

Practicus

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



Juli 2021
44. årgang // 256

ALMEN MEDICIN

Stort valgår 2021, side 8-11, 46

3x3: Fra risikojagt til ressourcemobilisering, side 40-42

FYAM-klummen: Vi har ikke nogen læge, side 44-45



INDHOLD

LEDER

- 3 Lørdag den 12.

DSAM

- 4 DSAM i nordisk film-samarbejde
5 Anne Møller – ny lægefaglig konsulent
6 Bestyrelsens klumme
8 Det nationale og regionale arbejde hænger uløseligt sammen
9 Et stort valg i år
10 Kandidat til formandsposten

ARTIKLER

- 12 Psykometriske tests i almen praksis
14 Kan en mobilapp hjælpe diabetespatienter?
17 Ny vejledning om dyspepsi og reflux
18 Hvad skal du lave den 1. oktober 2021?
20 Mødet med professionelle har stor indflydelse
23 Betydning af akkreditering for lægers trivsel
26 Kys det nu (det satans lægeliv)
28 Virtuelt fyraftensmøde om klyngearbejde
30 Ulighed i sundhed hos LGBT
34 Værdighed i sundhed
36 Familielægen anno 2021
40 3x3: Fra risikojagt til ressourcemobilisering

FYAM

- 43 Kan omlægning af hoveduddannelsen give flere læger?
44 Vi har ikke nogen læge
46 Valg 2021

DEBAT

- 47 1002 er autonomi i praksis – og lægens styrke
48 Hvorfor forstår de os ikke?

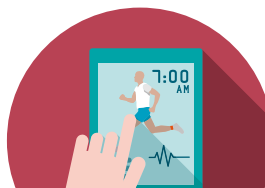
ANMELDELSE

- 50 Mærkbarhed – en anbefaling færd

OPSLAG

- 39 Lægedage
49 MPU-fonden
52 Practicus Podcast: Praksismanager

// s. 14



**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. 257
Frist for artikler: 1/8 2021
Udgivelsesuge: 39, 2021

Nr. 258
Frist for artikler: 20/10 2021
Udgivelsesuge: 51, 2021

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

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

FORSIDEFOTO
Udsigten fra Torup Lægehus.
Foto: Anne Louise Born Sylvest

OPLAG
4.900

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

”Lørdag den 12.”

Sammen med store dele af den danske befolkning sad jeg som limet til skærmen lørdag aften den 12. juni, fuld af post-corona optimisme og klar til startskuddet på mange ugers EM-fodboldfest på dansk hjemmebane for første gang i historien.

På et splitsekund ændredes optimismen og glæden til forfærdelse. Rædsel. Danmarks største fodboldspiller siden Laudrup lå nu med tomme, stirrende øjne på grønsværen. Christian Eriksens kollaps for åben skærm vækkede meget stærke følelser i alle – både på stadion og hjemme i stuerne over hele verden.

Selvom jeg har set en del genoplivningsforsøg, gjorde netop dette et meget stort indtryk. Det er ikke svært at forestille sig, hvordan lægfolk og ikke mindst børn og unge må have oplevet at se en livløs mand få hjertemassage. En 29-årig tilsyneladende rask mand i topform skal ikke dø på en fodboldbane for øjnene af 500 millioner seere.

På trods af den store forløsning ved den gode nyhed om

Eriksens stabile tilstand, har oplevelsen sat sig i den danske befolkning. Gad vide om vi i almen praksis kan forvente flere opkald fra bekymrede unge mænd med svimmelhed eller blot flere henvendelser om helbredsundersøgelser af raske, unge individer? Der kan drages parallel-ler til mediehistorier såsom thiazid og hudkræft, HPV-pigerne og starten på corona-pandemien, hvor en begivenhed med stor mediebevågenhed resulterede i mange ekstra kontakter til almen praksis.

Allerede samme aften som Eriksens kollaps modtog jeg flere henvendelser fra bekendte om, hvorvidt dette og hint symptom mon også kunne give hjertestop. Og mandagen efter kunne en god kollega berette om en oplevelse som tilsynslæge i et corona-vaccinationscenter. På én dag havde han oplevet cirka 10 tilfælde af vasovagale synkoper efter vaccination, og da en ung mand dejsede omkuld i observationsstuen, råbte de nærmeste vaccinerede op om hjertestop og ”hent hjertestarteren!”

Der er ingen tvivl om, at kapitlet om lørdag den 12. juni 2021 vil gå over i historien som en dag, hvor mange lærte, at der er vigtigere ting i livet end fodbold. Og at man kan redde liv med en hjertestarter – har du en i klinikken? //

Lørdag den 12. juni 2021

vil gå over i historien

som en dag, hvor mange lærte,

at der er vigtigere ting i livet

end fodbold.

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



KLUMME OM KOMMUNIKATION OG PRESSE:

DSAM i nordisk film-samarbejde



Så er der en ny film på vej fra dit videnskabelige selskab. I 2020 iværksatte vi biografkampagnen "Det gør en forskel, at vi kender hinanden" til befolkningen, og i skrivende stund arbejder vi med manuskriptet til en film om de nordiske pejlemærker, men denne gang henvender filmen sig til jer – de praktiserende læger.

"A Nordic movie could be a way to bring our Core Values further and to provide a frame of reference for our

professional identity," skriver vi i oplægget til filmen.

Med filmen vil vi gerne vise kollegerne imellem (og omverdenen), hvem de praktiserende læger er, og skabe opmærksomhed om de tanker, I gør jer om faget, når I med egne ord fortæller, hvad der er vigtigt for jer. Det bliver en fortælling om og en hyldest til jer og jeres arbejde. Det er en opgave, jeg personligt glæder mig meget til at tage hul på sammen med gode kræfter i sekretariatet. Også nordiske kræfter som f.eks. den kommende WONCA World President, Anna Stavdal, er med i manuskriptgruppen.

Kender du pejlemærkerne?

Pejlemærkerne blev udviklet i 2016. Senere blev de anerkendt som et fælles normsæt for almen praksis i alle nordiske lande. Filmene bliver til i regi af Nordic Federation of General Practice, og vi forventer, at den er klar til visning i efteråret på relevante møder og kanaler. Måske kan filmen blive et afsæt for jer, hvis I bruger den som debatoplæg til en snak om, hvad faget betyder for jer?

Et det længe siden, du har læst pejlemærkerne for faget? Du kan altid finde dem på dsam.dk/pejle

mærker. Hensigten med pejlemærkerne er at bidrage til en fælles identitet, så I som udøvende almenmedicinske speciallæger skaber mest mulig sundhed og velbefindende for den enkelte patient, har en ramme for den fælles faglige identitet og de faglige diskussioner, har fælles referencer i forhold til grund-, videre- og efteruddannelse og har et ensartet filter for samfundets forventninger.

En bank fuld af viden til dig

Et projekt, som fylder i øjeblikket, er selskabets nye vidensbank, som skal udbygge og skabe et erfaringsnetværk mellem alle de praktiserende læger i Danmark, men klinikpersonale og andre med interesse for kvalitetsudvikling i almen praksis kan også benytte den. Leder du efter en kollega med erfaring og viden om et særligt område? Mangler du inspiration? Eller vil du dele din viden? Så brug vidensbanken dsam.dk.

Dine kolleger har i øjeblikket travlt med at tilmelde sig DSAM's årsmøde, og det ser ud til, at vi får mange deltagere i år. Vi glæder os til at fejre selskabets forsinkede 50-års jubilæum, og at vi igen kan samles om lægefaglige aktiviteter. Vi ses i næste Practicus. //





Anne Møller

– ny lægefaglig konsulent i DSAM

Mød Anne Møller, som bliver ny lægefaglig konsulent i DSAM. Til efteråret bliver hun ansvarlig for selskabets udpegninger og høringer. Practicus har talt med Anne om jobbet og de fremtidige opgaver.



Hvad ser du mest frem til i din nye funktion i DSAM?

Jeg ser frem til at komme længere ind i maskinrummet i DSAM. Jeg har gennem de sidste år som formand for DSAM i Region Sjælland og medlem af den centrale bestyrelse lært organisationen rigtig godt at kende. Arbejdet i corona-taskforcen gennem det sidste års tid har givet mig yderligere indblik i det store arbejde, DSAM laver – også bag linjerne. Jeg glæder mig til samarbejdet med sekretariatet, som jeg virkelig har fået stor respekt for. Det er en fornøjelse at arbejde sammen med dem, og jeg kan godt lide at være den faglige sparring i forskellige sager.

Hvad kan du bidrage med?

I min dagligdag har jeg berøring med både forskning og praksis. Det mener jeg er en force i opgaven som lægefaglig konsulent. Det er en fordel at have et stort netværk i hele det almen-

medicinske miljø, både klinisk og forskningsmæssigt. Derudover er vi jo som almenmedicinere ret gode til at sætte os hurtigt ind i mange problemstillinger og forsøge at løse dem hurtigst muligt – eller spørge andre til råds eller visitere opgaven til en anden. Det tænker jeg også er en del af jobbet.

Hvad tror du bliver den største udfordring ved jobbet?

At forsøge at udfylde Lottes sko. Alle kender Lotte Hvas, så det bliver klart den største udfordring. Lotte har et kæmpe netværk og en meget stor og lang erfaring fra almen praksis. Desuden er det jo et meget fleksibelt job, men det betyder samtidig også, at det kan komme til at fylde ret meget i ens hverdag. Jeg er allerede med på side-linjen for at lære, hvordan Lotte håndterer opgaverne, og der er godt nok mange ting, man skal tage stilling til.

Det bliver også en udfordring at gå

fra at være politiker til at være embedsmand. Det er jeg spændt på. Det er f.eks. svært ikke at have holdninger til tingene – eller at lægge dem helt væk, når der er noget, man virkelig brænder for. Men der må jo heldigvis også gerne være almenmedicinske kerneværdier til stede i lægekonsulentarbejdet.

Hvorfor er høringer en vigtig del af DSAM's arbejde?

Det er en form for triagering. Vi visiterer og vurderer, hvad der er relevant at svare på. Og så er det med til at lægge en linje for, hvad vi mener, det er relevant at have en holdning til. Det er jo en mere usynlig del af selskabets arbejde. Jeg tænker, at jeg med arbejdet får endnu mere forståelse for, hvorfor høringerne er vigtige, men også hvor vigtige vores medlemmer, som deltager i forskellige udvalg, er for vores arbejde. //



BESTYRELSENS KLUMME:

Telefonen kan ikke erstatte det personlige møde

For få uger siden meddelte Danske Regioner, at de op-sagde særaftalen om 1002 – den tillægsydelse, man kunne bruge sammen med 0101, når man har afholdt en samtale af samme længde som en almindelig konsultation, men over telefonen. Dette har medført en del protester. Det er bl.a. blevet fremhævet, at det er nemmere for patienterne og kan give lige så god mening. Men kan det nu det?

Der er ingen tvivl om, at den ændrede arbejdsgang og -mængde ville have været et økonomisk hårdt slag for almen praksis i Danmark, hvis aftalen om 1002 ikke havde været der.

Denne aftale har, sammen med sygehusenes coronaklinikker, været med til at give os praktiserende læger mulighed for at skærme os mod personlig smitte og med til at sikre, at vores klinikker ikke blev smittecentraler. Det har været vigtigt, dels fordi vores gennemsnitsalder betyder, at vi kunne være blevet hårdt ramt, dels fordi vores klinikker er de steder, hvor de gamle og svage og syge mødes.

Nu er vi praktiserende læger næsten alle vaccinerede, og det er de ældste og svageste af vore patienter også. Sommerhalvåret med dets virusdræbende UV-indeks på over 3 er over os, og Danmarks genåbning er fornuftigt

i gang. Er det så ikke tid til at gå tilbage til de gammelkendte fremmødekon-sultationer?

Her er mange kollegaer uenige. De fremhæver de praktiske fordele, både for sig selv, men også for patienter, som enten ikke har tid eller har svært ved at transportere sig. De siger, at telemedicin er fremtiden, og at regionernes holdning er uigennemtænkt.

Jeg har nylig været i Israel for at lave et sammenlignende studie af vore to landes sundhedsvæsen. I den forbindelse interviewede jeg Nissim Alon, chefen for en af deres sygekasser. Han var meget begejstret for telemedicin. Han havde en vision for sin sygekasse: 100 pct. af alle konsultationer skulle være video-/telekonsultationer. Hans begejstring for telemedicin deles herhjemme af mange dygtige og fremtrædende kolleger, som Michael Hejmadi og Imran Rashid, selvom jeg dog ikke har hørt dem gå så langt som til helt at afskaffe fremmødet.

Jeg tilhører en fløj af os, som er mere bekymret over telemedicin. Jeg er glad

Selvom vi alle har haft en oplevelse af at kunne foretage mange konsultationer forsvarligt over telefonen, synes jeg, at vi skal spørge os selv, om vi nu også ærligt tror, at det var præcis lige så godt.

for, at vi har haft 1002-aftalen. Selvom jeg ikke synes, det skal være en permanent ordning, er jeg ikke sikker på, at tidspunktet for at afskaffe den er nu, hvor vi fortsat har nogle få kolleger og ældre patienter, som ikke er blevet vaccineret, og hvor smittetalene trods alt kunne være lidt pæne-re.

Hvis man nu lægger de praktiske og kortsigtede nutidsovervejelser til side og ser på fænomenet lidt mere principielt, ser jeg ganske mange problemer i at foretage andet end det mest simple over telefon og video.

Da jeg var medicinstuderende, lærte vi, at man aldrig måtte give prøvesvar over telefonen, end ikke helt godartede svar, for så ville patienten jo gætte, at det var galt, når man pludselig ikke ville give svaret over telefonen. Indgangsvinklen var helt klar; man skulle være der fysisk for at samle op på patienten. Undervejs i min karriere er dette blødt noget op: først med negative prøvesvar, så med positive cyt-smear og nu selv med cancer-scanninger.

Min erfaring er, at hvis man har en god og lang relation med patienten, kan man have en rigtig god kontakt over telefonen, omend ikke helt så god som ved det personlige fremmøde. Men jo mindre man kender patienten, jo større er risikoen for, at man går fejl af hinanden, og jo mere alvorligt emnet er, jo større er konsekvenserne. Ville I foretage en ansættelsessamtale med en ny lægekollega over telefonen? Eller over video?

Selvom vi alle har haft en oplevelse af at kunne foretage mange konsultationer forsvarligt over telefonen, synes jeg, at vi skal spørge os selv, om vi nu også ærligt tror, at det var præcis lige så godt. Min påstand er, at det

er det kun næsten. Og hvad sker der på sigt? Hvis vi pludselig har størstedelen af vores kontakter over telefonen? Min frygt er, at den stærke personlige relation, vi traditionelt har haft med patienterne, over tid udvandes, og at vi med tiden ender et sted, hvor vi ikke fagligt og menneskeligt vil være.

Hvad siger evidensen? Har vi noget forskning, som kan hjælpe os her? Der er flere problemer med evidensen. For ingen studier har endnu undersøgt telemedicin på den måde, som vi har brugt det nu, hvor det – ud over patientens præference – også er coronapandemien, der har lagt et vist pres på, hvad der kan tages over telefon eller video.

Den forskning, som foreligger på området, har konkluderet meget forsigtigt, at der ikke er evidens for, at telefonkonsultationer er lige så gode som fremmødekonsultationer.

Denne forsigtighed bør kun blive større, når indgangsvinklen nu ikke er en forsigtig introduktion, men et praktisk hensyn.

På det mere teoretiske plan synes jeg, det er vigtigt at forholde sig til to begreber, før man udvider vores nuværende telefonkonsultationer, som er korte beskeder om aflukkede problemstillinger, til at være egentlige samtaler og konsultationer – bare uden fysisk fremmøde: spejlneuroner og "the doctor drug". Det er to begreber, som i høj grad kan give en teoretisk baggrund til min og mange andre lægers oplevelse af, at en fremmødekonsultation bare er bedre.

Pladsen for denne klumme tillader ikke en fuld gennemgang, men kort fortalt drejer det første sig om det fænomen, at lægens måde at være fysisk til stede i rummet på kan påvirke

Lægens måde at
være fysisk til stede
i rummet på kan påvirke
patienten betydeligt
mht. forståelse og
compliance.

patienten betydeligt mht. forståelse og compliance. Er læge-patient-kontakten god, vil man ofte se, hvordan patientens kropsholdning efterligner lægens, og at det i høj grad forstærker patientens emotionelle forståelse af konsultationen – noget som i sidste ende medfører bedre compliance og udbytte. Der er ikke tale om alternative teorier, men om et veletableret fysisk fænomen, som genfindes hos alle højerestående dyr.

Det andet punkt, "the doctor drug", formodes kendt, måske under et andet navn, af de fleste læsere. Begrebet dækker, at lægens person og måde at være på kan betragtes som et lægemiddel.

Jeg håber, at vi ikke lader os kaste ud i mere permanent brug af telemedicin, bare fordi vi i en periode har været tvunget ud i det. Jeg håber også, at vi som stand vil løfte blikket fra, hvad der er nemt og praktisk lige nu, og i stedet fokusere på, hvad der er godt i længden. Hvis der skal indføres mere permanente telemedicinske løsninger i stil med 1002-ordningen, bør det være som et klinisk forsøg, så vi får mulighed for at evaluere ordningen. //



Det nationale og regionale arbejde hænger uløseligt sammen

I DSAM foregår meget koordinering og arbejde centralt. Det er her, vi sætter sidste punktum i høringsvaret, opdaterer hjemmesiden, sender nyhedsbreve ud og koordinerer med pressen. Men alt dette kunne ikke ske uden koordinering med en række af DSAM's medlemmer – enten dem, der er aktive i selskabet som udpegede, som er medlemmer af en regionsbestyrelse eller eksempelvis er med til at skrive en vejledning om et givent emne, som kommer alle kolleger til gode.

For at vi kan udtale os om bestem-

te emner, lave repræsentative vejledninger og fyldestgørende høringsvar, er det essentielt, at vi ved, hvad der foregår, og hvordan forholdene er – både lokalt og regionalt. Præmissen er måske ens for at udøve faget, men vilkårene er forskellige, afhængig af om du bor i Thyborøn, Troense eller Tølløse. Der er forskellige henvisningsmuligheder, forskellige patientgrupper, forskellige måder at organisere arbejdet på etc.

Hvad laver DSAM's repræsentantskab?

Man tænker måske ikke over det til daglig, men regionsbestyrelserne udgør det øverste lag i selskabet, nemlig repræsentantskabet, og er fordelt med repræsentanter i alle regioner. Og det er vigtigt for at sikre, at der er stemmer og input fra alle egne og landsdele – både når der skal besluttet sager på repræsentantskabsmøder og drøftes fagligt input, men også når der skal vælges formand.

