

Practicus

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



Maj 2021
44. årgang // 255

TEMA

FORSKNING

PRIMÆRSEKTOR, VIDEO- OG E-MAILKONSULTATIONER, KRÆFT

Professionsetik set med sundhedsøkonomens briller, side 34-35

3x3: Udsnit af mit lægeliv, side 41-43

FYAM-klummen: Jeg kommer til at leve længe, side 44-45

INDHOLD



// s. 34

Leder

- 3 Det har vi lært af coronapandemien

DSAM

- 4 Brugen af cases kan skævvride opfattelsen af et problem
6 Strategi for forskning i primærsektoren

Artikler

- 8 DSAM's repræsentantskabsmøde – nu også på Zoom
10 Bedre behandling af senfølger efter kræft
12 ReMoTe-projektet sætter fokus på videokonsultationer
14 Tidligere opsporing af ovariecancer i almen praksis
16 Forskningsresultater om e-mailkonsultationer
19 Vidensbanken er i luften
20 Patienten har trådt på en fjæsing! Om Akuthåndbogen
27 DSAM skal have ny formand til efteråret
28 Grøn Praksis – fra tanke til handling
30 Butik og etik i almen praksis
32 Professionsetik – giver det mening?
34 Professionsetik set med sundhedsøkonomens briller
37 Kom til virtuel WONCA-kongres i juli
38 Sådan kan virtuelle supervisorsgrupper fungere
41 3x3: Udsnit af mit lægeliv

FYAM

- 44 Jeg kommer til at leve længe
46 FYAM-udvalget har fået ny næstformand

SAMS

- 47 Medicinstuderende som "lægevikarer" ...

Debat

- 48 Vi er håndsky, når det gælder kollegers svindel
49 Systematisk, opportunistisk og optimistisk screening

Bøger

- 50 Recepten på lykke 2.0

Opslag

- 22 DSAM's årsmøde: Program og priser
25 Indkaldelse til DSAM's repræsentantskabsmøde
25 FYAM-timen og SAMS' årsmøde
26 PLU-fondens ansøgningsfrist
26 Hvem skal have årets Talentpris?
50 Rettelse til SAMS-artikel, Practicus 254
52 Practicus Podcast



**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. 256
Udgivelsesuge: 27, 2021

Nr. 257
Frist for artikler: 1. august
Udgivelsesuge: 39, 2021

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

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

FORSIDEFOTO
Colourbox

OPLAG
4.900

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

Det har vi lært af coronapandemien

Nogle dage har jeg lyst til at rykke 2020 ud af kalenderen. Især fordi det har været et år med mange afsavn.

Men det har også været et år, som har vist os noget væsentligt om os selv og vores samarbejdspartnere, og som faktisk kan hjælpe os ud af en slem kattepine. Hvis vi vil. For det seneste år har vist, at forandringer kan implementeres hurtigt, hvis behovet er der. Når vi kan lave store forandringer under en pandemi, så kan vi selvfølgelig også bagefter. Kattepinen er lægevagten. Den trænger til modernisering og effektivisering. Og vi skal selv gå forrest.

Lige så længe nogen kan huske, har vagtarbejdet være en del af de fleste lægers hverdag. Hvorfor skal det så ikke fortsat være det? Fordi vi mangler i dagtiden.

Vi er færre læger om opgaverne i vores klinikker. Patienterne er ældre. Konsultationerne er længere og mere komplekse. Arbejdet tærer på kræfterne, også hos læger. Det ved vi desværre godt.

Lægetimerne kan kun bruges én gang. Sådan er det. En time i lægevagten kan ikke samtidig bruges i dagtiden sammen med patienterne. De patienter, som vi vel at mærke kender, og som vi ved, har gavn af at blive set af egen læge. Det er selvfølgelig især de mest sårbare og dem, som har komplicerede forløb, jeg tænker på. Det er dem, som vikaren – hvis man kan få sådan en – har svært ved at tage sig af.

Vi mangler faktisk i klinikkerne i dagtiden. Det ved vores samarbejdspartnere godt. Og de ved også, at de har et medansvar for, at vi ikke mangler.

Vi har en fælles bunden opgave: at få effektiviseret lægevagten, så færrest muligt læger er på vagt, og flest muligt er til stede i egen klinik i dagtiden.

Vi må gentænke driften. Vi må sørge for, at fagligheden kommer i spil på alle de måder, den kan. I konsultationer, telefonkonsultationer, videokonsultationer, på tværs af regionsgrænser. Vi skal have lægen væk fra landevejen videst muligt, udvidet samarbejde med lokale hjemmesygeplejersker og akutteams, hurtig transport af patienten til nærmeste konsultation, backup fra de andre lægespecialer og klare retningslinjer for borgerne, så de ved, hvad lægevagten ikke kan bruges til.

Vi har talt om det mange gange. Nu er vi nødt til at gøre noget ved det. Og vi ved, at vi kan.

Vi mangler faktisk i klinikkerne i dagtiden. //

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:

Brugen af cases i medierne kan skævvride borgernes opfattelse af et problem

Forleden deltog jeg i et fag-journalistisk netværksmøde. Temaet var brugen af cases i journalisternes sundhedsformidling i forhold til f.eks. forskning. Her diskuterede vi bl.a., om en erfaringskilde i en nyhed (også kaldet en 'case' i journalistiske termer) skal afspejle virkeligheden og være repræsentativ, eller om den må repræsentere noget sjældent.

En 'case' skal i den her forbindelse ikke forveksles som et såkaldt 'case-studie', som i forskellige videnskabelige sammenhænge bliver brugt til at studere en enkelt eller nogle få patienters sygehistorie, f.eks. om sjældne, enkeltstående eller komplekse fænomener.

Journalister bruger ofte en case i form af en 'almindelig borger' for at illustrere et bredere problem og sætte ord og følelser på, hvordan personen oplever problemet i sit liv. Typisk er det for at skabe identifikation for seeren eller læseren.

Journalister skal huske kildekritik
I netværksgruppen var der bred enig-

hed om, at journalisten som udgangspunkt skal sikre, at casen ikke strider mod det, der er evidens for forskningsmæssigt. På den anden side kan en case, som repræsenterer en sjælden tilstand, f.eks. en sjælden sygdom, godt have sin berettigelse, fordi man bruger cases til at sætte fokus på noget sjældent. Derudover skal journalisten altid huske en vis form for kritisk sans – dvs. huske at stille casen kritiske spørgsmål. Alt for ofte ser vi, at journalister glemmer at forholde sig kritisk i forhold til udsagn og troværdighed i udsagnet.

I DSAM får vi ofte opkald fra journalister, som præsenterer en ny undersøgelse, f.eks. i form af nye tal – og ikke så sjældent følger der en case med. Her må vi altid overveje, om casen er repræsentativ for det, som sagen drejer sig om eller ej, da vi ellers risikerer at skævvride borgernes opfattelse af et problem. I DSAM søger vi hele tiden at give et nuanceret billede af virkeligheden – og det er vigtigt at sætte debatter og nyhedshistorier i perspektiv og helst med nuanceringer, der hviler på et videnskabeligt grundlag.

Kræft og coronanedlukning

I december 2020 skrev dr.dk, at der under forårets coronanedlukning blev stillet markant færre kræftdiagnoser end normalt. DR henviste til en systematisk opgørelse fra Kræftens Bekæmpelse på baggrund af tal fra Cancerregistret og Landspatientregistret, som viste, at fra marts til maj lå antallet hele 33 procent lavere end i samme periode i de seneste fem år. Faldet skulle svare til knap 2.800 uopdagede kræfttilfælde i perioden.

Direktør for Kræften Bekæmpelse, Jesper Fisker, udtalte: "Der er ingen grund til at tro, at vi skulle have haft færre kræfttilfælde under corona. Så det, at vi nu kan konstatere, at der er færre nydiagnosticerede, betyder, at nogen derude går med uopdaget kræft. Det er meget alvorligt."

Casen er en mand med kræft

Dr.dk præsenterer en case til at illustrere den problemstilling – en mand på 69 år, som i foråret bemærkede en irritation i halsen. I slutningen af maj kontaktede han vagtlægen to gange og sin egen læge fem gange for at få

Stort fald i diagnoser under nedlukning: Læger advarer om uopdagede kræfttilfælde

69-årige Bjarne Schou måtte ikke møde op hos lægen. Senere fik han en kræftdiagnose.

Praktiserende læger blev kontaktet mindre

Der er ikke et klart svar på, hvorfor antallet af kræftdiagnoser faldt så markant under coronanedlukningen i foråret.

Men en del af forklaringen kan måske findes hos patienterne selv, vurderer formanden for Dansk Selskab for Almen Medicin, der er de praktiserende lægers fagvidenskabelige organisation.

- I den periode, vi her taler om, var folk skræmte, og vi fik langt færre henvendelser, end godt var. Så vi var bekymrede allerede tidligt i epidemien for, at folk ikke henvendte sig, siger formand Anders Beich, der selv er praktiserende læge.

set på sin hals. På grund af coronae-pidemien fik han at vide, at han ikke skulle møde fysisk op hos sin læge og blev tilset gennem videokonsultation. Her lød diagnosen på halsbetændelse og svamp i halsen. Symptomerne blev forværret, og der tilkom blødning. Patienten ses senere af en halslæge, som konstaterer, at det er kræft. Han bliver sat i et kræftpakkeforløb for kræft i den ene mandel og i lymfekirtlerne i halsen. Han får 33 omgange stråleterapi og medicinsk behandling, og ved første kontrol efter behandlingen er kræften væk, men med behandlingen er fulgt en række bivirkninger.

"Havde de bare taget mig alvorligt fra første færd, så var jeg måske blevet opereret, og så var jeg sluppet for alle de senfølger, jeg har nu," siger Bjarne Schou.

DSAM skal forklare patientens oplevelser

DSAM ønsker ikke at bortforklare problemstillinger eller patientens oplevelse – men når vi får præsenteret en case og nogle tal eller fakta, er det altid vigtigt at forsøge at bringe nuancerne frem. Kritikken går på, at casen igen og igen forsøgte at trænge igennem til sin læge for at blive tilset – og det skulle han selvfølgelig – hvis ver-

den havde fungeret normalt – også have haft mulighed for.

Formanden for DSAM, Anders Beich, udtalte til DR, at en del af forklaringen i de 2.800 uopdagede tilfælde nok kan findes i, at færre henvendte sig, når de fik symptomer. "I den periode, vi her taler om, var folk skræmte, og vi fik langt færre henvendelser, end godt var. Så vi var allerede tidligt i epidemien bekymrede over, at folk ikke henvendte sig."

I slutningen af marts 2020 opfordrede DSAM via medierne borgerne til at kontakte lægen, hvis de ellers ville have gjort det, fordi almen praksis fik for få patienthenvendelser.

Tilbage til DR's artikel i december 2020. Om patienten med halskræft, hvor læger beskrives som afvisende over for at modtage patienterne i klinikken grundet frygt for coronasmitte eller mangel på værnemidler, udtalte formanden:

"Vi har nu meget bedre muligheder for at filtrere patienterne. Vi har nogle hurtige test, så vi kan finde ud af, hvem der er smittet, og hvem der ikke er – så vi kan nu invitere flere indenfor, end vi måske turde i starten af epidemien. Derfor vil jeg anse problemet for at være løst, hvis bare de vil henvende sig som før pandemien."

Til Kristeligt Dagblad sagde for-

manden: "Der var undtagelsestilstand."

Casen vækker uro

Denne patients oplevelser vækker uro og taler ind i mange menneskers bekymring om at blive set og hørt af deres læge, når de er urolige for deres helbred. Er casen repræsentativ for historien? Måske. Vi kan ikke afvise, at han skulle have været tilset af en læge, men det er langt fra det samme, som at 2.800 uopdagede kræfttilfælde er blevet afvist. Der kan være andre grunde til, at de ikke blev tilset, som f.eks. at de ikke har henvendt sig i almen praksis.

Vi ved dog, at selvom der var et drastisk fald i kræftdiagnoser og henvisninger til kræftpakkeforløb i foråret 2020, så indhentede sundhedsvæsenet det 'forsømte' og nåede samme niveau som tidligere år. Det viser en ny rapport fra Sundhedsstyrelsen, som udkom den 7. april 2021.

I DSAM gør vi altid vores bedste for at undgå rygter og mytedannelser i mediebilledet. Det gør vi ved at stille op til interviews og svare ud fra aktuel og tilgængelig lægefaglig viden og forskning. //

Vi ses i næste Practicus.



BESTYRELSENS KLUMME:

Strategi for forskning i primærsektoren

I regi af DSAM er en lang række kolleger udpeget til at deltage i forskellige arbejdsgrupper. Opgaven er at repræsentere dansk almen medicins interesser og faglighed, uanset hvilken arbejdsgruppe det handler om.

Jeg har indtil videre kun fulgt kollegers store indsats i forskellige udvalg fra sidelinjen, men i efteråret blev jeg selv udpeget til en arbejdsgruppe, som skal bistå Sundhedsstyrelsen med at udforme en strategi for forskning i primærsektoren.

Kommissoriet for arbejdsgruppen er at fremme forskningen i det primære sundhedsvæsen, understøtte kvalitetsudvikling, herunder sammenhæng i indsatsen, og at give anbefalinger til rammer, forudsætninger og forskningsindsatser.

Faktisk var det sådan, at arbejdet i gruppen var gået i gang tidligere, men forskellige gode kolleger inden for det almenmedicinske forskningsmiljø undrede sig over, hvorfor vi i DSAM ikke var inviteret til at deltage. Det blev vi så, og jeg blev udpeget, fordi jeg er formand for Forskningsudvalget i DSAM og har en baggrund som forsker i almen medicin. Jeg har tidligere deltaget i et lignende arbejde i Region Sjælland, hvor jeg repræsenterede det regionale DSAM. Så opgaven lå mig derfor ikke så fjernt – men man må retfærdigvis sige, at det alligevel er en kæmpe opgave.

Mange interessenter med mange behov

Det primære sundhedsvæsen har utroligt mange aktører. I arbejdsgruppen under Sundhedsstyrelsen er der repræsentanter fra kommuner, regioner, staten, faglige og poli-

tiske organisationer, patientorganisationer, undervisere og forskere fra mange forskellige institutioner. Det er kun psykiatrien, der ikke er inkluderet i gruppen, da forskningsstrategien ikke skal omhandle psykiatrien.

Arbejdet har været faciliteret af konsulentfirmaet Ramboøll, der har interviewet en lang række personer i det primære sundhedsvæsen om deres arbejde i relation til forskning, finansiering af og holdning til forskning inden for deres felt. Målet var en kortlægning af "behov og rammer for forskning om det primære sundhedsvæsen". Resultaterne fra den første videnindsamling blev efterfølgende diskuteret på en workshop i arbejdsgruppen, for at sikre at de indsamlede data var dækkende. Derefter blev der udført flere dybdegående interviews og på den baggrund la-

Der er behov for at involvere sundhedsprofessionelle i udviklingen af forskningsområder, så kommende projekter opleves som relevante af forskningsaftagerne.

vet en analyse og et udkast til en rapport, som så blev diskuteret på en ny workshop, som selvfølgelig også var virtuel pga. pandemien.

Hvad har været min opgave i dette forløb?

I første omgang handlede det primært om at forstå kommissoriet. Deltagerne i arbejdsgruppen har haft mulighed for at supplere data og rette oplagte misforståelser, og jeg har blandt andet forsøgt at udrede nogle misforståelser om, hvilken rolle DSAM har i forhold til forskning i primærsektoren. Vi var fejlagtigt kategoriseret primært som bidragsyder til finansiering af forskning, i stedet for det, som, jeg mener, er vores vigtigste rolle, nemlig som inspirator og støtte til forskning og kvalitetsudvikling og selvfølgelig også som "aftagere" af forskning.

Hvad er der kommet ud af processen?

Helt overordnet kan man sige, at det har vist sig, at der vitterlig er mange interessenter i det primære sundhedsvæsen, og at der er behov for et bedre samarbejde, hvis ikke hver interessent skal lave sin egen (silobaserede) forskning. Det vil give bedre mening og effekt, hvis der sker en koordination mellem projekter lokalt, regionalt og centralt.

Mere specifikt har rapporten, som Rambøll har udarbejdet, fokuseret på forskningsproducenter (dem, der udfører forskningen), forskningsaftagere (dem, der bruger forskningen) og forskningssponsorer (dem, der bidrager økonomisk til forskningen i primærsektoren). Rapporten finder, at der er ret få, der producerer forskning i primærsektoren i forhold til i sekundærsektoren, og at der mangler en stærk forskningstradition. Her har vi fra almenmedicinsk side påpeget, at der jo netop har været en stor udvikling inden for det almenmedicinske forskningsfelt i de sidste 30 år, men der sættes også især fokus på manglen på andre områder i det primære sundhedsvæsen, blandt andet i kommunerne, der udgør en stor del af det primære sundhedsvæsen.

Et andet punkt fra konklusionen handler om, at der er behov for at involvere sundhedsprofessionelle i udviklingen af forskningsområder, så kommende projekter opleves som relevante af forskningsaftagerne. Det er et arbejde, vi også vægter højt inden for den almenmedicinske forskning, f.eks. ved at invitere praktiserende læger til at deltage i tidlig udvikling af nye projekter, afprøve projekter i feasibility- eller pilotstudier for at tilrette projekterne efter det daglige arbejde og målrette dem efter en-

Et strategipapir kan være den byggesten, som regionale og lokale interessenter kan bruge i den videre udvikling af forskningen i primærsektoren.

demål og resultater, som er relevante for praktiserende læger.

Hvad sker der så i den videre proces?

Hvornår udgives strategien for forskning i det primære sundhedsvæsen?

Desværre er arbejdsgruppens arbejde aktuelt sat på pause, da coronapandemien sluger utroligt meget af Sundhedsstyrelsens arbejdskraft. Næste skridt er imidlertid netop, at der bliver lavet nogle konkrete tiltag på baggrund af de indsamlede data, så der kan arbejdes med udvikling af forskning i primærsektoren. Et øget fokus på området er nok det, som bedst kan bidrage til en positiv udvikling, både i forhold til forskningssamarbejde og en stærkere forskningstradition, men også i forhold til dem, der finansierer forskning.

For mig personligt har deltagelsen øget min forståelse for den komplicerede størrelse, som primærsektoren rent faktisk er. Men det har også været interessant at observere, hvordan udenforstående, som her et konsulentfirma, kan have svært ved at se de mange interessenters perspektiver og forstå det komplicerede samspil i det primære sundhedsvæsen. Man må sige, at en del af oplevelsen også har været at se en vis "territorie-afpisning", men heldigvis har jeg kun oplevet rigtig godt samarbejde, sammenhold og stor enighed med de øvrige interessenter med almenmedicinske forskningsinteresser.

For forskningens skyld håber jeg, at Sundhedsstyrelsen vil prioritere dette område i løbet af de næste måneder, da et strategipapir kan være den byggesten, som regionale og lokale interessenter kan bruge i den videre udvikling af forskningen i primærsektoren. Så kan vi måske undgå, at der iværksættes mange små parallelle ukoordinerede projekter, som mangler forankring og er svære at gennemføre i det primære sundhedsvæsen? //



Af: Lise Dyhr, formand for DSAM's regionsbestyrelse i Hovedstaden og medlem af DSAM's bestyrelse, og Roar Maagaard, medlem af DSAM's regionsbestyrelse i Midtjylland og DSAM's bestyrelse - lise.dyhr@dadlnet.dk

DSAM's repræsentantskabsmøde

– nu også på Zoom!



