

# Practicus

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



December 2021  
44. årgang // 258



TEMA

## ÅRSMØDE 2021

Side 11-25, 40-41

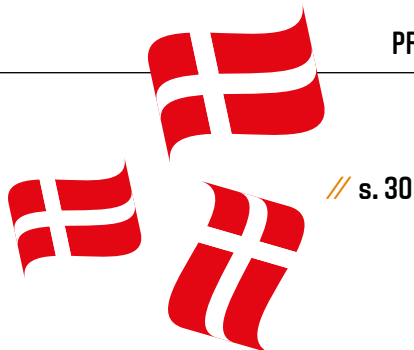
Jeg har taget mine egne formandssko med, side 6-7

Kontinuitet og relation er guld, vi skal værne om, side 14-15

FYAM har fået ny formand, side 37



# INDHOLD



## LEDER

- 3 En tur i mediemøllen

## DSAM

- 4 Forrygende start for formanden i fagpressen  
5 Repræsentantskabsmøde i DSAM  
6 Jeg har taget mine egne formandssko med  
8 De nyvalgte

## ARTIKLER

- 11 De forgangne 50 år - og de kommende  
14 Kontinuitet og relation er guld, vi skal værne om  
16 Kontinuitet - den gådefulde drivkraft  
18 Gå glad på arbejde - og hjem igen  
20 Fokus på nattesøvnen  
21 Multimorbiditet og overblikskonsultation  
22 Passioneret læge inden for uddannelse får talentpris  
24 DSAM's Ph.d.-cup 2021  
26 Lægedage 2021 med coronapas  
31 Antibiotikaudskrivning og diagnostiske tests  
34 Stor patienttilfredshed med video- og telefonkons.  
36 Lyt til Practicus Podcast

## FYAM

- 37 FYAM har fået ny formand  
38 Nye ansigter i FYAM  
39 Den afgangende FYAM-formand takker af  
40 Med FYAM på årsmøde  
42 Investering i trivsel  
44 Farvel til tjenestepligt

## SAMS

- 47 Læge i vest? - en inspirationstur

## DEBAT

- 48 Evidens, politik og vanskelige situationer  
50 Lægens bogstaver: Truslen på selvstændighed  
51 Tanker fra stolen: Selvmord - en etisk udfordring

## OPSLAG

- 46 Honorar for dataindsamling  
46 PLU-fonden, ansøgningsfrist  
52 Redaktionen ønsker glædelig jul



## PRACTICUS UDGIVES SOM MEDLEMSBLAD TIL MEDLEMMER AF DSAM

Stockholmsgade 55  
2100 København Ø  
Tlf. 7070 7431  
[www.practicus.dk](http://www.practicus.dk)

## ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR

Ellen Louise Kristensen  
[redaktoer@dsam.dk](mailto:redaktoer@dsam.dk)

## FYAM-REDAKTØR

Jonas Fynboe Ebert  
[jonasebert@dsam.dk](mailto:jonasebert@dsam.dk)

## REDAKTIONSSEKRETÆR

Annette Scharff Gehrs  
[asg@dsam.dk](mailto:asg@dsam.dk)

## NÆSTE NUMMER

Nr. 259  
Frist for artikler: 10. januar 2022  
Udgivelsesuge: 9

Nr. 260  
Frist for artikler: 1. april 2022  
Udgivelsesuge: 21

## MANUSKRIPTER SENDES TIL

[practicus@dsam.dk](mailto:practicus@dsam.dk)

## CITAT

Tilladt med kildeangivelse

## LAYOUT/TRYK

Jørn Thomsen Elbo A/S  
Essen 22, 6000 Kolding, [www.jto.dk](http://www.jto.dk)

## FORSIDEFOTO

Formandsreception, Årsmøde, Lægedage.  
Fotos: E.L. Kristensen, S. Barrett-Madsen,  
P. Skov og C. Boesen

