klinikken. Det var interessant at se, hvor mange vi faktisk var enige om allerede fra starten – det var de fleste," siger Susan.

Respekt, samarbejde, arbejdsglæde, ansvarlighed og faglighed blev de centrale værdier, som står på fem balloner i hænderne på en hæsblesende Pippi på sin hest – præcis som vi kender hende.

Pippi og ballonerne blev valgt som den visuelle beskrivelse af værdigrundlaget. Farverigt, lidt sjovt, ligeværdige værdier, symbolet på en travl hverdag – ofte fyldt med uforudsigelighed og utraditionelle løsninger.

## Pippi og den travle hverdag

Processen og forløbet har været rigtig gode, synes de hos Lægerne på Bryggen. Der blev skabt en god dialog med spændende og konstruktive diskussioner. Noget, som er betydningsfuldt for alle i klinikken.

Lægerne på Bryggen søgte og fik midler fra KAP-H i puljen for mindre projekter. //





## AARHUS KLYNGE

# Ulighed i sundhed – et klyngeprojekt

**A**arhus Klynge 3 består af 19 kapaciteter i bypraksis fordelt på solo-, samarbejds- og kompagniskabspraksis.

Da klyngen er en mindre klynge, er der ikke en bestyrelse, men en klyngekoordinator og en klyngesekretær. Klyngesekretæren er en jordemoder, ansat i praksis og aflønnet på timebasis af klyngen for de få timer, der laves administrativt arbejde for klyngen.

### Bro fra konsultation til kommune

Inden COVID-19 undersøgte vi i klyngen, hvordan vi kunne bringe kommunens forskellige sundhedstilbud tættere på patienterne, og hvordan vi bedre kunne hjælpe dem derned. I vores kommune er der relativt mange tilbud til udsatte borgere som f.eks. motion, madlavning, fællesskaber, rygestop, stresshåndtering, smerte-håndtering og rehabilitering efter sygdom. Men vi oplevede, at det var svært at motivere, forklare og opfordre vores patienter i målgruppen til at gøre brug af dem. Vi kunne gøre en stor indsats – men vi vidste ikke, hvornår det gav pote, og om patient-

ten rent faktisk kom afsted. Eller hvad der kom ud af det. Et oplagt emne for kvalitetsudvikling.

Sammen med Aarhus Kommune og KiAP udviklede vi derfor en pakke af data, hvor vi fik viden om vores henvisningsmønster til kommunen, og vi fik generelle data på patienternes forløb og deres effekt af forløbene ved Folkesundhed, som de fysiske centre under Sundhed og Omsorg i kommunen kaldes.

### Øje på "blinde vinkler"

Vi blev opmærksomme på, hvor gavnlig en henvisning er; så kan Folkesundhed lave en opsøgende indsats.

Vi så effekten af forløbene ved Folkesundhed; konkrete gode resultater af rygestopforløb, stressforløb og patienternes forbedrede oplevelse af eget helbred under rehabiliteringsforløb.

Kommunen fik mere viden om, at en del af deres registrerede selvhenvendende var motiveret et sted fra (os!).

Vi fik godt indblik i, hvad vi sender patienterne afsted til, og kommune og almen praksis fik en relation til hinanden.

Repræsentanter fra Aarhus Kom-

munes Sundhed og Omsorg og Folkesundhed deltog ved klyngemødet.

Efterfølgende er antallet af henvisninger fra praksis steget, og henvisningerne hjælper også under en pandemi til at skabe den nødvendige bro til forebyggelsestilbuddene.

### Erfaringer fra klyngen

Vi har gjort os den erfaring, at det fungerer godt at holde klyngemøderne kl. 14-16, således det indgår i dagens arbejde og ikke er endnu et aftenmøde, man skal til. Det gør ikke noget, at det figurerer på dagsskemaet, for klynge- og kvalitetsarbejdet er også relevant for personalet, og de påtænkes inddraget, når det kan lade sig gøre igen. Klyngen er en måde at styrke vores samarbejde på, både kollegialt og fagligt, og vi har valgt at udvide vores vagtring til at omfatte hele klyngen, efter vi kom i klynge sammen.

Vores næste klyngeprojekt sætter fokus på det, man har brug for at styrke under en pandemi: trivsel og arbejdsglæde. Så der anvender vi KiAPs klyngepakke om emnet. Vi holder mødet virtuelt på Zoom, så COVID-19 ikke spænder ben. //



# Mobil praksis

## giver sårbare borgere lettere adgang til lægen

En ny rullende lægeklinik skal skaffe bedre lægebetjening til borgerne på Amager. "Den Mobile Lægepraksis" er et toårigt forsøgsprojekt, som er sat på hjul i et samarbejde mellem lokale praktiserende læger og Region Hovedstaden.

**H**vad gør man, når der opstår et akut behov for at udvide klinikken for en patienttilgang på 500 patienter, som alle er lidt oppe i årene – og man bare ikke har flere ledige kvadratmeter under samme tag?

Det spørgsmål stillede Trine Jeppesen og Torben Dahl Larsen sig i 2018, da genbolægen måtte lukke sin klinik uden salg og efterlade 1.700 ældre patienter lægeløse. Løsningen blev "Den Mobile Lægepraksis", som de har udviklet over de sidste tre år. Den mobile praksis retter sig mod patienter, som har svært ved at gennemføre et besøg hos lægen på grund af betydelig fysisk og mental funktionsnedsættelse. Lægerne oplevede, at denne patientgruppe voksede og krævede flere lægebesøg, eller de endte med at gå under radaren og holdt op med at kontakte lægen for ikke at "ligge til last".

*"Faktisk havde vi en fornemmelse*

*af, at vi måske ikke kunne holde den samme behandlingskvalitet for de patienter, som ender med at være bundet til hjemmet",* husker Trine. Ideen var simpel. Hvorfor giver vi ikke disse patienter den samme betjening, som de kunne få ved at komme i klinikken – nu bare i eget hjem? Klinikken blev

udvidet med kvadratmeter på hjul med laboratorieudstyr og nyansat personale, der fik til opgave at flytte kontrol af patienterne hjem i stuen.

### De mest sårbare blev sjældent set

De to læger lavede dataudtræk fra deres lægesystem i 2016 og 2017, og de



Region Hovedstaden stiller elbilen til rådighed for projektet. Foto: Trine Jeppesen.

gjorde en iøjnefaldende opdagelse. Ud af de 50-60 individuelle borgere, som fik et eller flere sygebesøg af en af de to læger i 2016, var ca. 25 pct. døde året efter.

*"Vi begyndte at se nærmere på receptfornyelser, og om patienterne overhovedet var set på klinikken inden for de sidste år. Vi lavede dataudtræk på henvendelsesaktiviteten for de ældste borgere, som fik fast medicin for kroniske tilstande. På den måde opdagede vi en helt skjult gruppe patienter, som bare fik fornyet medicin gennem hjemmeplejen, som den eneste service fra klinikken", fortæller Torben.*

Sådan er det ikke længere. Trine og Torben har lavet rigtig mange dataudtræk siden det første. De har nu et godt overblik over deres population, og de ved, hvem der har brug for hjemmebesøg, og hvor lang tid det tager. Både i administration og besøgstid. På den måde er der kommet en fast kontrol med denne gruppe patienter via et fast personale. Det har betydet et væsentligt færre antal sygebesøg, som skal udføres af lægen, hvilket faktisk har frigivet tid til at kunne rumme kapacitetsudvidelsen.

### Bilen ruller hele ugen

Klinikken har hjemme på Amager, som er et lægedækningstruet område med en stor andel af ældre. Da de selv havde erfaret, at det var muligt at forbedre behandlingen for en meget sårbar gruppe og skabe kapacitet, overvejede de, om ordningen kunne udvides til flere læger, der deler en bil. *"Vi brugte jo kun bilen cirka en til halvanden dag om ugen i starten",* uddyber Trine.

Ordningen er nu blevet til et egentligt projekt i samarbejde med Region Hovedstaden, som har stillet en ny elbil og udstyr til rådighed for Trine og Torbens klinikker og to andre lægeklinikker i nærområdet på Amager. Trine er projektleder i en toårig forsøgsperiode, hvor de fire lægeklinikker får tid til at udvikle ideen. Efter de



Lægerne glæder sig til at komme i gang. Foto: Trine Jeppesen.

to år er både læger og region forhåbentlig blevet klogere på bilens muligheder for at aflaste lægerne, og mulighederne for at udvide kapaciteten kan vurderes. Til den tid vil man også bedre kunne se, om patienterne har fået en bedre behandling ved at få flere sygebesøg i eget hjem, herunder om de har færre indlæggelser.

### Større fokus på ny patientgruppe

Om kort tid skal de fire klinikker i gang med de første analyser af resultaterne fra den fælles forsøgsordning.

Den erfaring, som Trine og Torben foreløbig selv har gjort sig, er, at der er grund til at være optimistisk på patienternes vegne. Lægerne har fået et rigtig godt overblik over patienternes situation. Der er kommet et bedre samarbejde med hjemmeplejen, og de kan reagere mere "roligt" på akut opståede situationer. Og det samme gælder patienterne. For de føler sig i gode hænder og er ikke tilbageholdende med at kontakte klinikken, hvis der er problemer. Patienterne udtrykker stor tilfredshed med ordningen.

Og meget tyder på, at det er de rigtige patienter, der er med i ordningen.

*"De patientgrupper, som vi især kommer ud til, er nogle andre end dem, som vi traditionelt bruger meget tid på i praksis, for eksempel patienter med KOL og DM",* siger Trine. Det er patienter med svær fysisk og psykisk sygdom, som er målgruppen for et besøg af den mobile lægeklinik: patienter med demens eller apopleksi, svær hjertesygdom, svære smerter i bevægeapparatet som gigt. Men også personer med svær psykiatrisk sygdom og cancerpatienter i den palliative fase er med på listen. Og derudover også enkelte patienter med forbigående funktionsnedsættelse efter operation.

Torben fremviser nogle af de statistikker og grafer, som er lavet på baggrund af deres besøgslistes. Listen over patienter i ordningen er gået fra 50 til 100 patienter siden starten i 2016.

*"Det er meget vigtigt, at det er de rigtige patienter, som står på listen. De SKAL have en funktionsnedsættelse, der betyder, at de ikke kan komme i klinikken, eller at det vil kræve en uover-*

stigelig indsats for dem selv eller deres pårørende at møde op. Og vi har oparbejdet en vis erfaring med at vælge dem ud”, siger han.

Fokus kan nu rettes mere overordnet på de indsamlede data over f.eks. aktiviteter, patientprofiler, omkostninger og forbrug af apparatur i bilen.

Men det er nu ikke kun patienterne, som får noget ud af indsatsen.

*”Vi kører opsøgende besøg, opfølgende besøg og selvfølgelig ud til de akutte sygdomstilfælde, og derudover kører vi ud til plejehjemmet. Men alle de andre opgaver har vi uddelegeret til vores personale, og det har givet os mere tid til det kliniske arbejde generelt”,* forklarer Torben.

Og så er det også bare en god proces og en stor tilfredsstillelse at se, at det fungerer, som de siger.

## Kontinuiteten er vigtig

I starten var det en medicinstuderende, som havde funktionen med at køre ud. Og det fungerede godt, synes de to læger.

*”Medicinstuderende er dygtige, og de er gode til at holde overblik og selv tage initiativ, hvis der er uventede problemer på besøget”,* fortæller Torben. *”Men de bliver jo færdiguddannede, og så skal der oplæres en ny. Det skal man være gearret til. Vi havde mere brug for stabilitet”,* fortsætter han.

Så nu har de ansat en sygeplejerske med solid erfaring fra hjemmeplejen til at varetage opgaven med at være lægens øjne og ører på besøget. Og det er den løsning, som de vil bruge fremover, i de to ugentlige dage om ugen, hvor de råder over bilen i forløbsperioden.

*”Vores sygeplejerske kender til problemstillingerne for de allersvageste i hjemmet. Hun kender sine kolleger ude i hjemmeplejen. Nu har vi fået systematiseret de faste kontroller, og vi har givet vores ældre og svageste patienter noget stabilitet i behandlingen”,* fortæller Torben.

Og apropos epikriser: Her er et sted, hvor de gule og røde epikriser giver god mening, for de udløser næsten altid et besøg.