Det kan godt lade sig gøre at lede et repræsentantskabsmøde fra flere lokaliteter samtidig: Lise Dyhr (billedet) fra København, Roar Maagaard fra Mols.

På de interne linjer har COVID-19 haft indflydelse på vores arbejde i DSAM. Vi mødes ikke som vanligt, og de formelle diskussioner udfordres af de digitale medier – og de uformelle kontakter lider. Vores årsmøde (jubilæum endda) blev aflyst. Nu var det så forårets møde i repræsentantskabet, som stod for tur. Vi tog chancen – med lidt bævende hjerte – og inviterede til et tre timer langt Zoom-møde lørdag formiddag den 6. marts. Opbakningen var overvældende: Alle, som kunne, mødte tale- og diskussionslystne op ved skærmen.

Fokus for mødet var det regionale arbejde i DSAM, og hvorledes vi kunne inspirere hinanden til aktiviteter, herunder samarbejdet med FYAM, PLO regionalt og de regionale KAP-enheder. Efter en kort indledning ved formanden mødtes vi i de fem regionsbestyrelser, hvor vi drøftede egne gode – og mindre gode – erfaringer. Dernæst rystede vi posen til inspiration i nye grupper på kryds og tværs af landet. Til sidst mødtes vi alle igen og samlede de mest klare pointer op til inspiration.



Christoffer Ebert og Dorte Pedersen fra DSAM's sekretariat styrer teknikken på bedste vis. Foto: DSAM's sekretariat.

Vi havde gode debatter og erfaringsudvekslinger. Vi oplevede, at deltagerne var glade for det virtuelle møde i mangel af bedre. Vi håber dog vist alle, at det næste møde bliver et fysisk møde – selvom håndtryk og kram måske ligger lidt længere ude i fremtiden.

Fokuspunkter i det regionale samarbejde

Forskningsenheder for almen praksis er etableret i fire af regionerne og en professor i den femte region. De arbejder alle på forskellig vis sammen med DSAM-regional. Forskningsenheden i Aalborg og DSAM Nordjylland har et mere formaliseret samarbejde med bl.a. brugergrupper, og dette sam-

arbejde giver inspiration til begge parter.

Nogle medlemmer af DSAM-regional deltager i faglige baggrundsgrupper til KAP-enhederne og i mere uformelt samarbejde mhp. videndeling og har observatørposter hos PLO-regional. Måske skal vi blive endnu bedre til at invitere?

Flere har gode erfaringer med FYAM- og DSAM-samarbejdet omkring temamøder, hvor de unges energi og drive er med til at skabe spændende møder. De bedste synes at være dem, hvor andre faggrupper deltager og inspirerer. Måske skal vi tænke i at oprette en bank for medlemsaktiviteter med gode eksempler?

DSAM Sjælland har gode erfarin-

ger med at bruge Facebook til interaktion med medlemmerne.

Deltagelsen kan måske øges ved brug af virtuelle møder, hvor afstandene er store. Det giver også mulighed for, at læger fra andre regioner kan deltage.

En mulig opgave for DSAM-regional kunne måske være at interessere sig mere for kvaliteten af uddannelsen, som de unge læger får i de enkelte regioner. DSAM Midtjylland har sammen med PLO-Midtjylland succes med et årligt arrangement, hvor man fejrer årets nye speciallæger i almen medicin. Det har tidligere været omtalt i Practicus. //



Bedre behandling af senfølger efter kræft

Nyt tværfagligt projekt skal forbedre behandlingen af senfølger efter kræft.

Gennem de seneste år er opmærksomheden på senfølger efter kræft øget. Flere overlever kræftsygdom og lever længere, efter de er erklæret kræftfrie. Der anslås at være 300.000 danskere, som lever efter en kræftdiagnose. Den forbedrede behandling af kræft betyder mindsket dødelighed men samtidig også flere senfølger, dvs. blivende forandringer som følge af kræftsygdommen eller behandlingerne. For mange kræftpatienter er der tale om senfølger

med både fysiske, psykiske og psykosociale funktionssvigt, som kan være svært invaliderende i hverdagen. De kan opstå under primærbehandlingen, eller de kan manifestere sig måneder eller år efter afsluttet behandling. Derfor skyldes mange henvendelser i almen praksis og i fysioterapipraksis senfølger, men hverken patienten eller klinikerne er altid opmærksom på denne sammenhæng. Hvis klinikerne er opmærksom, kan der være usikkerhed om valg af behandling. Formålet med projektet er derfor at finde løsninger, som kan forbedre behandlingen af senfølger efter kræft.

Vi har taget første skridt på vejen ved at afdække fire områder, som kan forbedres, så patienten med senfølger

får den rette behandling af sine funktionssvigt som følge af kræft.

1. Patienten i centrum

Den praktiserende læge er gatekeeper i forhold til patientforløb. Det kan dog være hensigtsmæssigt at "uddelegere" noget af tovholderfunktionen til patienten, afhængig af patientens resourcer og egne ønsker, bl.a. kan "Den gode konsultation og forberedelse af konsultationen" være en mulighed for patienten til at forberede og rammesætte konsultationen. Spørgsmålet "Hvad er vigtigt for dig?" er en anden tilgang, som sætter fokus på patientens mål for behandling. Nogle lægehuse anvender et standardbrev til patienter med kræft og kan understøtte,



HOUSEHOLD REHABILITATION



PHYSICAL REHABILITATION



COGNITIVE REHABILITATION

Del af et større projekt

Projektet er et samarbejde mellem Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg, NordKAP i Region Nordjylland, Fysioterapiuddannelsen ved UCN i Aalborg og DEFACTUM i Region Midtjylland. Ud over forfatteren selv deltager følgende i projektet:

- Marianne Kongsgaard, fysioterapeut og praksiskonsulent, Region Nordjylland
- Camilla Ulfkjær Østergaard, cand. mag., koordinator og konsulent, Nord-KAP
- Christina M. Stapelfeldt, sygeplejerske, seniorforsker, DEFACTUM, Region Midtjylland
- Janus Laust Thomsen, professor og forskningsleder, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aalborg

Vi forventer at tilkoble et ph.d.-forløb til projektet i 2021.

at patienten tager kontakt til almen praksis vedrørende senfølger.

2. Bedre kendskab til senfølger

Lægerne ønskede sig mere informationsmateriale om senfølger efter kræft. Det kan være eksempler på senfølger oplistet efter kræfttyper, eksempelvis via Patienthåndbogen. Samtidig er der behov for ekstra fokus på de sårbare og ressourcetsvage patienter, og informationsmateriale bør også rette sig mod pårørende, da det ofte er dem, som ser behovet.

Der var forslag til en elektronisk platform, som kan guide de sundhedsprofessionelle, alt efter hvilken kræftform det drejer sig om. Den kan både indeholde information om forskellige typer af senfølger og behandlingsforslag og tage hensyn til, at forløb og senfølger varierer og fordrer en individuelt behovstilpasset behandling.

Det vil sige, at platformen bør være et katalog over diagnoserelaterede senfølger og idéer til behandling.

En tredje idé var at udarbejde vejledninger, f.eks. gennem DSAM. Fokus i vejledningerne bør være på kompleksiteten, og de bør fungere som idékatalog for tilgangen til senfølger og indeholde bud på mulige tilgange frem for at beskrive forventede behandlings tiltag.

3. Uddannelses tilbud

Der er behov for systematisk efteruddannelse for alment praktiserende læger om kræft og senfølger heraf. Det blev klart på workshoppen, at der ikke er konsensus om definitionen på senfølger. Det gælder for de fysiske, psykiske og sociale senfølger. Efteruddannelse kan foregå på alle de sædvanligt benyttede kanaler. Endelig kom der forslag om kursus udbudt af sygehusene og målrettet patienter og pårørende om senfølger – startende i behandlingsforløbet og afsluttende, når patienten kommer til kontrol 1-2 år efter diagnose. Sygehuset anvender i forvejen forløbstankegangen, og fokus på senfølger kan med fordel tænkes ind i disse pakkeforløb.

4. Samarbejde i sundhedsvæsenet

Deltagerne gav alle udtryk for, at der ikke er et systematisk samarbejde med de øvrige behandlergrupper om kræftpatienter med senfølger. Der var ønske om, at sygehuset udarbejder en form for "genoptræningsplan" til den enkelte kræftpatient med diverse anbefalinger til det videre forløb. Et stort ønske hos almen praksis er at få oplysninger om forventede senfølger for den pågældende patient, altså noget at kunne forholde både sig selv og patienten til, og endelig en helt klar besked, når patienten er færdigbehandlet i sygehusregi. Efter afslutning på sygehuse er det relevant med tilbud til patienterne. Disse tilbud skal både være

Om workshoppen

Workshoppen tog form som en kreativ og dialogbaseret proces med fokus på idéer, potentialer og muligheder i behandlingen af senfølger efter kræft.

Formålet var at få viden om praktiserende lægers oplevelse af behandlingen af patienter med senfølger efter kræft og at identificere idéer til forbedringstiltag.

målrettet i forhold til sygdommen i sig selv og til senfølger og gerne være tæt på patientens bopæl, da stor afstand og behov for transport kan være en barriere for benyttelse. Sygehusforankret patientuddannelse for patienten 1-2 år efter diagnose kan bruges til at orientere om forskellige behandlere i primærsektoren og tilbud i patienternes nærmiljø. Lægerne efterspurgte et overblik over kommunernes tilbud og over relevante tilbud, som udbydes af patientforeninger.

Henvisning kræver konkret problem

Særligt vedrørende henvisning til fysioterapeut var der blandt deltagerne enighed om ikke at henvise uspecifikt på senfølger. En henvisning kræver en konkret problemstilling. Lægernes manglende kendskab til fysioterapeuterne og deres evt. specialisering inden for håndtering af senfølger udgjorde en barriere for henvisningen. Samtidig blev egenbetaling nævnt som en barriere for at henvise. Hvis det var muligt, burde en henvisning til en fysioterapeut indeholde relevante diagnoser som f.eks. tidligere kræft. Dette kan mindske risikoen for at overse årsagen til symptomer og kan spore fysioterapeuterne hurtigere ind på den rette behandling. //



ReMoTe-projektet

sætter fokus på videokonsultationer

En gruppe forskere har i de seneste otte måneder arbejdet sammen om at undersøge, hvordan brugen af videokonsultationer kan forbedres i almen praksis. Samtidig har det fælles projekt givet forskerne viden om, hvad der er vigtigt, når man hurtigt skal etablere et samarbejde på afstand.

Coronapandemien har sat skub i brugen af videokonsultationer i almen praksis, men den nye teknologi bringer også mange spørgsmål. Forskere fra de fire forskningsenheder i almen praksis har gennem de seneste otte måneder arbejdet sammen om at udvikle en guide til videokonsultationer i almen praksis. Den nye guide (med tilhørende tjekliste) er udviklet som et delprojekt under ReMoTe-projektet.

Ud over de konkrete resultater fra projektet i form af en guide og tjekliste fik forskerne ny viden om, hvad der kendetegner et frugtbart samarbejde. Da gruppen gik i gang med projektet i maj 2020, vidste de, at det var ambitiøst at koordinere så stort et projekt med så kort en tidsramme – endda under en pandemi, hvor meget var nedlukket. For at sikre mange forskellige vinkler på videokonsultationer blev gruppen baseret på tværfagligt samarbejde mellem forskere fra for-

skellige dele af landet og med meget forskellige profiler.

”Projektet havde en kort tidsramme. Samtidig var vi geografisk langt fra hinanden, og vi kendte ikke hinanden i starten, hvor vi skulle udvikle idéer og koordinere meget – blandt andet i forbindelse med workshops,” siger Line Due Christensen fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, som var koordinator for delprojektet.

Tillid og tiltro fra toppen

Projektet om videokonsultationer blev drevet af et fælles ønske om hurtigt at omsætte viden til praksis, da pandemien udfordrede den traditionelle fremmødekonsultation i almen praksis. Den korte tidsramme og ønsket om hurtig omsætning betød, at gruppen var nødt til at arbejde hurtigt, og at samarbejdet skulle glide med det samme. Det krævede først og fremmest, at alle på kort tid skulle opbygge tillid til de andre i projektet og de-

res faglige kunnen. Det var en nødvendig forudsætning for straks at kunne skabe et trygt miljø, hvor man kunne sige, hvad man tænkte – og med kort vej til handling.

Dialog, tillid og tiltro til andre i gruppen med andre fagligheder har været nøglefaktorer i samarbejdet. Derudover har opbakning fra lederne på de fire forskningsenheder været helt afgørende for projektets

Kom godt i gang med videokonsultation

- Sæt video op i praksis
- Test, om teknikken virker
- Udpeg en dedikeret superbruger i jeres praksis
- Beslut, hvilke patienter der kan få en videokonsultation
- Lav en rutine for booking
- Forbered patienterne på videokonsultation
- Brug video hyppigt i starten
- Skriv udfordringer ned løbende
- Evaluer på et møde: Hvad virker? Hvad virker ikke?
- Brug klyngen til erfaringsudveksling
- Hvert enkelt punkt er uddybet på www.remoteguide.dk.

Om ReMoTe-projektet

- Refining Remote Assessment in Primary Care (ReMoTe) er forankret på Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus hos forskningsleder Per Kallestrup og projektleder Ulrik Bak Kirk.
- Udvikling af guiden "Kom godt i gang med videokonsultation" og tilhørende tjekliste er et delprojekt under ReMoTe.
- Delprojektet bygger på et tæt samarbejde mellem forskningsenhederne i almen praksis ved universiteterne i Aarhus, Aalborg, Odense og København. Det er blevet koordineret af Line Due Christensen og Amanda Sandbæk, men forskerkolleger fra hele landet har været involveret.
- Samarbejdspartnerne Dansk Selskab for Patientsikkerhed og European Society for Quality and Safety in Family Practice (EQUIP) har bidraget til udvikling af guidematerialet.
- ReMoTe-projektet finansieres af en bevilling fra Innovationsfonden.

succes. Samtidig kræver et så omfattende projekt understøttelse i form af koordinering og organisering – og det indebærer også en anelse topstyring.

"Vi havde ikke kunnet gennemføre projektet uden den indsats, som andre forskere og samarbejdspartnere leverede til projektet. Og så var det naturligvis afgørende med opbakning og anerkendelse fra ledelsen. Det skulle bare lykkes," forklarer Line Due Christensen.

Samarbejde og lokal forankring

Det vigtigste fokus har været at samle viden om, hvordan almen praksis kommer i gang med at bruge videokonsultationer – og hvordan det implementeres. Hvordan vurderer man, om videokonsultation er egnet til en patient? Hvordan forbereder man sig til en videokonsultation? Men samarbejde har også været et mål i sig selv. Præmissen har været, at alle forskere og partnere skulle inddrages og have mulighed for at deltage i samarbejdet, så kommende projekter kunne få gavn af de ressourcer, som opstår af et vellykket samarbejde på tværs af fagligheder, organisationer og sektorer.

"Det behøver ikke at være så svært og indviklet at spille hinanden gode på tværs af organisationer og forsknings-traditioner. På rekordtid har vi opnået en stor viden ved at forene tilgange, metoder og viden fra en række forskere og private aktører. Den tilgang kan måske inspirere andre," siger Amanda Sandbæk fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, som også var koordinator for delprojektet.



REMOTE

Logo: Peter Lübben

Hvilke greb har projektgruppen så brugt? Gruppen har sikret, at aktiviteter i projektet var forankret hos forskellige samarbejdspartnere. Dele af dataindsamlingen og analysen er udført hos forskellige forskningsenheder, mens f.eks. guidens layout blev leveret af samarbejdspartnere. Forskerne i projektet valgte bevidst at fokusere på samskabelse, iterative analyser, hurtige tilpasninger og udvikling af prototyper. Mere end 30 praktiserende læger og andre interessenter deltog i forskellige dele af udviklingen, og projektgruppen har afholdt workshops hos forskningsenhederne i Aalborg, Aarhus, København og Odense.

Meget af projektarbejdet er foregået online, hvilket har gjort det muligt at holde en tæt dialog på tværs af landet trods coronapandemien. Den tætte kontakt til praksis, det gode samarbejde på tværs og de hurtige udviklingsprocesser har til sammen bidraget til, at projektet kunne gennemføres. Ofte går der lang tid mellem dataindsamling og afrapportering, men delprojektet viser, at det kan lade sig gøre at skabe resultater på kort tid, som kan anvendes i praksis – og den viden kan tages med i det videre samarbejde.

"Det har været vanvittigt spændende at indgå i et så anderledes forskningsprojekt, hvor idealerne om samarbejde, udvikling tæt på brugerne og involvering af både private og offentlige aktører har været sat effektivt i spil. Det kan lade sig gøre – og den erfaring kan bruges i kommende projekter," slutter Amanda Sandbæk.

Samarbejdet fortsætter med mange af de samme involverede og med fokus på klinisk relevans. I foråret 2021 arbejder projektgruppen videre med videokonsultationers rolle i almen praksis. //



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

Tidligere opsporing af ovariecancer i almen praksis

Ovariecancer (OC) er den mest dødelige af de gynækologiske kræfttyper. Dette skyldes primært, at kræften har spredt sig på diagnostetidspunktet. Således oplever over 60 pct. af kvinder med OC først at få stillet diagnosen, når kræften har spredt sig uden for bækkenet (stadie III-IV), hvor 5-års overlevelsen er 15-30 pct. sammenlignet med 88 pct. ved stadie I. Sygdomsstadiet på diagnostetidspunktet er således en væsentlig prognostisk faktor.

Om projektet:

Titel: Earlier detection of ovarian cancer in general practice

Forsvaret: Juli 2019

Vejledere: Peter Vedsted, Lone Kjeld Petersen, Hanne Nørgaard Heje og Margit Dueholm

Link til artiklen: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31046091/>

Link til animationsfilm om studiets udførelse: <https://www.kortlink.dk/qfxt/>

Gennem de seneste årtier har man undersøgt, om det er muligt at reducere dødeligheden af OC ved hjælp af screening. Dette har dog ikke været muligt at påvise, og af den grund anbefales screening i den generelle befolkning ikke.

Den bedste mulighed for tidligere diagnostik afhænger derfor af identifikation af symptomatisk OC, men da den ofte viser sig ved vage og uspecifikke symptomer, er den svær at få mistanke til.

1. Hvorfor er det relevant for den alment praktiserende læge?

Studier viser, at mere end 90 pct. af kvinder med OC præsenterer sig med symptomer i almen praksis forud for diagnosen, og mere end 60 pct. har initialt vage og uspecifikke symptomer. Det er netop disse vage og uspecifikke symptomer, som udfordrer og risikerer at forsinke diagnosen, da de ofte simulerer langt hyppigere lidelser som f.eks. irritabel tyktarmssyndrom, cystitis og dyspepsi.

Hvis den praktiserende læge har kraftig mistanke til OC – f.eks. ved fund af en udfyldning i underlivet – skal kvinden henvises direkte til et

kræftpakkeforløb. Det er dog kun cirka 36 pct. af kvinderne med OC, der bliver udredt i en kræftpakke. Så kræftpakken kan ikke stå alene i udredningen af OC.