## OPLAG

4.900

ISSN: 0109-2235

**dsam**  
Dansk Selskab for Almen Medicin

# En tur i mediemøllen

**P**raktiserende læger bliver relativt ofte hængt ud i medierne. 2021 har ikke været en undtagelse. Først var det sagen om, hvor mange tusinde kroner en vagtlæge kunne tjene i timen, hvis man var meget effektiv, og hvordan var mon så kvaliteten af den tilbudte hjælp. Dette ledte elegant videre til sagerne om de kødædende bakterier, hvor ulykkelige enkeltsager blev blæst ud af proportioner. Politikere og sygehuskolleger stod i kø for at sige, at de praktiserende læger skulle være bedre til at genkende tegn på nekrotiserende fasciitis, en uhyggelig og potentielt dødelig sygdom, der forekommer cirka 120 gange om året i Danmark om end med stigende forekomst.

Hvad godt skulle der komme ud af at hænge en hel faggruppe ud i medierne? Skaber det andet end vrede blandt lægerne og frygt blandt patienterne?

Senest fik lægevagten og 1813 hug for ikke at overholde servicemålene. Op mod to år med stigende ventetider fik flere medier til at sætte fokus på, at ventetider i spidsbelastningsperioder kan overstige to timer. Det kan der være mange forklaringer på: coronarelaterede spørgsmål og symptomer, større pres på sygehusene og deraf længere ventetid i forbindelse med indlæggelse af patienter, videokonsultationer og ja, flere bekymringer. Denne FYAM-redaktør og forsker i lægevagten blev sågar interviewet til TV Avisen i en hel time, hvor omdrejningspunktet var, at det da var for dårligt, at PLO ikke overholdt aftalen, og om ikke jeg var enig i det. Da jeg ikke ville kaste nogen ind under bussen, blev interviewet ikke brugt i den ellers meget grundige dækning i september måned.

Men denne gang bragte den øgede fokus på lægevagten måske alligevel noget positivt med sig. Akutknappen blev testet i 2017, og fire videnskabelige artikler i internationale tidsskrifter rapporterer om dens positive indvirkning på blandt andet tryk og tilfredshed hos borgerne. Derefter levede knappen så et stille liv på tegnebrættet i Region Midtjylland i over to år, hvorefter den så pludselig skulle afprøves og indføres på få uger i flere regioner og med udsigt til landsdækkende udbredelse inden for kort tid.

Selvom lægevagtens tur i mediemøllen på grund af lange ventetider medførte hurtig implementering af akutknappen, skal vi huske at passe på hinanden og turde råbe politikerne op, når noget ikke fungerer. Det er ikke holdbart, at noget, der fungerer åbenlyst dårligt, først bliver ændret, når det har været en tur igennem mediemøllen. En sådan tur kan have alvorlige konsekvenser for de involverede sundhedspersoner.

Glædelig jul og godt nytår.  
På gensyn i 2022. //

---

*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:

# Forrygende start for formanden i fagpressen



**K**ort efter at Bolette Friderichsen havde sat sig i DSAM's formandsstol, fangede medierne interesse for den nye hovedperson, som nu skal vænne sig til at være en eftertragtet talsperson i pressen. I ugerne op til formandsskiftet havde jeg talt med flere journalister, som bl.a. gerne ville vide, om retningen for selskabet forblev uændret. Selskabet er vokset væsentligt i synlighed i de senere år, så det er naturligt, at interessen er stor. Efter valget udsendte vi en pressemeldelse til relevante medier og

fik udført andre faste procedurer, når en ny formand træder ind på scenen.

Dagens Medicins fagjournalist Thor Melbye skrev et glimrende portræt med overskriften "Ny formand i DSAM har benene solidt plantet i de nordjyske plovfurer". Heri fortalte formanden, at selskabet fortsat skal lægge sig i selen for at oplyse og perspektivere, når befolkningen mødes af nye mediehistorier om kødædende bakterier eller øgede kræfttrusler.