Begge læger kunne dog godt tænke sig at have lidt mindre papirarbejde. De råder over bilen to dage om ugen. Sygeplejersken når ca. 6-7 besøg på disse dage, og hun bruger omkring 1,5 time hver dag på administration, f.eks. læse epikriser, planlægge og bestille prøver, lave notater, booke aftaler og kontakte hjemmeplejen, patienten selv eller pårørende. Måske kan det gøres nemmere i fremtiden, f.eks. kunne man starte med en funktion i lægesystemet, som kunne udpege den hurtigste rute for besøgene.

## Hvad med økonomien?

Regionen stiller bilen og maskinparken til rådighed. Forbrugsvarerne dertil betaler klinikkerne selv. Og de har også selv ansat deres personale.

*”Det er vigtigt med gode aftaler. Vi har en indbyrdes aftale om, at vi selv medbringer devices til apparatur, CRP-kassetter for eksempel. Men vi laver fælles indkøb på andre forbrugsvarer som handsker, spritswabs og lignende”,* siger Trine.

## En kæmpe chance

Også Klaus og Mette-Louise Ruhnau er med i ordningen. Det er især for at bedre behandlingen af de allersvageste patienter, som de plejer at køre ud til.

*”Vi ser det som en kæmpe chance at komme med i projektet. Trine og Torben har lavet et stort forarbejde, som vi håber at trække på. Det skal ikke være nogen hemmelighed, at vi ikke har oparbejdet den samme systematik, som de har. Vi har indtil for nylig kun været to personer i praksis. Men nu har vi fået hjælp af en timelønnet medicinstuderende, som hjælper med at køre bilen”,* fortæller Klaus.

Også de oplever, at de største udfordringer er, at der reelt er ekstra ar-

bejde både før, under og efter besøget med at sortere, planlægge og organisere kronikerkontrollerne i patienternes eget hjem.

For dem er det endnu for tidligt at vurdere, om der er effekt på akutte sygebesøg eller indlæggelser, men de ved allerede nu, at der hos patienterne er stor tilfredshed med besøgene.

*”Projektet rækker ud over ’fri og lige adgang for alle’ ved at sætte ekstra fokus på dem, som selv har svært ved at få bestilt tid og huske deres kontroller. Så generelt er det vores forventning, at kronikerbehandlingen bliver bedre for de svageste patientgrupper”,* forklarer han.

Om den nye tilgang vil lette deres arbejde med de mest sårbare patienter, er stadig uvist. Men projektet vil helt sikkert give øget fokus på de svageste patienter, siger Klaus. Og det er der brug for, hvis lighed i sundhed skal bedres. //

### Fakta om Den Mobile Lægepraksis

- Bilen er et nyt tilbud til ældre, kronikere og sårbare borgere med væsentlig funktionsnedsættelse, der gør det svært at gennemføre et lægebesøg.
- Tilbuddet dækker også patienter, der efter indlæggelse udskrives med forbigående funktionsnedsættelse eller opfølgingsbehov.
- Den Mobile Lægepraksis er indrettet med det udstyr, som lægen bruger i klinikken til blod- og urinprøver, podninger, infektionstal, BS, HB, HbA1C, EKG, LfU, INR.
- Konsultationer og undersøgelser foregår i patientens eget hjem, da bilen ikke er indrettet med plads til patienter. Besøg af bilen kræver, at man er tilknyttet en af de fire deltagende lægepraksis på Amager.



# Interview med Qasam Nazir Ahmad, medlem af regionsrådet i Region Hovedstaden og formand for Udvalget for Forebyggelse og Sammenhæng



## Hvad var regionens begrundelse for at gå med i projektet om "Den Mobile Lægepraksis"?

Selvom lægedækningen er forbedret de sidste par år i Region Hovedstaden, så er der fortsat lægedækningstruede områder, hvor adgang til praksis er en udfordring. På Amager er en del lægepraksis placeret i ældre bygninger, og det kan være svært at udvide praksis for f.eks. at tage flere patienter ind. Mobilklinikken forventes at kunne begrænse nogle af lægedækningsudfordringerne i området, da den giver praksissen en slags ekstra lokale, så man kan ansætte ekstra personale, og flere patienter kan tilses. Dertil kommer, at sundhedsfagligt personale kan tilse patienter i deres eget hjem, og det løser især udfordringer for mennesker med funktionsnedsættelse, eller andre som har vanskeligt ved at komme til lægen.

## Hvilken betydning har det for borgerne, at klinikbilen giver forbedrede muligheder for undersøgelser i eget hjem?

Forsøgsordningen henvender sig særligt til ældre og sårbare borgere. Det vil sige borgere med varigt eller forbigående funktionsnedsættelse af fysisk eller psykisk karakter, som forhindrer dem i at tage initiativ til at møde op hos lægen. Ved at tilse dem

i eget hjem, håber vi på at kunne forbedre deres sygdom. Mobilklinikken er desuden indrettet med særligt udstyr, så personalet kan foretage mange af de samme undersøgelser ude ved patienten som i praksis, hvilket forventes at forbedre kvaliteten af sygebesøg.

## Projektet skal køre i to år. Hvilke succeskriterier kommer I til at lægge vægt på, når ordningen skal evalueres?

Der er flere ting, som gør sig gældende. Vi ønsker at kunne række ud til flere sårbare patienter, og at de deltagende lægepraksis over tid øger deres patientoptag, ellers kan projektet ikke fortsætte. Hvis vi kan se, at de mobile besøg giver en forbedring i patienternes sygdom, så har det været en succes. Hvis de forbliver syge, og der ikke er noget forebyggende element, så har ordningen ikke været god nok.

Udsatte borgere har f.eks. sværere ved at tage initiativ til at besøge lægen □ også efter et kræftforløb, hvor de er blevet raske. For at undgå at de får tilbagefald, fordi de ikke løbende kommer til tjek hos lægen, så er mobilklinikken en fordel, da de kan tilses i eget hjem. Heri ligger der også en forebyggelse. Vi håber på, at mobilklinikken på sigt bliver en løsning med minimal administration og en selv-

bærende økonomi, der let kan udbredes til andre lægedækningstruede områder.

Personligt glæder jeg mig meget til at følge projektet, og jeg har været meget nysgerrig på det, fordi jeg synes, det er nyskabende. Det slutter i 2022, så jeg kan kun krydse fingre for, at jeg bliver genvalgt, så jeg kan følge det helt til dørs.

## Hvilken betydning har det for lægebetjeningen i primærsektoren, at der nu er mulighed for besøg af klinikbilen?

Vi håber, at lægerne på sigt kan tilse flere patienter i praksis, ved at ansat personale kører sygebesøg for dem. På den måde får vi sikret lægedækningen i udsatte områder, samtidig med at praksis får mulighed for at udvide kapaciteten med flere patienter, også selvom de ikke har de fysiske rammer til det.

Herudover forventer vi, at det vil give et løft i behandlingskvaliteten for udsatte borgere med funktionsnedsættelse af enten psykisk eller fysisk karakter, som har vanskeligt ved fremmøde i praksis, fordi de nu kan tilses oftere i eget hjem. Med andre ord forventes projektet at være en gevinst for både udsatte borgere og praksis beliggende i lægedækningstruede områder. //



# Adskiller den almenmedicinske professionsetik sig fra andre klinisk arbejdende lægers professionsetik?

Refleksioner over begrebet professionsetik og særkender ved faget almen medicin.

**T**ak til Practicus' redaktion for at udgive et temanummer om professionsetik. Og tak til de tre gæstere-daktører for deres eget indlæg og for at invitere diverse forfattere til at sætte professionsetik i almen praksis ind i forskellige perspektiver. Det er spændende og inspirerende læsning. For mig var det vigtigt at læse DSAM's formand Anders Beichs bekymringer om de største etiske dilemmaer, som truer vores professionsetik: dataeksplosionen og uindhegnet anvendelse af personlige helbredsoplysninger. Hartling og Saxtrup skriver også klogt og fyndigt om, hvad der er særligt ved alle klinisk arbejdende lægers professionsetik – uanset speciale. PLO's formand, Jørgen Skadborg, skærer ind til benet og spørger meget skarpt: Vi har lægeløftet, og DSAM's pejlemærker – har vi brug for mere til at beskrive en professionsetik for almen praksis? Men ingen af de inviterede forfattere besvarer Skadborgs skarpsindige

spørgsmål. Det skyldes måske, at før vi kan afklare, beskrive og dernæst konceptualisere hvad en professionsetik for almen medicin skal indeholde, så bliver vi først nødt til at beskrive, hvad der forstås ved begrebet "professionsetik" – og ikke mindst hvad der er særligt ved vores fag, hvordan vores profession adskiller sig fra andre lægelige kliniske specialer, og hvad vi har tilfælles med disse specialer. Formålet med dette indlæg er derfor at dele nogle refleksioner, jeg har gjort mig mht. begrebet "professionsetik", og mine refleksioner over, hvilke særkender der er ved faget almen medicin i forhold til andre lægelige kliniske specialer.

## Begrebet professionsetik

Hvis jeg begynder med begrebet professionsetik, beskriver Det Etske Råd på deres hjemmeside, hvad etik er:

"Etske spørgsmål drejer sig om, hvordan man behandler andre mennesker og andre levende væsener. Etik handler om, hvad det gode liv er, og betydningen af at tage hensyn til andre og ikke kun have blik for sig selv og sine egne behov."

Og lidt senere:

"Man kan som oftest blive klogere

på etik ved at prøve at gøre sig klart, hvilke værdier og hensyn man vil lægge vægt på i en bestemt sammenhæng. Nogle gange hjælper denne klargøring én til at finde ud af, hvad man faktisk anser det for rigtigst at gøre."

Med udgangspunkt i ovenstående er professionsetik et andet ord for, hvad værdigrundlaget er for en profession. Så hvis vi som klinisk arbejdende speciallæger i almen medicin vil forsøge at nedfælde, hvad vores egen professionsetik er, så skal følgende spørgsmål besvares:

## Hvilke værdier og hvilke hensyn skal en praktiserende læge have med sig i sit kliniske arbejde?

Men hvad er det særlige ved vores fag? Adskiller vores profession sig fra andre lægelige kliniske specialer? Har vi noget tilfælles med de andre kliniske specialer? Disse spørgsmål kræver også svar, for ellers kunne vi, som Skadborg påpeger, bruge lægeløftet og DSAM's pejlemærker som dækkende beskrivelser af vores professionsetik.

PLO's direktør, Jonatan Schloss, og medicinsk antropolog Alexandra Jønsen fokuserer i hvert deres indlæg på at beskrive nogle forskellige særken-

At være lyttende, anerkendende, patientcentreret og samtidig sige nej til at udføre helbredstjek og screene patienter for alskens mulige sygdomme kræver en særlig etisk tilgang, som vi ikke umiddelbart finder i lægeløftet eller i DSAM's syv pejlemærker.

der ved vores profession. Schloss nævner, at læger har en stor troværdighed, og at det forventes, at når læger udtaler sig, så baserer vi vores udsagn på evidens. Det at praktisere evidens-baseret almen medicin nævnes i DSAM's 5. pejlemærke "Vi deltager i uddannelse, forskning og udvikling af kvalitet". Jønsson beskriver den tætte relation mellem den praktiserende læge og patienten, hvor tillid er alfa omega, og hvor forholdet kan blive så tillidsfuldt, så det sprogligt bliver til udtrykket "Mig og min læge". Dette nævnes som en grundsten i DSAM's 1. pejlemærke "Vi holder læge-patient-relationen i hævd".

### Tre almenmedicinske særkender

Nedenfor er mit bud på tre særkender ved faget almen medicin, hvor vores kliniske speciale er noget andet, har nogle andre vilkår end de andre lægelige kliniske specialer:

#### 1. særkende

Mange af de patienter, vi ser i klinikken, er uvisiterede, fordi de kommer pga. et problem, en undren, et symptom eller evt. blot et spørgsmål, som vi ikke kender til i forvejen. Forekomsten af biomedicinske udiagnosticerede sygdomme er blandt sådanne henvendelser meget lav; omkring fem promille. Det stiller store krav til kom-

munikationsevner, mavefornemmelse, menneskekundskab, mønstergenkendelse, kliniske færdigheder (inkluderende undersøgelsesteknikker) at kunne skelne mellem dem, som har udiagnosticeret biomedicinsk sygdom, og dem, som ikke har. Og lige præcis her har den praktiserende læge måske sin allersværeste kliniske udfordring, nemlig at være varsom med kun at bestille de rette parakliniske undersøgelser hos de patienter med størst sandsynlighed for biomedicinsk udiagnosticeret sygdom. Det er nemlig en uhyrlig vanskelig balancegang at følge DSAM's 2. pejlemærke "Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske".