Hvis den praktiserende læge mistænker kræft hos en kvinde med uspecifikke symptomer, kan kvinden henvises til diagnostisk center. De uspecifikke symptomer indikerer ikke én specifik kræfttype, men kan repræsentere forskellige underliggende sygdomme eller kræfttyper. Undersøgelser viser, at kun ganske få tilfælde af OC bliver diagnosticeret via diagnostisk center, så denne rute er ikke egnet til tidligere diagnostisering af OC.

Til de cirka 40 pct. af kvinder med OC, der initialt præsenterer sig med vage symptomer, eller hvor lægens intuition varsler 'at noget ikke stemmer', står almenmedicineren tit uden en specifik udredningsmulighed, selv om almenmedicinerens intuition er påvist at være en vigtig markør for alvorlig sygdom – på højde med de mest oplagte alarmsymptomer. Alligevel må den praktiserende læge her ofte bruge tiden som sit vigtigste diagnostiske værktøj.

Omfang af abdomen periodevist øget

Vandladningsgener

Abdominale smerter

Reduceret appetit

Irritabel tyktarmssymptomer

Energitab



2. Hvad handler din artikel om?

I studiet undersøger vi, om det er gennemførligt at tilbyde praktiserende læger direkte adgang til transvaginal ultralyd (TVUS) til kvinder, der præsenterer vage og uspecifikke symptomer. Dette inkluderer at undersøge, hvor ofte lægerne benytter sig af muligheden for at henvise til studiet, indikation for henvisning, og hvilke symptomer kvinderne oplever forud for undersøgelsen. Herudover undersøger vi, hvilke fund der gøres ved TVUS, og hvorvidt den henvisende læge følger op på kvinder med en normal undersøgelse.

3. Hvordan er dit studie udført?

Praktiserende læger i dele af Region Midtjylland fik tilbudt direkte adgang til TVUS fra 1. april 2017 til 30. april 2018. Kvinder kunne henvises, hvis de var 40 år eller derover og præsenterede vage og uspecifikke symptomer (se illustration). Kvinder, der opfyldte kriterierne for kræftpakkeforløb, skulle fortsat udredes i kræftpakken. Lægerne var orienteret om, at en normal TVUS ikke kunne udelukke OC, og at det derfor var vigtigt med opfølgning i almen praksis, hvis symptomerne fortsatte.

Alle henviste kvinder modtog et spørgeskema inden undersøgelsen. Her blev de bedt om at angive, hvilke symptomer de havde oplevet forud for undersøgelsen. Vaginalskanningerne blev udført ugentligt på Aarhus Universitetshospital og på Randers Regionshospital af trænede sonografer og sygeplejersker under supervision af gynækologiske speciallæger.

Efter undersøgelsen modtog den henvisende læge en epikrise. Der var overordnet tre mulige udfald efter TVUS: 1. undersøgelsen var umiddelbart normal, 2. fund af større cyste/fibrom, og kvinden var henvist videre til CA125-måling og vurdering ved en gynækologisk speciallæge in-

den for én måned, 3. fundet var suspekt, og kvinden var henvist til udredning via kræftpakke.

4. Hvad er de vigtigste resultater?

I alt 52 pct. af de praksis, der fik mulighed for at henvise til direkte TVUS, benyttede sig af det. De henviste tilsammen 479 kvinder. Den hyppigste indikation for henvisning til TVUS – og det hyppigst oplyste symptom af kvinderne – var smerte i nedre del af abdomen. Dette symptom var angivet som indikation på 57 pct. af henvisningerne og af 80 pct. af kvinderne.

Blandt de 479 kvinder, som fik foretaget TVUS, havde 104 (22 pct.) en unormal TVUS. Det inkluderede fund af ovariemasse, ascites, store fibromer, fortykket endometrie eller udfyldning i blæren. I alt tre af disse kvinder blev diagnosticeret med urogynækologisk kræft. Der blev ikke fundet nogen tilfælde af OC, og ingen kræfttyper, som kan identificeres ved TVUS, blev overset (efter 6 måneders follow-up). I alt havde 375 (78 pct.) kvinder en normal TVUS, og 328 (86 pct.) af dem var efterfølgende i kontakt med egen læge. Den endelige konklusion på studiet var, at implementering af direkte adgang til TVUS via almen praksis var gennemførligt.

5. Hvilke implikationer har resultaterne?

Vi ved, at praktiserende læger er involveret i diagnosticeringen af størstedelen af alle tilfælde af OC. Flertallet af kvinderne præsenterer sig initialt med vage og uspecifikke symptomer og synes ikke at drage nytte af kræftpakken. For disse kvinder kan direkte og hurtig adgang til TVUS være et vigtigt skridt i retning af tidligere diagnostik. For at kunne udtale os om effekten på OC-stadie og overlevelse af en sådan implementering skal et større klinisk studie gennemføres. //

Fakta om ovariecancer og studiet

- Over 90 pct. af kvinder med OC præsenterer symptomer i almen praksis forud for diagnosen, og over 60 pct. præsenterer sig først med vage og uspecifikke symptomer.
- Cirka 36 pct. af kvinder med OC udredes i en kræftpakke.
- Som en del af et ph.d.-projekt fik praktiserende læger i dele af Region Midtjylland tilbudt direkte adgang til TVUS til kvinder med vage og uspecifikke symptomer.
- Studiet viser, at det er muligt at implementere direkte adgang til TVUS via almen praksis.



Forskningsresultater om e-mailkonsultationer i almen praksis

E-mailkonsultationer bruges i stigende grad i almen praksis. Men hvordan oplever læger og patienter den nye form for dialog? Det er undersøgt i et forskningsprojekt på Syddansk Universitet.

Siden 2016 har forskningsprojektet "Digital konsultation" ved Syddansk Universitet skabt viden om, hvordan e-mailkonsultationer anvendes og opleves, særligt af seniorpatienter (65+) og deres praktiserende læger. Vi har undersøgt, hvad patienter og læger skriver til hinanden, og hvordan indholdet opleves af patienter og læger. Derudover er der i projektet fokus på e-mailkonsultationens betydning for relationen mellem læge og patient. I det følgende præsenterer vi udvalgte forskningsresultater fra tre delstudier: Hvordan oplever patienter og læger adgangen til almen praksis via e-mailkonsultation? Hvordan oplever den ældre mandlige patient e-mailkonsultationen? Hvordan oplever den praktiserende læge e-mailkonsultationens relationelle potentiale?

Adgang til almen praksis via e-mailkonsultation

Vi har undersøgt, hvordan patienter og læger oplever adgangen til almen praksis via e-mailkonsultation, særligt deres oplevelse af kommunikative fordele og ulemper. Dette har vi gjort på baggrund af en medieteoretisk tilgang, der har fokus på kommunikationsformers særlige kendetegn og brugsmuligheder. E-mailkonsultationen er en helt særlig kommunikationsform i almen praksis, eftersom den er den eneste skriftlige og forskudte (asynkrone) konsultation, dvs. hvor læge og patient ikke behøver at være til stede samtidigt. Delstudiet er baseret på semistrukturerede interviews med 30 patienter og 23 praktiserende læger.

Tre væsentlige temaer kan udtrækkes: 1) lettere adgang til lægen, 2) ad-

gang til et nyt fælles interaktionsrum og 3) adgang til adgang. Patienterne oplever en lettere adgang til lægen og betoner den asynkrone konsultationsmulighed som mindre forstyrrende for lægen, fordi lægen kan svare, når der er tid til det. Set fra lægernes perspektiv muliggør e-mailkonsultation kontakt med patienter, som lægerne ellers sjældent ser, men det resulterer også i overkommunikation og uhensigtsmæssig anvendelse. De interviewede patienter og læger betragter e-mailkonsultation som en konsultationsform, der inviterer til nye interaktionsformer, der også indeholder følelsesmæssige og sensitive emner. Den skriftlige digitale konsultation giver mulighed for en ny form for refleksion i produktionsprocessen, eksempelvis nævner en patient, at han ikke sender e-mailkonsultationen afsted med det samme,



Ældre mænd og ældre kvinder bruger e-mailkonsultationer næsten lige meget. Foto: Colourbox.



E-mailkonsultationer udgør 21 pct. af alle konsultationer i almen praksis (PLO, 2020). Foto: Birk Hromann.

men lige skal sove på beskeden for så at sende den afsted morgenen efter. Andre patienter fortæller, at det ikke er alle e-mailkonsultationer, der bliver afsendt, men at det at skrive til lægen (også uden at afsende) skaber refleksion om egen sundhed. Både patienter og læger oplever e-mailkonsultationer som en måde, hvorpå patienter kan få nemmere adgang til en fysisk konsultation ved at kontakte lægen via en e-mailkonsultation. Ifølge nogle læger kan den slags e-mailkonsultationer virke overflødige, eftersom de meget ofte vil bede patienterne booke en tid til fysisk konsultation. Andre læger fremhæver, at e-mailkonsultationer kan øge effektiviteten, da nogle opgaver kan løses både nemt og hurtigt i indbakken.

Den ældre mandlige patient og e-mailkonsultation

Statistikken over brugen af e-mailkonsultation i 2009-2019 viser, at de

ældre mænd, især i alderen 65-79 år, bruger e-mailkonsultation næsten lige så ofte – nogle år faktisk oftere – end kvinderne i samme aldersgruppe. Dette er et konsultationsmønster, som er værd at bide mærke i, da vi ikke ser mændene konsultere deres læge nær så meget, som kvinderne i andre aldersgrupper gør. Det gælder også, når vi ser på statistik for telefonkonsultationer og konsultationer med fysisk fremmøde. Derfor er der i dette delprojekt gennemført 23 interviews med 65+-årige mænd for at skabe viden om deres brug af e-mailkonsultation og undersøge deres opfattelser af denne konsultationstypes potentialer og barrierer. Størstedelen af de interviewede mænd har en kort uddannelse og bor sammen med en ægtefælle. Der er en sammenhæng mellem – på den ene side – en positiv attitude til teknologi og glæde ved computerbrug generelt og – på den anden side – den oplevede til-

fredshed ved at kunne benytte sig af e-mailkonsultation ved behov for at komme i kontakt med lægen. I tråd hermed anvender to interviewede ikke-brugere af e-mailkonsultation kun sjældent og nødigt computer og internet, og de sætter derfor pris på muligheden for telefonkonsultation. Undersøgelsens øvrige 21 e-mailkonsultationsbrugere giver alle udtryk for at være glade for at have et alternativ til telefonkonsultation. Den asynkrone kommunikationsform får i nogle tilfælde mændene til at kontakte lægen vedrørende symptomer og smerter, som de ellers ikke ville have taget kontakt om, f.eks. hævede fødder, ømhed i ryggen og vedvarende hoste. Et par af mændene vurderer endvidere, at de har fået flere fysiske – og efter deres vurdering nødvendige – konsultationer hos lægen på grund af en henvendelse via e-mailkonsultation.

Kan e-mailkonsultationen understøtte læge-patient-relationen?

De fleste lægehuse har vejledninger til patienterne om, hvordan de skal bruge e-mailkonsultation. Her står der, at e-mailkonsultation bør bruges til spørgsmål af ikke-kompleks karakter, som lægen i store træk kan besvare med et ja/nej. På baggrund af et etnografisk feltarbejde (deltagerobservation i fire klinikker og interviews med 15 læger) kan virkeligheden siges at være en lidt anden. Lægerne beretter om, hvordan e-mailkonsultationerne også bruges af patienterne til at kommunikere om komplekse problemstillinger af psykisk eller emotionel art. E-mailkonsultationer bruges f.eks. som en ventil: Når patienterne skriver, får de luft for svære følelser (f.eks. ensomhed eller utilstrækkelighed) eller får "taget trykket af" angstlignende tilstande (f.eks. midt om natten). Ifølge de interviewede læger er fordelen ved e-mailkonsultationen her, at patienterne kan skrive i øjeblikket, når følelserne presser sig på, eller hjemme i ro og mag, og de behøver ikke konfrontere lægen i en travl praksis. Patienterne ved, at lægen læser og skal svare, hvilket opleves som beroligende og en trøst for mennesker, der måske ikke har så mange andre end lægen at gå til (socialt og psykisk udsatte patienter). E-mailkonsultationen tjener således her et relationelt formål: Når lægen via skriftlig kommunikation formår at "rumme" patienten, svare empatisk og anerkendende

(f.eks. med brug af positive kvitteringer) og evt. berolige patienten med, at patienten har en tid snart, og at det hele nok skal gå, stiller lægen sig til rådighed som relationel ressource.

Lægerne beretter også om, hvordan e-mailkonsultation i andre tilfælde bruges af patienterne til at vedligeholde relationen og fortælle om, hvordan de har det eller delagtiggøre lægen i deres liv og lidelser, f.eks. som en opdatering på et behandlingsforløb. Nogle læger skriver uopfordret til patienter for at spørge, hvordan det går, f.eks. i tilfælde af svær sygdom, udeblivelse fra en konsultation eller som opfølgning på en behandling. Her bruges e-mailkonsultationen til at vise, at lægen interesserer sig for patienten, og den tjener herved et omsorgsrettet formål, der af lægen opleves som meningsfuldt arbejde. Nogle af ovennævnte e-mailkonsultationer opleves også af nogle læger som en ekstra byrde i hverdagen, især hvis de skal passes ind i "hullerne" i en travl hverdag eller sent på eftermiddagen.

Ud over ovenstående tre temaer har vi også undersøgt indholdet i e-mailkonsultationer, f.eks. hvordan kroppe repræsenteres af læger og patienter, ligesom vi har artikler på vej om e-mailkonsultationen som genre, implementeringen af e-mailkonsultation ud fra et strukturelt

FAKTA OM PROJEKTET

- Forskningsprojektet "Digital konsultation" er forankret på Syddansk Universitet.
- Projektet ledes af lektor Anette Grønning, Syddansk Universitet.
- Projektet har modtaget støtte fra Veluxfonden, Helsefonden og Den Strategiske Pulje, Syddansk Universitet.
- Der er publiceret artikler fra projektet i Scand J Prim Healthcare og BMJ open.
- Der er to udgivelser på vej fra hhv. Aarhus Universitetsforlag og Samfundslitteratur.

og organisatorisk perspektiv samt arbejder på en undersøgelse af e-mailkonsultationen i et eksistentielt perspektiv.

Sammen med andre forskere på Syddansk Universitet arbejder vi videre med vores erfaringer om de digitale konsultationer og er lige nu i fuld gang med at undersøge indhold og oplevelse af videokonsultationer i almen praksis. //





Vidensbanken er i luften

DSAM præsenterer Vidensbanken, som er et af de redskaber, praktiserende læger kan benytte til arbejdet med kvalitetsudvikling. Den skal fungere som opslagsværk, inspiration og viden til alle praktiserende læger.

En bank fuld af viden. Det er essensen af DSAM's Vidensbank, som skal fungere som opslagsværk for læger, personale og andre med interesse for kvalitetsudvikling i almen praksis. Vidensbanken giver mulighed for at hente inspiration til især praksisnære udviklingsprojekter og søge viden om særlige emner. Endelig er der mulighed for at bidrage med egne projekter. Alle, som har arbejdet med en lokal indsats og beskrevet den, kan være med.

Giver god mening

FYAM-medlem Ida Vester Feilberg har stået i spidsen for Kvalitetsudvalgets

græsrodsspor, som har udviklet Vidensbanken. Hun sender en opfordring til sine lægekolleger.

"Vores nye vidensbank giver så god mening. Vi har manglet et sted at samle de praksisnære projekter og klyngeprojekterne – så de ikke ryger i glemsel og papirkurv. Hjælp os med at gøre databasen levende. Tjek den ud. Indsend et projekt. Vi har lagt mange kræfter i at gøre den brugervenlig og vedkommende. Vi håber, de praktiserende læger vil bruge den i hverdagen med kvalitetsudvikling," siger hun.

Dele ideer og projekter

Det primære formål med Vidensbanken er, at praktiserende læger og yng-

re læger, som er på vej ind i faget, kan dele ideer og projekter om kvalitetsudvikling og samtidig skabe grobund for yderligere erfaringsudveksling, sparring og inspiration, som kommer læger, personale og patienter til gavn. //

Se mere på:

www.vidensbanken.dsam.dk

VIND GOD CHAMPAGNE

Er du til skønne bobler, så læs med her. Blandt de første, som via hjemmesiden indsender et projekt, trækkes der lod om et par gode flasker champagne. Så hvis du har et projekt, der kan bidrage til kvalitetsudvikling i almen praksis, og som du gerne vil dele med dine kolleger, kan du udfylde projektskabelonen på Vidensbankens hjemmeside, hvor du også kan læse mere om DSAM's Vidensbank.





Patienten har trådt på en fjæsing!

Skal jeg ringe 112 eller snuppe en kop kaffe?

Ro på. Jeg slår op i Akuthåndbogen: "Ses an - foden sættes i så varmt vand som muligt (optimalt 40-45 grader) i en halv til en hel time. Informer om sekundær infektionsrisiko". Patienten informeres i telefonen, og jeg snupper mig en kop kaffe.

En opdateret version af DSAM's Akuthåndbog er netop udkommet. Håndbogen er til læger og giver et hurtigt overblik over akutte symptomer og hjælp til relevant visitation og akut behandling. Den er elektronisk og kan findes på DSAM's hjemmeside under fanen "Vejledninger".

Formålet med Akuthåndbogen er, at læger hurtigt bliver ledt til at beslutte, om der skal ringes 112, om patienten skal indlægges, eller om det er noget, man kan klare i praksis, og i så fald om det er noget, som skal ses nu eller kan udskydes til senere. Således er Akuthåndbogen et middel til at prioritere patienterne i almen praksis og samtidig et middel til at integrere patienter fra almen praksis i det øvrige sundhedsvæsen. Visitation i akutarbejdet definerer snitfladerne mellem primær- og sekundærsek-

toren. Der er således en hel del fagpolitik i, hvilke opgaver der kan og skal løses i almen praksis, og hvilke der skal varetages i hospitalsregi.

Baseret på symptomer

Akuthåndbogen er fortsat baseret på symptomer – ikke endelige diagnoser. Den første version var inspireret af den skånske triagehåndbog, som også havde det princip at visitere efter symptomer. Dette passer godt til virkeligheden i almen praksis, hvor det ofte er usikkert, hvilke diagnoser patienterne ender med – om nogen.

Opdelt efter organsystem

Akuthåndbogen er opdelt i 11 kapitler efter organsystem, med underafsnit for de fleste akutte problemstillinger. Hvert opslag består af en tabel med fire søjler. Første søjle er telefonvisitation, som er baseret på patient-

ens anamnese. Anden søjle er visitation i klinikken efter objektiv undersøgelse og evt. parakliniske undersøgelser. Tredje søjle er 'Bemærk' med f.eks. sjældne tilstande, differentialdiagnoser og nyttige oplysninger. Fjerde søjle er 'Akut udredning og behandling'. I de øverste faner kan man desuden finde skemaer for akut behandling af anafylaktisk chok, hjertestop, meningitis og brandsår, samt skema for stivkrampevaccination og ABCD. Og som noget nyt er der en anbefaling til indhold i lægetasken.