»Vi skal fortsat være dygtige til at sætte mediehistorierne i perspektiv, så borgerne føler sig trygge og oplyste. Når mine patienter forlader mig, skal de helst føle, at de er blevet klogere og mere trygge på egen krop. Jeg skal ikke fortælle dem, at alt er godt, men jeg skal fortælle dem, hvad de skal være opmærksomme på – og hvad der er pyt,« udtalte Bolette Friderichsen til Dagens Medicin.

Andre sundhedsfaglige medier som Altinget og Medicinsk Tidsskrift bragte også nyheden om den nye formand. Altinget inviterede DSAM til at skrive

et indlæg om den ny kommunale kvalitetsplan, og i samarbejde med bestyrelsesmedlem Niels Saxtrup blev indlægget bragt med overskriften "Kommunal kvalitetsplan må ikke fastlåse faglighederne i beton". Indlægget er fyldt med gode eksempler fra hverdagens udfordringer i almen praksis, hvor kommunernes kassetænkning spærrer vejen for relevant viden og de mange gode redskaber, som kan hjælpe syge borgere.

FYAM's nye formand, Thomas Purup, havde også sin ilddåb i fagpressen, og med lidt hjælp fra sekretariatets pressekontor stillede han op til interview til både Ugeskrift for Læger og Sundhedsmonitor på nogle højaktuelle politiske sager om hhv. lægevagten og lægedækning. Thomas Purup klarede det til UG med pil op.

Alt i alt har det været en forrygende start på formandsposterne i både DSAM og FYAM. Journalisterne har taget godt imod de nye ansigter, som helt sikkert vil blive hørt og set i mediebilledet i de kommende år. //

Selskabet er vokset væsentligt i synlighed i de senere år, så det er naturligt, at interessen er stor.





# Repræsentantskabsmøde i DSAM

Det var dagen derpå oven på en stor fest med underholdning, musik og dans i lange baner. Alligevel dukkede mange op til repræsentantskabsmødet. Og det var ikke kun dem, der havde mødepligt, dvs. det nyvalgte repræsentantskab - også helt almindelige medlemmer.



Der var blomster og bifald til både den afgangende og tiltrædende formand. Foto: Palle Skov.

**D**et var da også et ganske særligt repræsentantskabsmøde, da der for første gang i seks år skulle vælges ny formand for DSAM.

Mødet starter altid med, at der vælges en dirigent. I år var det Anna Mette Nathan, som er praktiserende læge og næstformand i Lægeforeningen, der sørgede for, at mødet blev afviklet efter gældende forskrifter og vedtægter.

DSAM har en række udvalg og interessegrupper tilknyttet, som varetager DSAM's interesser på forskellig vis. Hvert år aflægges der en skriftlig beretning, som de ligeledes har mulighed for at fremlægge mundtligt på repræsentantskabsmødet. På samme vis aflægges formanden sin beretning. Efter formandens beretning blev der givet en stående applaus til Anders Beich,

som tak for hans store indsats for selskabet. Beretninger fra i år og de seneste år findes på DSAM's hjemmeside, hvis du har lyst til at læse med.

DSAM's regnskab og budget samt regnskab for Sara Krabbes legat blev efterfølgende gennemgået. Alt blev godkendt uden bemærkninger.

Herefter nåede vi til det nok mest spændende punkt på mødet, nemlig valg af ny formand. Én kandidat, Bolette Friderichsen, havde på forhånd meldt sit kandidatur og blev også med et stort bifald valgt uden modkandidater. Bolette holdt sin tiltrædelsestale med skoene på talerstolen foran sig, og hun fortalte, hvordan hun ville udfylde skoene – sine egne vel at mærke. Det kan du læse mere om i artiklen om vores nye formand andetsteds her i bladet.

I år skulle der også vælges supplementer til bestyrelsen og lægefaglige revisorer. Alle pladser blev besat. Det er dejligt med den interesse, der er for at bakke selskabet op.