Så hvilken professionsetik ligger bag DSAM's 2. pejlemærke? Hvis lægen alene koncentrerer sig om ikke at overse noget og har fokus på at finde nålen i høstakken, så risikerer lægen med stor sandsynlighed at skabe en masse frygt og unødvendigt gøre raske individer til patienter. Dette sker pga. to årsager: 1) de lave positive prædiktive værdier, symptomer, kliniske fund og parakliniske prøvesvar, almen praksis har pga. meget lav prævalens af biomedicinsk sygdom, og 2) en stor biologisk variation i den menneskelige krop, som gør det muligt at finde harmløse afvigelser, abnormiteter, risikofaktorer og patologiske forandringer,

som aldrig vil give patienter et problem, aldrig give dem symptomer eller være årsag til død – overdiagnostik! Jeg vil derfor argumentere for, at professionsetikken her først og fremmest skal tage hensyn til de omkring 99,5 pct. af patienter, der ikke har en biomedicinsk sygdom. Her bliver vi bakket op af den gamle hippokratiske ed: "primum non nocere", først og fremmest ikke gøre skade. Det ser desværre ud til at denne ordlyd er røget ud af lægeløftet, som aflægges på København Universitet og gengivet i Practicus.

#### 2. særkende

Mange tilsyneladende raske individer henvender sig til os med forskellige behov, forventninger og ønsker. Ofte kan samtalen mellem lægen og patienten komme ind på undersøgelser, test, rådgivning og behandlinger, hvor både lægen og den raske kan komme ind på mulige forebyggelsesinitiativer. Men den bedst tilgængelige eksterne evidens for primære forebyggende tiltag i almen praksis viser, at såkaldte livsstilsråd stort set ikke virker, og hvis de virker, er effekten meget ringe og kortvarig – og ikke uden mulig skade for læge-patient-relationen. Endnu værre ser det ud, hvis praktiserende læger griber til at udføre generelle helbredstjek og andre scree-

ningsundersøgelser. Bortset fra de tre nationale screeningsprogrammer for tarmkræft, livmodershalskræft og brystkræft så viser den bedst tilgængelige evidens, at generelle helbredstjek og andre end de tre førnævnte kræftscreeningsprogrammer alene gør skade og ingen gavn. I sådanne kliniske situationer stilles der igen store krav til den praktiserende læges kommunikationsevner, men endnu vigtigere er måske, at den praktiserende læge har en indgående forståelse af den kultur og især de forforståelser og idealer, vi som samfund lever i her i Danmark anno 2021. Idiomer som "Jo før, jo bedre", "Ansvar for egen sundhed" og "Det er bedre at forebygge end at helbrede" afspejler vores danske sundhedskultur og sygdomsforståelse. Men den videnskabelige evidens påpeger altså, at disse forforståelser ofte tager fejl – meget fejl. Det er derfor måske ikke så underligt, at forskning viser, at når almindelige mennesker mødes af fakta om, at forebyggelse ikke er så godt, som de tror, og faktisk kan gøre alvorlig skade, så opstår der en forståelseskluft. Fakta kan simpelthen ikke perciperes og internaliseres kognitivt, som en del af menneskets forståelse. Med andre ord vil praktiserende læger ofte komme til at blive mødt af en manglende forståelse af vores evidensbaserede budskab om, at helbredstjek og de fleste screeningsprogrammer gør mere skade end gavn – ikke fordi vores patienter på nogen måder er dumme eller døve, men fordi det menneskeligt set er meget vanskeligt at optage viden, der strider mod ens egne indgroede vaner, tro og håb. At være lyttende, anerkendende, patientcentreret og samtidig sige nej til at udføre helbredstjek og screene patienter for alskens mulige sygdomme kræver en særlig etisk tilgang, som vi ikke umiddelbart finder i lægeløftet eller i DSAM's syv pejlemærker. Samtidig kan denne type konsultationer, hvor

patienten f.eks. kommer med et ønske om et generelt helbredstjek, ofte bære præg af et kundeforhold frem for et læge-patient-forhold. Og her kan den praktiserende læge komme i en økonomisk interessekonflikt pga. risikoen for manglende indtjening, og at patienten skifter læge. Her kan lægeløftet bruges: "at jeg ved mine forretninger som praktiserende læge stedse skal lade det være mig magtpåliggende at anvende mine kundskaber med flid og omhu til samfundets og mine medmenneskers gavn."

### Måske kan vi blive enige om en professionsetik, måske ikke?

#### 3. særkende

De 'syge' patienter i almen praksis har ofte komplekse problemstillinger, som kræver overblik, patientkendskab og førnævnte faglige evne til at skille syge fra raske. Almen praksis kræver derved en holistisk tilgang til det enkelte menneske, inkluderende livsomstændigheder, levevilkår og værdier. Et eksempel på kompleksitet er multisygdom: I almen praksis har de fleste patienter med kroniske sygdomme sjældent én diagnose, de fleste har to eller flere diagnoser – multisygdom. Mennesker med multisygdom forventer, at den praktiserende læge ser dem som hele mennesker. De ønsker ikke et lægeligt fraktioneret blik, hvor deres krop deles op i siloer med én silo per diagnose. Men at definere multisygdom som havende to eller flere kroniske sygdomme skaber mange problemer, fordi det gør, at stort set tilsyneladende raske individer og mennesker med stor lidelse og funktionsnedsættelse puttes i samme kategori. Personer diagnosticeret med mildt for-

højet blodtryk og let forhøjet kolesterol vil definatorisk have multisygdom. Det vil patienten diagnosticeret med skizofreni og type 2-diabetes også. Men hvor den første person kan leve et stort set "normalt" og langt liv, så vil den anden patient ofte leve med store begrænsninger i sit liv og i gennemsnit leve 10-20 år kortere end resten af befolkningen i Danmark. Det kræver derfor en særlig professionsetik, hvis vi skal følge DSAM's 3. pejlemærke "Vi giver mest til dem, som har størst behov". Det er ikke hensigtsmæssigt at give alle med multisygdom flere ressourcer, fordi konsekvenserne vil være at give mest til dem, der er diagnosticeret med to forhøjede risikofaktorer, fordi dem er vores lister fyldt med. Så hvordan allokerer vi flest ressourcer, mere tid og omsorg til dem, der trænger mest? Og dermed også nedprioriterer de tilsyneladende "raske" multisyge, som hverken har nedsat livskvalitet, nedsat forventet livslængde eller stor behandlings- og sygdomsbyrde.

#### Tilbage til spørgsmålet

Det Ethiske Råd skriver også følgende på deres hjemmeside:

"Ethiske spørgsmål har sjældent svar, som alle kan være enige i, men de er ikke som smag og behag, altså noget hvor man bare kan mene, hvad man vil. Tværtimod er det vigtigt at diskutere etik, da man faktisk kan blive klogere på etik efter at have hørt, hvad andre mennesker mener. Det er også vigtigt at kunne forklare, hvorfor man mener, som man gør, da der er en forventning om, at man skal kunne begrunde sine etiske holdninger, hvis andre skal tage hensyn til dem."

Så måske er det med etik, som det er med faget almen medicin? Måske kan vi blive enige om, hvilke særkender der er ved vores fag, måske ikke? Måske kan vi blive enige om en professionsetik, måske ikke? //



# Et almenmedicinsk konfliktfællesskab

Om sammenhænge mellem etik, fællesskab og praksis.

**T**ilbage i oktober 2020 inviterede Practicus' redaktion mig til at bidrage til et særnummer, der skulle handle om udviklingen af en professionsetik for almen medicin. På daværende tidspunkt havde jeg for mange andre deadlines, men redaktionen foreslog, at jeg skrev et bidrag til februar-nummeret. Det betyder, at jeg i skrivende stund har haft mulighed for at læse det opdrag til en professionsetik, som Ehrenreich, Lentz og Saxtrup (Practicus 253, december 2020) har udarbejdet, samt andres refleksioner over og perspektiver på de værdier eller interesser, der har betydning for almen medicin i dag.

Som antropolog har jeg i mange år haft en tæt tilknytning til det almenmedicinske forskningsmiljø, hvor jeg har forsket i lægesøgning og kræftdiagnostik samt alment praktiserende lægers (AP-læger) og patienters erfaringer med almen praksis. I 2017 og 2018 interviewede jeg sammen med en kollega 30 AP-læger om deres syn på deres arbejde, og hvad de mener, er 'en god læge'. Formålet med studiet var ikke at bidrage til en værdisætning af, hvad der er en god læge, men

at se på sammenhænge mellem aktuelle samfundsmæssige betingelser og AP-lægers praksis og tænkning. I løbet af vores samtaler med lægerne blev det tydeligt, at almen medicin ikke kun er et værdifællesskab, men også kan betragtes som et konfliktfællesskab.

## Fælles værdier, forskellig udmøntning

Med konfliktfællesskab henviser jeg til det forhold, at man er fælles om nogle grundlæggende værdier, men at der eksisterer forskellige perspektiver på, hvordan de bør og kan udmøntes og oppebæres i praksis. Blandt de læger, som vi talte med, var der f.eks. enighed om, at værdier som kontinuitet, faglig autonomi og patientcentrerethed er centrale for almen praksis, men mindre enighed om, hvordan de transformeres til praksis og bliver synlige i det daglige arbejde med patienter og kolleger.

I det nedenstående beskriver jeg, hvordan AP-læger på forskellig vis forvalter udvalgte almenmedicinske værdier. Inden vi går videre til at høre lægernes stemmer, er det vigtigt for mig at understrege, at det ikke er min

hensigt, at ordet konflikt skal læses negativt. Konflikter manifesterer sig ofte i forbindelse med aktive bestræbelser på at forme noget.

## At forme kræver engagement

Det at forme noget forudsætter opmærksomhed og interesse. Det er i min optik kun muligt at tale om et almentmedicinsk konfliktfællesskab, fordi der allerede eksisterer et stærkt fagfællesskab af engagerede læger, der ønsker at have indflydelse på fagets fremtidige udformning, og fordi der er en insisterende opmærksom-

Med konfliktfællesskab henviser jeg til det forhold, at man er fælles om nogle grundlæggende værdier, men at der eksisterer forskellige perspektiver på, hvordan de bør og kan udmøntes og oppebæres i praksis.

Det at forme noget forudsætter opmærksomhed og interesse. Det er i min optik kun muligt at tale om et almentmedicinsk konfliktfællesskab, fordi der allerede eksisterer et stærkt fagfællesskab af engagerede læger.

hed på faget fra politikere, forskere og befolkningen. En opmærksomhed, der grunder i en generel antagelse om, at almen medicin og det forhold, at vi alle har adgang til det, vi kalder 'egen læge', er noget værdifuldt, som vi gerne vil bevare.

Begrebet konfliktfællesskab handler således ikke om at afvise betydningen af fagfællesskaber eller udviklingen af en professionsetik. Det er en invitation til at reflektere over sammenhænge mellem etik, fællesskab og praksis.

### At være 'nogens læge'

Som AP-læge er man 'nogens læge', og det er en gennemgående fortælling om AP-lægen, at hun prioriterer patientens synsvinkel, arbejder relationelt og sikrer en tillidsfuld læge-patient-relation. Det står også skrevet i det nye oplæg til en almenmedicinsk professionsetik, når Ehrenreich m.fl. skriver, at "lægen arbejder med den enkeltes helbred som arbejdsområde". Men hvad betyder det for nutidens læger at prioritere patientens synsvinkel og arbejde med relationen mellem læge og patient?

### Kobling af mål, styring og lægegering

Noget af det, som mange læger forholder sig til, når man taler med dem om deres arbejde, er den sammenkobling af mål, styring og lægegering, der karakteriserer vores samtid. Det bliver af nogle læger set som en vej til

at øge effektiviteten af deres arbejde og dermed at yde omsorg for flere patienter. En yngre mandlig læge udtaler f.eks.:

"Vores sukkersygepatienter og vores KOL-patienter, de er sat fuldstændigt i system. De kører med sygeplejerskerne med tre eller seks måneders interval og bliver set af os en gang om året. Dem, vi ligesom har fanget ind, de kører bare det dér rul. Det fungerer rigtig fint, og det gør, at vi har styr på vores kronikere."

Andre læger betragter samme udvikling som en erodering af deres faglighed og de værdier, der styrer deres arbejde. Det kommer f.eks. til udtryk, når to forskellige kvindelige læger udtaler:

"Vi har brug for mere samtale og opmærksomhed mod livets og menneskelig forskellighed og uregerlighed og mindre lægehusfabrik" (kvindelig læge i 40'erne).