Lokale forskelle

Arbejdsgruppen har lagt vægt på, at vejledningen kan bruges i overensstemmelse med, hvad der realistisk kan forventes med hensyn til kompetencer og tilgængeligt udstyr. På grund af regionale og lokale forskelle – responstider på ambulancer, tilgang til

præhospital service og afstand til nærmeste skadestue – er der forskelle i klinikkernes kompetencer og faciliteter. Derfor kan man mange steder f.eks. ikke forvente avanceret behandling af hjertestop. Så fremt man mestrer disse kompetencer og har det rette udstyr til rådighed, vil de selvfølgelig komme i anvendelse ved behov.

Telefonvisitation.dk

Telefonvisitation.dk er et parallelt visitationsredskab til lægesekretærer og sygeplejersker. Principperne i visitationen er synkroniseret med Akuthåndbogen. Telefonvisitation.dk er også blevet opdateret i forbindelse med den aktuelle opdatering af Akuthåndbogen.

Meget lidt evidens

Forbløffende få videnskabelige studier har undersøgt visitationens betydning for patienternes forløb og videre skæbne. Kun for ganske få hyperakutte tilstande, som f.eks. AKS,

meningitis og stroke, er der regulær evidens for, at hurtig og korrekt visitation kan mindske patientens komplikationer. Visitationen er derfor i de fleste tilfælde baseret på en mere generel viden om forskellige sygdommes prognoser med og uden tidlig behandling, og den støtter sig op ad anbefalinger fra de specialespecifikke videnskabelige selskaber, hvor det er muligt og relevant.

Siden 2010 er lægehåndbogen.dk blevet standard. Derfor er den nye version af Akuthåndbogen uden links. Selve triageringen kan man dog ikke finde i lægehåndbogen.dk, og derfor er Akuthåndbogen fortsat relevant.

Løbende opdatering

Både Akuthåndbogen og Telefonvisi-

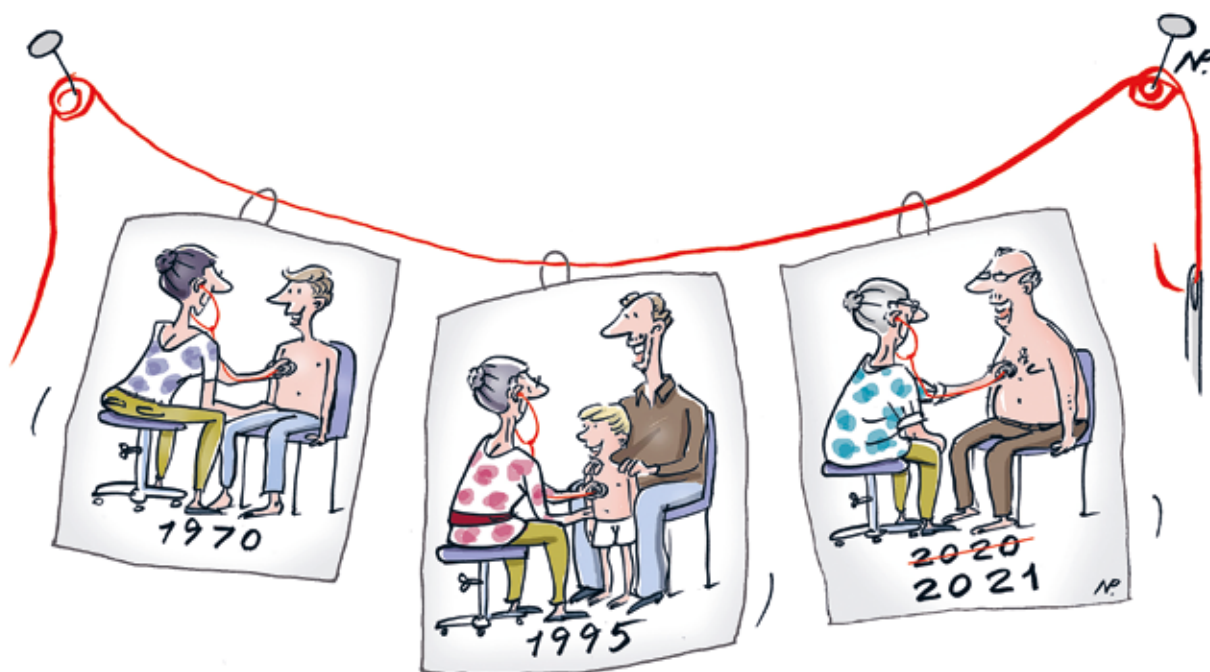
tation.dk findes kun som elektroniske udgaver og bliver løbende opdateret. Send ris, ros og forslag til forbedringer til dsam@dsam.dk.

Stroke eller kaffe?

Nu ringer en patient med ansigtslammelse, som har været siden i morges. Det er fem timer siden. Hvad er nu anbefalingen for visitation af facialisparese – eller er det stroke? Du slår op i akuthåndbogen... //

112	AKUT	KONSULTATION NU	KONSULTATION 24T	ALMINDELIG KONSULTATION	SES AN
Pt. indlægges med ambulance, kørsel 1 eller A. Lægeledsagelse ved behov.	Pt. indlægges umiddelbart. Transport efter regionale retningslinjer.	Pt. vurderes af læge snarest muligt ved konsultation i dag- eller vagttid.	Pt. vurderes af læge inden for 24 timer.	Pt. vurderes ved alm. konsultation, når tid haves.	Tilstanden ses an hjemme med sikkerhedsnet.

I den nye version af Akuthåndbogen har vi tilføjet en ekstra visitationskategori (almindelig konsultation), så der nu er seks kategorier. Det anbefales fortsat at opgradere visitationskategorien ved dårlig kommunikation med patienten i telefonen (sprog- eller formuleringsproblemer) og ved gentagne henvendelser.



DSAM's årsmøde

1. oktober 2021 på Comwell Kolding

Relation og kontinuitet – i fortid, nutid og fremtid?

COVID-19 satte en stopper for årsmødet i 2020. I år håber vi at kunne tage revanche med stort set samme program, som vi havde planlagt sidste år. Vi følger myndighedernes restriktioner og tilpasser os deres anbefalinger, og måske kommer vi så ikke til at danse i år, men en fest skal vi nok få ud af det. Se programmet på de følgende sider, og tilmeld dig på DSAM's hjemmeside. Så kan du hele sommeren glæde 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.

Coronakrisen og de nye arbejdsforhold med videokonsultationer har om noget understreget værdien af en god læge-patient-relation, og at DSAM ramte plet med kampagnebudskab "Det gør en forskel, at vi kender hinanden". Men der er mere i det end det. Vi udfordrer udsagnet og spørger, hvilken forskel det gør, at vi kender hinanden; at relation og kontinuitet kendetegner almen praksis. Og hvordan vil det se ud i fremtiden? Hvordan forholder vi os til de kendte gevinster ved, at læge og patient lærer hinanden at kende over tid, og at patienten ikke har mange skiftende behandlere? Og kan der være risici forbundet med at blive set af den samme læge hver gang?

Desuden har corona fyldt så meget i det sidste år, at vi må kaste et blik på, hvad vi har lært af krisen. Det kan vores keynotespeaker Margaret McCartney tale med om, ligesom hun vil tale om kontinuitet med fokus på fremtidens udfordringer for almen praksis. Margaret McCartney er praktiserende læge i Glasgow og har en brændende interesse for evidensbaseret medicin. Hun er forfatter til flere bøger og broadcaster til radio.

Og da vi også skal fejre vores 50-års jubilæum, får vi besøg af Niels Bentzen, speciallæge i almen medicin, professor emeritus ved Syddansk Universitet. Med fokus på kontinuitet kaster han et blik tilbage på de forgangne 50 år og giver os måske et par tips til de kommende 50 år.

Ud over de fælles sessioner i plenum vil der være to runder med parallelle sessioner, som berører mange forskellige emner. Se omtale af dem på de følgende sider.

Også aftenens program lægger op til fest med lækker mad, festlig underholdning og god musik. Det kan du læse mere om på dsam.dk/aarsmoede, hvor du også finder mere information om programmet, tilmelding, refusionsmuligheder m.v.

Og skulle det komme dertil, at vi igen må aflyse årsmødet, vil du få dine penge tilbage.

Tilmeld dig i god tid, da:

- Antal pladser kan blive væsentligt reduceret på både årsmødet og de enkelte sessioner.
- Pladser uddeles efter først-til-mølle.
- Prisen er lavere ved tilmelding før 1. juli.

PROGRAM

ÅRSMØDET 2021

Kl. 08:30	Registrering, morgenbrød og kaffe
Kl. 09:30	Velkomst v/konferencier, formand for DSAM og formand for FYAM-udvalget
Kl. 09:40	50-års jubilæum – de forgangne 50 år og de kommende 50 år v/Niels Bentzen
Kl. 09:55	Continuity v/Margaret McCartney
Kl. 10:25	Debatoplæg ved Sybille Bojlen og Anders Beich: Gør det en forskel, at vi kender hinanden? Efterfulgt af spørgsmål fra salen
Kl. 11:00	Pause og posterwalk
Kl. 11:45	Parallelle sessioner
Kl. 13:00	Frokost
Kl. 14:00	Ph.d.-cup
Kl. 14:30	Kort pause
Kl. 14:45	Parallelle sessioner
Kl. 16:00	Pause
Kl. 16:30	Afslutning i plenum
Kl. 17:00	FYAM-timen for uddannelseslæger
Kl. 17:00	DSAM-hygge for øvrige deltagere
Kl. 18:00	Slut på det faglige program
Kl. 19:00	Middag og fest med underholdning og livemusik
Kl. 02:00	Festen slutter

PARALLELE SESSIONER

Overblikskonsultation som redskab til prioritering

En stor del af konsultationerne i almen praksis omhandler kroniske sygdomme eller tilstande samt opfølgning på patienter med cancer. Tallet stiger pga. øget levealder og flere, der overlever kræft. Kernen i en årsstatus er målsætningsarbejdet for både behandling og livsstil. Vi skal debattere anvendeligheden af en årlig overblikskonsultation, hvor vi sammen med patienten kan prioritere indsatsen.

Opfølgning på keynotespeech med Margaret McCartney

Vi følger op på debatten ved plenum-sessionen, men vil også inkludere andre temaer – herunder ”almen praksis i en COVID-19-æra”. Vi vil introducere Margaret McCartneys øvrige interesseområder og tage udgangspunkt i den nye virkelighed med coronapandemi.

Professionsetik: Hvor skal vi hen, og hvorfor skal vi det?

Vi ved alle, hvad den praktiserende læges profession er, og hvordan vi arbejder. Vi har en central rolle i samfundet og arbejder under et politisk mandat. Men er vi skarpe nok på at forstå os selv og forklare den forståelse for vores omverden? Ofte føler vi os ikke forstået. Hvad er vores forhold til patienterne, samfundet, hinanden? Hvor meget kan vi enes om i vores kollegiale fællesskab? Hvor går grænsen? En afklaring kan måske føre til bedre aftaler med samfundet og færre træthedsbrud hos os selv. Kom og vær med til at diskutere et oplæg til en formuleret professionsetik for faget.

Medicinstuderende i almen praksis, hvad kan vi forvente af hinanden?

De medicinstuderende har få dages klinikophold i almen praksis, og såvel studerende som tutorlæger ønsker, at de får et godt udbytte af opholdet og indsig i almen praksis. I 2020 blev der af-

holdt en workshop om det gode klinikophold i almen praksis. Med udgangspunkt i denne vil vi søge at gøre de gensidige forventninger tydeligere og høre jeres bud på, hvordan vi så sammen gør klinikopholdene endnu bedre!

Det gør en forskel, at vi kender hinanden – over hele linjen

Hvad kommer der ud af kendskab til hinanden i klyngerne og i de lokale samarbejdsfora i det tværsektorielle sundhedsvæsen? Hør resultaterne fra forskningen i klyngerne. Der tages afsæt i de første studier. Få inspiration og eksempler fra klyngeland om samarbejde internt i klyngen og med de lokale samarbejdspartnere.

Forskningstræning – præsentation af praksisnære projekter

Har du tænkt over, hvordan man formulerer sit eget forskningsprojekt? Er du nysgerrig efter at vide, hvad uddannelseslægerne laver, når de er afsted til forskningstræning? Alle læger i hoveduddannelse til almen medicin gennemfører et kursus i forskningstræning. Her formulerer de et praksisrelevant forskningsspørgsmål, der efterfølgende undersøges videnskabeligt. Vi præsenterer tre udvalgte forskningstræningsprojekter, der er gennemført i løbet af forsknings-træningskurset.

Defensiv medicin – en skyggeside af lægearbejdet

Defensiv medicin er et produkt af flere strømninger i det moderne sundhedsvæsen. Sessionen vil belyse årsager til defensiv medicin og sammenhængen med uvished i det kliniske arbejde. Betydningen for læge-patientforholdet og patientsikkerheden vil blive diskuteret.

Rettidig diagnostik – en almen-medicinsk udfordring

I almen praksis møder vi patienter fra en uselekteret population, hvor præ-

valensen af alvorlig sygdom er meget lav. Patienter henvender sig med symptomer og bekymringer, der er almenne og kan have diffus karakter, og de skal håndteres efter DSAM's 2. pejlemærke: ”Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske”. Det vil sige, at vi hverken skal skræmme unødigt eller iværksætte undersøgelser, der ikke giver værdi for patienten. Hvordan får vi den kliniske hverdag til at passe ind i kravet om tidlig sygdomsopsporing via diagnostiske pakker?

FAQta-ark om UVI og PTSD

DSAM har en lang tradition for at udgive vejledninger og de noget nyere FAQta-ark. Denne session vil præsentere FAQta-ark om PTSD og UVI. Vi vil få præsenteret de vigtigste budskaber i forhold til håndtering af disse tilstande i vores kliniske praksis. Der vil blive rig mulighed for at stille spørgsmål til arbejdsgrupperne.

Søvnssygdomme - hvad stiller vi op i almen praksis?

Vi gennemgår de vigtigste søvnssygdomme, som er gode at kende for praktiserende læger. Vi vil tage en mere teoretisk gennemgang af søvn, som skal hjælpe med at forstå, hvorfor vi bruger en tredjedel af vores liv i denne farlige tilstand. Hvem skal henvises? Og hvem skal der tages hånd om andre steder? Vi skal diagnosticere Tornerose og diskutere, om en musling drømmer. Vi skal også forudse, hvem der udvikler Parkinsons sygdom om 10 år.

Gå glad på arbejde – og hjem igen!

Arbejdsglæden blandt praktiserende læger har i de seneste to trivselsundersøgelser været under pres, og op imod 38 pct. udviste tegn på udbrændthed. Det er skræmmende tal, men måske behøver det ikke gå så galt. Vi vil præsentere, hvordan det er gået med arbejdsglæden siden den første undersøgelse og diskutere nye måder, vi

kan organisere os på – med fokus på arbejdsglæde og et godt arbejdsliv.

Stress, angst og depression i coronaens skygge

Corona har haft en lang række negative følgevirkninger, såvel fysiske som mentale. Konsekvenserne viser sig hos både patienter og personale i almen praksis. De mentale følgevirkninger kommer til udtryk i stress, angst og depression. I denne session vil vi give et bud på, hvordan vi rationelt forebygger, diagnosticerer og behandler disse tilstande.

Dyspepsivejledning og Akut-håndbogen

DSAM har en lang tradition for at udgive vejledninger. Her vil vi præsentere to opdateringer. Der vil blive rig mulighed for at stille spørgsmål til arbejdsgrupperne.

Dyspepsi: Særligt på medicinområdet er der ny viden om bivirkninger og risiko for over- og underforbrug. Du bliver opdateret på udrednings- og håndteringsstrategier, når patienterne

henvender sig med dyspepsi og refluks symptomer.

Akuthåndbogen og telefonvisitationsguiden: Uanset om man er grøn i faget eller grå i toppen, kan alle have gavn af en ultra-kortfattet fremstilling af en visitationsstandard som inspiration til at træffe en hurtig, god beslutning. Hør, hvad der nyt i de to visitationsværktøjer.

Seksuel trivsel i coronaens skygge

Her får du viden om og inspiration til at turde tale om seksualitet og sexliv med dine patienter. I skyggen af coronavirus, hvor kropskontakt er blevet et tabu, er det blevet endnu vigtigere at styrke intimiteten og seksualiteten i nære relationer. Vi fortæller, hvordan kroniske og alvorlige sygdomme samt bivirkninger og behandlinger kan påvirke seksualitet og sexliv, og hvilke konsekvenser det kan få for den psykiske trivsel og for parforholdet. Du får viden om medicinsk behandling og seksuelle hjælpemidler.

Priser for deltagelse i årsmødet

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

* Særlige SAMS-jubilæumspriser: De første 25 medlemmer af SAMS, der tilmelder sig årsmødet, kommer med til den favorable pris af 100 kr. for årsmødet og 250 kr. for festmiddagen. Herefter er det priserne i skemaet, der gælder.

Overnatning inkl. morgenmad: Enkeltværelse 900 kr., dobbeltværelse 1200 kr.

Drikkevarer under middagen er inkluderet i prisen. Efter middagen vil der være mulighed for at købe drikkevarer for egen regning.

Refusion fra Fonden for Almen Praksis: Årsmødet er godkendt til refusion fra Fonden for Almen Praksis for praktiserende læger og uddannelseslæger i fase 2 og 3. Se mere på PLO's hjemmeside (<https://www.laeger.dk/PLO/refusion>).

DSAM's repræsentantskabsmøde

Der indkaldes til ordinært repræsentantskabsmøde lørdag den 2. oktober 2021 kl. 09.30-12.30 på Comwell Kolding, Skovbrynet 1, Kolding.

Dagsordenen kan du finde på DSAM's hjemmeside. Fra primo september vil også regnskaber, beretninger og øvrige bilag være tilgængelige på hjemmesiden. Hvis du har en sag, der skal behandles af repræsentantskabet, skal du sende den til DSAM's formand på dsam@dsam.dk senest to uger inden repræsentantskabsmødet, dvs. senest den 19. september.

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

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

FYAM-timen

FYAM-timen holdes fredag den 1. oktober 2021 kl. 17.00-18.00 på Comwell Kolding. Her får du bl.a. en beretning fra FYAM-udvalget og en præsentation af arbejdet i de udvalg, hvor FYAM er repræsenteret. FYAM afholder inden årsmødet et elektronisk valg til de ledige poster.

Det kan du læse mere om i næste nummer af Practicus.

SAMS' årsmøde

Traditionen tro afholder SAMS årsmøde i forlængelse af DSAM's årsmøde, lørdag den 2. oktober 2021 kl. 10.00-17.00 på Comwell Kolding. Programmet vil stå på både faglige oplæg og inspiration til livet som ny læge. I løbet af dagen er der gode muligheder for at netværke med SAMS-medlemmer fra andre byer samt dele erfaringer og tanker om studielivet og det kommende lægeliv.

Der er 10 pladser til hhv. Odense, Aarhus, København og Aalborg. Mere herom i næste Practicus og via nyhedsbrev. //

PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i oktober 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 > 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 oktober:

Onsdag den 22. september 2021.

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

Hvem skal have årets Talentpris?

Sidste års modtager af DSAM's ærefulde Talentpris blev Kasper Lorenz Johansen. Han fik prisen for sit utrættelige arbejde som yngre almenmediciner i FYAM og senere for sin indsats i DSAM, hvor han bl.a. var idémanden og en af drivkræfterne bag den nationale DSAM-kampagne om kontinuitet i sundhedsvæsenet: Det gør en forskel, at vi kender hinanden.