Til sidst var ordet frit, hvilket flere valgte at benytte sig af, herunder Jørgen Skadborg, der forsikrede de tilstedeværende om, at DSAM er uundværlig for PLO. //

## FAKTABOKS

Medlemmerne af de fem regionsbestyrelser udgør repræsentantskabet. Hvis du vil se, hvem de er, så kig på DSAM's hjemmeside. Her kan du også finde referatet fra det seneste repræsentantskabsmøde.



# Jeg har taget mine egne formandssko med

**N**år man overtager en formandspost fra en så stor faglig og retorisk kapacitet som Anders Beich, så kan man godt spekulere på, om man mon kan fylde de sko ud, som forgængerens lod stå tilbage? Efter en del diskussion med mig selv, er jeg er så kommet frem til, at jeg hverken kan eller vil forsøge på det.

Så jeg medbringer mit eget fodtøj, og så må det vel gå på en eller anden måde. Og den dag jeg blev valgt på repræsentantskabsmødet, lod jeg så mine støvler bese på podiet. De var rengjorte i dagens anledning, da vi var på et fint sted, men de er godt brugt, har båret mig rundt til mange steder og passer mig fint.

## Være formand i DSAM?

Jeg blev rodet ind i arbejdet i DSAM-Nord i 2014, fordi jeg følte, at fagets kerne var under pres. Det var efter konflikten, vedtagelsen af sundhedsloven, Captio PLO, som var en tromlen hen over vores faglighed, og der var en tankegang og en retorik i det politisk-administrative system om, at vi skal styres og struktureres af andre, hvis kvaliteten skal sikres, fordi "hvis noget ikke er dokumenteret, så er det ikke sket". Det var skræmmen-

de, og det var sørgeligt, og der var ingen anerkendelse af konsultationsprocessens værdi, af konsultationsrummets ukrænkelighed eller af, at effektive konsultationer fordrer, at vi virkelig lytter og er i dialog med patienten – ikke, at vi får sat en hel masse flueben i en tjekliste.

I DSAM-Nord har jeg haft et dejligt parløb med Janni Kristensen og de andre i vores regionale bestyrelse. Vi har taget mange emner op, hvor vi har vendt diverse kontroversielle eller uafklarede spørgsmål på medlemsmøder, og Janni har lært mig, at møder ikke er så farlige, og dilemmaer er værd at drøfte kollegialt og åbent.

Undervejs blev jeg medlem af DSAM's bestyrelse, og siden blev jeg næstformand. Det var inspirerende, og jeg kan godt lide at vise myndigheder, andre fagspecialer, forskellige interessegrupper og pressen, hvad det er, vi laver i almen praksis, og hvad vi kan skabe af værdi for patienterne, når de rigtige betingelser er til stede. Oprindeligt havde jeg ikke tænkt mig, at jeg skulle være formand, men det var ligesom ikke til at komme forbi den sten på vejen. Nu har jeg lovet at bære den et stykke vej – de næste to år. Så må vi se, når vi kommer dertil.

## Min ledelsesstil handler om tillid

Jeg tror bare dybest set, at mennesker gør mest gavn for fællesskabet, hvis man viser tillid og giver plads. Jeg er ikke så klog, at jeg altid ved bedst, og min gamle far sagde altid, at man kan lære noget af ethvert menneske. Alle i sekretariatet har stærke fagligheder, forskellig fra min, og det er ikke mig, der skal detailstyre, hvordan de udfører deres opgaver. Louise Hørslev er som sekretariatschef min nærmeste embedsmand, og jeg har fuld tillid til, at hun fordeler opgaverne bedst muligt blandt vores kapaciteter. Men jeg ved godt lidt om, hvor jeg vil hen med de opgaver, vi skal løse, og det er så min opgave at forklare retningen.

Hvad bestyrelsen (og observatørerne) angår, så er vi kolleger i øjenhøjde. Vi har et fælles værdigrundlag i pejlemærkerne, som alle tilslutter sig, men vi lægger vægt på forskellige aspekter. Det er afgørende, at alle har et engagement i noget, de brænder for, hvis vi skal lykkes med DSAM-arbejdet – og vi skal som mennesker vokse med opgaverne og lære af hinanden.