Hvert år er der valg til repræsentantskabet, og alle ordinære medlemmer kan stille op. I år foregår det 8.-15. september. Du kan jo allerede nu overveje, om det er noget for dig.

Som medlem af en regionsbestyrelse er man med til at arrangere temamøder for kollegerne, og man samarbejder regionalt med for eksempel PLO, FYAM, regionerne, klyngerne, KAP-enhederne og forskningsenhederne. Igen er man ikke alene – man får hjælp centralt fra til regnskab, planlægning og kommunikation. Og det bedste er nok, at man møder en masse andre engagerede kolleger.

Godtgørelse for anvendt tid

Man får godtgjort den tid, man bruger på repræsentantskabsmøder, som holdes 1-2 gange pr. år. Ligeledes får man godtgjort transport og mødedeltagelse for de møder, man deltager i som medlem af regionsbestyrelse, bestyrelse eller et af DSAM's faste udvalg – hvad enten møderne holdes i dag- eller aften. Se de gældende takster på www.dsam.dk.

Dette er en beslutning, der for ny- lig er truffet i bestyrelsen for at tiltrække flere til at involvere sig i det fagligt politiske arbejde. Måske var det noget for dig? Læs mere på valg- siden: dsam.dk/valg //

VIDSTE DU?

- At DSAM har knap 5.000 medlemmer
- At medlemmerne omfatter:
 - 2.700 erhvervsaktive speciallæger i almen medicin
 - 1.500 yngre almenmedicinere (FYAM'ere)
 - 250 medicinstuderende (SAMS'ere)
 - 450 pensionerede speciallæger



Et stort valg i år

Til efteråret skal vi have valgt nye medlemmer til regionsbestyrelserne, som tilsammen danner DSAM's repræsentantskab. Det er altid vigtigt, men i år får valget også stor indflydelse på bestyrelsen, da mange af de nu udpegede bestyrelsesmedlemmer må gå af, fordi de f.eks. har opbrugt deres funktionstid. Det gælder også selskabets formand.

Valg til repræsentantskabet

Selvom det kan føles som ekstra arbejde at være repræsentant, kan det også være en energibooster. Lise Dyhr, der er formand for regionsbestyrelsen i hovedstaden, beskriver det sådan her:

”Det vigtigste er næsten det, man selv får ud af det ved at deltage: spændende og lidt mere overordnede faglige diskussioner, der sætter det daglige kliniske arbejde i perspektiv – især hvis man synes, man er kørt lidt træt i det. Det giver energi og overskud at udveksle, sparre og gå i clinch med

kolleger, at finde fælles ståsted og være med til at styrke det fag, vi har valgt, og som giver mening for os. Og man bestemmer jo selv, hvor mange opgaver man vil påtage sig.”

Repræsentanter har god mulighed for at deltage i arbejdet med at synliggøre faget blandt befolkningen, embedsværk og politikere. Og som noget helt nyt godtgøres den tid, man bruger på møder i repræsentantskabet, regionsbestyrelserne, bestyrelsen og de faste udvalg.

Der holdes valgmøder i alle regioner i august. Selve valget foregår elektronisk i perioden 8.-15. september.

Ønsker du at stille op, skal du sende et valgoplæg og gerne også et foto af dig selv til dsam@dsam.dk senest den 1. september kl. 12. Der er ingen krav til længden af dit valgoplæg, men det kan for eksempel indeholde lidt om din baggrund, og hvad dine mærkesager er.

Vi skal have ny formand

En af de første beslutninger, det nye repræsentantskab bliver stillet overfor, er valget af ny formand. Den nu-

værende formand, Anders Beich, kan ikke genvælges. Der skal derfor vælges en ny på repræsentantskabsmødet den 2. oktober.

Formanden i DSAM har mange opgaver, og det kan se ud som en uoverkommelig opgave både at stille sig til rådighed for medierne, deltage i bestyrelses- og udvalgsmøder samt faglige arrangementer, svare på høringer, rådgive ministerier og myndigheder og meget andet. Så man skal selvfølgelig brænde for faget og ville arbejde målrettet for at udvikle almen praksis i det 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.

Formanden skal være speciallæge i almen medicin og medlem af DSAM. Kandidater kan stille op helt frem til repræsentantskabsmødet. Hvis du ønsker at stille op som formand, skal du meddele dit kandidatur ved at sende en mail til dsam@dsam.dk. //

Læs meget mere på dsam.dk/valg





Kandidat til formandsposten i DSAM

Jeg stiller op til posten som formand for DSAM. Jeg har siddet i DSAM's hovedbestyrelse i seks år og har efterhånden fået nogle fokuspunkter, jeg ser som helt centrale – også for fremtidens almene praksis. Her er, hvad jeg vil arbejde for, hvis jeg bliver valgt.

Den praktiserende læge er uddannet i en naturvidenskabelig tradition, men skal løse opgaver, der kræver indlevelse, kommunikation, og samfundsforståelse – egenskaber, vi nogle gange aflærer i løbet af lægestudiet, fordi de bliver fortrængt af mængderne af paratviden og den biomedicinske tankegang. Så vi må genlære af vores patienter hver dag i den kliniske praksis, når vi møder patientens forventning om at blive set og hørt som et menneske og ikke som en samling sygdomme.

Læge-patient-relationen er derfor et nødvendigt redskab i vores patientarbejde: Hvis vi ikke kan gøre patienten tryk, så får vi ikke de oplysninger, vi behøver for at kunne træffe de rigtige sundhedsfaglige beslutninger.

Men når det lykkes at forene naturvidenskabelige metoder og humanistiske færdigheder, så hjælper vi vores patienter bedst i både hverdag,

krise og livsfare, og så er det godt at være praksislæge.

Og så vil vi forblive den mest centrale sundhedsperson for langt de fleste mennesker i Danmark.

DSAM bør arbejde for, at både **forskning, kvalitet og undervisning** finder en balance imellem den effektive behandling af menneskekroppe og måltal og en personcentreret indsats.

Forskningsenhederne har i dag allerede mange projekter, der belyser dette, og flere er på vej. Det er vigtigt, vi får ny viden ud at arbejde i klinikkerne, og DSAM bør være en aktiv medspiller her.

Kvalitetsarbejdet i klyngerne skal drives af data, og dermed forstår man som regel taldata, men det er ikke alt, hvad der er vigtigt, der kan måles i tal, og ikke alt, hvad der kan måles, der er vigtigt. Kollegiale fællesskaber, hvor vi deler de svære, sjove og tankevækkende historier med hinanden, har i årtier været en central del af vores

FORMANDSVALG 2021

DSAM skal til efteråret have ny formand, da Anders Beich efter seks år på posten ikke kan genvælges. Practicus bringer valgoplæg fra kandidater til formandsposten i dette blad og i nr. 257, som udkommer i ugen op til repræsentantskabsmødet. Deadline for aflevering af valgoplæg til Practicus er 10. august 2021. Send dit valgoplæg til dsam@dsam.dk. Man kan stille op helt frem til 2. oktober 2021, som er dagen for repræsentantskabsmødet.

kvalitet. Den del bør vi styrke, for uanset om vi sidder i solopraksis eller i større huse, har vi brug for fagfællesskaber. Ikke mindst arbejdsmiljøundersøgelsen har vist os dette. Udbrændthed er den største trussel mod vores kvalitet.

Uddannelsen til almen medicin og vores efteruddannelse skal ruste os til at løse opgaverne som den vigtigste sundhedsperson i det nære sundhedsvæsen. Vi skal kunne en hel del mere end Dr. Watson nogensinde kommer i nærheden af. Vi skal sætte mål sam-



Kommunikation med omverdenen foregår på alle tider af året og i al slags vejr. Foto: privat.



men med patienten. Lede praksisteamet. Hente hjælp i litteratur, guidelines og hos specialisterne. Koordinere med hjemmepleje, akutteam, fysioterapeut, ergoterapeut, psykolog, jordemoder, sundhedsplejerske, kiropraktor, PPR, jobcenter, osv. Får vi altid de oplysninger, vi behøver? Kan vi altid give de opgaver videre, som ligger bedre et andet sted?

Så er der spørgsmålet om **data**. Historien har vist os, at elektroniske sundhedsdata, der pooles centralt i store puljer, frister til misbrug, enten lovligt eller illegalt. Data bør ikke forlade journalen uden patientens samtykke, så risikerer vi tillidsbrist. Men vi har brug for at kunne trække data i vores egne journalsystemer for at finde dem, der har brug for en ekstra indsats på den ene eller anden måde. DSAM bør arbejde for, at vores journalsystemer op-ruster på dette område.

En politisk reform af sundhedsvæsenet har længe rumlet rundt i det politiske landskab, selvom regeringen har skiftet partifarve undervejs. Sek-

torovergangene er stadig et uløst problem, overleveringerne er usikre, og mange patienter oplever, de falder mellem stolene. Regionerne og kommunerne er klar over, at de må samarbejde for at kunne få nye midler. Det bliver spændende at se, hvad der kommer ud af det, og hvilken rolle vi i almen praksis bliver tiltænkt.

DSAM bør vedvarende gøre beslutningstagerne opmærksomme på, at vi har hovedparten af kontakterne i sundhedsvæsenet, nemlig årligt 41 mio. mod sygehusenes 34 mio. Meget af det sundhedsfaglige arbejde, vi laver, er "usynligt", fordi vi selv afslutter opgaverne. I samarbejde med kvalitets- og forskningsenhederne må vi arbejde på at kunne vise omverdenen, hvad vi laver i almen praksis, for at kunne skabe de nødvendige rammer til vores arbejde.

DSAM bør arbejde for **bedre kommunikation i det nære sundhedsvæsen**, så vi ikke nødvendigvis behøver at have sygehusvæsenet ind over, når opgaverne skal løses.

DSAM skal have et stærkt samarbejde med PLO. Vi har forskellige opgaver: DSAM skal vise, hvad vi kan, og undersøge, hvad vi er de bedste til. Hvad der derfor med fordel løses i almen praksis – og hvad der ikke bør ligge hos os. DSAM kan dog aldrig love noget på vegne af kollegerne, muligheder bliver først forpligtende, når der er forhandlet en aftale med PLO.

Almen praksis består først og fremmest af de mennesker, vi er, med mange basale færdigheder og med forskellige små og store spidskompetencer inden for de forskellige dele af faget.

Forskellighederne er en styrke for faget, som giver kreativitet, virkelyst og udvikling. DSAM bør arbejde for, at der til stadighed er plads til forskellighederne i vores fag. //



Psykometriske tests i almen praksis: Forbedring af spørgeskemaer til at måle stress, angst og depression

Den mentale tilstand hos patienten måles ofte med et spørgeskema i almen praksis. Nogle af de mest udbredte er PSS, ASS og MDI. Men skemaerne måler ikke præcist, så hvis de reelt skal kunne supplere diagnosticeringen, skal de forbedres. Det er fokus i et nyt ph.d.-projekt i Aarhus.

blemer med testene, som kan medføre fejlagtig fortolkning af resultaterne og i værste fald føre til suboptimal diagnostik og behandling. Derfor er der behov for, at skemaerne bliver modificeret og evalueret i almen praksis.

FAKTA OM DE TRE SPØRGESKEMAER

- PSS kan bruges som et diagnostisk støtteværktøj, hvor man bruger totalscoren til at vurdere, hvor hårdt patienten selv føler sig ramt af stress.
- ASS kan bruges som et screeningsværktøj, som estimerer, hvilken angsttype der er mest dominerende i patienten, eller man kan bruge totalscoren til at vurdere effekten af den givne behandling.
- MDI kan bruges som et diagnostisk værktøj ved at måle antallet af kerne- og ledsagesymptomer, eller det kan bruges til at vurdere sværhedsgraden af depression ved hjælp af den totale score.

Når patienten kommer med mentale helbredsproblemer, bruger vi ofte et spørgeskema – en psykometrisk test – til at måle sværhedsgraden. Tre hyppigt anvendte i almen praksis er Perceived Stress Scale (PSS), som er udviklet til at måle stress, Anxiety Symptom Scale (ASS), som er udviklet til at måle angst, og Major Depression Inventory (MDI), som er udviklet til at måle graden af depression.

Psykometriske tests er vigtige redskaber, som kan supplere lægens øvrige kendskab til patienten og den objektive vurdering i udredningen og monitoreringen af lidelserne. Sygesikringsregisteret viser, at de praktiserende læger i Danmark bruger cirka 200.000 psykometriske tests årligt. ASS og PSS er dog aldrig blevet evalueret i almen praksis, og tidligere studier af de tre skemaer har påvist pro-

Hvad er en pålidelig skala?

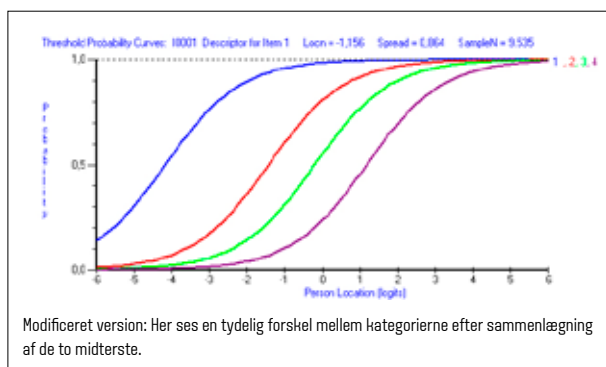
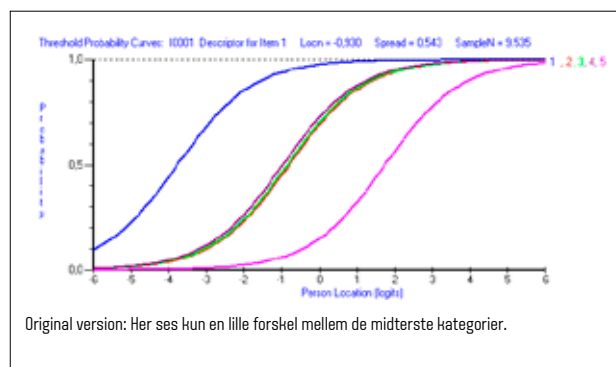
I alle tre spørgeskemaer bliver patienten bedt om at angive, hvor stor en del af tiden en række symptomer har været til stede inden for en given tidsperiode. Symptomerne er udvalgt, så de dækker hele spektret af den pågældende sygdom. Alle tre skemaer er sygdomsspecifikke og anvendes på indikation af den sygdom, som de forsøger at måle.

Hvis vi i almen praksis ønsker at bruge psykometriske tests til at måle graden af depression, angst eller stress, kræver det en pålidelig skala, som er valideret i en population, som er relevant i almen praksis.

For at en skala kan betragtes som pålidelig, skal tre kriterier være opfyldt: den må kun måle én ting, den skal måles ens for alle patientgrupper, og to spørgsmål må ikke dække over samme aspekt af den sygdom, som vi forsøger at måle.

Når skalaen kun måler én ting, kal-

SÅDAN VIRKER SPØRGESKEMAET: Figuren viser en matematisk præsentation af spørgsmål 1 i ASS-skemaet: Har du været nervøs, anspændt eller følt indre uro? Hver kurve svarer til det sted på sværhedsgraden, hvor man har lige stor sandsynlighed for at svare på to tilstødende svar kategorier.



der vi den endimensionel. Det er vigtigt, fordi scoren på de enkelte spørgsmål ofte lægges sammen til en totalscore, som vi bruger til at anslå graden af den pågældende sygdom. I den forbindelse er det relevant at undersøge, om alle spørgsmålene skal indgå i totalscoren. En konsekvens heraf er, at vi kan rangordne spørgsmålene og svarkategorier på en akse, som svarer til sværhedsgraden af sygdommen. I den lette ende ligger de spørgsmål, som er lettest at svare bekræftende på, og i den svære ende ligger de spørgsmål, som er sværest at svare bekræftende på. For eksempel er træthed placeret i den lette ende på MDI, mens tanker om, at livet ikke er værd at leve er placeret i den svære ende.

Skalaen bør måle ens for alle typer af patientgrupper. Den må ikke systematisk overvurdere (for høj totalscore) eller undervurdere (for lav totalscore) graden af sygdommen for bestemte patientgrupper. Et eksempel kunne være, at en patient oplever medicinbivirkninger, som minder om de symptomer, der spørges ind til i skemaet, f.eks. mindsket appetit. En høj score på dette spørgsmål betyder ikke nødvendigvis, at patienten har en større grad af sygdommen, men er blot et udtryk for bivirkningerne.

To spørgsmål må ikke dække over det samme aspekt af den sygdom, som vi forsøger at måle. Hvis to spørgsmål

minder for meget om hinanden, risikerer man at overvurdere graden af sygdommen blandt personer, der ligger over dette niveau.

Hvis man skal være sikker på, at man bruger en pålidelig skala i almen praksis, skal alle disse punkter være testet og evalueret i en population i almen praksis.

Oprindelige udgaver er ikke pålidelige

Hverken ASS eller PSS er evalueret i almen praksis, mens tidligere studier af MDI i almen praksis og PSS i andre populationer har påvist problemer med begge spørgeskemaer.

MDI har problemer med spørgsmålene vedrørende søvn og appetit. Derudover har man – for alle spørgsmål i skemaet – fundet, at det er svært for patienterne at vurdere, om symptomerne har været til stede lidt under halvdelen eller lidt over halvdelen af tiden. Det kan udfordre præcisionen af totalscoren, men det kan også påvirke den diagnostiske præcision, da et ledsagesymptom vurderes at være prævalent, hvis det er til stede i mindst lidt over halvdelen af tiden.

ASS har (som MDI) seks mulige svarkategorier for hvert spørgsmål. Også her har det vist at være svært for patienterne at skelne mellem de to midterste svarkategorier.

De fleste studier konkluderer, at

PSS ikke er endimensionel. Altså giver en totalscore ikke nødvendigvis et let fortolkeligt resultat. En mulig forklaring kunne være, at respondenter forvirres af, at nogle spørgsmål er negativt formuleret, mens andre er positivt formuleret.

Hvad gør vi så?

I et nystartet ph.d.-projekt ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus ønsker vi at validere ASS-skemaet i almen praksis. Vi vil også foreslå nye versioner af alle tre spørgeskemaer, som adresserer de problemer, der har vist sig i de oprindelige skemaer. De nye versioner skal testes i en population i almen praksis, og de skal sammenlignes med de originale versioner af spørgeskemaerne.

Formålet er at få mere valide redskaber, som kan hjælpe den praktiserende læge med at diagnosticere og behandle de mange patienter, som søger hjælp til at håndtere, stress, angst eller depression. //

VIL DU HØRE MERE?

Hvis du vil høre mere om projektet, er du velkommen til at kontakte ph.d.-studerende Henrik Schou Pedersen på henrikp@ph.au.dk



Kan en mobilapp hjælpe diabetespatienter?