Du kan nu være med til at beslutte, hvem der skal have den ærefulde pris i år. Har du en god kandidat i tankerne, så send dit forslag (navn på kandidaten og

hvorfor) senest den 2. august 2021 til dsam@dsam.dk.

Om prisen

Talentprisen gives til en person, der ved en ekstraordinær indsats har medvirket til at profilere selskabet og/eller standen. Det kan også være en, som har ydet noget ud over det sædvanlige virke som praktiserende læge til gavn for patienterne og faget almen medicin. Talentprisen uddeles på DSAM's årsmøde, der finder sted den 1. oktober 2021. Med prisen følger æren og en check på 10.000 kr. //



Kasper Lorenz Johansen modtog DSAM's Talentpris i 2020. Prisen blev motiveret og overrakt af DSAM's formand, Anders Reich.



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.

Formanden 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, når vi modtager det. Hvis vi modtager det inden den 1. juni, bringes det også i juliudgaven af Practicus.



Grøn Praksis

– fra tanke til handling

Grøn Praksis vil inspirere de praktiserende læger til grøn omstilling. Hensigten er at vise, at omstillingen kan tilpasses den enkelte praksis på mange forskellige måder. Denne første artikel i serien 'Grøn Praksis – fra tanke til handling' bringer et samlet interview med to lægehuse, der har grebet grøn omstilling meget forskelligt an.

En sololæge og et kompagniskab

Agnes Madaras ejer Lægehuset Wagnersvej, som er en lille praksis i København SV. Hun beskriver sig selv som "læge med hele hjertet" og har stort fokus på sundhedsfremme og forebyggelse i sit arbejde, som hendes Master i International Public Health danner grundlag for. Flere udsendelser til marginaliserede dele af verden har åbnet hendes øjne for den tætte sammenhæng mel-

lem klimaforandringerne og helbredet, f.eks. luftforurening og luftvejsinfektioner eller dårlig ernæringstilstand som følge af sparsom høst pga. tørke eller voldsom regn. For Agnes er det lige så naturligt at se på det omgivende miljø som et middel til velvære og sundhed, som det er at være om miljøet og naturen – ikke kun privat, men også på arbejdspladsen.

Karin Pryds er medejer af Skødstrup Lægepraksis, som ligger i Aarhus Kommune. For to år siden besluttede lægerne sig for at begynde på en grøn omstilling af deres praksis som en naturlig forlængelse af de tiltag, som de allerede havde gjort derhjemme. Ideen opstod, da de blev opmærksomme på, at der ikke var tvunget affaldssortering for erhvervsvirksomheder som for private husholdninger. Derfor begyndte de at se på, hvilke arbejdsgange og indkøb de kunne ændre for at omstille til en mere bæredygtig

drift. De nedsatte en styregruppe, der skulle indsamle ideer fra personalet og arbejde videre med at afdække muligheder og derefter implementere den grønne omstilling.

To forskellige tilgange

I Agnes' klinik er vægge og døre malet med økologisk maling. Grønne planter pryder rummene, og en stor plakat i venteværelset inviterer til at spise mere økologisk og plantebaseret og med lokale råvarer. Til daglig motiverer hun patienter til at bruge naturen til at fremme sundheden og livskvaliteten, f.eks. ved at gå ture eller cykle regelmæssigt. Hun holder også et skarpt øje med patientens medicinforbrug, som hun prøver at minimere.

Hos Karin spurgte de den lokale medicinalgrossist, om de ville samarbejde om indkøb af bæredygtige produkter. Der var overraskende god respons og stor interesse for samarbejde. De var imødekommende og hjalp hurtigt med at finde relevante bæredygtige produkter. Klinikken har også



Agnes Madaras (privatfoto).



Karin Pryds (privatfoto).



Lægepraksis har arbejdet med grøn omstilling i to år (privatfoto).

inddraget deres patientråd, og de har kun modtaget positive tilbagemeldinger på initiativet.

To forskellige udfordringer

Som sololæge har man den fordel, at vejen fra idé til implementering er meget kort. Alligevel har det ikke været nemt for Agnes at indrette sin klinik, så den lever op til hendes værdier. Det kan være en jungle at finde dokumentation og idéer til grøn omstilling. Hendes inspiration er delvist videnskabeligt underbygget og tilsat en god portion "common sense". Men hun kunne godt tænke sig endnu mere inspiration til at fortsætte den grønne omstilling i praksis og efterspørger et interessefællesskab, hvor man kan udveksle erfaringer og inspirere hinanden. "Vores indvirkning er større, hvis vi som læger alle medvirker i indsatsen for at reducere vores klimaafttryk", forklarer Agnes Madaras.

Karin og hendes praksis er heller ikke færdige med den grønne omstilling. De arbejder videre for at optimere og tilpasse produkterne. Det kræver energi og opmærksomhed at ændre sine vaner, og det har heller ikke været omkostningsfrit at være klimabevidst. De alternative materialer og produkter kan endnu ikke udbydes til en pris på niveau med de konventionelle. Men Karin mener, at det er det hele værd. Hun og hendes praksis vil være med til at sende et signal om, at grøn omstilling er muligt og giver mening. "Start med de lavthængende frugter og tag fat i leverandørerne og sæt krav", siger Karin og fortsætter: "Der findes oftest et bæredygtigt alternativ, og jo flere lægehuse vi er – og dermed større efterspørgsel – desto mere kan vi presse leverandøren på pris og udvalg". //

INSPIRATION TIL GRØNNE TILTAG

Affald & genbrug:

- Overvej, om det er nødvendigt at bruge papir
- Sorter affald (papir, pap, plastik, metal)
- Køb genbrugspapir, hvor det er muligt og hygiejnisk forsvarligt
- Reducer brugen af plastikposer.

Vand & energi:

- Udskift almindelige elpærer til LED
- Tag cyklen på arbejde og på sygebesøg
- Spar på brugen af el, vand, varme.

Indkøb & rengøring:

- Brug miljøcertificerede rengøringsprodukter
- Vælg lejepapir baseret på brugte mælkekartoner
- Køb engangshandsker, som er produceret i Europa
- Udskift engangsbeholderen til englehud med en stationær "tapeholder" (leveres uden plastikbeholder ved bestilling fra positivlisten)
- Udskift plastikkrus med papkrus af genbrugsmateriale
- Udskift flest muligt engangs- til flergangsinstrumenter
- Udskift skumklude med engangsklude af plantemateriale
- Vælg komposterbare affaldsposer
- Hav faste sæbe- og spritdispensere, så der kun skal købes refiller
- Mal væggene med økologisk maling.

Klinik & patienter:

- Forhold dig kritisk til leverandører og medicinalfirmaer
- Støt Naturfonden med årligt bidrag
- Vælg "grøn" strøm (f.eks. solceller)
- Køb alternative børnegaver, der ikke er lavet af plastik
- Hav plakater i venteværelset med inspiration til at spise grønt, økologisk og lokalt
- Motiverer patienter til sund og klimavenlig livsstil.



Butik og etik i almen praksis

Refleksioner fra en introlæge

Som introlæge i almen praksis skal jeg forholde mig til mange nye opgaver. Jeg får prøvet mig selv som læge med tilgang på supervision af tutorlæger. I tillæg til at optage anamnese, diagnosticere og behandle patienter skal de administrative opgaver også løses. At forholde sig til honorartabellen kan være udfordrende, og i enkelte tilfælde kan det sætte etikken på prøve.

Første møde med almen praksis

Ved mit første møde med almen praksis blev jeg overrasket over, hvor meget administration og økonomi fylder, ikke mindst registrering af ydelser og honorarer. Som ny læge i almen praksis kan honorarsystemet virke som lidt af en jungle, for ikke at tale om de særlige coronatillæg og de lokale aftaler. Endvidere kan jeg som uddan-

nelseslæge bevidne flere forskellige måder at tolke honorarsystemet på. Hvornår er for eksempel et sår "større"? Og hvordan skal "andre betydelige operationer" forstås og give mening i almen praksis?

Vejledning fra etisk intakte tutorlæger

For nylig har der været meget mediefokus på et lægehus, der blandt andet er beskyldt for at registrere fiktive honorarer. Der er utvivlsomt flere sider og nuancer i denne sag, og det vækker interesse, i hvert fald hos mig. På den ene side bliver jeg træt af mediernes enorme appetit på lægers fejltrin, som medfører en følelse af kollektiv straf af alle praktiserende læger. På den anden side kan jeg ikke lade være med at undre mig over, hvordan en praktiserende læge havner på den forkerte side af, hvad der er etisk acceptabelt.

Ligeledes kan jeg blive i tvivl om, hvorvidt det også kunne ske for mig. Honorartabellen opleves kaotisk og uoverskuelig, og jeg er ofte i situationer, hvor jeg er i tvivl om, hvilket honorar jeg skal registrere. Heldigvis er

jeg i den fornemme situation, at jeg kan få vejledning fra mine højest kompetente og etisk intakte tutorlæger. Dog har jeg i andre sammenhænge erfaret registrering af takster på tvivlsomme grundlag, men jeg har aldrig opfattet det som systematisk svindel. Hvis det kommer frem, at der er foregået bevidst svindel i det lægehus, der nu står overfor en granskning af regionen, er det trist og får naturligvis konsekvenser, ikke bare for det pågældende lægehus, men for alle. Jeg kan ikke lade være med at tænke på, hvordan vi i vores fællesskab skal tackle sådanne situationer.

Den seneste tids fokus på professionsetik i almen praksis kan meget vel være et symptom på, at praktiserende lægers etiske kompasnål har brug for en justering. Men det kan lige såvel være et behov for at tydeliggøre over for os selv, politikere, journalister og resten af samfundet, at praktiserende lægers etiske kompasnål intet fejler, og at eventuelle uredeligheder ikke accepteres af gruppen.

Honorartabellens begrænsninger

Som uddannelseslæge oplever jeg det



Almen praksis er en butik, der ikke skal drives af profit, men tilgodesee patientens tarv og honoreres derefter. Kilde: Shutterstock.

på mange måder som en form for påmindelse om, hvordan butikken og etikken skal følges ad i praksis. Det skal forstås på den måde, at når uddannelseslægen er i tvivl om takster og henvender sig til tutorlægen, eller når tutorlægen husker uddannelseslægen på diverse takster, medfører dette refleksion ved tutorlægens egen praksis for brug af taksterne. Der er nok enkelte praktiserende læger, der fravælger at have uddannelseslæger af forskellige grunde, men faren her er, at man snyder sig selv for, hvad der kan være et vigtigt rum for refleksion over egen praksis. Til gengæld kan det i enkelte situationer føles, som om tutorlægen har behov for at undskylde eller retfærdiggøre de ydelser, der registreres, og det forekommer mig overflødigt.

Det er oplagt, at alt, hvad vi foretager os i praksis, skal honoreres. Vi har rigeligt med opgaver, der ikke omfattes af honorarsystemet. For eksempel fik jeg forleden dag en ny patient, der henvendte sig med angst. Konsultationen tog omkring 30 minutter. Vi fik klaret det akutte, men patienten havde mange sociale og psykiske udfor-

dringer, hvilket den tidligere journal også bar præg af. Den efterfølgende henvisning krævede naturligvis en grundig gennemlæsning af journalen og sammenfatning af den aktuelle problemstilling. Det tog godt og vel 45 minutter! Jeg havde lavet et stort stykke arbejde, hvorpå det slog mig, at systemet slet ikke er gearret til de komplekse opgaver, der ikke handler om patofysiologi, men hvor sociale, psykologiske og eksistentielle aspekter fylder meget – men slet ikke honoreres.

En fin balance mellem butik og etik

Ligeså overrasket jeg var over den administrative byrde ved mit første møde med almen praksis, ligeså imponeret er jeg over, hvordan praktiserende læger dagligt balancerer deres opmærksomhed mellem butik og etik med patienten i fokus. I den praksis, hvor jeg er introlæge, opererer de med "tid samme dag", altså at kun få tider er sat af til elektive konsultationer. På den måde får de patienter, der ringer mellem kl. 8-9, næsten altid problemet løst samme dag. Det åbner for en fleksibilitet, som tilgodeser de patienter,

der har brug for hjælp nu og her, og det inkluderer muligheden for at tage på sygebesøg til ældre og ekstra sårbare patienter. Det giver i mine øjne god etisk mening. En næsten tom kalender ved starten af dagen, kan nok for mange praktiserende læger give lidt ondt i maven, da man kan risikere at tabe penge på en rolig dag. Jeg synes, det er ret og rimeligt, at udført arbejde honoreres. Herunder vurdering og behandling af komplekse og sårbare patienter, som på nuværende tidspunkt desværre ikke bliver genspejlet i honorarsystemet.

Almen medicin er uden tvivl spejlet for mig. Som introlæge ude på landet har jeg fundet rigtig arbejdsglæde. Jeg møder stort engagement blandt mine kollegaer hver dag. Det gør mig både optimistisk og håbeful, når jeg tænker på en fremtid som praktiserende læge. På sigt er jeg sikker på, at honorarsystemet, også for mig, bliver lettere at anvende, men jeg kunne ønske mig en mere simpel og gennemsigtig honorering – og en sikring af, at det komplekse arbejde, der kræver tid og engagement, også honoreres. //



Professionsetik

– giver det mening?

Debatten om professionsetik præges af en del filosofien, og det har været godt at læse de "voksnes" syn på det. Som yngre læge er jeg blevet bedt om at tænke højt om professionsetik.

Hvilket formål har en professionsetik?

Er etik ikke "medfødt" i vores profession – en intuition? Og kan vi skrive os ud af det? Skal vi kalde det professionsetik? Eller er det bedre med et professionsprincip eller -ideal? Ordet 'etik' er definitorisk 'en filosofisk grundregel for ønskelig menneskelig adfærd'. Har vi brug for en særlig professionsbeskrivelse af det? Spørgsmålene er mange.

Hvorfor er det attraktivt at blive alment praktiserende?

En af de gode ting ved livet som alment praktiserende læge er den brede vifte af arbejdsområder. Dagens 'emne' er ikke prædefineret – hele kompendiet bliver repeteret. Der er heller ikke kun én måde at løse tingene på, men ofte er der flere muligheder. Noget andet er det uforudsigelige. Selv når man kender problemstillingen, kan man blive overrasket over den drejning, en konsultation kan tage. Her spiller patientkontakten og håndteringen en stor og vigtig rolle. En anden god ting ved almen praksis er den selvbestemmelse, der følger med over tid og prioriteter.

Hvad skal vi kunne?

Vi skal være der for mennesket, den enkelte patient og samfundet. Vi har ansvaret for de svage, men i min optik har vi et lige så stort ansvar for de stærke. Vi skal se alle mennesker lige, uanset ressourcer.

Vi skal kunne inkludere patienten i beslutningsprocesser, så behandlingen kan blive balanceret med livsomstændigheder og personlighed og ikke dikteret. Vi skal lægge op til en fælles beslutning. Tilliden og 'samarbejdet' er så utrolig vigtigt. Vi skal kunne lytte, have tid og fokus på kvalitet. Vi skal kunne samtale, kommunikere, have kontinuitet, tillid og danne et sikkerhedsnet for patienten. Vi skal være den person, de kan komme til, som møder dem i øjenhøjde, når livet slår knuder. De skal føle sig mødt, set, anerkendt, forstået og taget alvorlig – verbalt, såvel som non-verbalt. Fagligt skal vi kunne se hvert symptom fra forskellige sider, samtidig med at vi opbygger og skaber den altafgørende relation, som giver os bedre mulighed for at hjælpe patienten. Det er især vigtigt i situationer med komplekse problemstillinger. Præcis som Hartling og Saxtrup skriver i decemberudgaven, så skal der være en vis taktfuldhed og musikalitet i mødet med mennesket.

Hvad skal vi passe på?

Mange læger er udbændte og føler sig pressede. Der er ofte kun tid til at tale med personalet om faglige ting, men det er enormt vigtigt, at vi også kommer ind til kernen – lærer vores kolleger at kende. Det er det, der har betydning for fællesskab og arbejdsmiljø og som i sidste ende kommer vores patienter til gode, både i mødet med dem, men også i interne læringssammenhænge. Vi skal ikke arbejdsmæssigt være i en situation, hvor vi laver 'samlebåndsarbejde', og hvor patienten bare er "endnu et tilfælde". Men i en travl hverdag kan det være svært at undgå, og man må jo aldrig lade sig mærke med tidspresen. Jeg tror ikke, vi kan være gode og nærværende læger, hvis vi har en produktionstankegang eller er pressede. Jeg tror på, at engagement og omsorg for patienten er en forudsætning for god behandling – og det samme gør sig gæl-



dende for pårørende. Det bliver hurtigt rutine at fortælle om en operation, men for det enkelte menneske kan det være overvældende og indgribende i deres dagligdag.

Hvad er så det særlige, vi kan?

I min optik har vi det grundlæggende menneskesyn. Vi ser hele mennesket – både i forhold til fysisk sygdom, mental sundhed i form af bekymringer, kriser, udfordringer på jobbet og familieliv – fra den spæde start ved femugers undersøgelsen til dødslejet langt senere. Vi er patientens første go-to-person. Det er os, der holder alle trådene i patientens interne såvel som eksterne forløb. Vi er som praktiserende læger gode til at 'invitere patienten indenfor' i en form for rum til og for patienten, hvor der ikke er grænser – et eksistentielt rum, hvor patienten bliver set og hørt, præcis som han/hun er.

Grundlaget for vores faglige beslutninger er 'dømmekraften'. Et fagligt livs teoretiske, kliniske og praktiske viden – erfaringer. Dømmekraften er det, jeg vil beskrive som 'lægekunsten'. At man fornemmer, at noget er 'galt'. Det er det, vi som yngre læger skal se frem til at lære – det er essensen af lægefaglighed. Det er dét, som den kunstige intelligens ikke kan.

Har vi brug for en professionsetik?

Først må vi vide, hvorfor en sådan er fordelagtig for os. Er det for at øge opmærksomheden – og gøre os synlige? Kan det kvæle den mulige samlebåndstankegang, så vi kan have patienten i fokus? Jeg synes godt om idéen om at skabe nære relationer med tid, tryghed og tilstedeværelse, men vil en professionsetik medføre dette? Kan vi få mere kvalitetstid med patienterne? Kan man udarbejde et fælles beskrevet grundlag, som vi arbejder ud fra? Og kan man overhovedet lave regler for etik?

Luise Lundorf beskriver det i decemberudgaven som 'reflekteret professionel selvforståelse, hvor etikken er fundamentet'. Hun skriver endvidere, at der er 'etik i selve lægeprofessionen'. Jeg er helt enig med hende. Jeg tror, at det er en intuition, som vi til dels har, men som vi også udvikler og styrker med tiden i vores virke. Jørgen Skadborg, PLO, mener, at en professionsetik kan styrke den fagpoli-

tiske position i samfundet. Det bliver beskrevet, at det er et 'kvalitetsstempel' – en sikkerhed for staten og borgerne. Det er noget, der kan være med til at give os selv mening – at få defineret os selv, så vi ikke bare "gør det, vi bliver betalt for," eller som minimum bliver betalt for det, vi gør.