"Jeg har jo valgt at bo i samme by, som jeg har praksis. Der er jo mange, som vælger ikke at gøre det og fravælger det. Men jeg synes, at det har været helt vildt spændende at have børn i børnehaveklasse med de andre forældre. Jeg kender dem. Altså, i gamle dage, der, da vi startede, da var der jo fabrikker i byen og sådan noget. Det er der jo ikke mere. Men man kender forholdene. Det har givet en kæmpe fordel. Mine patienter er mine medborgere, ikke bare en liste i min computer, men det kræver en daglig indsats og opmærksomhed, hvis de ikke

skal ende som numre eller lister" (kvindelig læge i 50'erne).

### Almenlægens rolle

AP-lægers kliniske arbejde er (formentlig mere end andre lægers) rettet mod fremtiden. Øget adgang til teknologi og data har gjort det muligt at monitorere borgeres helbredsstatus, at forebygge og opdage underliggende sygdomme tidligere end før. De muligheder har betydning for lægens og patientens samarbejde, og de tilskriver AP-lægen en mere intervenierende rolle. Den rolle var også et gennemgående tema i vores samtaler med lægerne. Nogle læger ser den nye rolle som en mulighed for at arbejde patientcenteret, mens den for andre opleves som en udfordring for læge-patient-relationen og for lægens mulighed for at tage individuelle hensyn. Det er tydeligt i disse udsagn:

"Det sidste år har vi haft fokus på vores psykisk syge patienter, særligt dem der får psykofarm, antipsykotisk medicin. Her har vi har sendt brev ud og tilbudt årskontroller. Det er de grupper, vi sådan lige for øjeblikket har fokus på. Man trækker lister ud af systemet, og så gennemgår praksismanageren og en af sygeplejerskerne dem og laver en liste over de patienter, de med fordel kan være opsøgende overfor. Så bliver patienterne ringet op eller får et brev og indbudt til en konsultation i klinikken, der er tilpasset 'deres behov'" (kvindelig læge i 40'erne).

"Vores faglighed går jo ud på at tage udgangspunkt i patienten. Patienterne kommer, fordi de er kommet over en eller anden form for tærskel og har brug for at gå til læge. Det er patienten, der vælger at komme her, og det skal jeg respektere. Og hvis så andre har bestemt, at vi skal screene dem for et eller andet, som måske slet ikke var det, de kom for. Hvis nu du har ondt i livet, så bliver du jo ikke frisk og glad over, at jeg begynder at snak-



De praktiserende lægers virke og muligheder for at udvikle en professionsetik er på godt og ondt filtret sammen med udviklingen af diagnostiske teknologier, velfærdsstatens økonomiske politikker og vores samtidts forståelse af sygdom og helbredelse. Foto: Rikke Sand Andersen.

ke rygestop [...] Vores rolle – den er totalt presset af de der styringskrav og dokumentationskrav og alle de der meget firkantede Excel-ark” (mandlig læge i 50’erne).

For nogle læger øger adgangen til teknologi og ’patientdata’ deres muligheder for at arbejde med patienters individuelle behov, mens det for andre læger betragtes som en uønsket form for paternalisme og overvågning.

### **Etik og fællesskab i praksis**

Korte udsagn klippet ud af deres kontekst giver naturligvis en lidt karikeret og skærpet fremstilling af de forskelle, der er på, hvordan AP-læger forstår og tilpasser fagets centrale værdier til deres kliniske praksis. Men de tydeliggør også, at lægernes mu-

ligheder for at realisere fællesskabets værdier (eller en professionsetik), der sætter læge-patient-relationen i centrum, er betinget af eksterne forhold. Desuden bliver det tydeligt, at eksterne forhold omformer værdierne. AP-lægernes forskellige syn på styring, teknologi og data har tydeligvis betydning for, hvad de forstår ved det at arbejde med den enkelte patients behov.

### **Løbende diskussion af fagets etik**

Det er vigtigt løbende at diskutere et fags etik og reflektere over, hvorvidt der eksisterer fælles forestillinger om, hvad der er ’det gode at gøre’. Men en professionsetik, der skal guide et konfliktfællesskab som det almenmedicinske, må angiveligt træffe beslut-

ninger om, hvad der er ’det gode at gøre’, mens den tager livtag med sin omverden. En professionsetik vil formentlig vinde større udbredelse, hvis den udvikles i dialog med nogle af de forskelle, der præger professionen, og lægernes syn på, hvad der er en god læge. Det kunne være spørgsmål som: Hvordan forholder man sig som fagfællesskab til en stadig øget adgang til diagnostiske teknologier? Hvordan ønsker man at samarbejde omkring ’patientdata’ med det resterende sundhedsvæsen? Og hvilke ’dele af livet’ bør transformeres til patientdata? Eller hvordan ønsker man, at læge-patient-relationen skal forme sig i fremtiden, hvor (måske) stadig flere patienter vil have behov for at komme til læge? //

# Ny professor: Morten Bondo Christensen

**M**orten Bondo Christensen er pr. 1. december 2020 ansat som professor i almen medicin ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet. Han er tilknyttet Forskningsenheden for Almen Praksis, hvor han er leder af forskningsgruppen "Akutte tilstande i almen praksis". Morten Bondo Christensen skal styrke det almenmedicinske fagområde ved universitetet med særligt fokus på håndteringen af akutte medicinske tilstande. Hovedfokus for hans arbejde er forskning i borgernes adgang til sundhedsvæsenet ved akut opstået sygdom. Den særlige interesse for akutte henvendelser til sundhedsvæsenet favner bredt – lige fra fredelige øvre luftvejsinfektioner til mere alvorlige tilstande som f.eks. stroke.

Den nyudnævnte professor foretrækker at stå i spidsen for praksisnære forskningsprojekter, hvor resultaterne relativt hurtigt og nemt kan føre til ændret praksis i sundhedsvæsenet. Sammen med kolleger er han aktuelt i gang

med forskningsprojekter, der undersøger anvendelsen af videokonsultationer i lægevagten, opgaveglidning mellem sektorer og ændringer i kontaktmønsteret til det primære sundhedsvæsen under COVID-19-pandemien.

Han har i en årrække forsket i visitationen af henvendelser, der ofte foregår via telefon og med begrænsede muligheder for at vurdere symptomer. Forskningsgruppen har f.eks. undersøgt organiseringen af lægevagten, kontaktmønstre og andre forhold, der kan 'forsinke' behandlingen af patienten. Det har bl.a. ført til nye initiativer som 'akutknappen', der nu er blevet implementeret i 1813 og også vil kunne bruges i lægevagten.

Ud over sit virke som professor er han praktiserende læge med klinik i Aarhus. //



## Frist for ansøgninger til dækning af honorar for dataindsamling: 15. marts 2021

- Du kan finde vejledning og ansøgningsskema på DSAM's hjemmeside under fanebladet Forskning.
- Her kan du også læse om de gældende kriterier for at kunne ansøge om dækning af honorar.
- Du skal sende ansøgningsskema, projektprotokol samt relevante bilag til [mpu@dsam.dk](mailto:mpu@dsam.dk).
- Har du spørgsmål til ansøgningsproceduren, kan du kontakte Dorthe Pedersen på mail [mpu@dsam.dk](mailto:mpu@dsam.dk) eller telefon 7370 7628.

## DSAM søger lægefaglig konsulent

Se stillingsopslag på [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk). Ansøgningsfrist er 15. marts 2021 kl. 12.



# Ordination af antibiotika til børn i alderen 0-5 år under COVID-19-pandemien

– med særligt fokus på nedlukningsperioden  
16. marts til 15. april 2020 og genåbningsfasen

COVID-19 gav et land i lockdown, herunder også Danmarks daginstitutioner. Hvad skete der imens med de 0-5-åriges sygelighed?

## Højt antibiotikaforbrug hos institutionsbørn

Infektioner er den hyppigste årsag til akut sygdom hos børn og til henvendelse hos egen læge. Luftvejsinfektioner udgør størstedelen af infektionerne i barndommen, og de 0-5-årige har i gennemsnit 6-8 luftvejsinfektioner om året. Særligt udsatte er børnene i daginstitution, i særdeleshed vuggestuebørnene.

Op til 80-90 pct. af luftvejsinfektionerne udgøres af vira, men sekundær infektion med bakterier forekommer også. I henhold til DSAM's retningslinjer er førstevalgsbehandling for øvre luftvejsinfektioner phenoxymethylpenicillin og andetvalget amoxicillin.

De 0-5-åriges sygelighed og dermed også antibiotikaforbrug er sæsonbetonet. Derudover er sy-



geligheden hos det enkelte barn også afhængig af, hvordan barnet passes. Ifølge Danmarks Statistik passes 19 pct. af børn under 1 år i institution, 91 pct. af de 1-2-årige og 97 pct. af de 3-5-årige. I 1986 fandt man ud af, at børn i daginstitutioner har ca. dobbelt så mange sygedage som børn, der passes hjemme, og dette genfindes i internationale kohortestudier.

Gennem de senere år har der været fokus på at nedbringe antibiotikaforbruget. For småbørn (0-4-årige) er antallet af indløste recepter faldet med 50 pct. siden 2011. Til trods for dette ligger antibiotikaforbruget blandt børn i alderen 0-4 år fortsat højere end i alle andre aldersgrupper, bortset fra de ældste borgere. Det er meget relevant at undersøge, om der ses en forandring i børnenes sygelighed i en periode, hvor Danmarks institutioner lukkes ned, og børnene i stedet passes hjemme, som det har været tilfældet under pandemien med COVID-19.

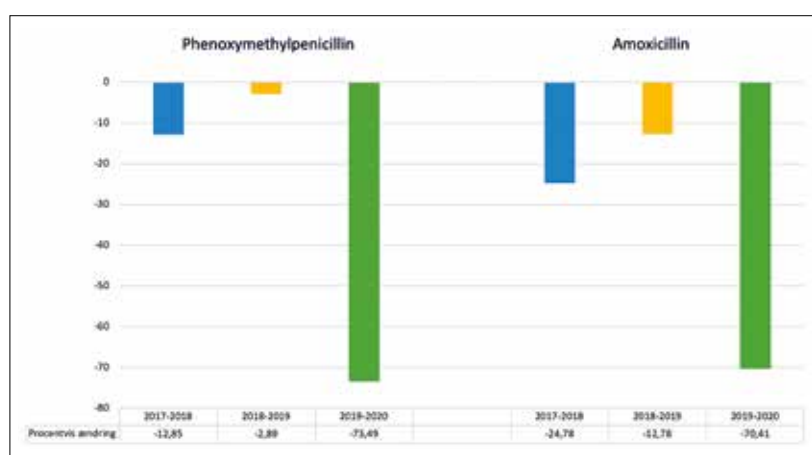
For at undersøge dette har vi analyseret udviklingen i antal udskrevne recepter på phenoxymethylpenicillin og amoxicillin til børn i alderen 0-5 år i 1. og 2. kvartal i 2017-2020 for alle praktiserende læger i dagtid i Region Midtjylland.

## Hvordan gjorde vi?

Data blev indsamlet fra Region Midtjylland, og de indeholdt det samlede antal recepter, som blev udskrevet til personer i alderen 0-5 år på antibiotika tilhørende ACT-koden J samt A07A i 1. og 2. kvartal i 2017, 2018, 2019 og 2020. Der var ingen personhenførbare informationer, hverken i relation til patienter eller almen praksis. Samlet er 86 pct. af recepter angående antibiotika med ACT-koden

Tabel 1: Antal recepter udskrevet i den samlede praksissektor i Region Midtjylland i dagtid på phenoxymethylpenicillin og amoxicillin.

|                         | 2017       |            | 2018       |            | 2019       |            | 2020       |            |        |
|-------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------|
|                         | 1. kvartal | 2. kvartal | 1. kvartal | 2. kvartal | 1. kvartal | 2. kvartal | 1. kvartal | 2. kvartal | Total  |
| Amoxicillin             | 2910       | 1602       | 2461       | 1205       | 1992       | 1051       | 1615       | 311        | 13.147 |
| Phenoxymethylpenicillin | 5456       | 3098       | 4733       | 2700       | 4474       | 2622       | 3503       | 695        | 27.281 |



Figur 1: Den procentvise ændring i antal recepter til børn 0-5 år for phenoxymethylpenicillin og amoxicillin i almen praksis i dagtid i Region Midtjylland for 2. kvartal mellem årene 2017, 2018, 2019 og 2020.