Som led i forskningstræningen på hoveduddannelsen undersøgte Fatin Willendrup i et litteraturstudie, om brugen af mobile sundhedsapplikationer (mhealth) har en positiv effekt på den glykæmiske kontrol hos patienter med type 2-diabetes.

I Danmark er der rivende udvikling inden for digital sundhed. Flere projekter regionalt og nationalt skal ruste både læger og patienter til bedre at kunne forstå og bruge digitale løsninger. Læger og borgere skal blandt andet trygt kunne finde vej i "app-junglen".

Som følge af økonomiaftalen mellem regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening er der lagt en strategi for digital sundhed for årene 2018 til 2022. I denne aftale beskrives, at man vil udforme en guide til sundhedsapps, som skal gøre det nemmere at udvælge og bruge sundhedsapps af høj kvalitet til borgere/patienter og sundhedsprofessionelle. Guiden vil kun vise et udvalg af de sundhedsapps, der lever op til en række fastsatte kriterier, f.eks. for data-sikkerhed.

Mobile enheder kan bruges til at spore, registrere og tilslutte data samt guide mange aspekter af sundhedsvæsenet. Helt generelt ved de fleste læger nu efterhånden, at smartphones

kan bruges som medicinsk udstyr i flere specialer, f.eks. inden for prænatal pleje, oftalmologi og dermatologi.

For en person med en kronisk sygdom, f.eks. type 2-diabetes (T2DM), kan vedvarende opfølgning betyde bedre sygdomskontrol og muligvis mindskelse af sygdomskomplikationer.

Mobil sundhed er tilgængelig døgnet rundt. Da over 88 pct. af befolkningen i Danmark har en smartphone,

er det kun et spørgsmål om tid, hvornår den kan bruges som et led i behandlingen for diverse sygdomme.

Digital sundhed - en hjælp?

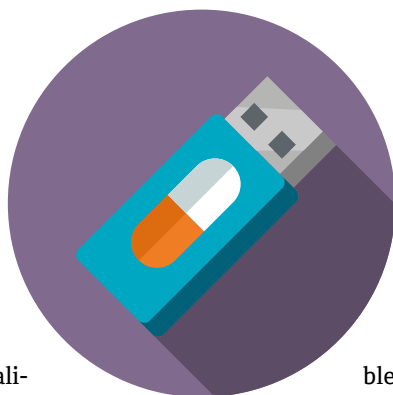
I de seneste år er "mobile health" (mhealth) til patienter med T2DM blevet diskuteret som støtteværktøj til sygdomskontrol. Flere studier har vist, at mhealth kan være en god hjælp, især for patienter med dårlig kontrol af T2DM. Det er dog uklart, hvor ef-

Fordele ved Mhealth

- Mobilt og let tilgængeligt
- Øjeblikkelig datadeling
- Kontinuerlig dataindsamling
- Giver overblik over udvikling
- Direkte kommunikation med patienter
- Kan tilpasses patientens og lægens behov
- Letter patientuddannelse.

Udfordringer ved Mhealth

- Kræver evne til at håndtere mobile apps og indtaste sundhedsdata kontinuerligt.
- Mangel på "kvalitetsindikator" gør, at patienter og sundhedspersonale har svært ved at stole på og bruge sundhedsapps i det daglige.
- Svært at gennemskue, om brugen af mobile apps er mere effektiv til sygdomskontrol end "usual care".
- Svært at finde en app, der dækker det behov, som patient og læge har ifm. kontrol og behandling af en sygdom.
- Manglende regulatorisk validitetsprocedure af mhealth.



fektive og valide mobile apps er til at reducere det glykæmiske indeks (målt ved HbA1c) hos patienter med T2DM.

Vi mangler stadig en klar og struktureret tilgang til brugen af digitale midler til monitorering og behandling af patienter med T2DM. Årsagen er blandt andet, at der mangler god evidens af, om digital sundhed og mhealth har en klart positiv og relevant effekt i både primær- og sekundærsektoren i Danmark. Herudover ved vi endnu ikke, om brugen af mhealth kan spare sundhedssystemet penge på den lange bane, eller om det blot er en ekstra tidskrævende feature, læger kan forholde sig til.

Litteraturstudie om mhealth

Som en del af min forskningstræning på hoveduddannelsen lavede jeg et litteraturstudie om mhealth og T2DM. Litteratursøgningen resulterede i 10 studier (maks. fem år gamle), som blev inkluderet. I de inkluderede studier

blev "usual T2DM care" sammenlignet med mhealth-intervention. Her fandt man en signifikant reduktion af HbA1c i mhealth-gruppen.

Det mest relevante og største systematiske review fra 2020 viste en reduktion af HbA1c på mellem -0,3 pct. og -0,5 pct. ved brug af mhealth i forhold til den standardiserede T2DM-kontrol, som vi kender den i dag i almen praksis.

Et studie fra 2018, som gennemgik randomiserede kliniske studier (RCT'er), understøttede ovenstående konklusion, da man fandt en signifikant reduktion af HbA1c på -0,39 (95 pct. CI: -0,51 til -0,26) i mhealth-gruppen (se Figur 1).

I RCT-studierne var der dog stor heterogenitet [$I^2=80,8$ pct.], lille population og relativt kort interventionsperiode. Det betyder, at man i dette studie har haft svært ved at sammenligne de forskellige mhealth-interventioner.

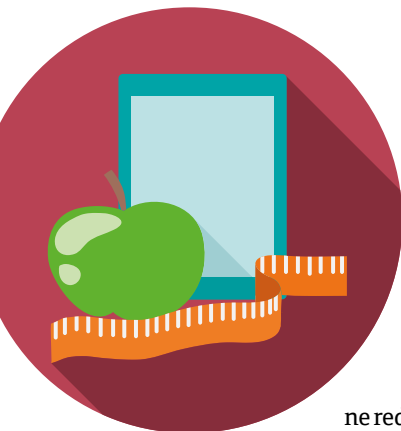
Spørgsmålet er derfor, om den fund-

Digital sundhed i udlandet

- I Tyskland er de ved at lave en lovpakke, der fremmer den digitale udvikling inden for sundheds- og plejesektoren. Lovpakken vil gøre det muligt at få pleje-apps på recept. Det betyder, at læger kan ordinere en sundhedsapp, som er regulatorisk valideret, hvorved den tyske regering betaler for brug af appen (medlemskab eller abonnement).
- Apps på recept er ikke helt nyt i Tyskland. Et lignende koncept er allerede søsat med de såkaldte "Digitale Gesundheitsanwendungen" (DiGA). Disse er også sundhedsapps, der dog ikke er direkte rettet mod plejesektoren.
- I England har man ORCHA og NHS Apps Library. Og i New Zealand har man Health Navigator, hvor man som sundhedsperson kan få et struktureret overblik over de sundhedsapps, der er valideret og kan bruges som støtte eller direkte behandlingsværktøj.

Hvad er mhealth?

Mobil sundhedsteknologi er brugen af smartphones, tablets og andre mobile enheder til at levere (forebyggende) sundhedsydelser. Mhealth er en hurtigt voksende faktor i det moderne sundhedsvæsen i både Danmark og udlandet.

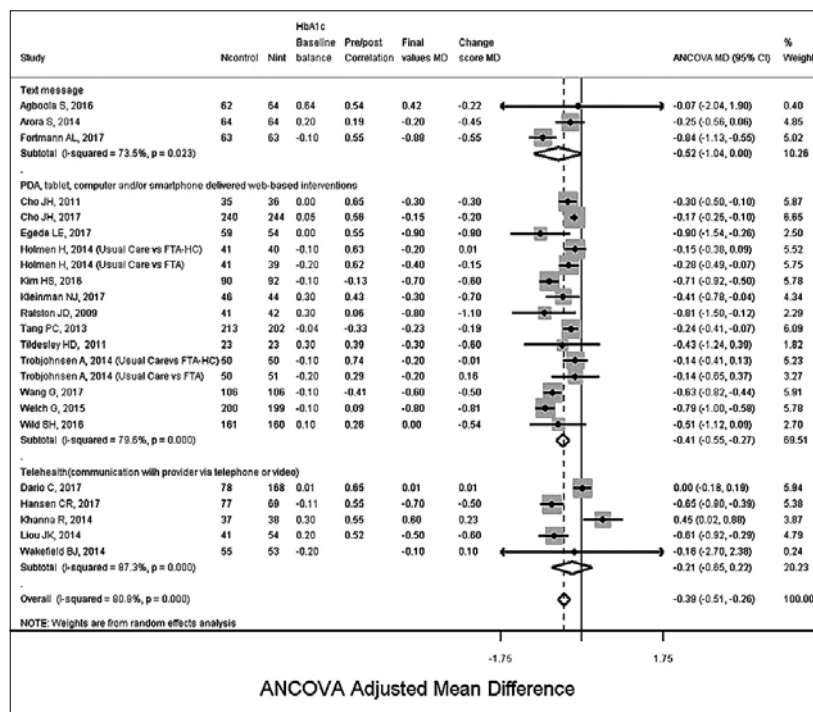


ne reduktion i HbA1c er klinisk relevant og brugbar? Er den tilstrækkelig til, at vi læger nu i praksis skal til at kigge efter mobile apps, der kan hjælpe med bedre kontrol af T2DM?

Et stykke vej endnu

Mhealth giver mobilitet, øjeblikkelig datadeling og -indsamling samt direkte og kontinuerlig kommunikation med patienter, hvilket muliggør mere effektiv sygdomsadministration.

En effektiv implementering af mhealth til T2DM-patienter kræver blandt andet tre ting. For det første kræver det en vurdering af den langsigtede effekt (>12 mdr.) af mhealth vs. ususal care på HbA1c. For det andet har vi brug for socioøkonomiske beregninger på, om der reelt er en samfundsmæssig besparelse af midler ved (del-



Figuren er fra et 2018-review og en metaanalyse af 21 RCT'er, der sammenligner T2DM usual care med mhealth intervention. I den viste forest plot ser man, at ved brug af mhealth findes en gennemsnitlig mer-reduktion af HbA1c på -0,39 (95% CI: [-0,51 to -0,26]) sammenlignet med usual care af T2DM. Kilde: Hebede et al, 2018, Diabetes Technol Ther, 2018 Nov.

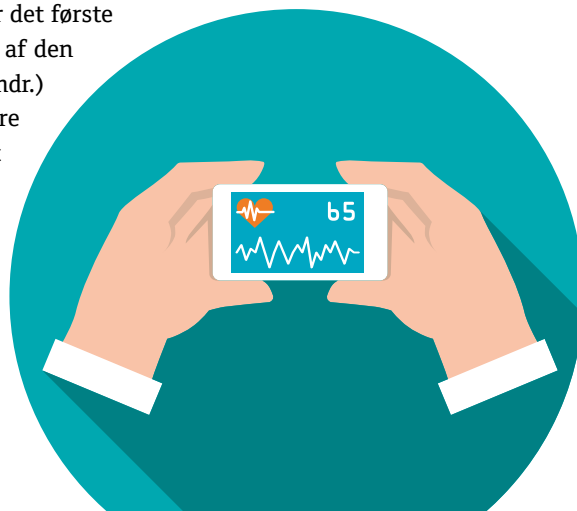
vist) at overlade T2DM-patienter til mobile apps. For det tredje kræver det tilpassede, brugervenlige og valide T2DM-apps, der har en markant positiv effekt, som er videnskabeligt påvist, på glykæmisk kontrol hos patienter med T2DM.

Brugen af sundhedsapps åbner mange diskussioner. Kan og skal læger bruge apps i det daglige arbejde i klinikken? Er det noget, man henviser til eller ordinerer? Hvem har ansvaret? Hvordan sikrer vi, at læger har adgang til relevante data – og at de rent faktisk

bruger dem? Apps som Hedia, LIVIA Health og My-Sugr er førende inden for diabetes, men ikke ret mange sundhedspersoner kender til dem og bruger dem aktivt.

Vi indtaster data i RKKP, og flere læger bruger forløbsplaner for kroniske sygdomme som f.eks. T2DM, men spørgsmålet er, om patienten får noget ud af dette arbejde.

Digital sundhed kan lette lægens arbejde – tag for eksempel den veldefinerede og simple "Medicinkortet" og "Min læge" eller brugen af digitale sundhedsydelser under coronapandemien. Men før vi kan få flere gode eksempler, er vi nødt til at have en god og struktureret tilgang til håndteringen af sundhedsapps og mhealth generelt. //





Af: **Peter Fentz Haastrup**, hoveduddannelseslæge i almen medicin, ph.d. og lektor ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, og **Dorte Ejg Jørbøl**, praktiserende læge, ph.d. og professor ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense - phaastруп@health.sdu.dk

Ny vejledning

om udredning og behandling af voksne med dyspepsi og refluks

DSAM's første vejledning om udredning og behandling af voksne med dyspepsi kom i 2009. Meget har ændret sig siden da, så vejledningen er nu blevet opdateret med den nyeste viden på området.

DSAM lancerede sin første vejledning om udredning og behandling af voksne med dyspepsi i 2009. Meget vand er løbet i åen siden. Vores fag står som bekendt ikke stille, så der var behov for en opdatering af vejledningen med den nyeste viden på området.

DSAM nedsatte derfor en arbejdsgruppe. Ud over denne artikels forfattere bestod arbejdsgruppen af overlæge, ph.d. Jane Møller Hansen, Afdeling for Medicinske Mave-tarmsygdomme på Odense Universitetshospital, og praktiserende læge, ph.d. Hans

Christian Kjeldsen, Lægefællesskabet Grenå. Arbejdsgruppen blev valgt på baggrund af flere års praktisk, forskningsmæssig og formidlingsmæssig erfaring inden for området.

I arbejdsgruppen har vi foretaget en større gennemgang af originalliteratur samt nationale og internationale guidelines ud fra en almenmedicinsk synsvinkel. Derefter har vi sammenskrevet den fremfundne viden til konkrete råd med fokus på den del af udredning, behandling og opfølgning, der iværksættes og håndteres i almen praksis. Vejledningen har været igennem en høringsproces, bl.a. hos relevante specialespecifikke videnskabelige selskaber, for at sikre sammenhæng mellem fagområderne og fælles fodslag med kollegerne i sekundærsektoren.

Nyt om behandling

Særligt på medicinområdet er der siden 2009 kommet ny viden, som er inkluderet i den opdaterede udgave af vejledningen. Det drejer sig om bivirkninger ved behandling med syrehæm-

mende medicin (protonpump hæmmere) og risiko for over- og underbehandling med disse lægemidler, der er blandt de hyppigst udskrevne lægemidler i almen praksis.

Vejledningen giver opdateret viden om udrednings- og håndteringsstrategier, når patienterne henvender sig med symptomer fra den øvre del af maven, så vi i praksis kan medvirke til at sikre rationel anvendelse af syrehæmmende medicin.

Et nyt aspekt af behandlingen er også den løbende patientopfølgning, hvor vi i vejledningen giver vores bud på, hvad en årsstatus for patienter i PPI-behandling kan indeholde. Vi har også inkluderet den nyeste viden om, hvornår man kan overveje seponering, og hvordan seponering kan foregå. Med dette håber vi, at vejledningen kan danne faglig baggrund for drøftelser af valg af udredning, behandling og opfølgning mellem patient og praktiserende læge.

Løbende opdatering

Ligesom de seneste DSAM-vejlednin-



ger udkommer den nye version af dyspepsivejledningen elektronisk, hvilket giver mulighed for løbende opdatering. De kendte plastikark til hurtigt overblik via flowcharts er også blevet opdateret.

Vejledningen er struktureret med overskrifter. Flere er formuleret som kliniske spørgsmål, f.eks. "Patienten er tidligere gastroskoperet. Hvornår skal gastroskopia gentages?" og "Opfølgning af patienten i PPI-behandling. Skal patienten fortsætte eller ophøre?" Det skulle gerne give mulighed for, at man kan bruge vejledningen som et hurtigt opslagsværk ved konkrete kliniske spørgsmål i en travl hverdag i almen praksis.

Herudover er der kapitler med baggrundsinformation, som vi håber, at praksispersonale, yngre læger eller praktiserende læger, som vil have opdateret deres viden om dyspepsi og reflux, vil finde informative.

Send gerne ris, ros og forslag til forbedringer til dsam@dsam.dk.

Præsenteres på årsmødet

Flere detaljer fra den opdaterede udgave af vejledningen vil blive præsenteret på DSAM's årsmøde den 1. oktober 2021 i Kolding i en af de parallelle sessioner, der foregår sammen med præsentationen af den opdaterede version af Akut-håndbogen og Telefonvisitationsguiden. Ses vi? //



Hvad skal du lave den 1. oktober 2021?

Den 1. oktober 2021 holder DSAM årsmøde og forsinket 50-års jubilæumsfest på Comwell Kolding. Skal du med?

Arsmødegruppen har sammensat et spændende og aktuelt program under temaet: Relation og kontinuitet – i fortid, nutid og fremtid. Vi skal i plenum bl.a. tale om corona, videokonsultationer og læge-patientrelationen, og vi skal skue både bagud og fremad i tiden. Der er desuden en bred vifte af parallelle sessioner og helt sikkert også noget, der interesserer dig.