Målet er vel et harmonisk forhold mellem det, vi gerne vil, og det, vi rent faktisk gør. I en anden artikel i decemberudgaven hentydes der endvidere til, at en professionsetik kan afhjælpe udbrændthed. Hvis det virkelig viser sig, at vores arbejde og profession kan have gavn af en professionsetik ved at hjælpe os selv eller andre, så kan vi ikke få lavet den hurtigt nok. Jeg har dog som yngre læge ikke været opmærksom på dens, muligvis, manglende tilstedeværelse. Jeg kan blive i tvivl om, hvorvidt det er noget, vi kan skrive os ud af eller definere. Men jeg er ikke i tvivl om, at det er noget, vi skal være bevidste om. //



Professionsetik set med sundhedsøkonomens briller

Artiklerne om professionsetik i sidste nummer af Practicus var tankevækkende læsning. Jeg har læst dem med et kærligt-kritisk blik. Der blev ikke givet et præcist svar på, hvad en professionsetik for praktiserende læger skal være, men nogle bud på, hvad der kan indgå – lige fra hvad en god læge er, over at det skulle være værn mod eksternt pres og sikring af autonomi, til at omdrejningspunktet er læge-patient-relationen. Der savnes imidlertid noget om, hvad der skal være formålet med en professionsetik. Der var også advarsler om, hvad det ikke måtte blive til – nemlig retorisk glasur med velklingende deklarationer. Det er jeg helt enig i og kan føje til, at det heller ikke

må blive et snævert identitetsorienteret projekt. Så mister en professionsetik nemlig mening. Pejlemærkerne for almen medicin er herligt befriet for identitetstænkning og fokuserer på, hvordan almen praksis løser sine opgaver.

Mine første DJØF-agtige tanker gik i retning af, om der er en professionsetik for embedsmænd. Der findes i det mindste et 'kodeks'. For få år siden udkom Kodex VII, som er baseret på en rapport fra det såkaldte Bo Smith-udvalg (Bo Smith er tidligere departementschef) om "Embedsmanden – i det moderne folkestyre", som belyser samspillet mellem embedsværket og den politiske ledelse.

Kodex VII sammenfatter og overskueliggør, hvad der er god praksis for

embedspersoner i centraladministrationen:

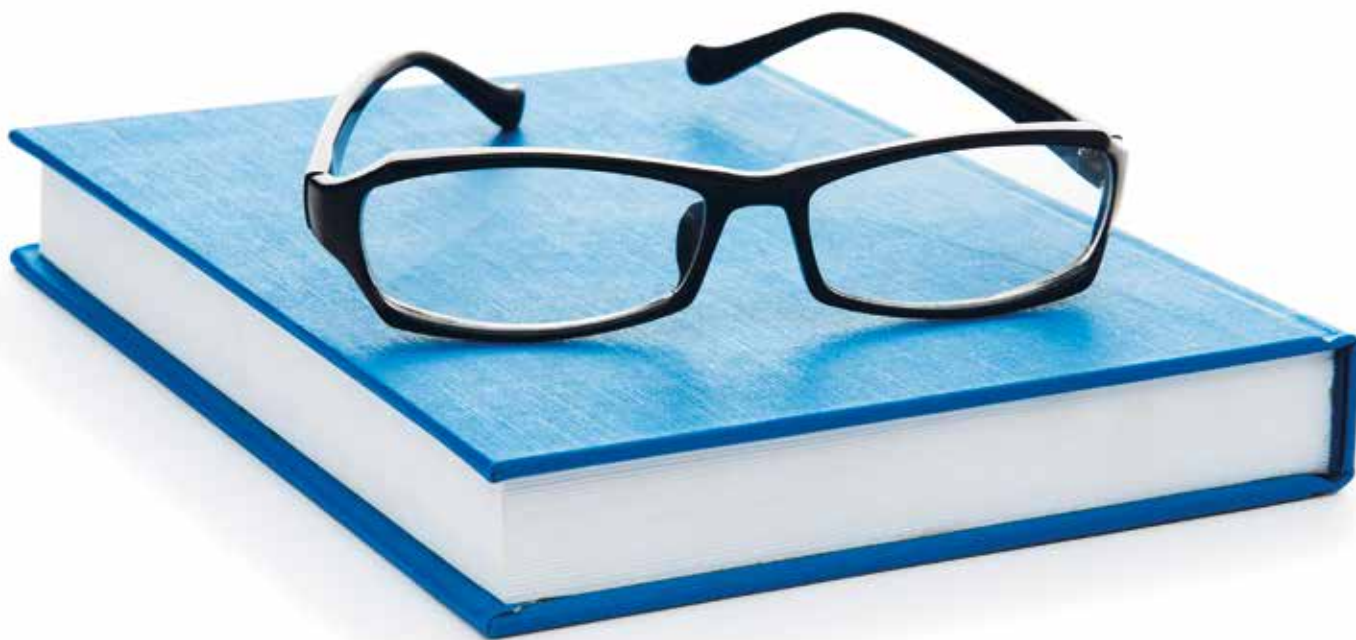
1. Lovlighed
2. Sandhed
3. Faglighed
4. Udvikling og samarbejde
5. Ansvar og ledelse
6. Åbenhed om fejl
7. Partipolitisk neutralitet.

Er det professionsetik for embedspersoner? Måske – men det er afgjort et kodeks for adfærd. Spørgsmålet er, hvad der er forskellen mellem et adfærdskodeks og en professionsetik. Begge dele har en forståelse af 'profession' som udgangspunkt. Flere professioner har en nedskreven professionsetik, bl.a. sygeplejersker og advokater.

En professionsetik har derfor som afsæt en klargøring af, hvad der karakteriserer en profession. Det er bl.a. beskrevet i min bog "Dansk sundhedspolitik" i generelle termer. En profession er karakteriseret ved:

- Specialiseret viden, som er knyttet til videnskabelig/teoretisk træning, dvs. specialiststatus med et bety-

Med insulær hentydes der til, at man ikke må blive selvtilstrækkelig og for meget indadskuede, men omvendt skal professionsetikken også give sammenhængskraft for professionen.



deligt element af videns- og færdighedsmonopol.

- Eksamensbeviser og (beskyttede) titler fungerer som adgangskort til professionsudøvelse og udgør en social legitimering af vidensgrundlaget.
- Samfundet tildeler professionerne og de enkelte medlemmer monopol i kraft af autorisationsordninger.
- Der er tendens til monopoliseringsbestrebelse på arbejdsområdet og autonomibestrebelse i arbejdet.
- Den professionelle vælger selv midlerne i udførelsen af arbejdet og til dels også målene for indsatsen.
- Selvforståelsen bygger på viden, etiske koder og altruisme (som bruges til krav om høj materiel og social status).
- Intern kontrol af medlemmerne. Den professionelle arbejder er kontrolleret af medlemmerne selv, ofte i henhold til etiske retningslinjer, som er fastlagt af professionen.

Professionsopfattelsen og -identiteten bliver en del af bevidstheden, når væsentlige aspekter trues, f.eks. den

kliniske frihed/autonomi. Det må imidlertid ikke blive til en reaktiv forståelse af en profession, hvor alt er uforanderligt. På den ene side er sikring af monopol et vigtigt mål, men det må på den anden side ikke hindre f.eks. opgaveflytning til sygeplejersker, inkl. mulige ændringer af autorisationslovgivning. Det er selvsagt også forståeligt, at man sigter mod, at professionens indflydelse har høj prioritet og allerbedst: har kontrol med udviklingsretningen. Alt i alt må professionsidentiteten ikke blive en (for) insulær opfattelse af professionen – noget en professionsetik ikke bør understøtte. Med insulær hentydes der til, at man ikke må blive selvtilstrækkelig og for meget indadskuende, men omvendt skal professionsetikken også give sammenhængskraft for professionen.

Hvad er formålet med en professionsetik?

Der skal være et meningsskabende formål med en professionsetik – noget der giver mening for den enkelte praktiserende læge og som skaber ret-

ning for almen praksis. Almen praksis skabes jo af de praktiserende læger, men er også en organisatorisk del af sundhedsvæsenet. Derfor kan de to ikke adskilles. DSAM's pejlemærker er sigt punkter for faget almen medicin. Men hvad er forskellen på faget almen medicin, alment praktiserende læge og almen praksis? En

De etiske retningslinjer skal fungere som pejlemærker i daglig praksis og især i dilemma prægede situationer, uden dog at være en facitliste, men at de samtidig skal fungere som diskussionsforum for fælles faglig praksis.

Den enkelte skal opfatte sig selv som del af en helhed, som man er ansvarlig overfor og skal bidrage til at opretholde. Denne forståelse af etik præger mit forslag.

formålsangivelse skal give mening for det hele. I de to nedenstående eksempler på formålsangivelse er fokus på individet.

De sygeplejeetiske retningslinjer skal medvirke til at: 1. fremme etisk refleksion i diskussioner og overvejelser blandt sygeplejersker, 2. fremme sygeplejerskers etiske dømmekraft med henblik på at udvikle faglig kvalitet, 3. støtte sygeplejersker i situationer, hvor der skal træffes valg og 4. sætte fokus på etiske dilemmaer og synliggøre etisk praksis.

De advokatetiske regler, "skal tjene til vejledning for advokaterne, deres klienter og offentligheden med hensyn til de pligter af advokatetisk art, der påhviler advokater, når de uøver virksomhed under brug af advokattitlen. Reglernes formål er tillige at udgøre et bidrag til Advokatnævnets fastlæggelse af retsplejelovens standard for god advokatskik".

Disse to formålsangivelser understreger, at de etiske retningslinjer skal fungere som pejlemærker i daglig praksis og især i dilemma prægede situationer, uden dog at være en facitliste, men at de samtidig skal fungere som diskussionsforum for fælles faglig praksis.

Hvad skal formålet være for en professionsetik for almen praksis? Det skal være pejlepunkter for principielle og etisk prægede valg for den enkelte, faget og almen praksis og frem-

me diskussion herom. Det skal ikke være en bibel eller en facitliste. Etik drejer sig grundlæggende om 'den rette handlen', men drejer sig ikke udelukkende om den enkeltes behandling af andre i de nære relationer, selvom den også er vigtig, hvis et fællesskab skal holde sammen. Den enkelte skal opfatte sig selv som del af en helhed, som man er ansvarlig overfor og skal bidrage til at opretholde. Denne forståelse af etik præger mit forslag.

Hvad skal der indgå i en professionsetik?

Overskriften bør være "(Retningslinjer for) den praktiserende læge og almen praksis i det moderne sundhedsvæsen". Nogle af grundstenene kunne være hovedudsagnene fra pejlemærkerne, hvor 'vi' i nogle tilfælde med fordel kan erstattes med 'jeg'. Rækkefølgen af dem og mine forslag til tilføjelser skal utvivlsomt overvejes. De enkelte punkter skal suppleres med 2-3 linjers tekst.

1. Vi (jeg) holder læge-patientrelationen i hævd (...altid med patienten i centrum).
2. Vi (jeg) finder og behandler de syge og lader de raske være raske.
 - Kunne overveje at supplere med "primum non nocere" (først – ikke at skade).
3. Vi (jeg) giver mest til dem, som har størst behov.

4. Vi (jeg) skaber en dialog, der fremmer sundhed hos den enkelte.
5. Vi (jeg) deltager i uddannelse, forskning og udvikling af kvalitet.
6. Vi (jeg) tager ansvar lokalt, tværfagligt og tværsektorielt (... kan erstattes af punkterne 9 og 10 nedenfor).
7. Vi (jeg) beskriver og bruger erfaringerne fra praksis.

De kan med fordel suppleres med:

8. Vi (jeg) har respekt for patientens autonomi og ret til at vælge.
9. Vi (jeg) ser (mig) os som en del af et større hele og arbejder for et sundhedsvæsen med en stærk almen praksis, der er en integreret del af det samlede sundhedsvæsen.
10. Vier gode aftalepartnere, som både har ønsker og krav og følger indgåede aftaler.
11. Vi udvikler almen praksis i takt med den faglige udvikling og udviklingen i det øvrige sundhedsvæsen uden at miste vores ståsted i almen praksis.
12. Vi udviser økonomisk ansvarlighed og økonomisk redelighed i omgangen med offentligt finansierede opgaver.

Der bør være en præambel i retning af, at den praktiserende læge har et ansvar i forhold til patienten, samfundet, andre sundhedsprofessionelle og ikke mindst sig selv.

Alt i alt kan en professionsetik blive et nyttigt bidrag til intern og ekstern forståelse af almen praksis – naturligvis især, hvis ovenstående råd fra sidelinjen indgår i overvejelserne! Dobbeltfunktionen er vigtig, fordi jeg undertiden fornemmer en manglende forståelse af, hvad almen praksis er og vil. //



Kom til virtuel WONCA-kongres i juli

WONCA Europe 2021 med temaet "Practising person centred care" bliver nu til et virtuelt brag af en kongres. Man kan gå lidt fra og til – plukke de mest interessante sessioner. Nogle dage er der mulighed for at se patienter i pausen midt på dagen og fortsætte kongressen sidst på eftermiddagen.

Alle optagelser kan tilgås i tre måneder efter kongressen. Deltagelse i real time giver dog mest kongresstemning. Du kan stille spørgsmål og diskutere med europæiske kolleger.

Kongressens fem hovedtemaer behandles i tre trin: en keynotespeaker præsenterer state-of-the-art, rundbordsdiskussioner i grupper af ca. 10 kongresdeltagere og en masterclass om forskning inden for området. Ses vi ved skærmen i juli?

HVAD? Fem dages kongres om almen medicin

HVEM? Praktiserende læger, yngre læger og forskere

HVOR? Hele programmet foregår virtuelt

HVORNÅR? 6.-10. juli 2021

PRIS? € 280 (€ 150 for yngre læger) ved tilmelding senest den 20. maj 2021

Læs mere på www.woncaeurope2021.org





Af: Jeanette Skovgaard Birkebæk, praktiserende læge, Helle Bondesen, praktiserende læge, og Astrid Rugager Vase, tidl. praktiserende læge - birkebaek.okkels@gmail.com

Sådan kan virtuelle supervisionsgrupper fungere

Gode rammer, små grupper og tryghed for den enkelte muliggør onlinesupervision.

Da coronapandemien ramte Danmark, valgte de fleste supervisionsgrupper at udsætte deres møder med forventning om snart at kunne mødes igen. Men coronapandemien forsvandt ikke, og i skrivende stund er landet nedlukket i anden smittebølge. I en tid med store omvæltninger, kaos og usikkerhed i sundhedsvæsenet er der, både i kollegiale supervisionsgrupper for praktiserende læger og for uddannelseslægerne i almen praksis, en stigende trang til at mødes, dele erfaringer og til supervision. Hvordan kan det løses uden at risikere eget helbred og smittespredning?

Kan man supervisere online?

For at tilbyde supervisionsgrupperne et alternativ, når vi ikke kan mødes

fysisk, har en del supervisorer kastet sig ud i forskellige virtuelle løsninger. Mange af os var på forhånd noget betænkelige. Giver det overhovedet mening at supervisere online? Som supervisorer er vi vant til at bruge alle sanser til at fornemme stemninger og vibrationer, mens vi arbejder med de tanker, følelser og fantasier, en case får frem i gruppen. Kan det fysiske nærvær på nogen måde erstattes af det endimensionelle billede på en skærm, og findes der tekniske løsninger, der fungerer?

Vi har som supervisorer for fase 3-læger, der går i supervision som en del af deres uddannelse til praktiserende læger, gjort os nogle erfaringer. Vi mener, at onlinesupervision er et brugbart redskab.

Rammen er altid vigtig

Vi har arbejdet med forskellige virtuelle platforme: Zoom, Teams og Region Sjællands Virtuelle møderum. For dem alle gælder, at de er relativt nemme at tilgå – også selvom man ikke er en ørn til IT. Ved supervisionens start

INFOBOKS:

Alle forfattere er uddannet supervisor i Selskab for Samtale og Supervision i Almen Praksis. De fungerer alle som supervisorer for grupper af praktiserende læger og fase 3-læger.

Selskab for Samtale og Supervision:
www.samtaleogsupervision.dk

er det vigtigt at sikre, at alle ved, hvordan man sætter skærmen op, så alle deltagere er synlige på samme tid og kender muligheden for at fjerne sit eget billede, hvis det forstyrrer.

Rammesætning er altid vigtig i en supervision, og ved onlinesupervision er det helt essentielt. At deltagerne sidder på arbejde eller hjemme hos sig selv giver specielle forhold, herunder risiko for forstyrrelser. Vi har tavshedspligt i forhold til, hvad der foregår i supervisionen, og alle deltagere må sidde i et uforstyrret rum,



hvor andre ikke kan høre, hvad vi taler om - meget gerne med headset. Skulle en deltager bliver forstyrret, f.eks. af et barn, der kommer ind i rummet, skal mikrofon og kamera slås fra. Ved supervisionens start meldes det ud, hvor længe mødet varer, og hvornår der er pauser. Vi har erfaring for, at der er behov for en pause fra skærmen på 10-15 minutter cirka én gang i timen. Når vi arbejder virtuelt, er det umuligt for supervisor at følge med i, hvem der siger noget, når flere taler samtidigt. Hvis deltagerne opfordres til at tale langsomt og tydeligt, kan det lykkes at føre en flydende samtale med alle mikrofoner tændt, evt. ved brug af en løftet hånd, hvis en deltager ikke kan finde lejlighed til at komme på banen.

I vores virtuelle grupper har vi arbejdet med 5-10 deltagere og finder det vanskeligt at overskue flere på skærmen.

Tid til refleksion skaber tryghed

Vi oplever, at der er større behov for at "varme op", inden supervisionen

starter. Som en del af rammesætningen og for at få alle tjekket ind i det virtuelle rum fungerer det fint at tage en runde, hvor de enkelte deltagere fortæller, hvilke omgivelser de befinder sig i. Vi har i de virtuelle supervisorsmøder talt med fase 3-lægerne om deres oplevelser i coronatiden. Mange udtrykker utryghed ved at være læge med risiko for selv at blive smittet eller at bringe smitte med hjem til de pårørende og vanskeligheder med hurtige rolleskift, f.eks. fra læge i en krisesituation til familiemenneske. Ligeledes har det været værdifuldt at drøfte de læringsmæssige potentialer i pandemien. Uddannelseslægerne har udvekslet erfaringer om, hvordan pandemien håndteres ledelsesmæssigt i deres tutorpraksis og om perspektivet i brug af videokonsultationer.

Efter rammesætning og den indledende snak har både supervisor og deltagerne vænnet sig lidt til den virtuelle platform og føler sig trygge ved at gå i gang med en case.

Det har været meget positivt at

opleve, at deltagerne, også bag en computerskærm, har været modige nok til at bringe cases ind i gruppen, hvor supervisanden har store følelser i spil.

Supervisor skal være opmærksom

For supervisor er der en lang række fokuspunkter, som kræver ekstra opmærksomhed ved virtuel frem for fysisk supervision. Først og fremmest savner vi at kunne fornemme deltagerens tilstedeværelse i rummet. I nogle tilfælde møder vi deltagerne for første gang på skærmen, og det kræver ekstra arbejde at skabe tryghed og samarbejde i gruppen. Det er langt sværere at få øje på den deltager, der er stille, eller opdage, hvis caseholderen er utilpas i situationen. Deltagerne skal mindes om, at pauser i samtalen kan være meget frugtbar i supervisionen, da det virtuelt kan føles akavet at stirre tavst på skærmen. Det kan være sværere at fastholde følelser og refleksioner i processen, og det er en god ide at bede deltagerne italesætte, hvis de føler sig berørt i en



erfaring med supervision efter Balint-metoden og bidrog som en yderst nærværende supervisor fra en skærm i London.