J01 i 1. og 2. kvartal i 2017-2020 udskrevet på phenoxymethylpenicillin og amoxicillin. Derfor kan en ændring i disse udskrivelser tolkes som en ændring i børnenes sygelighed.

Nedlukningsperioden strakte sig over både 1. og 2. kvartal 2020. 1. kvartal dækkede primært perioden før nedlukningen. I 2. kvartal blev børnene fortsat passet hjemme de første to uger. Herefter begyndte de atter i daginstitution, men de fortsatte restriktioner omhandlede både hyppig håndhygiejne, mere afstand og flere uden-dørsaktiviteter. Vi betragter derfor 2. kvartal isoleret, idet vi i denne periode forventer den største ændring i sygeligheden som følge af både nedlukning og restriktioner, som blev indført under genåbningen.

## Antibiotika faldt med ca. 70 pct.

Der udskrives langt flest recepter på phenoxymethylpenicillin, hvilket passer med, at dette er førstevalget ved øvre luftvejsinfektioner hos børn. For både dette og amoxicillin ses en faldende tendens fra år til år, dog med et markant fald fra 2. kvartal 2019 til 2. kvartal 2020 (Tabel 1).

I Figur 1 ses de procentvise ændringer i antal recepter på phenoxymethylpenicillin og amoxicillin til de mindste børn i alderen 0-5 år. Fra 2019 til 2020 sker et markant fald på ca. 70 pct. for begge præparater.

## Tilpasning af institutionsforhold

I 2. kvartal var børnene kun hjemme de første 14 dage af perioden, og herefter genåbnede institutionerne. På

Hvis restriktionerne i vores hverdag skal forventes efterlevet, er det vigtigt, at der ikke er for mange, at de påviseligt gør en forskel for smittetryk-  
ket, og at de ikke er for komplicerede.

trods af dette ses et fald i udskrivelser af phenoxymethylpenicillin i 2. kvartal på 73,49 pct. og for amoxicillin på 70,41 pct. i den samlede praksissektor i dagtid i Region Midtjylland.

Disse resultater ligner dem, man finder i rapporten "Forbruget af antibiotika hos småbørn er 70 pct. lavere under COVID-19 i april og maj end samme periode året før" fra Sundhedsdatastyrelsen fra juli 2020. I den undersøger man antal indløste recepter på antibiotika med ATC-kode J01 og P01AB01 til børn i alderen 0-4 år. De finder, at i både april og maj 2020 er antibiotikaforbruget ca. 70 pct. lavere end i samme måneder i 2019.

I Danmark har vi en samfundsstruktur, hvor >90 pct. af børn over 1 år passes i institution, som følge af at begge forældre er på arbejdsmarkedet. Det giver således god mening at undersøge, hvilke tiltag man kan indføre i institutionerne for at nedbringe smittetryk-  
ket. Vores data fra 2. kvartal 2020 er brugbare hertil, fordi de primært illustrerer effekten af de indførte restriktioner i forbindelse med genåbningen af institutionerne. Vi kan se, at disse restriktioner ikke kun nedbringer smittetryk-  
ket for COVID-19, men for øvre luftvejsinfektioner generelt.

I et follow-up-studie af Ernestina Azor-Matinez et al. fra 2018, fandt man en reduktion i episoder med øvre luftvejsinfektioner på 23 pct. i grup-

pen af børn, der anvendte hånddesinfektion, sammenlignet med børn, der vaskede hænder som vanligt. Restriktionen vedrørende grundig håndhygiejne ser således ud til at være et fornuftigt tiltag med henblik på at reducere smittetryk-  
ket.

Et andet tiltag i forbindelse med COVID-19-pandemien er hyppig afvask af legetøj. I et dansk RCT-studie fra 2014 af T. Ibfelt et al. fandt man, at hyppig afvask og desinfektion af legetøj nedsatte det påviselige virusload, men man kunne ikke påvise en effekt på sygefraværet eller sygdomsmønsteret i vuggestuerne.

### Restriktionerne revideres løbende

Aktuelt, hvor vi befinder os midt i anden bølge af COVID-19-pandemien, er samfundsstrategien, at vi skal minimere smittetryk-  
ket, så kapaciteten i sundhedsvæsenet kan følge med. Hvis restriktionerne i vores hverdag skal forventes efterlevet, er det vigtigt, at der ikke er for mange, at de påviseligt gør en forskel for smittetryk-  
ket, og at de ikke er for komplicerede. Man må ligeledes sande, at restriktionerne har en bagside rent psykologisk og socialt. Det giver derfor mening at undersøge restriktionernes effekt og tilpasse dem, hvis de viser sig ingen effekt at have på smittetryk-  
ket. Og det giver mening at undersøge de enkelte restriktioners effekt på

smittetryk-  
ket for fremadrettet at kunne målrette indsatsen mest effektivt. Desuden kunne det være interessant at undersøge, om man ud over at bremse COVID-19-smitten også kan forhindre en lang række andre sygdomme, som f.eks. er følger af recidiverende øvre luftvejsinfektioner.

### Hjemmepasning og restriktioner sænker smittetryk- ket

Vi har fundet, at forbruget af phenoxymethylpenicillin og amoxicillin faldt med 70-80 pct. under nedlukningen som følge af COVID-19 og i den første periode efter genåbningen. Vi konkluderer, at 0-5-årige børn er mindre syge, når de er væk fra deres institution, men også når der indføres tiltag for at minimere smittetryk-  
ket i daginstitutionerne.

Dette er både relevant i den aktuelle COVID-19-pandemi, men også yderst relevant, når man betragter øvre luftvejsinfektioner generelt og følgesygdomme heraf. Under hensyntagen til at begge forældre er på arbejdsmarkedet, og hjemmepasning af børnene ikke er realistisk, bør man undersøge og løbende revidere, under hvilke forhold børnene passes i institutionerne. Der er under COVID-19-pandemien sket en markant holdningsændring derhen, at såfremt man selv eller ens børn udviser tegn på sygdom, forbliver man hjemme, indtil man er rask, således at man ikke smitter andre, og smittekæden dermed brydes. Kan dette samfundssind videreføres, forudser vi, at det får stor betydning for 0-5-årige børns sygelighed i fremtiden.

Artiklen bygger på en opgave fra Forskningstræningen i efteruddannelseregion Nord. //

## FYAM-KLUMMEN

## COVID-19

*Practicus lancerer i dette nummer FYAM-klummen. En ung almenmediciner vil i hvert nummer af Practicus skrive en klumme om et valgfrit tema. Den første klummeskribent er Cecilie Vedsted, som er fase 3-læge på Sjælland.*



2020 er et anderledes år. Det er året, der ændrede mere, end mange af os forestillede os. En pandemi har bredt sig, og selvom vi i Danmark plejer at være godt stillet, når det kommer til sundhed, har vi ikke undgået den smitsomme sygdom.

I starten troede og håbede vi nok, at det ville blive en storm i et glas vand. Håbede, at vi hurtigt var tilbage til normale forhold. Det skete bare ikke.

Den første nedlukning var skrap og præget af to store problematikker: manglende mulighed for at teste muligt syge og manglende værnemidler til at beskytte os selv. Sygeplejersker blev hjemsendt – hvem havde nogensinde forestillet sig det? Størstedelen af konsultationer blev omlagt til telefon og video. Begge dele med sine begrænsninger, men efter nogen tid også overraskende effektivt. En tid med mange restriktioner og mange vejledninger flere steder fra. Et uundgåeligt mismatch mellem, hvad der blev meldt ud på de mange pressemøder, og hvad der rent faktisk var muligt. Alle var frustrerede.

Sommeren med det lavere smittetryk og genåbningen af samfundet var præget af håb og øget socialisering. Ikke overraskende med øget smittetryk til følge. Endnu værre blev det,

da kulden kom, og vi rykkede indendørs.

Anden bølge og fornyet nedlukning af samfundet op til jul. Dette til toner af håb: Vaccinen kommer snart. Men folk var trætte. Mange modarbejdede den nye nedlukning, og der var ikke samme fællesskabsfølelse som tidligere på året. Men test og værnemidler havde vi nu fri adgang til, så vi var kommet langt – eller i hvert fald videre ...

### Frygt og hverdag

Frygt ved at gå på arbejde er normalt ikke noget, jeg har oplevet, men under COVID-19-pandemien har frygten været oppe at vende flere gange. I starten fordi man ikke vidste, hvad det var for en sygdom, og hvad den ville gøre ved vores samfund. Vi så billeder fra Kina og Italien, der var præget af kaos og frustration. Døde, man ikke havde ressourcer til at skaffe væk, og overbebyrdede læger og sygeplejersker, der ikke kunne følge med, og som samtidig var bange for



selv at blive syge. Ville jeg som uddannelseslæge blive trukket tilbage i Akutmodtagelsen og være en del af et sådant scenarie i Danmark? Skulle jeg være med til at prioritere, hvem der skulle have en plads med ilt og dermed en chance for at overleve, og hvem vi kun kunne krydse fingre for? Tankerne var mange, og frygten for at være en del af et kollapsende sundhedsvæsen var en del af det.

### **Tager jeg smitten med hjem?**

Dertil kommer frygten for at tage smitte med hjem til min søn med diabetes. Frygten for, at han ville blive svært syg og muligvis dø, fyldte en del i starten. Hver gang jeg har forholdt mig til mulig eksponering i klinikken eller andre steder, dukker frygten op som en konstant følgesvend. Jeg vil for alt i verden ikke risikere min søns helbred, men ved ikke, om COVID-19 reelt er en trussel for ham. Indtil videre har vi ikke set så mange syge trods høje smittetal i gruppen af teenagere. Men hvor mange teenagere med diabetes og COVID-19 er der egentlig data på? Hvad hvis jeg selv bliver smittet?

Vil jeg være én af dem, som bliver mere syg end andre? Jeg har et par småskavanker, som jeg til dagligt ikke skænker en tanke, men har de betydning? Uvidenheden er svær at håndtere.

### **Eksponeret og hvad så?**

På en helt almindelig hverdag midt i anden bølge har jeg en fremmødekon-sultation med en patient, som jeg kender som værende fornuftig. Hun bærer den foreskrevne maske og sidder ca. tre meter fra mig i konsultations-lokalet fraset meget kortvarig kontakt ad to omgange. Hun småhoster i sin maske, og jeg spørger prompte ind til det. Hun siger, at sådan er det altid om vinteren, ikke noget særligt. Jeg lufter alligevel godt ud, da hun er gået, og spritter ekstra af. Frygten kommer igen – sammen med irritationen over, at folk ikke selv tænker tanken, at de måske skal tale med lægen i telefonen omkring deres problem i stedet for at bede om at blive set. Hvad med vores sekretær? Har hun husket at spørge grundigt ind til symptomer, eller er det glippet, fordi patienten kun taler engelsk? Er jeg småparanoid, hysterisk eller lignende? Måske, men uanset kan jeg ikke styre det bedre end dette.

Senere på dagen kommer min kollega og fortæller, at manden til min småhostende patient er COVID-19-positiv. Det vidste de godt, inden hun kom i klinikken, men da hendes første test var negativ, troede hun ikke, det var et problem. Ifølge DSAM's på dette tidspunkt gældende vejledning er jeg ikke nær kontakt og skal forsætte, som om intet var hændt. Det er utrygt.

### **Jeg er smittet**

Aftaler med min leder, at jeg lader mig teste, som hvis jeg var nær kontakt, men passer mit arbejde, så længe jeg ikke har symptomer. Første test er negativ, og jeg tager på arbejde dagen efter. Jeg er lidt træt og uoplagt. I løbet af aftenen får jeg ondt i halsen, isolerer mig på mit værelse og melder mig syg dagen efter. Jeg bliver testet igen: positiv!

Ikke at jeg er overrasket. Jeg er i mellemtiden blevet skidt tilpas og har fået en kraftig hovedpine. Synes symptomerne passer meget godt på, hvad jeg har hørt fra andre COVID-19-positive. Dagene går med Ipren, Panodil og små gåture i haven for at mindske DVT-risikoen. De første fem dage er al kontakt med børnene via telefonen. De tester begge positiv, og vi kan igen åbne dørene og se hinanden. En stor lettelse at kunne holde øje med dem og se, hvordan de har det.