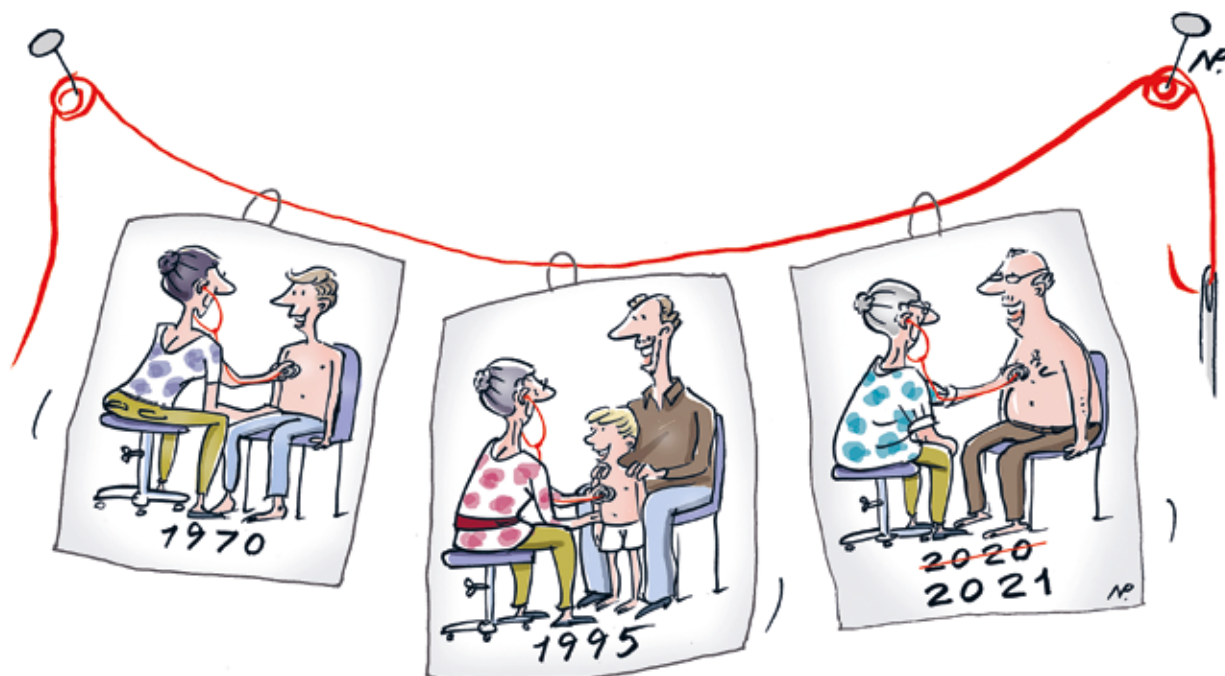
Årets keynotespeaker, Margaret McCartney, says hello

Margaret, som er praktiserende læge i Glasgow, har en brændende interesse

for evidensbaseret medicin. Hun er forfatter til flere bøger og radio-broadcaster. Og så er hun keynotespeaker på årsmødet, hvor oplægget er kontinuitet på baggrund af kampagnen «Det gør en forskel, at vi kender hinanden». Men siden vi planlagde kampagnen og årsmødet, har verden jo ændret sig – også hvad angår kontinuitet og forholdet mellem læge og patient. Udgangspunktet for Margaret McCartneys tale er fortsat kontinuitet og læge-patientrelationen, men der er ingen tvivl om, at hun præsenterer nogle nye perspektiver på dette foranlediget af epidemien.

Margaret glæder sig til at komme

Programmet er spækket med spændende oplæg og sessioner for både speciallæger og yngre almenmedicinere.



og være med i Kolding. Hun sender denne hilsen:

“I am very much hoping to join you this year. I am grappling with several things: Is telephone or video consulting safe? satisfying? sustainable? Are we doing trials on the right things – non-drug interventions in particular? Is the intermittent attempts to recover from COVID-19 evidence based? And as we reshape general practice, are we keeping the right things – and losing the wrong ones?”

So far, our regard for evidence in decision making has been fantastic (e.g. the RECOVERY trials) and abysmal (e.g. facemasks in schools, re-opening strategies). Our transparency has been mixed, and academic debate has at times been terrific, other times toxic. And doing most things online rather than face to face means that casual conversations and chat have evaporated for many – it is possible to be quite lonely in a busy job. And all the time while our patients have lost loved ones, jobs, security, sleep, and look after their nearest and dea-

rest in the last weeks and months of their lives.

I hope that we can talk about some of this, and I send you lots of affection from Scotland.”

Og ja, det bliver noget af det, vi skal tale om, men ikke kun det. Programmet er spækket med spændende oplæg og sessioner for både speciallæger og yngre almenmedicinere.

To konkurrencer med fokus på forskning og formidling

Vi har forlænget formiddagspausen for at få plads til en posterwalk. Otte forskere har hver to minutter til at præsentere deres projekt, og derefter er der plads til et par spørgsmål, før turen går videre til næste præsentation. Sidst på dagen vil en af forskerne blive tildelt en ”best poster award”, bl.a. ud fra evnen til at formidle resultaterne til ikke-forskningsaktive læger og muligheden for at implementere forskningen i praksis.

Vi skal også afholde en Ph.d.-cup, hvor hver af forskningsenhederne stiller med en deltager, der har afsluttet

eller forventes at afslutte sit ph.d.-projekt i slutningen af 2020 eller i 2021. Her er formidlingsevne og relevans i fokus. Hver deltager har fire minutter til mundtligt at præsentere sit ph.d.-projekt uden PowerPoints eller andre remedier, end hvad det er muligt at have i hånden eller lommen. Umiddelbart efter stemmer årsmødedeltagerne elektronisk, og vinderen får overrakt en flot vandrepokal.

Navnene på forskerne i begge konkurrencer kan du finde du dsam.dk/aarsmoede. Her finder du også resten af årsprogrammet og link til tilmelding.

OBS! Over halvdelen af pladserne er allerede optaget. Der er stadig god plads, men i tilfælde af at vi senere bliver nødt til at nedjustere deltager-tallet pga. endnu en coronabølge, vil det være efter først-til-mølle-principet. Så det er bestemt ikke uden betydning, om du melder dig til nu eller senere. //



Mødet med professionelle har stor indflydelse på udsatte unges mentale trivsel og vej til en bedre livssituation

Unge med komplekse psykosociale problemer har mest af alt brug for at blive hørt og husket, og det personlige møde med professionelle har afgørende betydning for vejen frem. Det viser et ph.d.-projekt.

Unge, der har komplekse psykosociale problemer og svært ved at komme i uddannelse og job, er genstand for politisk og professionel bekymring, fordi de er i risiko for langvarig social og økonomisk marginalisering. Disse unge har ofte kontakt til mange forskellige professionelle, herunder praktiserende læger, behandlere i psykiatrien, sagsbehandlere, støttekontaktpersoner og mentorer i kommunerne.

I forbindelse med mit ph.d.-projekt undersøgte jeg, hvordan en gruppe af disse unge oplevede deres møder med forskellige professionelle. Mit studie viser, at to helt centrale temaer i de unges oplevelser var at blive hørt og at blive husket. I denne artikel dykker jeg ned i, hvad der ligger i oplevel-

ser med at blive og ikke blive hørt og husket, og hvilke implikationer dette har for de unge.

Hvordan er studiet udført?

Ph.d.-projektet foregik i to kommuner i Region Sjælland og omhandlede unge, der har komplekse psykosociale problemer og svært ved at komme i uddannelse eller job. Jeg interviewede 16 unge og 36 professionelle, heraf 11 praktiserende læger. Derudover fulgte jeg to kommunale aktiveringsprogrammer, besøgte et værested, og i enkelte tilfælde deltog jeg i de unges samtaler med professionelle.

Interviewene med de unge var semi-strukturerede og fokuserede på de unges sociale og uddannelsesmæssige baggrunde, deres egne oplevelser af deres problemer og behov samt de-

res møder med sundheds-, beskæftigelses- og socialsystemet.

At blive hørt

At blive hørt handlede om, hvorvidt de professionelle lyttede til de unges egne opfattelser af deres problemer og behov og tog dem med i betragtning, når aktivering, behandling og støtte blev planlagt. For eksempel ville de unge gerne deltage i aktivering – det var vigtigt at have noget at stå op til om morgenen – men aktiveringsindhold og omfang skulle matche deres udfordringer og ressourcer og tilpasses den tid, de unge brugte på behandling. En del unge oplevede dog ikke, at sagsbehandlere tog det hensyn, men at det vigtigste var, at de blev aktiveret i et eller andet. Sådanne oplevelser fik de unge til at



I denne artikel dykker jeg
ned i, hvad der ligger i
oplevelser med at blive
og ikke blive hørt og husket...

føle sig som et nummer i rækken – altså en person, der alene er identificeret ved sin status som modtager af overførselsindkomst og ikke har nogen individuelle karakteristika. Noget lignende gjorde sig gældende i de mange beskrivelser, unge gav af aktiveringsforløb, hvor de følte sig ”parkeret”, fordi der ikke var nok at lave, og aktiviteterne ikke gav mening ift. deres fremtidsønsker. Her følte de unge sig afkoblet fra samfundet.

I modsætning til sådanne oplevelser står beskrivelser af møder med professionelle, hvor de unge følte sig hørt. Stephanie fortalte om sin sagsbehandler, som hun var glad for: ”Jeg er rigtig glad for hende. Jeg vil sige, hun er mere personlig end de andre; der er du bare et nummer. Hende her tager sig af dig. Du føler, at du kommer ind til en kvinde, der rent faktisk bekymrer sig om dig. Og spørger dig ’Hvordan er det gået siden sidst? Nu kan jeg se ud fra sådan og sådan, og jeg har hørt fra den og den. Hvordan synes du det går?’-agtigt, du får også lov til at ytre dig.”

På paradoks vis bidrog nogle af de hjælpeforanstaltninger, der er rettet mod de unge, altså til de unges oplevelse af marginalisering.

Her lægger Stephanie netop vægt på vigtigheden af at få lov til at ytre sig og på, at sagsbehandleren er interesseret i hende som menneske og ikke bare endnu en ung i det kommunale system.

At blive husket

At blive husket handlede om kvaliteten af kontakten til en professionel over tid og havde to dimensioner. For det første handlede det om de professionelles viden om de unge. En del af de unge beskrev møder med professionelle, som ikke kunne huske de unges baggrund og omstændigheder fra gang til gang. Af samme årsag måtte de unge ofte fortælle deres livshistorie igen og igen, og som Tanja sagde: "Jeg er så træt af at fortælle den til dem". Det konstante krav om genfortælling gav Tanja og de andre unge en oplevelse af, at de professionelle egentlig ikke rigtig var interesserede i dem. Derudover kunne det være ganske pinefuldt at genopfriske en smertefuld fortid.

Den anden dimension af at blive husket handlede om, hvorvidt de professionelle rent faktisk gjorde noget for at hjælpe de unge ud af deres ofte ulykkelige situation. De unge gav eksempler på professionelle, der ikke ringede tilbage som lovet, glemte at tage sig af ubesvarede spørgsmål eller lovede ting, de ikke kunne holde. For eksempel blev Rune stillet et bestemt aktiveringsforløb i udsigt, men han hørte ikke tilbage angående dette, og da han ringede til sagsbehandleren, kunne hun fortælle, at forløbet var lukket ned, og at Rune selv kunne prøve at finde noget andet. Sådanne

oplevelser frustrerede de unge, og de følte sig forladt i systemet uden en plan.

En del unge havde imidlertid også oplevet professionelle, som netop var godt inde i de unges historier og gjorde, hvad de kunne for at hjælpe dem. Rune beskrev sin praktiserende læge, som en sådan professionel. Han sagde: "Man ved, at døren er åben. Man ved, at hun ved, hvad det handler om. Hun har et indblik i det. Og hun er... der er ikke noget dømmende overhovedet i forhold til så mange andre, man kan snakke med." Som opsummering af kvaliteterne ved lægen, sagde Rune, at hvis det ikke var for hende, var han nok hoppet i havnen. Et helt centralt aspekt af positive relationer til professionelle var altså, at de unge oplevede de professionelle som fortrolige samarbejdspartnere, der havde et kontinuerligt engagement i at hjælpe de unge ud af deres nuværende situation.

Implikationer af at blive hørt og husket

Når de unge ikke blev hørt eller husket, blev de med et begreb fra filosofen Axel Honneth socialt usynlige: Det vil sige, at deres individuelle biografier, præferencer, kompetencer og behov blev forsømt eller ignoreret. Det gjorde de unge frustrerede, de mistede troen på, at professionelle kunne og ville hjælpe dem ud af deres problematiske situation, og nogle oplevede, at de negative oplevelser vedligeholdt eller forværrede deres psykiske mistrivsel. På paradoks vis bidrog nogle af de hjælpeforanstaltninger, der er rettet mod de unge, altså til

de unges oplevelse af marginalisering. Omvendt blev de unge socialt synlige, når de blev hørt og husket som individuelle mennesker. Det øgede de unges selvtillid og tro på, at deres situation kunne ændres.

I offentlige og faglige debatter om udsatte mennesker på overførelsesindkomst er der ofte fokus på de snævre politiske og organisatoriske rammer, der er for at hjælpe dem. Disse rammer spiller uden tvivl en rolle for, hvordan professionelle kan udføre deres arbejde. Men min artikel peger på, at det personlige møde mellem unge og professionelle har en overordentlig stor betydning for de unges trivsel og vej gennem systemet, og at selv inden for de nuværende rammer er det muligt at etablere en god relation med og hjælpe rigtig mange unge.

For at sikre anonymisering er det ikke de unges rigtige navne, der er anvendt i artiklen. //

Om ph.d.-projektet

Ph.d.-afhandling: Andersen JH. "Questioning care: Anthropological perspectives on the care provided to young adults with psychosocial problems and common mental disorders" (forsvaret den 11. september 2019).

Artikel: Andersen JH, Tjørnhøj-Thomsen T, Reventlow S, Davidsen AS.

"Being heard and remembered: Young adults' experiences of recognition in the social and health care systems in Denmark", *Ethos*, april 2021. <https://doi.org/10.1111/etho.12291>

Tidligere omtale i *Practicus*: "Sårbare unge, hvor skal man sende dem hen?" *Practicus* 248, 42. årgang, december 2019 (om resultaterne af interviewene med de praktiserende læger).



Af: **Line Bjørnskov Pedersen**, ph.d., sundhedsøkonom, lektor og seniorforsker, Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU, **Frans Boch Waldorff**, ph.d., praktiserende læge, professor, Forskningsenheden for Almen Praksis, KU, og **Merethe Kirstine Housgaard Andersen**, ph.d., praktiserende læge, lektor og seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU - lib@sdu.dk



Betydningen af akkreditering for trivslen blandt praktiserende læger

En obligatorisk national akkrediteringsmodel blev implementeret i almen praksis i 2016-2018. I samme periode indsamlede en forskergruppe ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense løbende oplysninger om de praktiserende lægers jobtilfredshed, jobmotivation, udbrændthed og ophør i almen praksis. Her opsummeres hovedresultaterne.

Vi bør interessere os (mere) for praktiserende lægers trivsel

Undersøgelser viser, at motiverede fagprofessionelle præsterer bedre, når de trives. Der er blandt andet fundet en sammenhæng mellem på den ene side lægers jobtilfredshed og på den anden side deres behandlingskvalitet og patienttilfredshed. Derudover er der påvist en sammenhæng mellem praktiserende lægers mistrivsel og ophør i praksis.

Politiske beslutningstagere bør derfor interessere sig for lægers trivsel, idet god trivsel er en vigtig forudsætning for at sikre bedst mulig kvalitet i behandlingen og for at sikre tilstræk-

kelig lægedækning i en tid med mangel på praktiserende læger.

Praktiserende lægers holdning til akkreditering

En holdningsundersøgelse, som blev udført i 2015, inden akkreditering blev implementeret i almen praksis, viste, at lige under halvdelen (46 %) af alle deltagende læger havde en negativ holdning til akkreditering, mens kun godt en femtedel (21 %) havde en positiv holdning til modellen. Undersøgelsen viste desuden, at hele 83 % af de adspurgte læger opfattede akkreditering som et redskab til ekstern kontrol, mens kun 42 % oplevede ak-

kreditering som et redskab til kvalitetsudvikling.

Fra motivationsteorien ved man, at styringstiltag, der opfattes som kontrollerende, risikerer at fortrænge fagprofessionelles motivation og arbejdsglæde. Derfor havde vi i forskergruppen en forventning om, at akkreditering ville påvirke nogle praktiserende lægers trivsel negativt. Ifølge teorien kunne akkrediteringsmodellen dermed paradoksalt nok ende med at modvirke formålet med akkreditering, som blandt andet var at fremme den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet i almen praksis, og føre til utilisgtede forringelser af kvaliteten via forringelser af trivslen.

Sådan gjorde vi

I akkrediteringsperioden (2016-2018) besvarede de praktiserende læger løbende spørgeskemaer omhandlende

**God trivsel er en vigtig forudsætning
for at sikre bedst mulig kvalitet.**

En høj motivation beskytter ikke i sig selv mod udbrændthed, når læger eksponeres for ekstern regulering som akkreditering.

deres trivsel, målt ved deres jobtilfredshed, motivation og oplevelse af udbrændthed. Vi indsamlede desuden data for praksisophør i perioden.

Lægerne var meget engagerede i projektet, og den høje deltagelse i spørgeskemaundersøgelserne betød, at forskningsgruppen var i stand til at følge ændringer i lægernes trivsel gennem akkrediteringsperioden. Tidspunktet for surveyor-besøg i praksis blev afgjort ved lodtrækning. Derfor kunne trivslen blandt læger, der var

blevet tilfældigt udtrukket til akkreditering i det første år af forløbet, sammenlignes med trivslen blandt læger, der først skulle akkrediteres senere.

Sammenhængen mellem akkreditering og trivsel

Akkreditering øgede nogle lægers motivation.

Overordnet fandt vi ingen indikationer på, at akkreditering skulle have en negativ effekt på praktiserende lægers trivsel, hverken i forhold til jobtilfredsheden eller lægernes motivation. Tværtimod så det ud til, at akkreditering bidrog positivt til nogle lægers motivation. Dette gjorde sig gældende for de læger, der opfattede akkreditering som et redskab til kvalitetsudvikling.

De mest motiverede læger oplevede højere grad af udbrændthed under akkreditering.

Da vi undersøgte sammenhængen mellem akkreditering og udbrændthed blandt de mest motiverede læger, tegnede der sig dog et lidt andet billede. Læger med høj motivation generelt var generelt mindre udbrændte end deres kollegaer, men de mest motiverede læger oplevede samtidig en højere grad af udbrændthed i forbindelse med akkreditering sammenlignet med andre læger. Derved ser det ud til, at en høj motivation ikke i sig selv beskytter mod udbrændthed, når læger eksponeres for ekstern regulering som akkreditering. Tværtimod kan de mest motiverede læger være i særlig risiko for at brænde ud, når de udsættes for eksterne styringstiltag.

Sammenhæng mellem praksisophør og jobutilfredshed.

Vi undersøgte desuden sammenhængen mellem ophør i almen praksis under akkreditering og lægernes holdninger til akkreditering samt deres jobtilfredshed. Vi fandt ikke nogen sammenhæng mellem praksisophør og det at have negative holdninger til akkreditering. Til gengæld fandt vi en sammenhæng mellem praksisophør og jobutilfredshed. Derudover observerede vi et markant større ophør i praksis i januar 2016, hvor akkreditering startede, sammenlignet med omfanget af praksisophør i januar 2015.

Hvad kan politiske beslutningstagere lære af vores fund?

Vi fandt ingen overordnet sammenhæng mellem akkreditering og mistrivsel i almen praksis. Selvom akkreditering så ud til at have en positiv indvirkning på nogle lægers motivation, fandt vi en højere grad af udbrændthed blandt de mest motiverede læger, ligesom vi også fandt øget praksisophør ved akkrediteringsopstart.

Beslutningstagere og politikere bør være opmærksomme på de potentielt negative konsekvenser, som obligatoriske styrings- og kvalitetssikringsinstrumenter kan have på (særlige grupper af) praktiserende læger. Hvis det via oplysning og inddragelse kan undgås, at nye reguleringstiltag opfattes som kontrollerende, er der teoretisk større chance for, at initiativet vil bidrage positivt til både lægernes trivsel og den faglige kvalitet.