Tryghed giver stort udbytte

Har virtuel supervision en plads efter coronapandemien? Der er ingen tvivl om, at både vi som supervisorer og deltagerne i supervisionsgrupperne foretrækker at mødes fysisk. Når det er sagt, oplever vi i grupper, der er trygge ved hinanden, at der – med øvelse i onlinesupervision – kan opnås stort udbytte. På verdensplan spirer der i det internationale Balintselskab i disse år virtuelle seminarer og supervisionsgrupper frem på tværs af landegrænser, og vi ser perspektiver i, at vi kan mødes trods geografiske afstande, spare tid og transport og bringe ny inspiration ind i supervisionen. //

case. Et kapitel for sig er de tekniske udfordringer, hvor internettet falder ud, billedet fryser, lyden kikser, og deltagernes placering på skærmen skifter.

Supervision online er slet ikke så godt, som når vi sidder sammen, men trods alle vanskeligheder giver deltagerne udtryk for, at det er langt bedre end ikke at mødes.

Fordele ved virtuel supervision

Vi sparer alle transporttid, og nogle kan deltage hjemmefra og bedre få familielivet til at fungere. Vi er lykkedes med at gennemføre supervisioner med deltagere, der passer syge børn eller selv er isoleret med coronasymptomer.

Code erfaringer fra udlandet

I Selskab for Samtale og Supervision har vi kigget mod udlandet og ladet os inspirere. I Australien og USA, hvor store afstande gør fysiske møder umulige, har man årelang erfaring med virtuel supervision. I selskabets regi lykkedes det i november 2020 at afholde et tredages seminar med deltagelse af både danske og udenlandske undervisere. Robi Friedman demonstrerede online fra Israel, hvordan brug af drømme kan bringe en helt ny dimension ind i supervisionsprocessen. Andrew Elder har mangeårig

Case: Når patienthistorien rammer

Supervisionsgruppen består denne dag af seks fase 3-læger og supervisor, der alle har tjekket ind online. Efter en kort rammesætning og præsentation efterspørger supervisor en case. En deltager, der kun er med for anden gang, siger med det samme, at hun har en case, som fylder meget for hende. Casen handler om en patient med et atypisk symptom-billede, som caseholderen følger igennem et flere måneder langt udredningsforløb, før det viser sig, at patienten har en kræftsygdom. Fase 3-lægen er tydeligt følelsesmæssigt berørt, mens hun fremlægger casen. I den efterfølgende proces arbejder gruppen ihærdigt, og følelser som skyld, skam og angst er i spil. Der tales om, hvordan det er at være læge, når en patienthistorie rammer én; måske fordi den minder om noget fra lægens liv. Gruppen er omsorgsfuld og anerkendende over for caseholderen.

Supervisor italesætter, at det er modigt af caseholderen, at hun som ny i gruppen bringer en så følsom case ind i gruppen, og beklager, at vi ikke er i samme rum, hvor hun vil kunne føle empatien fra gruppemedlemmerne.

Caseholderen giver udtryk for, at hun, selvom det var på en computerskærm, godt kunne fornemme gruppens empati, og at hun oplevede lettelse ved at kunne genfortælle historien og opleve gruppens refleksioner.

Vi ser perspektiver i, at vi kan mødes
trods geografiske afstande, spare tid
og transport og bringe ny inspiration
ind i supervisionen.



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



3 x 3

Udsnit af mit lægeliv

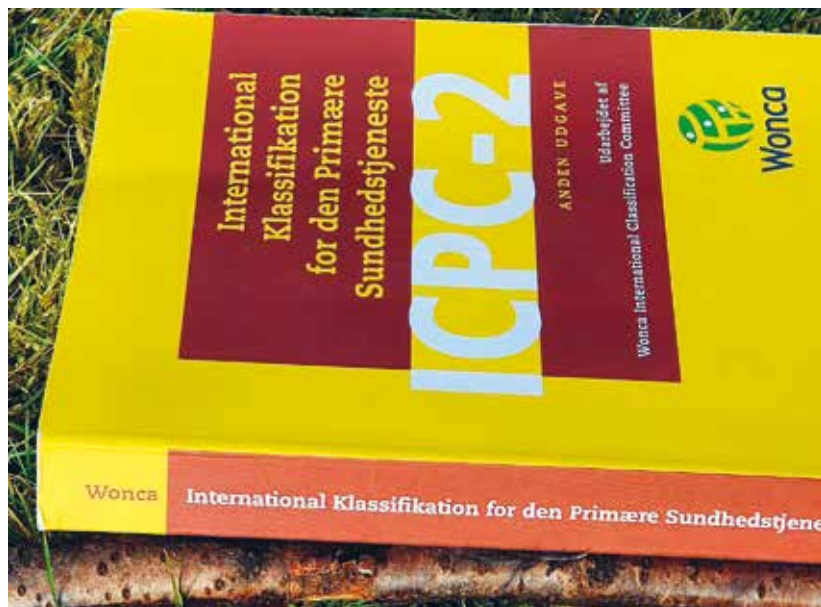
Læge-patient-relationen, forskning og det internationale arbejde med at kode henvendelser i almen praksis har været de centrale omdrejningspunkter gennem et langt lægeliv.

Jeg tilhører 68-generationen. I gymnasiet stod det mig klart, at jeg ville være læge. Præst var under overvejelse, men det at have både med krop og sjæl at gøre måtte være sagen – intet skulle være mig fremmed. Uden akademisk baggrund rejste jeg fra "Svendborg av" ind til hovedstaden og påbegyndte

lægestudiet efter "gammel studieordning". Allerede under 1. del var praktiserende læge mit fremtidsmål, og sommervikariater under 2. del i både medicin og kirurgi samt tre måneder på psykiatrisk ambulatorium i Gävle cementerede valget. Efter bestået embedseksamen kunne det ikke gå hurtigt nok. Jeg rejste til USA for et års



Erik Falkø har været praktiserende læge i mere end 40 år (privatfoto).



ICPC-2 er et af de store udviklingsarbejder, som Erik Fallhø har bidraget til i WONCA's internationale klassifikationskomite (privatfoto).

ansættelse som intern mediciner i Norfolk, Virginia, forudgået af fem måneders medicin i Odense. Hjemkommen tog jeg lidt mere kirurgi og militærlægetjeneste i flyvevåbnet. Jeg fik mulighed for på frivillig basis at deltage i specialekurset i almen medicin i Odense, og så var jeg klar til at være praktiserende læge i Ullerslev i de næste godt 40 år.

Hvis der var plads, kunne jeg nævne en lang liste af kolleger, som har støttet mig og haft stor betydning for mit lægeliv – ingen glemt, ingen nævnt, lige bortset fra Niels Bentzen, som gennem mange år i særlig grad har inspireret og hjulpet mig.

Mine 3 nedslag bliver meget brede: 1) læge-patient-relationen, 2) forskning og 3) International Classification of Primary Care (ICPC).

1. Læge-patient-relationen

Drivkraften bag lægearbejdet er at gøre godt. Heri spiller læge-patient-forholdet en helt afgørende rolle. Læge-patient-kontakten er asymmetrisk rent sundhedsfagligt, men bør være ligeværdig på det mellem menneskelige plan. Gensidig tillid og respekt er

her en afgørende præmis, som fremmes ved langvarig tilknytning.

Mine relationelle færdigheder med at lytte empatisk til patienten var ikke noget, jeg var blevet undervist i under uddannelsen. Her var bogen "Den nervøse patient" af Torben Bendix en øjenåbner for mig. Samtalen bør være sokratisk med tommelfingerregler som at gentage det sidste, patienten lige har sagt, eller at besvare spørgsmålet "Doktor, hvad skal jeg gøre?" med "Du beder mig svare på, hvad jeg mener, at du skal gøre". Det var svært i begyndelsen, men sammen med kolleger med båndoptagelse gik det bedre. Jeg husker specielt en session med Bendix i et stort mødelokale med mange kolleger. Vi var blevet opfordret til at indsende bånd. Det gjorde jeg, men jeg havde ikke troet, at jeg skulle op på scenen. Nu var jeg den nervøse patient, men ja – jeg blev godt behandlet. Metoden er også velegnet til somatiske ting, blot skal man spørge ind til situationer i stedet for symptomer. Årene gik, men jeg glemte ikke betydningen af først og fremmest at være til stede i samtalen og holde tilbage med min gøren. Jeg deltog i de følgen-

de år i samtalegrupper med supervisor, som overvejende forholdt sig til kognitiv terapi og på det seneste ACT. Jeg nåede også at komme på Kalymnos-kursus med bl.a. brug af "kvitte-ringer".

Bånd- og videooptagelser har også været gode hjælpemidler til undervisning af uddannelseslæger. At forholde sig empatisk lyttende til patienten læres ikke ved anvisning og påpegning. Det kræver vejledning med mulighed for selviagttagelse og refleksion med en kollega.

Patientrelationen er den helt ultimative parameter for almen praksis. Det var et velvalgt slogan, som DSAM valgte til 50-årsjubilæet: "Det gør en forskel, at vi kender hinanden".

2. Forskning

Efter nogle år i praksis fik jeg lyst til at forske. Da jeg praktisk talt havde fast praksisreservelæge/amanuensis i min klinik, lå det lige for at undersøge forløbet. Det blev en større sag, hvor især uddannelseskvaliteten blev vurderet ud fra et udsendt spørgeskema. Fremstående resultater var, at uddannelsesforløbet var bedst i solo-praksis, og jeg fandt, at det faglige udbytte af ansættelsen var bedre end øvrige turnustjenester.

I år 2000 deltog jeg fra dansk side sammen med fire praktiserende læger fra hver af de nordiske lande i dataindsamling fra EPJ for almen medicin i de fem nordiske lande (patienter, diagnoser, proces og behandling). Undersøgelsen var initieret af Nordic Medico Stastica Committee (NOMESCO), og resultatet udkom i Scandinavian Journal of Primary Health Care.

Det var et fantastisk samarbejde. Jeg skal ikke her komme nærmere ind på resultaterne, bortset fra at diagnoserne let kunne aggregeres i større grupper på en let og pålidelig måde, selvom der blev benyttet tre forskellige diagnoseklassifikationer.

Efterfølgende arbejdede jeg på halv tid ved Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU, primært med fokus på brugen af ICPC og anvendeligheden i forbindelse med kvalitetsudvikling. De seneste to år er jeg vendt tilbage som gæsteforsker, bl.a. for at fremme den psykosociale, eksistentielle og åndelige indsats over for patienter med uhelbredelig sygdom. Jeg stiler mod at få udviklet en PRO (patient reported outcome), som evt. kan indgå i Web-Patient.

3. International Classification of Primary Care

Næst efter patienten er diagnosen midtpunkt for de kliniske overvejelser og tiltag. Derfor er ICPC en vigtig parameter i lægearbejdet.

Jeg var med fra starten med den kliniske anvendelse af den første udgave ICPC, og uddannelseslægerne havde let ved at kode alle henvendelser. Det giver først og fremmest overblik over patientens helbredssituation.

Som DSAM's repræsentant i WONCA's internationale klassifikationskomite i 12 år har jeg været med i udviklingsarbejdet om ICPC-2 med deltagelse i årlige møder i de forskellige lande af en uges varighed og kortere møder herimellem. Således var jeg vært i Danmark for en flerdays konference med fokus på forløbsdiagnoser. Det var en utroligt spændende og inspirerende tid, hvor jeg har haft kontakt til kolleger fra næsten hele verden. Jeg opførte WONCA-arbejdet i 2012 med uddifferentiering af processdelen i ICPC-2 sammen med Finlands repræsentant.

I forlængelse af mit forskningsarbejde var jeg deltidsansat i DAK-E, hvor den største opgave var at udarbejde en kravspecifikation for ICPC-2 til lægesystemerne. Først og fremmest skulle ICPC-2 indarbejdes og tilpasses Sundhedsstyrelsens ICD-10. ICD-10 er en "endpoint"-klassifikation, som omfatter ca. 20.000 diagnoser til brug ved hospitalsudskrivelse og død. Diagnoserne er meget udspecificerede. Således er der f.eks. henholdsvis 37 og 23 koder for lungebetændelse og gastritis. Jeg udvalgte ca. 2.000 ICD-10-koder, som jeg fandt relevante at inddrage i den elektroniske ICPC-2-DK (de øvrige kan ved fremsendelse med epikrise til praksis konverteres til en ICPC-rubrik). Efterfølgende lavede jeg et lokalisationsregister, HOKUS (Hoved, Overekstremitet, Krop, Underekstremitet og Specifikationer), som indeholder lokalisationer og specifikationer (hø./ve., lateral/medial m.fl.), der kan supplere diagnosenoteksten.

Det alfabetiske indeks tog lang tid at forfatte og nåede op på 11.400 søgeord, men det var et must, hvis diagno-



Næst efter patienten er diagnosen midtpunkt for de kliniske overvejelser og tiltag (privatfoto).

sekodning skulle være mulig i en travl arbejdsdag med ICPC-2-DK.

Jeg deltog i udarbejdelsen af ICPC-2-kodeværktøj <https://dake2.dudal.com/icpc/> og ICPC-e-læringsprogrammet på Læger.dk. Det sidste er desværre udgået, angiveligt fordi det var for dyrt med en opgradering til ny teknologi. Det synes jeg var rigtigt ærgerligt, især fordi det var en let måde for uddannelseslægerne at blive fortrolig med ICPC. Jeg håber, at softwaren kan fornyes, og så står en kobling af ICPC-2 til indikationerne i FMK også på min ønskeliste. Det vil yderligere fremme ICPC's nytte og anvendelighed.

Her på det seneste deltager jeg som konsulent for MedCom i udviklingen af diagnosekortet, dets indlejring i lægesystemerne samtidig med en efterfølgende opgradering af kravspecifikationen for ICPC-2.

Jeg er fortsat utrolig glad for faget almen medicin. Selv om jeg snart fylder 77 år, er det for tidligt at gå på pension. Jeg har for kort tid siden fået fornyet min speciallægelicens med to år. Min plan er at fortsætte én dag om ugen i praksis og at vedblive med arbejdet for MedCom og på forskningsenheden. Huden er rynket og håret gråt, men jeg bifalder sloganet fra Kerteminde Amatørteater: "Gråt er hot". //

FYAM-KLUMMEN

Jeg kommer til at leve længe

Practicus har lanceret FYAM-klummen. En ung almenmediciner vil i hvert nummer af Practicus skrive en klumme om et valgfrit tema. Dette nummers klummeskribent er Julie Jepsen Strøm, som er ph.d.-studerende i Ålborg.

Ligesom så meget andet er forskning i almen praksis heller ikke nemt i disse tider. Men interessen og velviljen fra praktiserende læger til at sikre forskning, udvikling og høj kvalitet i almen praksis gør mig optimistisk.

Forleden faldt jeg endnu en gang over den artikel fra Boston University fra 2019, hvor forskere på baggrund af et studie med mere end 50.000 deltagere konkluderede, at optimister i gennemsnit lever længere end andre. Allerede da studiet kom frem, var det en del af diskussionen, hvorvidt det i høj grad er de afledte effekter af at være lige vel overoptimistisk, der har positiv betydning for levetiden. For hvis vi var helt realistiske om de ting, vi kaster os ud i, havde vi sikkert dødsdømt flere afgørende projekter på forhånd: uddannelse, ægteskab, børn, vægttab, rygestop, kliniske studier med hostende patienter i almen praksis i en coronatid – blot for at nævne nogle.

Den hostende patient står øverst til højre i koordinatsystemet

Tidligere på året deltog jeg i et ph.d.-kursus om projektplanlægning. Som

en del af kurset skulle vi identificere risikofaktorer for manglende gennemførelse af vores egne ph.d.-projekter. Faktorerne skulle placeres i et koordinatsystem afhængigt af graden af risiko og graden af indflydelse på projektet. I mit ph.d.-projekt skal jeg i dette forår undersøge, om lungeultralud er en brugbar undersøgelse af hostende patienter i almen praksis. Jeg var i forvejen helt klar over, at det har stor indflydelse, hvorvidt man kan rekruttere patienter til et klinisk studie – det er afgørende for studiets succes. Men jeg måtte også tage de helt realistiske briller på og sande, at der faktisk er enormt høj risiko for, at der ikke kommer nok hostende patienter i klinikken dette forår.

Hvem havde troet, at den hostende patient skulle blive et særsyn i almen praksis?

Så den hostende patient endte helt øverst til højre i koordinatsystemet.



Det utvetydige budskab på kurset var, at faktorer med den placering skulle vi sørge for at få gjort noget ved. Desværre tydeliggjorde mit koordinatsystem hurtigt, at den hostende patients lige så problematiske fætter var et andet afgørende element i mit ph.d.-projekt – nemlig kursus i lungeultral lyd med fysisk fremmøde for de deltagende praktiserende læger.

Forskning er en stamcelle i DSAM

Vi fejrer i år (fordi vi ikke fik mulighed for at fejre det sidste år), at DSAM fyldte 50 år i 2020. Men DSAM havde faktisk en forløber i form af Dansk Selskab for Forskning i Almen Lægepraksis, som er 54 år gammelt og altså efter fire leveår blev omdannet til det DSAM, vi kender i dag, der bredt afspejler faget almen medicin. Vigtigheden af forskning i almen praksis er så at sige én af DSAM's stamceller. Patientpopulationen og arbejdsgangene i almen praksis er i sagens natur helt forskellige fra de specialiserede sygehusafdelinger, så selvfølgelig er

det ude i almen praksis, at vores forskning skal bygge og bo. DSAM ser det fortsat som en af sine vigtigste opgaver at sikre det faglige fundament, som kan støtte og underbygge den enkelte praktiserende læges arbejde. Ligesom et af DSAM's syv pejlemærker er, at vi deltager i uddannelse, forskning og udvikling af kvalitet inden for faget almen medicin. Jeg har heldigvis erfaret, at lige præcis den stamcelle og det pejlemærke afspejler sig i kollegernes engagement.

Idérige praktiserende læger

Det lykkedes på mirakuløs vis at rette til, ændre, kappe en hæl og klippe en tå og dermed overholde de gældende restriktioner, så vi kunne afholde det planlagte kursus i lungeultral lyd for de deltagende praktiserende læger. Og her mødte jeg en flok idérige praktiserende læger med enormt engagement. De var nysgerrige med stor lyst til at lære nyt samt at bidrage til ny viden på området. Samtidig var de fremadskuende og løsningsorientere-

rede. Rekrutteringsproblemer i et studie er i sidste ende altid den projektansvarliges hovedpine, men jeg oplevede her praktiserende læger, der allerede selv havde idéer til, hvordan de kunne optimere rekrutteringen af den lige nu sjældne hostende patient i egen praksis.

Som den projektansvarlige forsker bag studiet ser jeg denne flok praktiserende læger som mine nære samarbejdspartnere, og at vi sammen løfter opgaven at skabe ny viden, som forhåbentligt kan gøre gavn og øge kvaliteten yderligere i almen praksis.

Det er endnu ikke til at sige, om vi kommer i mål med at finde det ønskede antal hostende patienter til studiet, men den interesse for og velvilje fra praktiserende læger til at være med til at sikre forskning, udvikling og høj kvalitet i almen praksis – selv i en tid, hvor arbejdet ikke er specielt nemt – gør mig utroligt optimistisk. **Måske er det sådan her, man kommer til at leve rigtig længe? //**



Kursus i lungeultral lyd for praktiserende læger. Foto: Julie Jepsen Strøm.