### **Hvad skal der ske?**

Jeg begynder at få sværere ved at trække vejret. Jeg finder pulsoximeteret fra lægevagttasken frem. Sat. 94 % ved almindelig vejrtrækning i hvile, men kan øges til 98 % ved forceret vejrtrækning. Er blevet let taledyspnøisk. Vi taler om, hvad der evt. skal ske, hvis jeg får det værre og må indlægges. Jeg er bange, men forsøger ikke at lade det skinne igennem. Min søn er begyndt at få symptomer – ondt i halsen og forkølelse. Han får en del uprovokerede blodsukkerfald, oftest om natten. Tankerne er mange, og langt de fleste er bekymringer. Vil min søn også få problemer med vejrtrækningen? Eller det, der er værre? Hvad med fremtiden? Vil jeg få senfølger? Vil jeg kunne arbejde normalt? Disse er mine bekymringer i skrivende stund. Når dette blad udkommer, er jeg forhåbentlig meget klogere ... //



# Kampen om de yngre læger

Sygehusafdelinger overhaler almen praksis indenom, når det gælder ansættelse i introduktionsstillinger.

**H**vis man søger en introduktionsstilling i almen medicin i Region Syddanmark, er det enten med start 1. marts eller 1. september. Hvis man derimod søger en stilling på en sygehusafdeling, kan afdelingen så vidt mulig tilrettelægge stillingen, så det passer til den yngre læge, de ønsker at ansætte. Og nu tænker I sikkert "Og hvad så?" Men sagen er, at i og med at sygehusvæsenet er mere fleksibelt i ansættelsestidspunkter, så vinder de, når det gælder "kampen om de yngre læger."

I Region Syddanmark er det som i andre landsdele svært at få uddannelselæger til almen praksis i de mere tyndt befolkede områder. Gennem fle-

re år har der i vores region været ubesatte introduktions- og hoveduddannelsesstillinger, og man er nødt til at tænke ud af boksen for at komme dertil til livs.

Det yngre lægeliv er i dag fyldt med vagter, skiftende ansættelser og ikke mindst familieliv. Alle er på jagt efter at finde deres rette hylde og i gang med at slå rødder.

## Anne Sofies historie

For mig er drømmespecialet almen medicin. Det har de sidste måneder i vandkantens Gråsten fået mig til at indse. Men da min lille familie også skal kunne hænge sammen, var jeg så heldig at få lov at gå ned til 33 timer om ugen, hvilket har udskudt min ret til selvstændigt virke 21 dage. 21 dage virker ikke som meget for at kunne få familielivet til at hænge sammen, når manden sejler, og man er alene tre til seks uger ad gangen med en frøken på to år.

Kun, hvis man ser det fra Videre-

uddannelsescenter Syds synspunkt. Her har de på genopslaget til intro i almen medicin med frist 6. januar haft utroligt mange forløb i Vandkantsdanmark, som ikke var besat i første omgang. Til trods for dette har de afvist seks potentielt kommende alment praktiserende læger grundet manglende selvstændigt virke pr. 1. marts 2021, mig selv inklusive.

## Sygehusene vinder på fleksibilitet

Yngre læger står på vippen til at vælge deres fremtid, deres drømmespeciale. Og oveni kommer villa, Volvo og vovse – og ikke mindst work-life-balance. Det er i de år, at familieførøgelsen sker, hvorfor barsler og deltid ofte giver skæve forløb, som ikke altid passer ind i eksakte datoer med start 1. marts eller 1. september.

Vi kan fuldt ud forstå, at man skal have ret til selvstændigt virke, når man starter i sin introduktionsstilling, men vi forstår ikke, hvorfor systemet skal være så rigtigt. Danmark hungre efter praktiserende læger, men potentielt kommende kolleger får afslag på ren og skær formel baggrund. Noget, som man ville kunne komme til livs, hvis systemet var mere fleksibelt. Det gør, at sygehusene vinder.

Nu står den praksis, Anne Sofie arbejder i, højst sandsynligt uden eks-

Men sagen er, at i og med at sygehusvæsenet er mere fleksibelt i ansættelsestidspunkter, så vinder de, når det gælder "kampen om de yngre læger."



Anne Sofie ved arbejdsbordet i sin KBU-praksis. Privatfoto.

tra hænder fra den 21. marts på grund af hendes manglende ret til selvstændigt virke pr. 1. marts. Det har de prøvet før, javist, og de kan godt klare at løbe lidt hurtigere, indtil den næste kandidat banker på døren, men det tærer på kræfterne, og når nu der står en engageret, dygtig og lokalt forankret uddannelseslæge og ønsker at arbejde netop hos dem, hvorfor kan systemet så ikke udvise en passende fleksibilitet for uddannelseslæger i almen medicin og tutorpraksis? Den her udfordring er noget, som Rekrutteringsteamet, Videreuddannelsen og vores eget faglige selskab bør overveje nøje. Hvordan man skruer det bedre sammen, så man undgår at afvise potentielt kommende praktiserende læger og flere hænder til praksis. Konsekvensen af dette er, at Anne Sofie nu starter på Medicinsk Afdeling på Sygehus Sønderjylland i Sønderborg den 1. april 2021. //

Videreuddannelsesregion Syd svarer:

## Almen medicin er et meget fleksibelt speciale

Det er dejligt, at flere og flere finder, at almen medicin er deres drømmespeciale. Som ansøger til de forskellige uddannelsesstillinger kan det måske være svært at forstå, hvorfor man ikke bare kan starte i en uddannelsesstilling, når man er klar til det – f.eks. efter barsel eller deltid.

Næsten alle specialers hoveduddannelsesforløb starter pr. 1/3 og 1/9. Dette sker for at sikre kvalitet i uddannelsen på sygehusene, holdfølelse blandt hoveduddannelseslægerne samt af hensyn til sygehusets drift. Derfor giver det bedst mening for langt de fleste specialer, at introduktionsstillingerne følger denne kadence.

Tutorkapaciteten i almen praksis udnyttes bedst, når introduktions- og hoveduddannelseslæger samt hovedparten af KBU-lægerne starter 1/3 og 1/9. Selvfølgelig kan man ikke undgå forskudte starter pga. barsel og deltid – men jo flere forskudte starter, jo flere huller uden uddannelseslæge vil der være i den enkelte praksis.

Uddannelsessøgende læger, som ikke kan starte i en almenmedicinsk uddannelsesstilling pr. 1/3 eller 1/9, har mulighed for at søge ansættelse i et vikariat i en praksis eller søge en kompetence- og evt. meritgivende stilling på et sygehus i den mellemliggende periode. Det er således muligt at være de ekstra hænder, som måske mangler i en praksis i et yderområde i en periode. Det er bestemt vores erfaring, at dette blot giver dygtigere læger til almen praksis.

Ud af de 39 lægelige specialer er almen medicin et af dem med størst mulighed for fleksibilitet under uddannelsen. Det er det speciale, der har suverænt flest læger på deltid og flest læger, der holder orlov af familiemæssige årsager undervejs i uddannelsen.

Vi er i Videreuddannelsesregion Syd meget indstillet på at lytte til de forslag, vi får fra de yngre læger, og vi vil gerne drøfte en fremtidig løsning af denne problemstilling med vores praksiskoordinatorer. //



# I går var jeg mediciner, i dag er jeg kirurg

Yngre Lægers medlemsundersøgelse i 2018 afslørede manglende supervision, ensomhed og stress hos yngre almenmedicinere. Konklusionen var klar: Der skulle bedre supervision og uddannelsesmiljø til. I Sydvest- og Sønderjylland har man brugt dette som springbræt til at lave forbedrende tiltag – og har mødt særdeles lydhøre ledelser, som også ser fordelene ved i fremtiden at have større faglighed og bedre samarbejde med praktiserende læger.



**I** går var jeg mediciner, i dag er jeg kirurg. Klokken nærmer sig 8.00. Jeg haster ind på sygehuset og står med duggede briller, mens jeg leder efter konference-lokalet. Det er min tredje nye arbejdsplads inden for et år, den femte nye afdeling inden for to år. Nye kolleger, nye arbejdsfunktioner. Jeg finder hurtigt frem og sætter mig langs væggen på en af de tomme stole. Duften af nybrygget kaffe breder sig i rummet. Det kunne være rart med en kop, men der er nok en kaffekasse. I takt med at klokken slår 8, svinger de sidste kitler ind ad døren. Vi sidder skulder mod skulder langs væggen og lytter, mens nattens vagt-hold afleverer rapport fra det for-gangne døgn. En travl nat med mange akutte. Ordene fortaber sig i mine

tanker, mens jeg ser rundt i lokalet og kan genkende ansigter. Ikke fra tidligere ophold, men fra når vi krydser hinandens gang i FAM. Jeg tænker: "Utroligt så mange kendte ansigter, vi kender på en måde hinanden og alligevel ikke. Men jeg kender deres speciale. Kender de mon mit?"

## Svingdørslægen

Der bliver kortvarigt grint, men jeg fanger ikke joken. Det må været noget internt. Pludselig hører jeg mit navn, da den uddannelsesansvarlige overlæge præsenterer mig for afdelingen. Jeg rejser mig og præsenterer mig selv som den læge, der snart er på vej til næste afdeling. Jeg tænker straks, "var det nu også klogt?" Et splitsekund senere haster folk ud til deres respektive funktioner. Dagens

## YL's undersøgelse på dagsordenen

- Yngre Lægers medlemsundersøgelse blev dagsordensat i det Regionale Råd for Lægers Videreuddannelse i Syddanmark i 2018.
- Man anerkendte det særskilte behov for at fokusere på de yngre almenmedicineres uddannelse og trivsel.
- Der blev nedsat arbejdsgrupper på alle sygehusmatrikler, der skulle sikre bedre supervision og arbejdsmiljø for de yngre almenmedicinere.
- Sygehus Sønderjylland markerer sig positivt ved en række konkrete søsatte tiltag.
- Sydvestjysk Sygehus har fulgt trop og lavet sammenlignelige ændringer.



### YL's medlemsundersøgelse

I 2018 gennemførte vi i Yngre Læger en medlemsundersøgelse blandt alle yngre almenmedicinere. 1827 modtog spørgeskemaet, hvor 744 respondenter svarede, hvilket giver en svarrate på 40,7 %. Den gennemsnitlige yngre almenmediciner anno 2018 er sandsynligvis en kvinde, 36 år gammel og er gift/samlevende med 2 eller 3 børn. Rapporten viste bl.a., at 84 % angiver, at de i nogen eller høj grad får den supervision, de har behov for i praksis. Kun 46 % angiver det, når de er i hoveduddannelsen i almen medicin på deres 2,5 års sygehusophold. 87 % er i nogen eller høj grad tilfredse med indholdet i uddannelsen i praksis, hvor kun 54 % er i nogen eller høj grad tilfredse med uddannelsen på sygehusdelen.

Der er en klar og dokumenterbar sammenhæng imellem den supervision, yngre læger modtager på hospitallet, og tilfredsheden med indholdet i uddannelsen.

En vigtig faktor ved et godt arbejdsliv og -miljø er at indgå i faglige kollegiale fællesskaber og ikke føle sig ensom. Undersøgelsen viser, at hver tredje yngre almenmediciner i nogen eller høj grad føler sig ensom i det daglige arbejde. De yngre almenmedicinere på sygehusene føler sig signifikant mere ensomme sammenlignet med deres kolleger i almen praksis.

trummerum er skudt i gang, og jeg sidder tilbage med den uddannelsesansvarlige overlæge, som vil vise mig rundt. Jeg får for femte gang på to år vist, hvor tøjautomaten ligger, og hvordan jeg logger på computeren. Jeg er nu mere interesseret i at høre om de nye arbejdsfunktioner – for om lidt er jeg vagten med telefonen i hånden. I går var jeg mediciner, i dag er jeg kirurg.

## De yngre almenmedicinere på sygehusafdelingerne føler sig signifikant mere ensomme sammenlignet med deres kolleger i almen praksis.

### Netværk og supervision er afgørende

Mange yngre almenmedicinere kan nok nikke genkendende til de hyppige skift. Yngre Lægers medlemsundersøgelse satte fokus på vigtigheden af netværksdannelse og trivsel for yngre almenmedicinere. Herunder at supervision er afgørende for uddannelsen.

De yngre almenmedicinere på sygehusafdelingerne føler sig signifikant mere ensomme sammenlignet med deres kolleger i almen praksis.

Man fandt en signifikant positiv sammenhæng mellem de yngre almenmedicineres oplevelse af tilstrækkelig supervision og oplevelsen af kvalitet i uddannelsen.

Desuden var der en betydelig forskel på de yngre almenmedicineres oplevelse af supervisionen i henholdsvis praksis og på hospitalerne.