Er der sammenhæng mellem akkreditering og den faglige kvalitet?

Vores forskningsgruppe arbejder lige nu på at afdække mulige sammenhænge mellem akkreditering og æn-

LÆS MERE

Omtalte forskningsartikler:

- Burnout of intrinsically motivated GPs when exposed to external regulation.
- Does accreditation affect the job satisfaction of general practitioners?
- Can external interventions crowd in intrinsic motivation?
- Retirement, job satisfaction and attitudes towards mandatory accreditation.
- Almost half of the Danish GPs have negative a priori attitudes towards a mandatory accreditation programme.

Andre forskningsartikler:

- Does accreditation of general practice promote patient reported quality of care?
- Accreditation in general practice in Denmark: Study protocol for a cluster randomized controlled trial.



dringer i den faglige kvalitet. Vi har særligt fokus på en række udvalgte indikatorer, der relaterer sig til akkrediteringsstandarderne.

Vi undersøger blandt andet, om akkreditering har medført ændringer i medicinudskrivning til ældre patienter, andelen af ældre polyfarmacipatienter, andelen af patienter, der modtager forebyggende hjemmebesøg, og antallet af årskontroller og spirometrier. Som en del af dette forskningsfokus ønsker vi at undersøge, om lægernes grad af trivsel kan bidrage til at forklare forskelle i ændringer i behandlingsadfærd.

Tak til de praktiserende læger for deres deltagelse!

Vi vil gerne sende en stor tak til vores kollegaer i almen praksis for deres deltagelse og engagement i forskningsprojektet. Samtidig håber vi, at opbakningen fortsætter, for vi arbejder videre med at tage temperaturen på trivslen i almen praksis. For nylig har vi udsendt en invitation til alle praktiserende læger om at deltage i en spørgeskemaundersøgelse om motivation, jobtilfredshed og oplevelse af arbejdspress. //

Om projektet

- Forskningsprojektet er finansieret af Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense, Aarhus og København.
- Projektet støttes af frie forskningsmidler fra Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS).
- Projektgruppens hjemmeside: www.akiap.dk



Af: Maria Bach Nikolajsen, speciallæge i almen medicin, og Marianne Dam Lentz, praktiserende læge, begge er repræsentanter i DSAM-Midtjylland - MarianneLentz@dadlnet.dk

Kys det nu

(det satans lægeliv)

Livet som almenmedicinere og relationen mellem læger var de to centrale temaer på et velbesøgt sommermøde for DSAM- og FYAM-medlemmer i Region Midtjylland.

D SAM Midtjylland var den 7. juni 2021 vært for et velbesøgt sommermøde for DSAM- og FYAM-medlemmer. Det var en stor glæde, at medlemmer fra mange forskellige steder i regionen deltog.

Titlen på mødet var "Kys det nu (det satans lægeliv)" - en titel med reference både til bandet TV2 og til det faktum, at lægelivet kan være ikke blot spændende men også udfordrende, og at vi nogle gange lykkes bedre med vort forehavende end andre gange på trods af gode intentioner. Det var regionsbestyrelsens ønske, at der skulle kastes et kærligt og proaktivt lys på netop livet som almenmedicinere og især læge-læge-relationen.

Fire oplæg med særlig vinkel

Mødet var tilrettelagt således, at fire forskellige personer med viden dels om vores lægeprofession og dels om livet som praktiserende læge præsenterede oplæg, som vi bagefter diskuterede både i små grupper og i plenum.

De fire oplægsholdere kom hver med et spændende bud på problematikken.

Hartling: Etik må ikke kun være fin glasur

Ole Hartling talte om "Etik – teori eller praksis". Han indskærpede, at etik ikke kun må være en fin glasur, men også skal leve i vores praktiske liv. Han talte om, at læge-patientforholdet i sin natur er asymmetrisk, og at lægen i udgangspunktet er den magtfulde. I fællesskabet skal vi turde vise vores sårbarhed, for "det rum, vi lukker for os selv – det er også sværere at åbne for andre". Det tidstypiske billede, hvor vi er vores egen lykkes smed, gælder både for vores patienter og deres tilgang til os – og til vores tilgang til os selv og hinanden. Han kom også ind på, hvad der kan gå galt, hvis vi i stedet for at se patienterne som med-

mennesker og med autenticitet – kommer til at tingsliggøre andre mennesker og dermed også vores patienter.

Sand: Et konfliktfællesskab er svært at undgå

Rikke Sand Andersen gjorde rede for, hvad et konfliktfællesskab er, og hvorfor hun mener, at det er umuligt at undgå, når mange forskellige personer (her læger) arbejder under samme grundlæggende værdier, men også med hvert sit perspektiv på, hvordan de bør udmøntes i praksis. Et eksempel fra Rikkens forskning er forløbsbeskrivelser og populationsomsorg: Nogle læger ser det som fremmedgørende og et tilbageskridt for det relationelle, mens andre læger ser det som et stort fremskridt. Hvordan kan vi rumme, at vi ser så forskelligt på disse forhold? Hvordan kan vi være populationslæger og stadig høre og se den enkelte patient?

Nikolajsen: En god rollemodel kan være inspireret af mange

Hvilke rollemodeller har man som ung læge? Og hvad har man brug for? Maria Bach Nikolajsen førte os gennem



Fire veloplagte foredragsholdere til velbesøgt medlemsmøde i DSAM Midtjylland: Rikke Sand Andersen, Maria Bach Nikolajsen, Bruno Melgaard Jensen og Ole Hartling.

sine refleksioner over vejen fra at være ung nyuddannet læge til at gennemgå speciallægeuddannelsen. Maria understregede, at selvom hun havde mødt rigtig mange både dygtige og gode læger, havde hun endnu ikke mødt helt præcist den læge, hun gerne selv vil være. Hun havde fundet inspiration hos mange – for eksempel både den læge, der var god til at komme hjem til tiden, og den læge, der empatisk og omsorgsfuldt passede sine patienter.

Melgaard: Er der plads til trængte kollegaer?

Sluttelig hørte vi fra Bruno Melgaard Jensen om, hvordan det ser ud fra den anden side. Når en kollega er så trængt, at vedkommende ringer til det kollegiale netværk i regi af Lægeforeningen og beder om vejledning. Vedrører det os i fællesskabet? Og er der plads og omsorg til læger, der ikke er på fuld omdrejningshøjde?

Livlig debat i grupper og plenum

Inspireret af oplæggene var der efterfølgende en livlig debat i små grupper ved bordene. Flere emner blev berørt blandt andet: aktiv dødshjælp,

arbejdet som vagtlæge, relationen til vores patienter, at turde dele en klage og dilemmaet med at være selvstændig i et i øvrigt offentligt sundhedsvæsen.

Efterfølgende var der diskussion i plenum. Fra en gruppe FYAM-medlemmer kom det input, at vi i praksis er gode til at involvere fase 3-lægerne i regnskab og praksisdrift samt supervision og hjælp, men flere savnede også at være vidne til konflikthåndtering – at være med til IS-møder, hvor de svære og udfordrende forhold diskuteres.

Vi vil selv helst klare patientarbejdet, men med mange patienter er det ikke muligt at gøre selv. Hvordan får vi uddelegeret arbejdet til sygeplejersker og andre faggrupper, men hvor vi stadig bevarer muligheden for relation og kontinuitet?

En ung læge påpegede, at når klinikkerne nu i højere grad uddelegerer bl.a. NIDDM- og KOL-arbejdet til sygeplejersker, mangler de unge læger kompetencer til at behandle disse sygdomme.

En ældre læge påpegede, at i "gamle dage" var 12-mandsgrupper andet og

DE FIRE OPLÆG

Ole Hartling, læge og tidligere medlem af Etisk Råd: Etik – teori eller praksis? Ethiske dilemmaer og tidsstrømninger på lægelivet. Inspiration og udfordring til at se på dit lægeliv.

Rikke Sand Andersen, professor MSO, Forskningsenheden for Almen Medicin, SDU, og Afd. for Antropologi, AU: Konfliktfællesskab. Vi har fælles grundlæggende værdier, men der eksisterer forskellige perspektiver på, hvordan de bør og kan udmøntes og oppebæres i praksis. Hvordan kan vi tale om det?

Maria Bach Nikolajsen, speciallæge i almen medicin: Hvordan oplever en ung læge rejsen ind i specialet. Hvad er hjælpsomt? Hvem hjælper, når det er svært? Hvem og hvad står som forbilleder i mødet med mange forskellige tutorlæger og rollemodeller.

Bruno Meldgaard Jensen, praktiserende læge, frivillig i Kollegialt Netværk: Er der gode input fra arbejdet i netværket? Hvordan kan man konstruktivt hjælpe kolleger, der måske ikke trives? Hvordan kan vi passe bedre på os selv?

mere end faglige input. Der var også middage, smalltalk og eventuelt arrangementer ud af huset. Der var bedre plads og tid til at tale om problemer i praksis, på hjemmefronten eller eventuelt en klage. I klyngerne er vi super-effektive – men går hjem efter en sandwich. Hvordan får vi skabt et miljø, hvor man tør fortælle om sin klage eller noget andet svært blandt kollegaer?

Der kom mange ideer og kommentarer. Og heldigvis fortsatte de gode snakke og diskussioner til den efterfølgende hyggelige middag. Alt i alt synes vi, at det blev en vellykket og spændende aften. //



Virtuelt fyraftensmøde i FYAM Syddanmark om klyngearbejde

Det faglige og sociale netværk har været presset under nedlukningen. Som et forsøg har FYAM Syd holdt virtuelt fyraftensmøde over Zoom. Og erfaringerne er gode.

Som alle andre steder verden over har COVID-pandemien også påvirket aktiviteterne i FYAM-regi. Det har betydet, at alle sociale arrangementer for FYAM-medlemmer i Region Syddanmark har været sat på pause: julearrangementer, sommerfest og fyraftensmøder har vi ikke set meget til i det forgangne år.

Som tiden er gået, er behovet for at vedligeholde det faglige og sociale netværk steget, og vi har måttet tænke ud af boksen. Inspireret af erfaringen med omstilling til virtuelle møder og konsultationer i klinikken, har vi forsøgt os med et fyraftensmøde på Zoom.

Torsdag den 20. maj 2021 havde vi allieret os med Maria Bundgaard, der er ph.d.-studerende ved Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk Universitet, og aktuelt har orlov fra sin HU-stilling i almen medicin. Marias ph.d.-studium omhandler klyngearbejdet – noget som mange af os yngre FYAM'ere ikke har så meget kendskab til.

Hvordan gik det så?

Som arrangør var det vanskeligt at have forventninger til selve mødet, da vi aldrig har afholdt et lignende tidligere. Ved de fysisk afholdte fyraftensmøder har vi haft op til 26 deltagere. Ville der mon komme færre?

Flere? Der var plads til 100 deltagere via Zoom. Ville det være nok?

Vi håbede, at den lette tilgængelighed ville gøre det attraktivt for mange at deltage, men det viste sig, at vores bekymringer om kapaciteten var unødige. I alt 24 havde tilmeldt sig arrangementet, og på selve aftenen var der kun 10 "deltagere" – flere deltog dog ved at sidde omkring samme skærm. Langt de fleste var uddannelseslæger, men der var også enkelte speciallæger med til mødet.

Selve oplægget startede efter en kort introduktion af Emil Kongsted, der er FYAM-repræsentant i Region Syddanmark. Maria brugte ca. 45 minutter på at lede os kort igennem kvalitetsudviklingsprojekter i almen praksis i globalt og historisk perspektiv, herunder baggrunden for akkreditering og sidenhen kvalitetsklyngerne. Derefter præsenterede hun de foreløbige resultater fra sin egen forskning.

Slide: Maria Bundgaard præsenterede sit projekt for deltagerne i mødet.

Slutteligt var der tid til en kort diskussion og udveksling af egne erfaringer og tanker om kvalitetsarbejde. Det var en både interessant og lærerig aften.

Hvad bringer fremtiden?

Vi glæder os alle til igen at kunne mødes fysisk til fyraftensmøder og sociale arrangementer, forhåbentligt allerede i efteråret. Men er der en fremtid i virtuelle fyraftensmøder? Hvad har vi lært af vores første virtuelle fyraftensmøde? Er et relativt lavt deltagerantal udtryk for en form for metaltræthed overfor Teams, Skype og Zoom? Måske. Men dem, der deltog, havde en livlig debat og fik inspiration til egne fremtidige klyngeprojekter.

Med muligheden for deltagelse i virtuelle møder er vi ude over de geografiske udfordringer – ja, faktisk muliggør det virtuelle rum erfaringsudveksling på nationalt (og endda inter-

nationalt) plan. Dette er absolut en fordel, idet mange af de daglige problemstillinger og udfordringer er af generisk karakter. Herudover er der også mulighed for, at kolleger med særlige kompetencer kan få lov til at udbrede deres viden til et større publikum. Ulempen ved det virtuelle er naturligvis, at nærheden og relationen ikke er den samme, hvilket kan virke hæmmende for diskussionen. Det gjorde det nu ikke i vores tilfælde.

Der er således både åbenlyse fordele og ulemper ved de virtuelle møder. De er et nyt redskab til værktøjskassen, og de kan bestemt have deres berettigelse. Udbyttet øges, hvis det planlægges godt, og hvis der er styr på processen undervejs. Skal vi prøve det igen? Ja, bestemt. //

Code råd om virtuelle møder

- Udpeg en person, der kan holde øje med chatten og koordinere spørgsmål og kommentarer. Det kan nemlig være svært for oplægsholderen at have fokus på dette.
- Inddrag og aktiver deltagerne på samme måde som ved fysiske møder. Hold gerne små refleksionspauser, stil spørgsmål til publikum, og læg op til diskussion.
- De fleste virtuelle møderum har mulighed for interaktiv deltagelse, f.eks. breakout rooms og afstemninger. Brug dem.
- Sørg for god reklame op til arrangementet – og koordiner det om muligt, så det ikke ligger for tæt op ad andre arrangementer.

Af: **Jesper Bossel Holst Christensen**, FYAM-formand, **Helga Schultz**, formand for Yngre Læger, **Maria Dahl Overgaard**, FYAM-næstformand, **Cæcilie Trier Sønderskov**, forperson for Yngre Lægers Uddannelsesudvalg, og **Sara Radl Mortensen**, formand for Yngre Lægers Almen Praksis-udvalg - jespermed2012@gmail.com



Ulighed i sundhed hos LGBT-personer

Som nuværende og kommende specialister i almen medicin møder vi alle slags mennesker. Vi er læger for dem alle. En professionel tilgang til patienter med LGBT-baggrund kræver først og fremmest åbenhed.

I almen praksis møder vi alle slags mennesker, og vi er læger for dem alle. Vi gør vores bedste med de kompetencer, vi har. Vi er forskellige som mennesker og som læger, og vi har forskellige styrker og udgangspunkter.

Det er vores opgave som sundhedsfaglige at være de professionelle i mødet med alle vores patienter, og vi har pligt til at være fagligt klædt på, så patienterne undersøges korrekt og ikke fejlinformeres.

En minoritet i vores samfund er LGBT-personer, som omfatter gruppen af homo- og biseksuelle, transpersoner med flere. Gruppen er heterogen og mangfoldig. Som helhed har

gruppen dog fælles træk, blandt andet i form af betydeligt ringere fysisk og mentalt helbred, når man sammenligner med heteroseksuelle og ciskønnede.

Rapporten "LGBT-sundhed: Helbred og trivsel blandt lesbiske, bøsser, biseksuelle og transpersoner", som blev udgivet af Statens Institut for Folkesundhed i 2015, viser mange bekymrende sundhedskarakteristika. Statens Serum Institut og Aalborg Universitet fulgte i 2019 op med Projekt SEXUS, som understøtter den viden, og udfordringerne er fortsat til stede.

Dårligere psykisk og fysisk helbred

Når det kommer til det psykiske helbred, ved vi fra rapporterne, at LGBT-personer har et markant dårligere selv vurderet helbred, i højere grad lider af stress, ensomhed og selvmordstanker, og at de sjældnere har kontakt til familie og venner sammenlignet med heteroseksuelle. De oplever ofte, at de ikke har nogen at tale med om problemer. De oplever ikke at kunne få hjælp ved sygdom, og der er flest med manglende

På billedet ses forfatterne Jesper, Helga, Maria, Cæcilie og Sara, der alle er engagerede i sagen om ulighed i sundhed for LGBTQ-personer.





sexlyst blandt transpersoner og homoseksuelle mænd sammenlignet med den øvrige befolkning.

Når man ser på det fysiske helbred, fremgår det, at LGBT-personer ryger mere end den øvrige befolkning, at de homoseksuelle mænd udgør den gruppe, hvor flest drikker over højrisikogrænsen, at flere blandt LGBT-personer (mis-)bruger hash, at andelen af personer med langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse er større blandt biseksuelle og lesbiske kvinder, og at homoseksuelle mænd og kvinder oftere har meget generende smerter eller ubehag. Andelen af bi- og homoseksuelle, som har selvskadet eller forsøgt selvmord, er ligeledes markant højere end for heteroseksuelle.

Uligheden i sundhed for LGBT-personer nødvendiggør, at vi som de sundhedsfaglige, der møder patienterne først, skal være fagligt klædt på til at tage den sundhedsforebyggende samtale, men også til at kunne gribe ind og tilbyde hjælp og støtte, når der er brug for det.

Stigmatisering giver minoritetsstress

Nogle gange kan vores tilgang til den enkelte patient være en barriere. Kulturelle forskelle og forskellige udgangspunkter eller livssyn kan kræve noget særligt af os. Vi må være opmærksomme på vores sprogbrug og bevidste om, at måden hvorpå vi omtaler minoriteter betyder noget for den enkeltes selvværd og oplevelse af at blive taget alvorligt. Men først og fremmest skal vi være opmærksomme på, at minoriteten findes, og hvilke særlige behov disse patienter kommer med.

Minoritetsstress er en kronisk stresstilstand hos minoritetsgrupper (f.eks. seksuelle og kønslige minoriteter eller personer med anden etnisk baggrund end dansk), der kommer af stigmatisering fra det øvrige samfund, eksklusion, diskrimination, chikane, verbale og fysisk voldelige hadforbrydelser (ikke nødvendigvis rettet mod den enkelte, men mod minoriteten), og en oplevelse af at blive op-

fattet som anderledes, forkert eller mistænkeliggjort. Ligeledes vil måden, hvorpå vi indretter vores samfund, skabe en kollektiv opfattelse af rigtig og forkert og dermed skabe strukturelle og perceptionelle stressorer, som er rettet mod minoritetsgrupper.

Reflekter et øjeblik over, at 40 pct. af LGBT-personer i Danmark er lukkede om deres privatliv og identitet på arbejdspladsen.