FYAM-udvalget har fået ny næstformand

Practicus har mødt den nye næstformand i FYAM-udvalget, Maria Dahl Overgaard. Hun afløser Ellen Jensen, der samtidig skal have en stor tak for sit engagement på posten.

Hvem er du, privat og professionelt?

Jeg er 30 år og bor i Højbjerg, syd for Aarhus, med min mand, Emil, og vores søn, Jens, på halvandet år. Vi bor nær skov og strand, og min fritid bruger jeg på at være aktiv i naturen med løb eller gåture. Jeg er uddannet på Aarhus Universitet, men da jeg blev færdig med studiet i 2018, ville KBU-nummeret, at vi tog til Aalborg, hvor vi fik vores søn ind imellem min KBU i Akutmodtagelsen på Aalborg Universitetshospital og i almen praksis ved Lægerne i Løgstør. Det var en skøn tid, og arbejdsmæssigt var vi gerne blevet i det nordjyske, men familiemæssigt gav det mening for os at flytte "hjem" til Aarhus. Jeg er nu i gang med en intern medicinsk introduktionsstilling på Lungesygdomme i Skejby. Jeg er glad for mit nuværende job, men jeg savner et mere alsidigt patientbillede, f.eks. at se børnene og de gravide. De erfaringer, jeg får med mig, bliver nyttige efterfølgende i praksis, bl.a.

kendskabet til kronisk syge patienter med mange komorbiditeter, som er hverdagskost på en lungemedicinsk afdeling.

Hvad er dine ambitioner i FYAM?

Jeg blev valgt ind i den regionale FYAM-gruppe som repræsentant for Region Midtjylland i oktober. Under studiet var jeg aktiv i SAMS og i GO (medicinstuderende med interesse for gynækologi/obstetrik), og da jeg blev færdig, savnede jeg det fællesskab, som foreningsarbejdet gav. Jeg vil gerne være med til at gøre uddannelsen så god som muligt både fagligt og socialt, og dette kan gøres på regionalt plan ved at arrangere foredrag, temaaftener mv. På nationalt plan ser jeg en kæmpe fordel i, at man får udvekslet erfaringer med uddannelseslæger på tværs af regioner, idet uddannelsen, på trods af vores lille land, har forskelle. Jeg er i gang med at undersøge merit-forholdene i forhold til hoveduddannelsen i de forskellige regioner, idet vi i FYAM er blevet kontaktet af en yngre læge, som beretter om problemer på området.

Hvad er dine ambitioner som FYAM-næstformand?

At holde mig ajour med, hvad der rører sig i DSAM, så jeg kan være spar-

ringspartner for vores formand. Jeg ser frem til, at COVID-situationen tillader, at vi kan mødes fysisk og dermed få afholdt det årlige FYAM-internatmøde og sætte gang i en ny FYAM-kampagne. Noget af det vigtigste, FYAM kan, er at sikre sammenhold, kvalitet og indflydelse på vores uddannelse, og det vil jeg gerne bidrage til. //



Maria Dahl Overgaard, som er FYAM-udvalgets nye næstformand (privatfoto).



Medicinstuderende som "lægevikarer" – et uudnyttet potentiale i almen praksis?

I årtier har medicinstuderende været brugt som lægevikarer på sygehusene. Nu er tiden – måske – kommet til almen praksis.

I Lægefællesskabet Grenaa har de glimrende erfaring med at ansætte medicinstuderende, som er på sidste del af kandidatuddannelsen, i vikariatlignende stillinger med fire arbejdsdage om ugen. Dette lader til at have værdifulde fordele for både praksis, patienter og de kommende yngre læger. SAMS Aarhus har talt med Jannik Falhof, der er medejer af Lægefællesskabet Grenå, og Sara og Signe, to tidligere 'lægevikarer'.

Hvad er fordelene ved at ansætte studerende som 'lægevikarer'?

Jannik: De studerende kan bruges til mange ting. De er velbegavede og energiske personer.

Signe: Man lærer at stå ved sine beslutninger. Jeg fik en grundlæggende forståelse for almen praksis og forløb med fokus på hele patienten.

Jannik: De studerende oplever alle aspekter af arbejdet i almen praksis,

og de får en kæmpe klinisk erfaring. De ser mange akutte problemstillinger, men flere får også mere sammenhængende patientforløb.

Hvordan har patienterne reageret?

Førstehandsindtrykket har stor betydning for patientens oplevelse.

Signe: Jeg startede hver konsultation med at sige: "Jeg er lægestuderende på sidste del af uddannelsen, hvilket betyder, at hvis jeg har nogle spørgsmål, kommer der en mere erfaren kollega ind og kigger med".

"Det har bidraget til, at patienterne tager imod det med åbne arme og værdsætter den udvidede konsultationstid", supplerer Jannik.

Hvilken rolle spiller supervision?

Jannik: Jeg lægger stor vægt på super-

visionen. Det kræver, at der er meget god adgang til supervision. Lægen kan ikke have fuldt program selv og samtidig udøve den nødvendige supervision. I Lægefællesskabet, som har 8.500 patienter, er der derfor to erfarne læger skemasat til supervision hver eneste dag. Det sikrer en høj faglighed og bevirker, at læringskurven stiger stejlt – men trygt – for den medicinstuderende.

Sara: I starten var der meget fokus på faglig læring, men som jeg blev bedre rustet, flyttede jeg fokus til kommunikationen med forskellige slags patienter.

SAMS Aarhus synes, at 'lægevikariater' i almen praksis lyder som fremtiden, og Jannik istemmer: "Jeg håber selvfølgelig, at denne model smitter af på andre lægehuse. Det er jo oplagt!" //



Vi er håndsky, når det gælder kollegers svindel

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.



Der er forskel på STPS' tilbageskuende bedrevidenhed i klagesager og vores egen håndskyhed ved uordentlig optræden.

Vores vigtigste redskab er tilliden mellem patient og læge; mellem befolkning og praktiserende læger. Så både for den enkelte og for fællesskabet som sådan, er vi udsatte, når nogen bryder det fælles etiske kodeks. Tilliden er skrøbelig og langt hurtigere at nedbryde end at bygge op. Således straffes vi også kollektivt, når enkelte af os forbryder sig.

I DR Detektor 25. marts 2021 fortælles om en praktiserende læge, der under offentlig vaccination udnyttede sin position og pressede personer, som lægen kendte, og som ikke var berettiget til vaccinationen, foran værdigt trængende på vaccinationslisten.

PLO-Hovedstaden citeres i sagen: Hun har fået "en påtale", og der er tale om et "etisk dilemma". Jeg er uenig.

Aristoteles sonderer i Etikken mellem forsætlighed i den bevidst ikke-gode handling og uforsætlighed. Dette princip ligger stadig til grund for vor tids jura.

At tage selv for egen vinding – bevidst og med forsæt – fra andre, der er svagere, er ikke udtryk for et etisk dilemma. Det er en uetisk handling. Det er udtryk for uordentlighed, måske endda forbrydelse, og

her bør der ikke være beskyttelse fra professionens fællesskab. Tværtimod må man overveje, om den slags handlinger skal føre til udelukkelse helt eller delvist fra fællesskabet – som en dopingafsløret cykelrytter, der får karantæne for sin brøde.

Vores tillidsfolk skal have opbakning til offentligt at understrege, at vi er læger for befolkningen, at vores mål er sundhed for den enkelte og samfundet – og at vi ikke på nogen måde står på mål for læger, der beriger sig uberettiget i kraft af deres position. For svindlen rammer den svage, vi har som opdrag at passe på. Og på den måde rammer den os selv.

Hvis vi ikke er tydelige i, hvad vi som profession står inde for, og hvad vi tager afstand fra, vil det stille os svagt i forhold til omverdenen, når vi har brug for tillid og goodwill, når en af os uforsætligt falder i unåde i en klagesag, eller hvor der ulykkeligtvis kan ske fejlvurderinger, hvor dømmekraften ikke rakte, og som bagefter trækker en kollega gennem STPS' vridemaskine. Vi skal stå vagt om hinanden, når vi gør det bedste, vi kan. Og i de sager har vi brug for hinanden, for "det kunne have været mig".

Væk med håndskyheden! //

**VELKOMMEN**

til Benny Ehrenreich, som er ny kolumneskribent. Benny er praktiserende læge i København og har engageret sig i faget i årevis. Han er repræsentant i DSAM og formand for PLO København. Han har tidligere været redaktør på MPL og er i dag medlem af tidsskriftets bestyrelse. Du kan også møde Benny i nyeste udgave af Practicus Podcast, der handler om patientklager.

TANKER FRA STOLEN:

Systematisk, opportunistisk og optimistisk screening

Jeg har en god lægeven, der har fået ondartet kræft. Den blev opdaget, fordi han i sine årlige blodprøver som følge af kronisk sygdom har indlagt en cancer-markør "for sjov". I år var den pludselig steget!

Screening uden en begrundet mistanke er risky business. Overdiagnosticering af f.eks. brystkræft pga. screeningsprogrammet ligger på 20-25 pct. Vi ved ikke, hvem der overdiagnosticeres – alle er glade! Men én ud af fem kvinder bliver behandlet med lumpektomi, mammektomi eller stråling, uden at det gavner deres overlevelse. De ville uden screening leve lykkeligt uvidende om en cancer.

Min ven fik lavet en PET-scanning, der bekræftede "en grim kræftknode". Indtil da havde han ikke mærket noget, men nu fik han alle symptomer. Han lagde den videre behandling i kompetente kollegers hænder, så nu er han kræftpatient.

Hans historie har sat tanker i gang hos min kæreste og mig. Jeg har for længst fravalgt screening for tarmkræft. Det har min kæreste ikke, og hun går troligt til screening for bryst-

kræft hvert andet år. Selvom jeg ved, at effekten af screeningsprogrammet er tvivlsom og indebærer, at jeg i screeningsperioden sandsynligvis bliver tilbudt en ikke-risikofri koloskopi, havde jeg svært ved at takke nej, for "hvad nu hvis ..."

Nu kommer vores vens historie og sætter spørgsmålstegn ved, om screening er det rigtige.

Behandlingen består af fire gange kemoterapi efterfulgt af en stor operation og med omfattende effekt på livskvaliteten. Den er måske kurativ.

Til daglig laver vi praktiserende læger opportunistisk screening ved risiko i forbindelse med f.eks. overvægt, træthed og diffuse klager. At screene er altså noget, vi læger gør, når der er en motiveret anledning.

Sagen er en anden, når vi systematisk inviterer raske, symptomfri borgere til at blive screenet.

Undersøgelse for livmoderhalskræft blev indført på forhåbning om effekt. Med tiden er der kommet data, der understøtter, at

dén screening er hensigtsmæssig. Jeg er i tvivl om både bryst- og tarmkræftscreening.

Min ven havde ingen risikofaktorer for den aktuelle kræftform (men nok disposition til en anden, så helt "for sjov" var motivet nok ikke). Han har en chance for helbredelse. De næste par måneder bliver hårde for ham og hans nærmeste. Hvis det ender godt, venter flere år med tilbagevendende kontroller, hvor angst og lettelse veksler.

Jeg er skeptisk over for screening uden vished om effekt og med evt. ne-



gative konsekvenser. Samfundet og sundhedsvæsenet skal være sig det ansvar bevidst. Min kæreste og jeg har valgt – det blev vi tvunget til! Ingen af os synes, det var lette valg, og vi er begge efterladt med et gran af tvivl.

Min ven valgte at teste sig selv. Det er måske det, der redder hans liv. Ingen ved med sikkerhed, hvordan hans tumor ville have udviklet sig, hvis den var forblevet udiagnosticeret. Det bedste er vist ikke at forfølge den tanke yderligere... //

Debatindlæg inspireret
af denne klumme
kan sendes til
practicus@dsam.dk

RETTELSE

I Praticus nr. 254 bragte vi en artikel med titlen Den kaotiske årskontrol. Udover den krediterede førsteforfatter havde artiklen to yderligere forfattere, der ikke blev krediteret: Ann Dorrit Guassora, lektor, læge, ph.d., Forskningsenheden for Almen Praksis i København, og Nina Tvistholm, sygeplejerske, lektor, Københavns Professionshøjskole. Vi beklager fejlen.



PRACTICUS // bøger

Af: Helle Trankjær, praktiserende læge i Lyngby
- helle.trankjaer@gmail.com

BOGANMELDELSE:

Recepten på lykke 2.0

Recepten på lykke 2.0 er en livsbekræftende, topaktuel og anbefalelsesværdig bog med masser af brugbare input til, hvordan vi kan få flere lysglimt og lykestunder og større trivsel og sundhed.

Resiliens og positiv psykologi

Livsglæden er ikke vedligeholdelsesfri og må aldrig tages for givet. Særligt i krisetider er det vigtigt at værne om glæden og det meningsskabende – og at gøre brug af de resiliente færdigheder, man har. Det er eksempelvis forbundet med resiliens at se nuancerne i alt det svære og meningsløse, der også er en del af livet. Nuancering af ens tænkning og opfattelse af virkeligheden er et af mange eksempler på, hvordan en krise kan blive anledning til personlig udvikling og blomstring – også kaldet posttraumatisk vækst, der er et centralt fænomen i positiv psykologi.

Recepten på Lykke 2.0 er skrevet af forfatter Jesper Bay-Hansen, der er speciallæge i almen medicin og dertil har en amerikansk uddannelse i positiv psykologi.

Han er forfatter til en række brugsbøger om livets følelser, især livsglæde og lykkefølelse, herunder bestselleren Recepten på lykke (2011). Den nye fagbog er baseret på nyeste forskning, som inddrager positiv psykologi samt eksistentielle, filosofiske og ikke mindst sundhedsmæssige perspektiver.

En rejseguide til mental sundhed

Jeg har følt mig både underholdt og inspireret på en gang – både personligt og professionelt i mit job som praktiserende læge. Der er efterhånden langt imellem de dage, hvor corona-krisen ikke bliver nævnt i konsultationen, og emnet debatteres i en uafbrudt strøm i diverse medier, hvilket har følger for os alle. Bogen beskriver, hvad negative nyheder gør ved os – og den beskriver antidoten, der bl.a. består i adfærdssændringer ift. ekspositionen for negative nyheder samt

begrænsning af negativ tænkning og katastrofetanker.

Alle de os pålagte, men nødvendige, coronarestriktioner har sat et tungt aftryk på de flestes sociale liv, aktiviteter og humør. Dertil har samfunds- og sundhedskrisen ført til mange eksistentielle krisereaktioner. Meget har ændret sig på rekordtid: hjemmearbejdsplads, virtuelle møder – via Zoom, Teams og Skype – få eller ingen fysiske møder og bortfald af erhvervs- og ferierejser. Det betyder, at vi må finde livsglæden på nye måder. I en tid med sundhedskrise kan vi vælge at tage en rejse med destinationen: mental sundhed – og det er her, at den nye fagbog fungerer glimrende som rejseguide.

Glæde er ringe i vandet

Jeg er som praktiserende læge i stigende grad blevet opmærksom på, at sundhedskrisen påvirker langt de fleste af mine patienters trivsel og sundhed – ikke mindst dem, som i forvejen er udfordrede af psykisk eller somatisk sygdom. Desuden oplever jeg, at mange af mine coronatrætte patienter kan være både stressede, ensomme, deprimerede eller ligefrem i krise – så også de kan have brug for inspiration til, hvordan de selv kan påvirke deres egen mentale og fysiske trivsel, sundhed og lykke. Derigennem kan deres glæde løftes, og det kan smitte positivt af på omgivelserne, fordi glæde spredt sig som ringe i vandet. Det er på tide, at vi i højere grad begynder at tænke kollektivt om lykke, hvilket den nye bog også argumenterer for og giver anvisninger på.

Som læser og praktiserende læge

kan man især bruge bogen til at blive klogere på såkaldte positiv psykologiske interventioner, dvs. (lykke-)aktiviteter, der har potentialet til at kaste meningsfuldhed, glæde og andre positive emotioner af sig. Effekten af positiv psykologiske interventioner (PPI) underbygges af videnskabelige undersøgelser og studier, og det vides i dag, at PPI har stor betydning for vores trivsel og sundhed. Med den nye bog får du således 388 siders forskningsunderstøttet, klinisk relevant viden og ikke mindst recepter på hjælp til selvhjælp i en tid, hvor mange har svært ved at bevare livsglæden. For det enkelte menneske vil recepten på lykke altid være en fluktuerende og subjektiv størrelse, der består af flere ”del-recepter”.

Hvordan gør vi?

Recepten på lykke 2.0 kommer med adskillige bud på sådanne ”del-recepter” i form af positiv psykologiske interventioner (= lykkeaktiviteter) af særlig relevans i en krisetid. Se eksempler i boksen til højre.

Afslutningsvist vil jeg sige, at Recepten på lykke 2.0 utvivlsomt vil være en af de få fagbøger, som jeg vil vende tilbage til igen og igen – for budskaberne og øvelserne heri er allerede og vil altid være aktuelle og af stor sundhedsmæssig værdi, både for mig som privatperson og for mine patienter. //



FORFATTER: Jesper Bay-Hansen

UDGIVELSESDATO: 18/02/2021

ISBN-NR.: 9788799853229

SPROG: Dansk

UDGAVE: 1

SIDETAL: 388

LYKKEAKTIVITETER

- At rumme sine følelser – også de svære af slagsen
- At begrænse negativ tænkning
- At kultivere taknemmelighed og tilfredshed
- At finde ro kropsligt, mentalt, spirituelt
- At nyde (savoring)
- At socialisere og hygge
- At bruge humor: fra håndhygiejne til humørhygiejne
- At skabe mening i med- og modgang
- At håndtere sorg
- At udvikle sig og blomstre i et lykkemæssigt traume
- At føle og kultivere håb – også når der er meget at miste håbet over.

Practicus Podcast

"Practicus Podcast er en rigtig fin podcastserie"

Sådan konkluderer journalist Maria Cuculiza fra SundhedsKultur.dk i sin anmeldelse af Practicus Podcast, og fortsætter: "Practicus Podcast har godt styr på sin målgruppe, hvilket passer som fod i hose til det smalle medie, som podcast er tænkt som. Hvilket dog ikke forhindrer, at podcastene snildt kan høres af andre særligt interesserede, som ikke i forvejen er en del af almen praksis [...] anskuet fra den store klinge, hvor det primære må være kvalitet af indhold, er der ikke så meget brokke sig over, så udsendelserne kan kun anbefales, hvis man ønsker at vide, hvad der rører sig af tanker i klinikkerne i almen praksis, hvis læger møder flest patienter."

Dit toneleje kan være afgørende for, om du får klager som læge

Practicus Podcast #51 har kommunikationen mellem læge og patient som tema. FYAM-redaktør Jonas Ebert præsenterer historien om en lægekollegas klagesag. En sag, der endte med, at lægen ikke fik kritik. Derudover interviewer Jonas en kursusarrangør, der er uddannet skuespiller og performancecoach, som giver generelle råd til kommunikationen mellem læge og patient. Vil du vide, hvad der kan være den udløsende faktor for, at en patient sender sin klage afsted?

Find podcasten på dsam.dk under fanen Publikationer eller på den kanal, hvor du ellers lytter til podcast. //