De yngre almenmedicinere angiver i betydelig mindre grad, at de får den supervision, de har behov for, på sygehusene sammenlignet med i almen praksis. Derfor er den daglige supervision og netværksdannelse en af nøglerne til at skabe bedre trivsel og uddannelse samt modvirke ensomhed for den enkelte yngre almenmediciner.

### Ny nøgleperson: AP UKYL

Noget skulle der ske. Sygehus Sønderjylland (SHS) og Sydvestjysk Sygehus (SVS) har markeret sig positivt ved at skabe bedre uddannelse, netværksdannelse og supervision for den enkelte yngre almenmediciner.

Ideen opstod på Sygehus Sønderjylland og har sidenhen bredt sig til Sydvestjysk Sygehus. En uddannel-

seslæge i almen medicin vælges som 'almen praksis uddannelseskoordinerende yngre læge' (AP UKYL) og fungerer som bindeled mellem de yngre almenmedicinere og uddannelseskoordinerende overlæge eller afdelingsledelse. De deltager i møder med Udvalg for lægelig videreuddannelse og sikrer herved optimal indflydelse og prioritering af de yngre almenmedicineres vilkår, som ofte er nedprioriteret grundet de korte ansættelsesforløb. Samtidig planlægger AP UKYL netværksmøder/uddannelsesmøder for de yngre almenmedicinere på tværs af afdelingerne.

### Sådan gør vi

Alle yngre almenmedicinere på sygehusdelen mødes til ni obligatoriske netværksmøder årligt i arbejdstiden på tværs af afdelingerne. I første del af netværksmødet snakkes der om problemstillinger og trivsel på afdelingerne samt mulige løsninger herpå. Den særskilt udpegede uddannelsesansvarlige overlæge for de yngre almenmedicinere på tværs af afdelingerne deltager i mødet. Vedkommende kan løfte de særskilte udfordringer, der opstår på afdelingerne. Herefter er der praksisrelevant undervisning.

Der vælges en "tidlig" og en "sen" AP UKYL, dvs. en yngre almenmediciner som hhv. er tidligt og sent i sit 2,5 års sygehusophold. Herved sikres optimal overdragelse af funktionen, ved at der altid er en erfaren AP UKYL-person. Honoreringen er forskellig, men for tiden honoreres AP UKYL-funktionen ved SHS med to månedlige administrationsdage og et månedligt funktionstillæg. Funktionen kender man ikke andre steder i landet.



Uddannelsesmøde blandt yngre almenmedicinere. Afdelingslæge i ortopædkirurgi Thomas Støchkel holder oplæg om, hvad man skal kunne af ortopædkirurgi i almen praksis. Efterfølgende diskuteres, hvordan vi opnår basale kirurgiske kompetencer. Privatfoto.

AP UKYL-funktionen har hurtigt vist, at uddannelses- og arbejdsmiljømæssige udfordringer for de enkelte afdelinger kan løses. Det er et af midlerne til at sikre bedre uddannelse, trivsel samt forebygge ensomhed blandt yngre almenmedicinere.

### Konkrete tiltag

AP UKYL-funktionen har været med til at belyse flere uddannelses- og arbejdsmiljømæssige udfordringer og har dermed affødt flere positive ændringer. Af konkrete tiltag på Sygehus Sønderjylland og Sydvestjysk Sygehus kan nævnes:

- **Fokus på faste vejledere** for yngre almenmedicinere, der særskilt har indsigt i uddannelsesprogrammet, og som brænder for et forbedret samarbejde med praksis. Det er typisk den uddannelsesansvarlige overlæge eller en speciallæge, som er fastansat på afdelingen.
- **Tandem-ambulatorier**, hvor en mere erfaren læge (typisk en speciallæge) har parallelt ambulatorium

med den yngre almenmediciner og har planlagt tid til supervision i løbet af dagen og fokus på praksisrelevante patientkategorier.

- Yngre almenmedicinere er tilknyttet en intern medicinsk **'stamafdeling'** til stuegang og sidder sideløbende flere dage om ugen i ambulatorier, hvor specialet varierer fra måned til måned, så man lærer at håndtere de fleste medicinske specialers almindelige kroniske sygdomme.
- **Italesættelse** over for ledelserne om, at yngre almenmedicinere bør prioriteres og anerkendes. Vi fylder godt ud på vagtplanerne, tager ansvar og står forrest, når patienterne dukker uafklarede op, ligesom patienterne er glade for os grundet vores fokus på kommunikation, bredde og gode patientforløb.
- **Fokus på 'onboarding'**. Der er udarbejdet et mere relevant og opdateret uddannelsesprogram. Vejle-

dersamtaler er skemalagte ved ansættelsens start, og arbejdsplanen kendes, hvor relevante arbejdsfunktioner for den yngre almenmediciner er kendt.

AP UKYL-funktionen har nu kørt i et års tid. Fælles for de to sygehuse er, at der i høj grad er skabt mere netværksdannelse, bedre læringsmiljø og trivsel. Der er skabt et større fokus på de særskilte uddannelsesbehov, der er for yngre almenmedicinere. Samtidig oplever afdelingerne også i større grad, hvor stor en ressource de yngre almenmedicinere er for afdelingerne. Den rette vej for vores sundhedsvæsen. //

#### Link til medlemsundersøgelsen

<https://www.laeger.dk/almen-medicin-undersogelse-yngre-laeger>



# Den kaotiske årskontrol



Den kaotiske årskontrol for type 2-diabetes - et kvalitativt studie af konsultationsprocessen.

**P**atienter møder ofte op til årskontrol med andet på hjerte end diabetes. De bringer et væld af agendaer, der spænder fra simple receptanmodninger til komplekse bekymringer om kræft. Hvis disse agendaer ikke klarlægges fra start, kan de løbende på-

virke strukturen i konsultationen. Der er derfor god grund til at følge DSAM's nye redskabsark og sætte en fælles dagsorden i starten af konsultationen.

## Forventningsafstemning er vigtig

Undersøgelser af videooptagelser viser, at vi ofte glemmer at klarlægge patientens forventninger til konsultationen. Selvom de er indkaldt til en diabeteskontrol, er det nemlig langt fra alle patienter, der er indstillet på dette. I stedet bringer de en række andre agendaer, som de brænder inde med. Når disse ikke afdækkes af lægen, må patienterne i stedet løbende gribe muligheden for at flette dem ind i samtalen. Som konsekvens må lægen enten dirigere patienten tilbage "på rette spor" eller forfølge den nye agenda. Hermed træder diabeteskontrollen i baggrunden.

I videooptagelser af diabeteskontrollen ser vi, hvordan gennemgangen af diabetes hyppigt afbrydes, idet patienterne bringer deres agendaer op. De italesætter dem enten direkte eller bringer dem op mere vagt i form af hints. Vi ser også, at agendaer bringes afslutningsvis i la "Oh by the way doctor"-fænomenet.

## Struktur kan lette presset

En grundig agenda-setting kan virke uoverskuelig i et presset sundhedsvæsen. Men forskningen viser, at det fører til bedre administration af tiden, øget patienttilfredshed, færre antal problemer, som patienten bringer senere i konsultationen, samt en mere korrekt udskrivelse af medicin.

Hvis man vil opnå en bedre struktur i årskontrollen og en fælles opmærksomhed på diabetes, foreslår jeg derfor, at man benytter DSAM's nye 'Redskabsark for overblikstatus & årskontrol', der kan findes på siden: <http://vejledninger.dsam.dk>. Her anbefales at starte årskontrollen med at forhandle en fælles dagsorden.

## Sådan forhandles fælles dagsorden:

1. Lægen fastslår, at dagens konsultation er en årsstatus for diabetes.
2. Patienten spørges, om der er andre ting, de vil tale om.
3. Evt. forhandling om dagens agendaer (og hvornår evt. andre agendaer følges op).
4. Selve konsultationen gennemføres med udgangspunkt i den fælles dagsorden. //

### Om studiet

Artiklen bygger på en specialeopgave, der analyserer 10 videooptagelser af årskontroller for T2D. Praksisser er beliggende i udsatte områder i Storkøbenhavn og inkluderer seks læger. Der er foretaget en systematisk tekstkondensering af materialet.

Litteratur kan fås ved at kontakte forfatteren.



# Lægen som patient og behandler

Når en læge møder en anden læge, hvoraf den ene er patient, burde alting gå så nemt; vi ved jo så meget om sygdom. Men nej, det er altid en kompliceret relation! Det er min påstand, og derfor dette indlæg.

Alle mennesker bliver syge i løbet af livet, ikke bare af banale lidelser. Således også læger.

Praktiserende læge Bodil Nielsens undersøgelse fra 2001 med titlen "Lægen som patient" var en øjenåbner. Hun viste, at lægerne var meget forskellige i deres forhold til patientrollen, men visse træk gik igen: Lægerne behandlede sig selv i udstrakt grad, ikke bare ved banale sygdomme, men også ved alvorlige; de undgik at fortælle kolleger om deres sygdom, og kollegerne spurgte ikke aktivt til dem; de mente, at patienterne ikke skulle vide om deres sygdom; egen læge blev sjældent brugt; hvis de havde fundet frem til egen diagnose, oplevede de modstand fra behandlerens side; andre oplevede behandlerlægerne som uforskammede, usikre eller uden medfølelse.

Tiderne har formentlig ændret sig. En yngre mere bevidst generation med

At have en god kollega at tale åbent med, er guld værd – og ægte kollegialitet.

overvægt af kvinder har det sikkert anderledes. Meeen ... som Pia Müller levende beskriver i sidste nummer af Practicus, hænger mange ting ved.

## At være patient

Vi vil gerne være god læge for den syge patient, men hvis det er en selv, kniber det. Patientrollen er som regel uvant, kan komme pludseligt, svækkelse er ikke lige os. At bede om hjælp er ikke noget Tarzan gør, han klarer jo alt. Men hvad gør man så? Ud over naturligvis (måske) at tale med sine nærmeste, ringer man til en god lægeven, en dygtig specialist eller professoren i kirurgi osv. Bliver man hørt? Får man et svar, man kan bruge? Man lærer hurtigt, hvad det vil sige at være patient.

Min egen sygehistorie er uinteressant. Jeg havde dog både haft Hodgkin, hjernetumor og coloncancer, hvis ikke min gode praktiserende læge med logisk tale og meget simple prøver fik mig helbredt meget hurtigt. At have

en god kollega at tale åbent med, er guld værd – og ægte kollegialitet.

## Lægen som behandler

Læge møder patient. Lægen ved mest. Derfor er denne relation ulige; lægen har magten. Anderledes er det, hvis patienten er en læge, så burde det være lige, men det er det heller ikke. Behandlende læge er vel den, der fører og skal sørge for, at der bliver lyttet til både personlige og anamnesticke spørgsmål. Og ulige kan det være: måske er du nervøs for, at din gamle overlæge kommer ind ad døren ...?

Den gode regel om at nå en åben kommunikation og fælles plan gælder stadig.

På forslag af Foreningen af Pensionerede Læger formulerede Lægeforeningen i 2012 nogle fine korte råd om de to roller som læge. De er desværre svære at finde, gemt væk på læger.dk.

De bør være obligatorisk læsning for alle læger. Vær forberedt. Egenomsorg og kollegialitet! //

[www.laeger.dk](http://www.laeger.dk) → Råd og ret → Kollegialt Netværk for Læger → Pjece: Når læger bliver syge



## TANKER FRA STOLEN:

# Praksis gennem tiden

**V**i lever i historiske tider. 2020 vil blive husket som pandemiens år, på linje med den spanske syge i 1918, koleraåret 1853 og pesten i 1710. Mange kaster blikket langt tilbage i historien for at perspektivere den tid, vi lever i. Men også et mindre tilbageblik rummer indsigter.

Personligt har jeg erindringer tilbage fra midten af 60'erne, og det virker nostalgisk på mig at se film fra dengang. Jeg bliver dog provokeret af, hvor meget der blev røget, hvor meget påklædningen betød, og hvor autoritært og patriarkalsk samfundet var. Lægen var klassisk en piberygende mand i jakke, og dialogen begrænset.

I nutidens film om de efterfølgende 70'ere, er det frigjortheden, der er temaet, men ofte med en besk bismag af, at friheden for nogle blev til ufrihed for andre. Opgøret med autoriteter og konventioner uden noget at

sætte i stedet blev til normløshed og rodløshed. Blandt de praktiserende læger blev kompagniskabet udbredt, til stor tilfredshed for de fleste – men også her blev skilsmisserne udbredte.