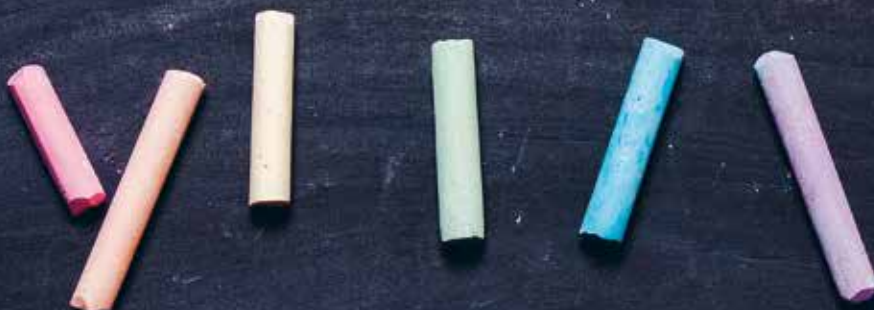
Man mener, at minoritetsstress er en medvirkende faktor for LGBT-personers helbred, og det er derfor noget, vi skal være opmærksomme på som læger, arbejdsgivere og mennesker. Minoritetsstress kan danne baggrund for, at vi omvendt mødes af en patient med paraderne oppe, når samtalen i konsultationen er begyndt, selvom vi selv har mødt patienten åbent og fordomsfrit.

Usikkerhed hos praktiserende læger

I rapporten "Danske LGBT-personers møde med almen praksis – udfordringer og muligheder", som blev udgivet af Sexologisk Forskningscenter på Aalborg Universitet for Sundhedsstyrelsen i oktober 2019, viser en kvalitativ interviewundersøgelse, at de fleste interviewede LGBT-personer ønskede, at egen læge kendte til deres kønsidentitet eller seksuelle orientering, fordi de gerne ville føle sig anerkendt og trygge i mødet med lægen og have mulighed for at drøfte alle typer af problemstillinger.

Både blandt de interviewede praktiserende læger og LGBT-personer var emnet seksuel orientering/kønsiden-

LGBTQ



Vil du vide mere?

- LÆGEHÅNDBOGEN har en oversigtsartikel over særlige sundhedsforhold for danske LGBT-personer.
- LGBTSUNDHED.DK er sundhedsfagligt opslagssite, som er udarbejdet af LGBT+ Danmark i samarbejde med Yngre Læger og Sundhedsstyrelsen. Her kan du finde information om alle relevante sundhedsproblematikker, som er særligt relateret til LGBT-personer - fra mental sundhed over fertilitet til kræftisici - og vejledninger i, hvordan du bedst taler om eksempelvis køn og seksualitet med din patient.

titet tabubelagt. De interviewede praktiserende læger gjorde ikke noget aktivt for at invitere til denne dialog.

I undersøgelsen var der stor usikkerhed om LGBT-terminologi blandt de praktiserende læger, og størstedelen følte sig ikke tilstrækkeligt godt rustet til at håndtere sundhedsmæssige problemstillinger, som var relateret til kønsidentitet og seksuel orientering.

Alle interviewede LGBT-personer var frustrerede over, at praksispersonalet ikke besad den fornødne viden om LGBT-relaterede emner, og de var alle nervøse for ikke at blive mødt på en hensigtsmæssig måde, når de fortalte om deres seksuelle orientering eller kønsidentitet i almen praksis.

Generelt følte de fleste interviewede LGBT-personer sig dog godt støttet af egen læge, men de var ikke altid sikre på, at de fik den korrekte vejledning.

Hvad kan du gøre i din lægepraksis?

Foruden at have ovennævnte aspekter i baghovedet er der nogle konkrete ordvalg og situationer, som du skal være opmærksom på.

Undgå at antage, at patienten er heteroseksuel og cis-kønnet. Du kan i mødet med din patient prøve at begynde at anvende fleksible, kønsneutrale termer: "Hvad hedder din kæreste eller partner?"

Hold sproget åbent og neutralt, så patienten undgår den akavede situation at skulle rette og "springe ud" igen og igen.

"Hvem er det, du har med i dag?" Antag ikke, at den jævnaldrende kvinde er en søster eller veninde.

"Hvordan er det lige, jeres relation er?" Husk at anerkende de ægteskabelige relationer, der kan være mellem to af samme køn.

Hvis du er grundlæggende i tvivl om patientens køn,

En professionel tilgang til patienter med LGBT-baggrund kræver først og fremmest åbenhed over for varierende livsvilkår.

så er det relevant at spørge. Det biologiske køn og det sociale, selvopfattede køn behøver ikke at stemme overens.

Spørg åbent til patientens fysiologi, hvis det er relevant for den lægefaglige vurdering, risikofaktorer eller behandling: ”Jeg er lidt i tvivl. Har du en livsmode?”

Hvis du er i tvivl, så spørg åbent ind til det. Det kan være en udfordring og kræve øvelse at finde et sprogbrug, som er neutralt og åbent, men det vil resultere i et bedre lægearbejde og større arbejdstilfredshed.

Ingen kan erstatte egen læge

Der findes ingen formel ”best practice” på LGBT-området. For sundhedspersoner er det vigtigt at undgå forkert eller manglende diagnostik og forkert rådgivning, så vi ikke skaber større mere ulighed i sundhed, men i stedet giver mest til dem med størst behov.

En professionel tilgang til patienter med LGBT-baggrund kræver først og fremmest åbenhed over for varierende livsvilkår og ikke specialviden.

Kommunikationsbristen kan være dobbeltsidig, da også patienten kan undlade at opgive kønslige og seksuelle oplysninger. En årsag hertil kan være den nævnte minoritetsstress. Patienten er i forsvarsposition og føler sig anderledes inden mødet med sin læge. Det gør det nemmere for patienten at være ærlig, hvis du virker professionel og neutral.

LGBT-gruppen er ikke bedre uddannet i sexsygdomme end resten af vores patienter. Det er dig, der skal vide, at også den lesbiske patient uden penetration ved samleje kan få HPV-associeret cervix-cancer.

Vi er – eller bliver – specialister i almen medicin, og den kompetence vil ikke være tilgængelig for LGBT-personer, hvis de ikke kan rummes i almen praksis. //

ORDFORKLARINGER

- **BISEKSUEL:** Person, som er romantisk og/eller seksuelt tiltrukket af både mænd og kvinder.
- **BINÆR:** Person, som opfatter sig som en mand eller en kvinde.
- **CISKØNNET:** Person, hvis oplevede køn stemmer overens med det køn, vedkommende blev tildelt ved fødslen.
- **CIS-NORMATIVITET:** En ofte ureflekteret antagelse af, at det eneste rigtige og normale er at være ciskønnet.
- **HETERONORMATIVITET:** En ofte ureflekteret antagelse af, at det eneste rigtige og normale er at være heteroseksuel.
- **HETEROSEKSUEL:** Person, som er romantisk og/eller seksuelt tiltrukket af personer af det andet køn.
- **HOMOFØBI:** Negative holdninger til og/eller frygt for homoseksuelle.
- **HOMOSEKSUEL:** Person, som er romantisk og/eller seksuelt tiltrukket af personer af det samme køn som sig selv.
- **IDENTITET:** En persons grundlæggende opfattelse af sig selv, f.eks. i forhold til køn og seksuel orientering.
- **INTERKØN/INTERSEX:** Blandet gruppe af medfødte variationer i det biologiske køn, f.eks. i forhold til kønskromosomer, kønhormoner og/eller ydre og indre køns karakteristika.
- **KSK:** Kvinder, der har sex med kvinder (uden nødvendigvis at identificere sig som homo- eller biseksuelle).
- **LGBT+:** Forkortelse for Lesbian (lesbisk), Gay (bøsse), Bisexual (biseksuel) og Transgender (transperson). Det afsluttende + signalerer, at der er tale om en paraply af ikke-heteroseksuelle, ikke-ciskønnede identiteter.
- **MSM:** Mænd, der har sex med mænd (uden nødvendigvis at identificere sig som homo- eller biseksuelle).
- **NONBINÆR:** Person, som hverken opfatter sig som en mand eller en kvinde, og/eller som ikke anerkender et naturligt skel mellem mande- og kvindeskøn.
- **PANSEKSUEL:** Person, som er romantisk og/eller seksuelt tiltrukket af personer uanset deres køn.
- **QUEER:** Samlebetegnelse for adfærdsformer og identiteter, som står i opposition til cis- og heteronormativitet, og som forholder sig kritisk til dominerende forestillinger om køn og seksualitet.
- **TRANSFØBI:** Negative holdninger til og/eller frygt for transpersoner.
- **TRANSITION:** Processen, hvor en transperson begynder at leve som det køn, vedkommende opfatter sig selv som.
- **TRANSHVINDE:** Transperson, som ved fødslen blev tildelt hankøn, men opfatter sig som kvinde (tidligere omtalt som MtF/mand-til-kvinde).
- **TRANSKØNNET/TRANSPERSON:** Person, hvis oplevede køn er anderledes end det køn, vedkommende fik tildelt ved fødslen.
- **TRANSMAND:** Transperson, som ved fødslen blev tildelt hunkøn, men opfatter sig som mand (tidligere omtalt som FtM/kvinde til mand).

Kilde: <https://lgbt.dk/>



Værdighed i sundhed

Værdigheden i sundhedsvæsenet halter, viser en ny undersøgelse. Men at bringe nye aktører på banen vil ikke sikre kontinuitet og større fokus på patientens individuelle behov. Tværtimod.

Jeg deltog den 28. maj 2021 i en online-paneldebat til Ældresagens konference om værdighed i sundhed. Konferencen er værd at fortælle om, fordi den kom godt rundt om udfordringerne i det nære sundhedsvæsen.

Debatten tog udgangspunkt i en

nylig undersøgelse fra Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA). Den viser, at ældre mennesker oplever, at værdigheden i mødet med sundhedsvæsenet halter. Undersøgelsen var baseret på interviews med patienter og beskrev ældre, der følte sig som kastebolde i systemet – ramt af en be-

handling, der i højere grad tager udgangspunkt i et ønske om effektivitet end i patientens behov. Der er især et stort ønske om kontinuitet og sammenhæng, og at behandlere ser på det hele menneske, inddrager patienternes viden og bruger den.

Forskellige behandlere udfordrer kontinuiteten

Rapporten består af 10 kernefortællinger. Et par nedslag med særlig relevans for almen praksis er punkt 7, der handler om kontinuitet, hvor det nævnes at kontinuiteten forsvinder pga. lægehuse med mange skiftende behandlere, og punkt 8, der handler om behovet for en aktør, som har overblik over hele deres forløb.

Bagtæppet for undersøgelsen og debatten er kendt. Vi får flere ældre med flere kroniske sygdomme, samtidig med at antallet af sengepladser på sygehusene daler. Udviklingen nødvendiggør udflytning af behandling til det nære sundhedsvæsen. Som enhver praktiserende læge har bemærket, er udflytningen allerede godt i





Ældre mennesker oplever,
at værdigheden i mødet
med sundhedsvæsenet halter.

gang. Patienterne udskrives hurtigere, og kommunerne står i højere grad for plejen, hvilket gøres forskelligt i de 98 kommuner.

De bløde værdier er vigtige

Det at blive mødt med respekt og empati og blive involveret har enorm betydning. Det glemmes ofte i jagten på de perfekte forløbsplaner og den højeste faglighed, men det prioriteres nærmest højest af patienterne. En afstemning blandt deltagerne bragte de bløde værdier i top over kvalitetsmål, økonomi og digitalisering.

Udflytningen håndteres forskelligt i de 98 kommuner. I fremtiden vil der blive stillet flere krav til kommunerne i forhold til kvalitet og ensretning. Kommunerne efterlyser, at pengene følger med de tidlige udskrivelser. I forhold til koordinering har Kommunernes Landsforening og Danske Regioner spillet ud med et forslag om sundhedssamarbejde om akutsygehusene, hvor fælles ressourcer kan udmøntes. Her har man også tænkt ind, at almen praksis deltager, men

mest når det drejer sig om koordination af patientforløb.

Overblikskonsultation skaber sammenhæng

I debatten præsenterede jeg DSAM's overblikskonsultation som et værktøj, der kan skabe bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet og styrke tovholderrollen. Overblikskonsultationen har fokus på den enkelte patients egne prioriteringer og giver således patienten en stærkere indflydelse på egen behandling. Ældresagen og de medvirkende politikere tog godt imod forslaget. Hvis overblikskonsultationen skal blive en generel realitet i almen praksis, kræver det dog en overenskomstaftale.

Fra andre debattører blev der stillet forslag om geriatriske sygeplejersker i almen praksis. Det blev nævnt, at vi skulle lade os inspirere af den hollandske model med klynger af læger og andet sundhedspersonale, der medfører færre behandlere omkring den enkelte ældre patient. (Jeg tolker det som en slags plejehjemslægeordning for en klynge af ældre i eget hjem i et givent lokalområde). Der blev også efterlyst forløbskoordinatorer for de ældre – en ny slags sundhedsarbejder – som ikke nødvendigvis er praktiserende læge.

Almen praksis har det fulde overblik

Almen praksis er den eneste aktør, der har det fulde overblik over patienterne. Det er noget, jeg fik bekræftet her

i foråret, hvor vi i sygehusene skulle finde de særligt sårbare til vaccination, men det egentlig var almen praksis, der havde det bedste overblik over oplysningerne. Det er trist og spild af penge, når man prøver at indføre nye aktører. Vi har rigeligt i forvejen. Vi skal bare arbejde bedre sammen.

Jeg håber, at fremtiden vil bringe flere praktiserende læger, en styrkelse af vores tovholderrolle og en klogere håndtering af kronikeromsorgen i almen praksis. Fokus må være på fast læge/personale, det årlige overblik og patientens prioriteter frem for fragmenterede årskontroller og forløbsydelse. //





Familielægen

er landsbylæge i egen nybygget praksis hjemme på gårdspladsen

anno
2021

Det kunne godt være en lidt for fantastisk historie. Men det er det ikke. Bare læs med her.

For under halvandet år siden gik Anne Louise Born Sylvest i gang med at realisere en drøm om at blive praktiserende læge i en moderne klinik og med alle de traditionelle lægedyder i behold: Hun ville bo og arbejde samme sted, og hun ville være læge for

familier i nærområdet og for så mange generationer som muligt.

Torup er en lille by med ca. 300 indbyggere i Halsnæs Kommune mellem Hundested og Frederiksværk, og byen har en lang tradition for at gøre tingene på sin egen måde. I Torup ligger for eksempel en af landets ældste økologiske landsbyer, hvor beboerne har bygget husene af træ og genbrugsmaterialer, halm og ler. Der bor tilflyttere fra hovedstaden side om side med beboere, som har boet der altid. Og her er en masse børn.

Her har Anne Louise og familien deres landejendom, Torupgård, som de var glade for, og ideen om at slå sig ned her med klinik og hele familien samlet på én matrikel opstod efter en forlist praksishandel et helt andet sted. På en lang gåtur i den smukke natur sidste vinter opstod den ide, som nu er en realitet: Midt på den trelængede ejendoms gårdsplads kunne en praksis placeres. Og her kunne Anne Louise få opfyldt drømmen om at forene patientbehandling med tid, nærhed og kontinuitet. Og med plads og tid til familien.

Fra tanke til handling

Et 0-ydernetnummer blev erhvervet. An-

søgninger blev sendt afsted til kommunen. Den nødvendige landzonetilladelse kom på plads, og dernæst kom byggetilladelsen, som de fik på få dage.

Anne Louise og hendes ægtefælle, Bjørn, som arbejder i et helt andet erhverv, har selv stået i spidsen for hele processen fra idé til færdigt hus. De har selv lavet tegningerne til huset og indrettet det, så det fungerer som en moderne lægeklinik.

”Det har været et langt feltarbejde, og det er et fælles projekt, og vi har været involveret i det begge to. Det har været en god oplevelse at dele det med ham. Og han har været primus motor på meget af det,” siger hun.

Der skulle findes en leverandør til det energirigtige hus med solceller på taget – og en våd efterårsdag i 2020 blev det leveret fra et firma i Nordjylland, i elementer på gårdspladsen, og råhuset blev sat op på to dage.

Inventaret er en historie i sig selv: Det blev købt af en kollega, som skulle ophøre med at drive sin klinik. Kontakten blev etableret via Facebook, hvor Anne Louise søgte efter inventar, og en dag blev hele klinikken flyttet fra Nordals til Torup. Alt lige fra synstavler, sutursæt og forbrugsvarer



Hele familien samlet om det fælles projekt. Foto: privat.



Med den rette plan kan der stå et hus på gårdspladsen på kun to dage. Foto: privat.

til neglefil og Gajoler blev pakket i kasser og flyttet på en og samme dag. Sammen med PC, andet elektronisk udstyr og møbler.

Og mens vi andre holdt juleferie, havde Anne Louise og Bjørn og deres hjælpere og lokale håndværkere travlt med at få færdiggjort huset og få inventaret til at passe ind i den nye placering. Og sætte køkken op. Det sidste var et problem, fordi alle bygge-markeder holdt lukket pga. coronapandemien. Så der mangler skruer og lister her og der ... en charme, som de har besluttet at leve med.

Indtil videre i hvert fald.

Et bæredygtigt hus

Nu står klinikken der i PEFC-certificeret træ fra svenske skove og med cedertræ yderst: et smukt hus på 263 kvm i to etager med kliniklokaler i stuen og med køkken og personale- rum på første sal. Med havudsigt. Og med solceller på taget. Dem blev der råd til, fordi Anne Louise søgte og fik 240.000 kr. fra EU til etableringen. Hu-

set er velisoleret og producerer mere energi, end det bruger.

Lige nu kan hun ikke selv bruge alle kvadratmeter, så de lokale yoga- instruktører har lejet et lokale på førstesalen. Og snart kommer der også en privat fysioterapeut. Der er ansat en sygeplejerske i klinikken, og under coronapandemien har de ældste børn – også sygeplejerskens – haft hjemmeskole i personalerummet.

Og lige det er en af de drømme, som Anne Louise og Bjørn har fået indfriet:

”Patienterne må vænne sig til, at der pludselig står et barn og en cykel i venteværelset,” siger Anne Louise, som året inden idéen til projektet opstod, fik parrets sjette barn.

De lokale bakker op

Noget af det, som har overrasket hende positivt, er den store opbakning, som hun har mødt.

I alt 400 patienter havde meldt sig til, inden klinikken åbnede den 1. januar 2021. Samtidig havde også an-



Gårdspladsens vogter – i en stille stund. Foto: privat.

dre klinikker i området åbent, og nu er der over 1.000 tilmeldte patienter, heraf ca. 200 børn. ”Patienterne har valgt at komme her. De har valgt, at jeg skal være deres læge. Ingen er tvunget herud på en mark ude på landet,” siger hun. Det har givet ro i maven i de nætter, hvor hun kom i tvivl om, hvorvidt projektet kunne bære og ikke bare var en fiks idé.