Siden har parforholdet og kernefamilien fået renæssance – men i en mere ligeværdig form. Med accept af, at vi har forskellige drømme og mål, og frihed til at udleve dem, med respekt for ikke at begrænse andres frihed til det samme. I almen praksis har afskaffelsen af akkrediteringen og indførelsen af kvalitetsudvikling i klynger på samme måde vist respekt for, at forskellige veje kan føre til det samme mål.

Med pandemihåndteringen i Danmark er der nu lagt voldsomme bånd på mange af de friheder, som vi har taget som selvfølgelige – grundlovs-sikrede. Der har dog bredt i befolkningen været forståelse for hensigtsmæssigheden af denne ind-

**TAK!**

Practicus siger farvel og tusind tak til Asger Dalmose for mange velskrevne og tankevækkende tanker fra stolen. Det har været en fornøjelse at læse dem alle.

- I næste nummer byder vi velkommen til en ny klummeskribent.

skrænkning af vores livsudfoldelse. Og takket være landets veludviklede IT-infrastruktur har meget kunnet klares hjemmefra bag skærmene. Selv besøget hos lægen forsøges nu i mange tilfælde afviklet virtuelt.

Den danske model for almen praksis, baseret på nærhed, kontinuitet, bred faglighed og tværsektorielt samarbejde, har således vist både tilpæningsdygtighed og værdi gennem tiderne. Det er derfor et stort ansvar for os, der sidder "i stolen" i denne tid, at fremtidssikre modellen. Det kræver evne til at tilpasse os til samfundets skiftende udfordringer – og engagement i at rekruttere nye kolleger.

Jeg er fortrøstningsfuld! //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til [practicus@dsam.dk](mailto:practicus@dsam.dk)



# L ÆG E N S B O G S T A V E R

## Laudrup kunne heller ikke forklare sig – hvorfor skal vi så?

*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 over faget almen medicin.*



Beskrivelse af vores profession er essentielt for samarbejdet med de andre aktører i sundhedsvæsenet.

**E**n gang satte jeg mig for at lave en lærebog i undersøgelses- og journalteknik. Det er nemt, det er jo noget, jeg står med hver dag, så hvorfor er der ikke lavet en ordentlig bog om det, var mine tanker.

Sammen med min ene læsekammerat, Søren, gik vi i gang fra en ende af; hvor svært kunne det være?

Men det var det ikke lige til. Vi havde de unge mænds selvpfattelse og overmod, som er et tveægget sværd. Det var langt vanskeligere at forklare den viden og teknik, vi selv synes, vi for en god del selv mestrede.

Det er ikke vanskeligt at forklare, hvordan en journals struktur er; at anamnese skal komme før objektiv undersøgelse, og at vurdering og plan skal komme til sidst. Det er som at skrive en bageopskrift, hvad jeg i øvrigt heller ikke har prøvet.

Vanskelighederne opstår, når man skal beskrive, hvordan man faktisk gebærder sig; hvordan man belægger sine ord og sin form, hvordan man skal forberede sig til mødet med patienten, hvordan man tiltaler og lytter, og ikke mindst hvad man helt konkret gør, når man udfører en objektiv undersøgelse. Det viste sig f.eks. slet ikke at være så nemt at undersøge et knæ el-

ler et abdomen på skrift, som det var i virkeligheden.

### Tavs viden

Begrebet tacit knowledge, tavs viden, beskriver det, der er svært at forklare med ord, men som er indlært viden. Man kan f.eks. godt skrive om, hvordan man navigerer med et sejlskib i modvind, eller hvordan man bygger en reol. Reglerne i fodbold er nemme at lære, men man kan ikke læse sig til at blive Messi eller Laudrup. Tavs viden opnås i praksis ved at gøre tingene igen og igen. Det forudsætter et miljø og en kultur, hvor det kan foregå; det forudsætter læremestre, f.eks. erfarne kolleger, en grad af tillid og tryghed, og naturligvis arbejdsomhed, ydmyghed og nysgerrighed.

Michael Laudrup skulle en gang på TV prøve at forklare sig gennem et klip, hvor han som angriber i FC Barcelona afdrabler et Real Madrid-forsvar og scorer. Det var naturligvis umuligt at forklare. Det var tacit knowledge.

### Teori

Sociologen Richard Sennett beskriver i sin bog *The Craftsman*, hvordan en håndværker har svært ved at forklare, hvad der er

god faglig kvalitet eller godt stykke arbejde. Man kan gøre det i helt overordnede termer, men det er, som om sproget ikke når langt nok, når man skal forsøge at forklare essensen. Kun mellem indforståede findes et sprog, hvor så meget tavs viden er fælles, at man ved, hvad hinanden mener. Det er nok derfor, der kun er meget få lærebøger for sejlere, murere og fodboldspillere. Man kan ikke sige, der er få lærebøger for læger, men langt de fleste af dem indeholder en teoretisk viden, som det kræver meget praktisk erfaring og supervision at kunne oversætte og bruge i virkeligheden.

### Forskellige – og ens

Indadtil i professionen har vi, i hvert fald til en vis grad, en fælles forståelse af, hvad almen praksis' grundlag og metoder er. Vi er på trods af forskelligheder relativt enige om, hvad det vil sige at være praktiserende læge, og hvad det gode lægearbejde indebærer.

Vores måde at være organiserede på – i et stort sammenhængende både formelt (f.eks. DSAM, klynger, PLO, efteruddannelse osv.) og uformelt netværk – gør, at impulserne fra hinandens klinikker hele tiden er med til at lave en fælles konsensus, der giver os hver især en ramme, hvor vi kan drive vores lægegerning, som det passer os bedst. Vi er forskellige, men også meget ens.

### Der kræves en forklaring

Det store spørgsmål er, hvordan vi forklarer for omverdenen, hvad det er, vi gør.

Staten og det omgivende samfund i øvrigt er både vores opdragsgivere, vores rammesættere, vores klienter, vores samarbejdspartnere og vores kunder.

Årene efter 2013 var en helt særlig tid. Netop staten og den offentlige administration bredt set satte et stort

spørgsmålstegn ved almen praksis' rolle. Det foregik på en måde, der var helt urimelig, og som vi kæmper med den dag i dag.

Men under alle lag af angreb og kritik lå et spørgsmål. Hvad var det egentlig, vi særligt kunne? Vi havde rigtigt svært ved at forklare det – både for os selv og omverdenen.

Vi følte os overløbet, mistænkeliggjort og uretfærdigt behandlet, men egentlig var kravet fra en senere sundhedsminister, Sophie Løhde, helt legitimt: Fortæl os, hvad det er, I kan byde ind med – og hvordan.

### Sårbar- og hvad så?

Vi var alle harme, vrede og sårede, for vi synes jo som gruppe, at vi lavede et godt stykke arbejde. Men vi var sårbare, for vores samlede sprog for den hverdag, der var en selvfølgelighed for os, havde vi i alt for ringe grad.

Men sagen er, at vi faktisk ikke var særligt stærke til at forklare vores hverdag og vores egen opfattelse af vores fags værdier, indhold og form. Og spørgsmålet er, om ministeren ikke havde en rigtig god og rimelig pointe: man må kunne forklare sig for at kunne fastholde opdrag, privilegier og aftale med samfundet.

Søren og jeg slog ikke 7 fluer med et smæk. Vi sled os igennem og fik lavet en lærebog i 2000. Selvom vi syntes, vi havde styr på, hvad vi skrev om, var det svært alligevel. Forlaget antog den – og den blev udgivet.

Selvom det er en svær opgave, så bliver vi nødt til at udvikle et sprog, en teori for hvad det er, vi går og gør. For staten og borgerne skyld, men ikke mindst for vores egen skyld. Uklare teorier og beskrivelser af vores fag skal ikke igen være statens undskyldning for at køre os over. I 2013 handlede det ikke kun om, at vi - og andre fag - var for dårlige til at forklare os. Der var en dagsorden, der bundede i et dogme om stærk central og stats-

lig styring, herunder ledelse og kontrol helt ud i detaljen og krav om data som dokumentation for, hvad både vi og andre professioner foretager os, når vi er på arbejde.

New public management og afarter heraf vil dukke op igen, måske i nye klæder. Vores autonomi vil løbende blive udfordret, og vi må sørge for at holde faglighed, selvjustits egen bevidsthed om vores virke højt. Ellers vil 2013 ske igen. //

### Løhde: Fokuser på, hvad I vil som gruppe

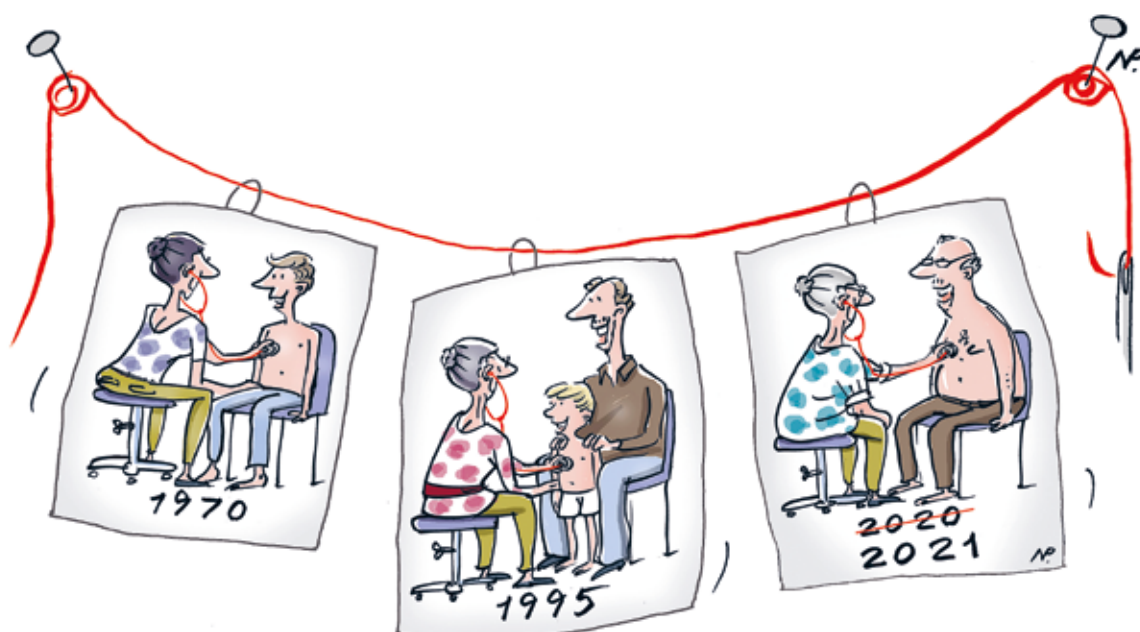
Sundhedsminister Sophie Løhde lagde i sin åbningstale på Lægedage i Bella Centeret i 2015 ikke skjul på, at de praktiserende læger er en uundværlig del af sundhedsvæsenet, og hun opfordrede dem til at »tage med på rejsen« – den rejse, der forestår frem mod et mere sammenhængende sundhedsvæsen.

Men samtidig holdt hun fast i kravet om, at praktiserende læger skal være bedre til at dokumentere, hvad der foregår i deres praksis.

»Jeres samarbejdspartnere skal vide, hvad I gør, og kende kvaliteten af det, I gør,« sagde Sophie Løhde fra talerstolen og tilføjede senere, at det var både legitimt og nødvendigt, at offentlige myndigheder har adgang til data fra praktiserende læger.

Og så kom hun med en klar besked til lægerne:

»Fokuser mere på, hvad I vil som samlet gruppe og mindre på det, I ikke vil. I vil blive overrasket over, hvor meget indflydelse I kan få,« sagde Sophie Løhde i sin første åbningstale på Lægedage. (Dagens Medicin 10. november 2015)



# DSAM's årsmøde 20/21

Fredag den 1. oktober på Comwell Kolding

## Relation og kontinuitet – i fortid, nutid og fremtid

Hvad corona satte en stopper for sidste år, håber og tror vi, at vi kan gennemføre i år. Vi har beholdt programmet fra sidste års planlagte årsmøde og kun udskiftet de få sessioner, som ikke længere er aktuelle. Hele programmet kan du se i næste nummer af Practicus.

Men reserver allerede nu datoen, og glæd dig til et årsmøde med et fagligt spændende program, kollegialt og socialt samvær og ikke mindst en forsinket fejring af DSAM's 50-års jubilæum. Måske kommer vi ikke til at danse i år, men en fest skal vi nok få ud af det. Det skal kunne mærkes, at DSAM er fyldt 50 år.