Nu er der ro på. Hun har patienter i alle aldre – børnefamilier og pensionister og alt midt i mellem – og mange er i familie med hinanden. ”Det er min drøm,” siger Anne Louise. ”Men det er også fint, at jeg har patienter fra København. Dem på 60+ bor her det meste af året i deres sommerhus,



Anne Louise og klinikens sygeplejerske, Randi, arbejder tæt sammen. Foto: privat.

og så er det naturligt, at de også har læge her,” tilføjer hun.

I det hele taget har det givet gode oplevelser at få patienterne sluset ind. De skal igennem familiens indkørsel for at komme til klinikken: En dag kom en mand på 90 år cyklende ind på gårdspladsen for at tilmelde sig klinikken. Han fik en god snak med Bjørn, inden han drog af igen. Og i det hele taget har mange taget sig tid til lige at se ekstra på huset eller hilse på familien, når de har været der første gang. Gårdspladsens vogtere, familiens to katte, kan også være svære at komme udenom.

”Vi har oplevet en meget fin omfavelse fra hele lokalområdet,” siger Anne Louise, og hun tilføjer, at det samme gælder fra kollegerne i nabo-byerne, som også har været gode til at støtte op og byde velkommen i fredagsringen.

Hverdagen i klinikken er ikke så forskellig fra det, som Anne Louise kender andre steder fra, og hun deler



De administrative opgaver må gerne blive færre i fremtiden. Foto: privat.

den med sin kliniksyegeplejerske. Laboratoriet ligger midt imellem deres to konsultationsrum. ”Så kan vi nemt få fat på hinanden – det var et tip, jeg fik fra en kollega,” siger Anne Louise.

Bagsiden af medaljen?

Nu er der gået fem måneder, og det er blevet hverdag i Torup Lægehus. Er der noget, som har overrasket hende på den mindre gode måde? ”De lange arbejdsdage og for meget uhonoreret arbejde,” siger Anne Louise. Det tager meget tid at lære så mange nye patienter at kende på en gang, og det er ikke noget, som afspejles i honoraret. Men det har givet lange arbejdsdage.

”Jeg håber, at den næste overenskomst skaffer os bedre arbejdsvilkår med honorering af alt det administrative arbejde, som lander på vores bord, og som er afgørende for, at patienten

behandles korrekt og kommer det rigtige sted hen i sundhedsvæsenet. Et ønske til overenskomsten er ligeledes, at foden sættes ned for den flod af uaf-talte opgaver, der tilflyder os fra sundhedsvæsenets øvrige aktører. Jeg har selv nu uden fuld patientliste lange arbejdsdage, og jeg frygter, at flere opgaver vil gøre det svært at være den læge, som jeg gerne vil være,” siger hun. ”Men heldigvis opvejer glæden over realiseringen af drømmen de lange dage. Forhåbentligt bliver arbejdsdagene kortere, i takt med at jeg lærer mine patienter at kende,” tilføjer hun.

Interviewet er ved at være slut. Det ved jeg, fordi Anne Louise nu sidder med et barn på skødet, mens en anden leger med sin ballon af en gummihandske med knude på. Om lidt skal familien til pizza hos praksissygeplejersken. //



VELKOMMEN TIL **LÆGEDAGE 2021** 15. – 19. NOVEMBER

LÆGEDAGEKATALOGET UDSENDES TIL PRAKSIS I UGE 31.
TILMELDINGEN ÅBNER TIRSDAG DEN 17. AUGUST

VI SES I
BELLA CENTRET!



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

Fra risikojagt til ressource-mobilisering

– på rejse som forsker og kliniker gennem 50 år

Jeg har valgt at beskrive den røde tråd i min forskning og har udvalgt tre inspirationer, som vedvarende præger min forskning og min lægefaglighed: den første danske lærebog i almen medicin fra 1977, Ian McWhinney i 1990'erne, rapport fra Lancet om klima og sundhed i 2019.

1. Sundhedsbrøken, der blev væk

I 1979 blev jeg ansat som den første videnskabelige medarbejder hos professor Paul Backer ved det nye Institut for Almen Medicin ved Københavns Universitet. Jeg havde netop afsluttet dataindsamlingen til et projekt om den almindelige befolknings helbred og været på et seks måneders kursus i medicinsk statistik og epidemiologi i London.

I samarbejde med Den Centrale Forskningsenhed for Almen Praksis udførte vi større forskningsprojekter om bl.a. kontaktføreløb i almen praksis: henvendelsesårsager, antal fremførte problemer samt diagnoser og behandling.

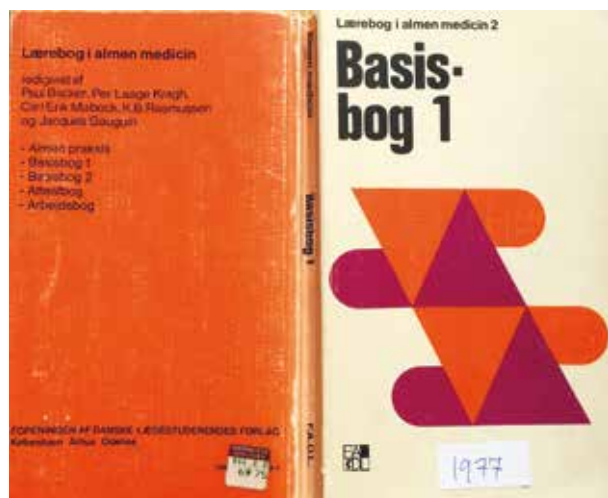
Fra 1982 fik jeg mulighed for at kombinere universitetsarbejdet med halvtid som praktiserende læge i egen kompagniskabspraksis.

Sundhedsbrøken, som angiver balancen mellem menneskets belastninger og ressourcer, kendte jeg fra den første danske lærebog i almen medicin fra 1977.

I lærebogen beskrev Halvor Heuch stressteorier og psykosomatiske teorier som baggrund for sundhedsbrøken. Inge og Kaj Born Rasmussen præsenterede en trivselsmodel, som inkluderede forholdet til partneren, familien, venner og arbejdskolleger, og Paul Backer anførte, at behandlingsplanen bør udnytte de positive ressourcer i patienten selv og hans omgivelser.

Sundhedsbrøken indebærer, at hvis belastningerne gennem længere tid bliver for store i forhold til ressourcerne, og folk ikke er i stand til at genskabe balancen ved enten at nedsætte belastningerne eller at øge ressourcerne, bliver de oftere syge. Som prak-





Den første danske lærebog i almen medicin (1977). Foto: privat.



Hanne ses her med Ian McWhinney i Canada, 1995. Foto: privat.

tiserende læger må vi prøve at hjælpe patienten med at genskabe balancen mellem belastning og ressourcer.

Hvor blev sundhedsbrøken af gennem årene? Forsvandt sundhedsbrøken på grund af fokuseringen på risikofaktorer og belastninger? Risikofaktorer fyldte mere og mere i konsultationerne. På det tidspunkt eksploderede forskningen om risikofaktorer. Vi kaldte det en risikoepidemi. Der var 80.000 artikler om risiko, men kun 200 om patientens ressourcer. Jeg skrev en artikel om epidemiologisk gruppebaseret viden anvendt på individniveau "Om risikoproget i den almen medicinske konsultation" i Practicus i 1996. Jeg skrev en anden artikel sammen med Kirsti Malterud om "Sundhedsbrøken der blev væk" i 1995 som udgangspunkt for et forskningsprojekt om, hvordan vi som praktiserende læger bedre får inkluderet patientens selvvaluerede helbredsressourcer – patientens stærke sider.

2. Forskningsprojekt om patientens stærke sider

Jeg ville indsamle viden om patienternes ressourcer ved at spørge patienterne om dette under konsultationen. Jeg samarbejdede med praktiserende læge, professor, dr.med. Kirsti Malterud fra Bergen i Norge, som havde skrevet disputats om "Allmen-

praktikerens møde med kvindelige patienter".

Jeg havde viden om epidemiologisk og kvantitativ forskningsmetode, og Kirsti havde viden om teorier og kvalitative metoder. Vi kendte hinanden fra årelangt samarbejde inden for nordisk medicinsk kvindeforskning. Sammen gik vi i gang med forskningsprojektet "Positive sundhedsfaktorer – en bedre balance mellem risikotænkning og ressourcetænkning".

Professor Ian McWhinney - den patientcentrerede kliniske metode i almen praksis

Ian McWhinney, professor i almen medicin i Canada, London/Ontario, var en stor inspirationskilde for mig i min forskning og klinik. Jeg læste hans artikler fra 1980'erne om skift fra biomedicinsk til bio-psyko-social sygdomsmodel og tilhørende skift i klinisk metode fra lægecentreret til patientcentreret konsultationsmodel, og jeg besøgte ham i Canada i 1995.

I vores projekt førte dette til udvikling af en teoretisk model for patientcentreret tilgang i konsultationen mhp. på at skabe en bedre balance mellem helbredsressourcer og belastninger – *balancemodellen*. Vi inkluderede "ressourcer" i modellen, og i patientperspektivet tilføjede vi "patientens stærke sider", som vi kan få viden om ved at spørge patienten.

tens stærke sider", som vi kan få viden om ved at spørge patienten.

Vi udviklede systematisk et *nøglespørgsmål* i vores egne konsultationer – et spørgsmål, som skulle åbne for en dialog om patientens stærke sider. Vi spurgte 50 kvindelige patienter og kunne se, hvordan en ændring af et lille ord i vores spørgsmål ændrede betydningen for patienten.

Vores nøglespørgsmål til kvinderne lød til sidst:

"Vi skal ikke kun snakke om problemer. Jeg må også høre om dine stærke sider. Hvilke sider af dig selv plejer du ellers at bruge for at blive rask eller holde dig rask?"

Spørgsmålet blev stillet, når den kliniske undersøgelse af patienten var færdig, og lige inden der skulle snakkes om, hvilke handlemuligheder lægen og patienten sammen kunne finde frem til, og alle kunne svare.

Vi anvendte herefter nøglespørgsmålet i 37 konsultationer med kvindelige patienter. Med kvalitativ analyse kunne kvindernes svar inddeles i følgende kategorier:

- Jeg klarer det, når jeg er nødt til det.
- Jeg snakker med andre.
- Jeg prøver at leve sundt.
- Jeg trives med at være i aktivitet.
- Jeg tager tiden til hjælp.
- Jeg har stærke sider.



Klimademonstration (2020): Jeg står med min plakat, som er lavet af mit barnebarn - jorden brænder. Foto: Ole V. Wagner.

Ved at gøre sig bekendt med patientens selvvalgte helbredsressourcer kan lægen på denne måde bidrage til at styrke patientens kræfter i stedet for kun at påpege svagheder og sygdom. Dermed bevæger vi os fra risikojagt til ressourcemobilisering.

3. Klimakrise truer folkesundheden

Mit arbejde med at beskrive befolkningens og patienternes helbredstilstand har gjort, at jeg reagerer, når folkesundheden bliver truet. Jeg var aktiv i kampagnen mod atomkraft i 1975-1985 og kunne som medlem af Lægeforeningens Hygiejnekomite (1980-1986) arbejde med det lægefaglige. Samtidigt kom risikoen for atomkrig, og vi stod for et særnummer af Ugeskrift for Læger i 1986 om "Kernedansens medicinske konsekvenser for Danmark".

I 2019 meldte jeg mig ind i *Klimabevægelsen* og er fortsat med til demonstrationer hver torsdag foran Folketinget mhp. at få klimaloven og klimahandling gennemført. Jeg eftersøgte artikler om klima og sundhed og læste den netop lancerede "the 2019 report of the Lancet Countdown on health and climate change", som er et anerkendt inter-

nationalt forskningssamarbejde, der beskriver sammenhængen mellem klima og 43 helbredsmål i en årlig rapport.

Klimaforandringernes indvirkning på folkesundheden har gjort et kæmpe indtryk på mig. Selv i Danmark mærker vi klimakrisen. Der er 250 flere ældre end forventet, der døde under hedeølgen i 2018. Vi ser flere børn og voksne med allergi og astma pga. en længere og mere intens pollensæson. Varmere vejr øger risikoen for flere infektionssygdomme.

Anvendelsen af fossile brændstoffer bidrager ud over klimaforandringer til luftforurening. I Danmark vurderes luftforureningen at være årsag til over 4000 for tidlige dødsfald årligt. Luftforurening kan desuden have en negativ virkning på fosterudvikling.

Jeg mødte andre klimabekymrede læger, og vi dannede i 2020 foreningen "Læger for Klimaet" (lægerforklimaet.dk). Vi kan som læger komme med lægefaglige input til klimadebat-ten, og vi kan gøre lægekolleger, politikere, klimabevægelsen og befolkningen opmærksomme på, at klimakrise er sundhedskrise.

Et bæredygtigt samfund - en fælles fremtid

I øjeblikket er jeg særligt optaget af

UDDRAG AF CV

- 1982-2007: Alment praktiserende læge i egen kompagniskabspraksis på deltid
- 1985: Medicinsk disputats "40-åriges helbred"
- 1996-2000: Første kvindelige professor i almen medicin, Afdeling for Almen Medicin, KU
- 2000-2007: Første kvindelige forskningsleder, Forskningsenheden for Almen Praksis, KU
- 1978-1991: Medlem af DSAM's bestyrelse
- 1995-1999: Medlem af Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd – som den første almenmedicin
- 1991-1996: Seniorforsker, Central Forskningsenhed for Almen Praksis, KU
- 1997 og 1989: Medredaktør af to lærebøger i almen medicin

to spørgsmål, som fører tilbage til mine erfaringer som praktiserende læge og forsker:

- Hvordan får vi hjulpet politikerne og alle os andre til at finde vores stærke sider og klimahandle nu?
- Hvad vil det sige at være bæredygtig i sit eget liv? Er det at holde sig sund ved at finde den rigtige balance mellem egne ressourcer og belastninger – og at tænke klima ind i sine handlinger både privat og på arbejde?

Det bringer mig tilbage til sundhedsbrøken. En bedre balance mellem belastning og ressourcer gælder ikke kun for vore patienter. Det gælder for alle mennesker, dyr og planter og for jorden. Vi har brug for dialog og fællesskab, hvis forsøget på at bremse klimaforandringerne skal lykkes. //



Kan omlægning af hoveduddannelsen give flere praksislæger?

Hoveduddannelsen i almen medicin kan forbedres, mener vi i FYAM. Mange har ønsker og ideer, og jeg skulle hilse og sige, at det også kan skabe en god debat. For hvordan skal vores hoveduddannelse se ud i fremtiden?

- Korte, fokuserede og velplanlagte ophold hos praktiserende hud- eller ørelæge i stedet for 6-8 måneders hospitalsophold på en sygehusafdeling?
- Opmærksomhed på, om den funktion, vi indgår i på sygehusafdelingen, er relevant for vores fremtidige virke i almen praksis, altså for eksempel et superviseret proktologisk eller diabetisk ambulatorium i stedet for utallige vagter som den evige forvagt i akutmodtagelsen?
- Kan man som uddannelseslæge i lægevagten følge patienten ind på akutmodtagelsen, afklare diagnosen og planlægge den videre indlæggelse og behandling sammen med speciallægen og på den måde tænke kontinuitet ind i en almen mediciners akutfunktion?
- Skal sygehusblokken på 2,5 år simpelthen barberes ned for at tilgodese mere tid i almen praksis, hvor vi er i et arbejdsmiljø, som vi trives i og i fremtiden skal arbejde i?

Mens vi gør os disse overvejelser, står vi i en tid med lægemangel. Mange steder er lægedækningen truet eller ligefrem fraværende. Riget fattes læger, praktiserende læger vel at mærke. Flere steder byder private aktører og regionssklinikker sig til, og det udfordrer kontinuiteten og begrebet "familielægen". Mange har erkendt, at noget må gøres.

Ved at omlægge hoveduddannelsen i almen medicin og reducere sygehusblokken til f.eks. to år og give mere tid i almen praksis kan man frigive mange læger med almenmedicinsk erfaring til praksis. Det giver god mening i en tid med lægemangel.

FYAM bidrager allerede til arbejdet med rekruttering og lægedækning, men i denne sammenhæng er vores ærinde at sikre en bedre hoveduddannelse med mere kvalitet og praksisrelevante kompetencer. Det er vores fokus, og kan det som sidegevinst medføre flere læger og mere tid i praksis som et redskab i lægedækningsproblematikken, så er det jo godt. //





FYAM-KLUMMEN

Vi har ikke nogen læge

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 Jesper Bossel Holst Christensen, som er FYAM-formand og HU-læge på Fyn.

Som så ofte før var det for mig en almindelig hverdagsaften, hvor jeg havde en besøgs-/kørevagt i Lægevagten. Jeg var på sygebesøg hos en ældre mand med vandladningsproblemer. Imens han lavede en urinprøve, snakkede jeg med hustruen. Jeg spurgte, hvem deres faste læge var. Et spørgsmål, der kan virke underligt, eftersom jeg kan se det i systemet, men det fungerer som en god samtaleåbner. Svaret faldt forsigtigt og tøvende, og det var tydeligt for mig, at der var mange følelser bag ordene.

"Vi har ikke nogen læge", svarede hustruen.

Da jeg spurgte nærmere ind til det, svarede hun, at de var tilknyttet et lægehus, men sagen var, at den læge, de betragtede som deres egen læge, var gået på pension efter at have været deres anker i sundhed og sygdom, i medgang og modgang, i 35 år. Nu var de endt som patienter i alles Lægehus. De kendte ikke lægerne, sagde

hustruen, og de følte sig lægeløse. Og hun fortsatte: "Og så netop nu, hvor vi virkelig har brug for vores læge".

Det er ikke første gang, jeg har mødt det fænomen og hørt de ord, når jeg har været på sygebesøg i Lægevagten i de landlige områder, langt fra en større by.

At være lægeløs. Som at være hjemløs, tænker jeg.

"Vi har ikke nogen læge". Fortvivlelse og afsavn er de følelser, der bedst beskriver, hvordan ordene lød. Det var slående for mig.

Knap halvdelen hundredetusinde danskere har ikke en praktiserende læge at gå til. Det er et tal, der først om flere år vil falde ifølge en prognose fra PLO.

Men hvorfor skal det være sådan? Og hvorfor føler patienterne, jeg møder, sig lægeløse, når de nu er tilknyttet et lægehus?

Ser vi på den geografiske fordeling af de private lægeklinikker, er der en tydelig tendens. De ligger i de små byer og landområder, såsom Gelsted, hvor jeg selv bor, Ærø, Fjerritslev, Thyborøn, Tønder, Hvidbjerg, Nakskov, Lemvig, Bøvlingbjerg med flere.

I de små byer og landområder har





patienterne ikke længere deres egen familielæge, og de får en dårligere kvalitet i udredning og behandling. Det sker lige nu – for øjnene af os. I de samme områder er der større sociale og økonomiske problemer. Flere har svær og kronisk sygdom. Borgerne benytter lægehusene i højere grad, og der er flere ældre læger.

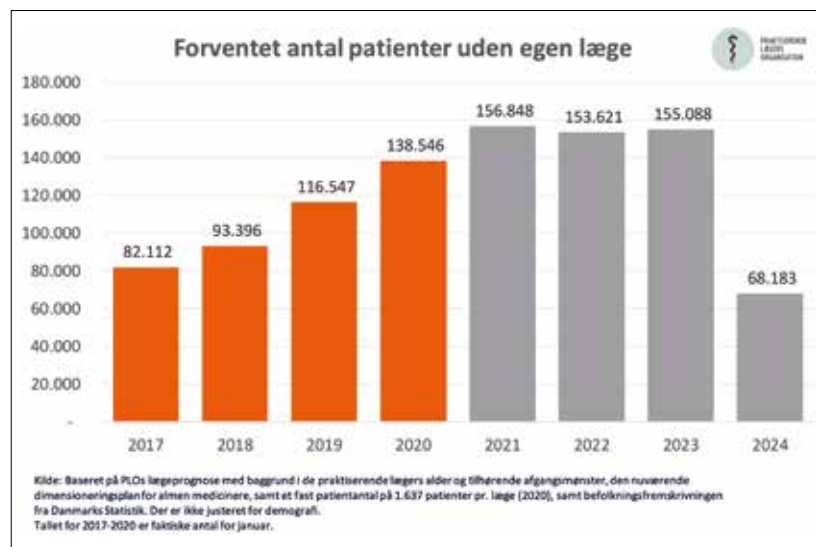
PLO har på det seneste talt imod både private klinikker, såsom Nordic Medicare og alles Lægehus og stråmandsklinikker. Det er også det helt

rigtige at gøre, mener jeg, for vi skal bevare familielægen.

Når sådanne private selskaber bryder sig af at skabe lægedækning, hvor man ikke kan få en PLO-klinik, lyder det nærmest som om, at det skulle være et lige så godt eller bedre tilbud. Det er det ikke. De private klinikker profiterer af, at vi som nuværende og kommende praktiserende læger ikke kan sikre en læge nær alle borgere. Jeg har svært ved at forstå, hvorfor det er så svært at få læger til at være land-

læger, for i mine øjne er der skønt på landet. Men jeg ved, at der kan være mange faktorer, der gør, at det kan være vanskeligt at rekruttere læger til visse områder. Oftest ligger der personlige årsager til grund, når man skal tage en så stor beslutning, som det er at nedsætte sig eller købe sig ind. Men man kan også gøre meget strukturelt og økonomisk, for eksempel mere differentieret basishonorar, økonomisk håndsrækning til at købe sig ind eller starte nyt fra bunden, tilskud til inventar og laboratorieudstyr m.m., gode forhold for børnefamilien i lokalområdet, et stærkt civilsamfund og tradition for et godt samarbejde mellem læge, sygehus og kommune – simpelt hen en helhedstænkning i det nære sundhedsvæsen af hensyn til nuværende og kommende landlæger.

Vi skal værne om den gamle tradition, at den praktiserende læge har sin egen praksis og driver den som en lille virksomhed. De private lægeklinikskaber sniger sig ind som aktører i sundhedsvæsenet, og det skal stoppes. Ellers skaber vi et sundhedsvæsen, der er væsentligt anderledes end det, vi kender til og har kært, hvor kendskab, kontinuitet og kvalitet er kerneværdier. //





FYAM: VALG 2021

Er du interesseret i organisatorisk arbejde? Brænder du for en bestemt mærkesag? Vil du præge uddannelsen til speciallæge i almen medicin? FYAM giver mulighed for det hele. Samtidig bliver du en del af et socialt og fagligt fællesskab med andre yngre læger.

September byder på valg til en række poster: regionale repræsentanter i FYAM-udvalget, FYAM-repræsentanter i forskellige DSAM-udvalg og i Yngre Lægers Almen Praksis-udvalg. Du kan stille op uanset erfaring og uddannelsesniveau. De vigtigste er, at du har lysten og interessen.

FYAM-udvalget holder møder ca. seks gange årligt, hvor medlemmerne er med til at sætte dagsordenen og nedsætte arbejdsgrupper. Derudover mødes vi normalt til et årligt weekendinternat, til DSAM's årsmøde i oktober og til Lægedage i november. Det sidste år har desværre været præget af coronavirus med aflysninger og Zoommøder, men vi håber, at vi igen kan mødes regelmæssigt i det kommende år.

Følgende poster er på valg for en toårig periode (oktober 2021 – oktober 2023):

- Formand for FYAM-udvalget
- Medlem af FYAM-udvalget for Region Syddanmark
- Medlem af FYAM-udvalget for Region Sjælland
- Medlem af FYAM-udvalget for Region Nordjylland
- Medlem af FYAM-udvalget for Region Midtjylland
- Suppleant i FYAM-udvalget for Region Midtjylland
- Suppleant i FYAM-udvalget for Region Nordjylland
- Medlem af Internationalt udvalg
- Medlem af Videreuddannelsesudvalget
- Suppleant i Videreuddannelsesudvalget
- Suppleant i Kvalitetsudvalget
- Medlem af Yngre Lægers Almen Praksis-udvalg
- Medlem af Rekrutteringsudvalget for DSAM/PLO.

Læs mere og find skema til valgoplæg under fanen "Valg 2021" på FYAM.dk.

Valgoplægget skal være indsendt inden den 1. september 2021 kl. 12.

Du er velkommen til at kontakte repræsentanterne i FYAM eller DSAM's sekretariat, hvis du har spørgsmål.

Ses vi i FYAM? //





TANKER FRA STOLEN:

1002 er autonomi i praksis – og lægens styrke

Når denne klumme trykkes, kan muligheden for lange telefonkonsultationer være en saga blot. Måske er 1002 ikke længere en mulighed, og det gør mit daglige arbejde i praksis helt uoverskueligt.

Hvordan kan det forsvares over for patienterne og ikke mindst os praktiserende læger, at aftalen ophører nu, hvor vi er så pressede af alt det arbejde, som er udskudt eller har ophobet sig, mens landet har været nedlukket?

1002 kom for at hindre smitte, og det er virkelig lykkedes at holde mange ude af praksis via 1002. Nu har vi brug for 1002 til at skabe plads til borgere med et særligt presserende behov. 1002 bør fortsætte et langt stykke tid endnu, til der er ryddet op, og vi har fået set på borgere med tegn på alvorlig sygdom. Måske kan vi klare arbejdspresset med modpartens tillid til, at vi via autonomi kan skelne mellem, hvem der skal ses i praksis, og

hvem der kan klares med en lang telefonkonsultation.

Det er velkendt, at sundhedsprofessionelle får empatiudmattelse af arbejdet med svært syge mennesker. Når 38 pct. af os var pressede og på randen til udbændthed inden pandemien, må der være al mulig grund til at passe på os.

I vores praksis er vi lagt ned af borgere, der selvvalgt har ventet på at komme til læge med alvorlige, somatiske symptomer og med alvorlige tegn på stress, angst og depression. Det er tunge sager, der kræver meget tid. Patienter med kronisk psykisk sygdom har haft det ekstra svært med coronaskræk i synapserne, for slet ikke at tale om de somatisk multisyge, der har været svære at lokke op til praksis, selvom kontrol af deres kroniske lidelser er afgørende for at ruste dem, hvis de skulle være så uheldige at blive smittet.

Almen praksis har været gennem mere end et år med

nye direktiver flere gange om ugen, presseomtale før orientering af os, nye måder at arbejde på, udlån af personale til coronaafsnit, mangel på værne-midler, alverdens spørgsmål fra alle vores samarbejdspartnere, spørgeskemaer fra forskere osv. Mange nye måder at være en god praktiserende læge på – og nå samme mål; at hjælpe patienten med respekt for patientens ret til at bestemme over sig selv og sit liv. Mange nye metoder og veje for at komme i mål med udredning, støtte og behandling af vores patienter. Men vi er ikke tilbage som før corona. Og vi har brug for styrke. Nu. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



L ÆG E N S B O G S T A V E R

Hvorfor forstår de os ikke?

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



Hvis nogle af os snyder på vægten, lever vi op til billedet om at være homo economicus – og der er ingen, der vil høre vores fælles budskab.

Dele af "det offentlige Danmark" ønsker mere kontrol med vores afregninger. Nogle af os ser pressehistorier om snyd blandt læger som en del af en orkestreret kampagne fra Danske Regioner, men de går hus forbi. Intet er bedre historier end velbjerget, der på trods af deres privilegier ikke kan dy sig for at fifle. Det taler ind i en helt basal retfærdighedssans, som de fleste opnår i en meget tidlig alder. Forargelsen over, at læger snyder de offentlige kasser, vores fælles husholdningspung, er helt berettiget.

Vi skal naturligvis drøfte det rimelige eller hensigtsmæssige i honorarstruktur og det enkelte honorars størrelse. Men vi er ikke ofre, og vi vil aldrig blive mødt af hverken forhandlingsmodpart eller pressen – for ikke at sige borgerne – med en forståelse af, at vi er.

Der er blandt nogle af os vrede over krav om tilbagebetaling af den coronaydelse, som vi kun måtte bruge i meget begrænset omfang, men som en del kolleger brugte ved automatsvar på mail til borgere, der aldrig havde bedt om det eller været i forbindelse med deres læge i den anled-

ning. Der er en gråzone, som mange befinder sig i, og netop dem, der har brugt ydelsen samvittighedsfuldt, men mere end hvad der retrospektivt vurderes som korrekt fra regionerne, bliver ramt af, at andre kolleger har slået autopiloten til og møllet standardsvar på negative tests og honorarer igennem. For det er jo det overforbrug, der har tricket hele sagen i pressen, hvor oprørte borgere helt forståeligt har sat spørgsmålstegn ved vores lødighed ved at modtage negative svar på tests, som de aldrig har bedt om – og i øvrigt har fået andre steder fra. I min optik har direktiverne været klare fra start, og løbende var der påmindelser om den korrekte brug af denne ydelse. Vi praktiserende læger blev

Tilliden er ikke en selvfølge.

Den er skrøbelig,

og vi må konstant opbygge

den med redelighed,

inderlighed og faglighed.

helt urimeligt udnyttet til, at prøver blev udskrevet i vores navn under epidemien. Men det berettiger os ikke til at tage selv. En dumhed berettiger ikke en anden – og slet ikke til selv-tægt.

Vi er en del af en virkelighed, vi ikke kun selv kan diktere – og godt for det. Vores bedste kort er det tillidsbaserede system, der er mellem læge og borger og mellem læge og samfund.

Tilliden er ikke en selvfølge. Den er skrøbelig, og vi må konstant opbyg-

ge den med redelighed, inderlighed og faglighed.

Når vi ikke laver rent trav, kan vores omverden ikke høre os og har ingen motivation for at forstå os. Polit'erne på centraladministrationens gange er uddannet i mikroøkonomiske teorier til at se alle mennesker som små nyttemaksimerende økonomiske agenter, homo economicus. Men vi har som læger langt mere end det: inderlighed, ansvar for den svage, nysgerrighed og stolthed – ”kald” om man vil. Vi bræn-

der for vores fag, og det er svært for økonomerne at forstå, ved vi. Kald og kroner kan godt gå hånd i hånd.

Derfor skal vi væk fra det billede, hvor man kan tolke, at når alt kommer til alt, er vi kun i det ”for the money”. Vi skal væk fra det ry, praktiserende læger havde tidligere, hvor vi af vores samarbejdspartnere blev oplevet som nogle, der altid mødte modpartens fremstrakte hånd med håndfladen opad: Hvad kan vi få for det? //

PRACTICUS // opslag

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. ”Græsrodde” 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.



BOGANMELDELSE:

Mærkbarhed – en anbefaling værd

5 ud af 6

“Så luk øjnene, mens du tager en dyb indånding og tæller langsomt til 10. Læg mærke til alle de tanker, der flyver rundt i dit hoved som små ildfluer, og brug et par dybe åndedrag til at puste dem ud, så dit hoved langsomt, men sikkert, bliver tømt. Når du så småt føler dig klar til at læse videre, så sæt dig godt til rette, tænd et hyggeligt stearinlys, sæt telefonen på lydløs – og lad os så komme i gang.

Det bliver godt ... kan du mærke det?”

Sådan starter Imran bogen, og det er godt – men ikke for alle!

Har du brug for et værktøj i forbindelse med stress? Enten til dig selv eller til patienterne, så er Imrans Rashids seneste bog "Mærkbarhed" et glimrende valg. Den er fyldt til randen med konkrete tips og råd.

Til de ganske få læsere, der ikke måtte vide, hvem Imran er, så præsenterer han sig som speciallæge i almen medicin, forfatter og foredragsholder – men mest af alt bare interesseret i det bedste liv for alle.

Derudover synes jeg, at man bør

tilføje, at Imran har beskæftiget sig med disruption, AI [kunstig intelligens, red.] og telemedicin, før de fleste af os vidste, hvad det var... Men som så mange andre oplevede han også, at mobilen, de sociale medier og lignende stjal tiden fra ham. Jeg ville sige, at det er som en eks-rygers rygestopsbog.

Siden bestselleren "Sluk" udkom i 2017 og efterfølgeren "Offline" i 2019, har Imran rejst rundt i hele landet og været til stede på alle medier. Her har han ihærdigt forsøgt at få os til at slukke for dimser og devices og i stedet være sammen. Mærkbarhed er seneste skud på denne stamme.

Imran beskæftiger sig med to begreber: mærkbarhed og målbarhed. Mærkbarhed er det gode i bogen. Det er nærvær mellem mennesker og med sig selv, analogt. Overfor står målbarheden. Enorme mængder af data om os, der gennemtygges af algoritmer. Det er de samme algoritmer, der i dag, i henhold til Imran, næsten udelukkende bruges til enten at sælge os noget eller effektivt at fastholde os i lige gyldige diskussioner på Facebook,

for evigt fanget af Netflix og YouTube's flimmer.

Bogen er en velskrevet moppedreng på knap 300 sider, som er opdelt i tre hoveddele:

- En gennemgang af, hvad der skal til, for at man bliver lykkelig, og hvad vores behov er.
- En blotlægning af de metoder, som særligt store teknologifirmaer bruger for at manipulere vores liv.
- En gør-det-selv-guide, hvor man får konkrete pejlemærker, der kan bruges i hverdagen.

I denne opdeling når man vidt omkring og godt i dybden med mange emner. De spænder lige fra behovspyramider og hjernens opbygning, videre til mini-biografier og centrale tech-giganter som Jeff Bezos (Amazons grundlægger) og Mark Zuckerberg (Facebook) til gode råd, der nærmest med en kogebogs nøjagtighed gør det muligt at øge sin mærkbarhed.

Det er tydeligt, at det er en forfatter, der er grebet af en højere mission. Der er derfor mange gode og spændende pointer. Der er et mindblowing

Jeg vil på ingen måde anbefale, at man har TikTok installeret. Og hvis man har den, så vil jeg anbefale, at man sletter den. Facebooks brug af Cambridge Analytica ligner vand ved siden af.

Citat fra bogen, s. 61, Kenn Friis Larsen

indblik i de metoder, som anvendes af de store tech-firmaer såsom Facebook, Google og TikTok.

Bogen er en lang guide til, hvordan man får mere mærkbarhed og mindre målbarhed. Selv en tech-læge, som mig selv, kan helt ærligt godt se mange af pointerne. Min egen og mine børns livskvalitet er unægteligt højere under et spil Ludo end efter to timer med en skærm foran os.

Har du patienter med stress, der har svært ved at lægge telefonen fra sig? Så er Imrans bøger helt klart læseværdige til dem.

Jeg vil anbefale "Mærkbarhed" til dem, som vurderes at have store evner til at sætte sig ind i indholdet. Den er nemlig lang og skrevet på et højt niveau. Ellers kan man eventuelt bede dem om at starte med del tre. Den er meget konkret og indeholder et væld af råd.

Bør du læse den som læge? Ja. Klart. Som Imran skriver: "(...) ser vi så på, hvordan de profitmaksimerende tech-firmaers digitaliserede målbarhedslogikker i 2016 ramte Danmark og udbredtes hurtigere, end nogen kunne nå at blinke og sige disruption".

Ingen af os har fået nogen som helst uddannelse, vi kan trække på, når vi skal rådgive patienterne.

Selvom bogen er god, har den efter min mening tre svagheder. Teknologien rummer store farer, og dem be-

skriver Imran til fulde. På den anden side er der samtidig også store muligheder. Dem hører vi ikke meget om i bogen. Den er lang, og dele af indholdet vil kun interessere nørder som mig.

Nogle steder når den dybder som lærebøger på universitet, mens andre passager minder om en selvhjælpsbog fra Politiken. Men Imrans vinkel er ekstremt vigtig. Man skal tænke rigtig meget over, hvordan teknologien kan bruges, så den ikke skubber os fra hinanden, men tættere sammen!

Jeg måtte desværre læse bogen i et PDF-dokument. Mit selvkøbte eksemplar er forhåbentligt nået frem, når du læser dette. Jeg glæder mig til anden gennemlæsning i en god stol.

Og TikTok er røget af min (og mine børns) telefon. //



ORIGINALTITEL: MÆRKBARHED – Hvordan vi mistede følingen med livet – og hvordan vi finder den igen

FORFATTER: Imran Rashid

UDGIVELSESDATO: 20-05-2021

SIDETAL: 308

ISBN13: 9788797295502

FORLAG: Forlaget Indtryk ApS

PRIS: 249,95 kr.

Practicus Podcast

I Practicus podcast #56 tager FYAM-redaktør Jonas Fynboe Ebert til Vejle for at besøge *Lægerne ved Havnen*. Seks ydernumre og i alt 25 ansatte kræver alternative løsninger, når det gælder administration og daglig ledelse. Lyt med og hør praksismedejer Klaus Østergaard Nielsen og praksismanager Jeanette Oxholm fortælle om, hvordan de for cirka 15 år siden som kun den anden

praksis i Danmark begyndte på en løsning, der i dag er kendt som praksismanager: en daglig leder, der løfter den store administrative byrde, der hviler tungere og tungere på de praktiserende læger – og dermed frigiver mere lægetid til patienterne og for nogle giver mere arbejdsglæde.

Practicus podcast kan høres via DSAM's hjemmeside og hos de fleste store podcastudbydere. //



Jonas Fynboe Ebert med sit transportable podcaststudie på besøg i Vejle hos Lægerne ved Havnen. Foto: Jonas Fynboe Ebert.