## DSAM's rolle i sundhedsdebatten

Almen medicin er et speciale, som ingen andre rigtig forstår sig på. Jeg tror



Bolette Friederichsen til repræsentantskabet: Det er afgørende, at alle i bestyrelsen har et engagement i noget, som de brænder for, hvis vi skal lykkes med DSAM-arbejdet. Foto: Palle Skov.

simpelthen, man skal stå i det ansvar selv med den magiske stol i konsultationsrummet, som får folk til at åbne sig og fortælle om de mest utrolige ting til lægen, hvis man skal kunne forstå det. Vi holder en lille del af deres liv i vores hænder hver gang. Andre er specialister i organer og sygdomme, og vi er specialister i vores patienter. Vi må blive ved og ved med at forklare omverdenen, at vi har nogle kerneopgaver, som vi fortsat skal udvikle, og som ingen andre kan overtage, og derfor kan vi ikke blive ved med at overtage opgaver fra andre. Vi må vise vores potentiale, men vores ressourcer skal prioriteres.

### Forholdet til PLO

Vores to organisationer har forskellige formål, og det har gennem historien nu og da givet knas på linjen. I øjeblikket har vi dog i høj grad fælles fodslag, hvad angår værdier og retning, og der er generelt stor enighed

om betydningen af kvalitet, uddannelse, forskning og internationalt samarbejde. Der er mange formaliserede samarbejdsflader, og der er altid telefonisk hotline mellem formandskaberne. DSAM kan undersøge og vise, hvad der giver faglig mening, og hvad der kan lade sig gøre med de gældende ressourcer, men DSAM kan ikke forpligte medlemmerne eller forhandle en pris. Det kan kun PLO. DSAM har til gengæld en større frihed til at udfolde og udforske faget, da vi kun er finansieret af medlemmernes kontingent og ikke er bundet af aftaler i et forhandlingslokale. Vi har konsulenter med stærke lægefagligheder ansat i sekretariatet, og vi har et stort netværk af udpegede praktiserende læger i alverdens tværsektorielle arbejdsgrupper.

### Hvad brænder jeg særligt for?

Jeg har arbejdet med mange sager gennem disse år. Jeg holder meget af at

tilegne mig ny lægefaglig viden og forståelse og at træne brugen af den, både personligt og på vegne af faget, så fagfællerne også bliver dygtigere. Men mødet og dialogen med andre mennesker er helt central for mig.

Vi skal have en god dialog på alle områder. Vi skal have god kommunikation med vores sygehuskolleger, så vi kan understøtte og supplere hinanden i patientarbejdet, men der skal være et entydigt lægeligt behandlingsansvar. God friktionsløs dialog med den kommunale hjemmepleje og med alle de forskellige kontorer, vi samarbejder med i kommunen. Med FAPS'erne, fysioterapeuterne, psykologerne og de andre selvstændige behandlere i primærsektoren. Med personale og lægekolleger internt i lægehuset. Men al god almenmedicinsk kvalitet starter med en god dialog i konsultationsrummet mellem lægen og patienten. //



# De nyvalgte

DSAM's valgte bestyrelse har stået over for en større udskiftning. Mød de nye medlemmer af bestyrelsen her.



## Troels brænder for forskning og ultralyd i almen praksis



**Troels Mengel-Jørgensen er praktiserende læge i Vodskov, medlem af DSAM's bestyrelse og repræsentant for DSAM Nordjylland.**

Troels Mengel-Jørgensen brænder for ultralyd i almen praksis og ønsker særligt at arbejde for en videnskabe-

lig sammenhæng mellem forskning og almen praksis i hverdagen.

"Jeg er primært kliniker, men jeg er meget bevidst om, at det er forskningen, der skal kunne understøtte den behandling og de undersøgelser, vi laver i dagligdagen. Det skal ikke være 'forskning for forskningens skyld'. Forskning skal kunne bruges i hverdagen i almen praksis - til glæde for vores patienter og for os, der arbejder i almen praksis," siger han.

Ifølge Troels Mengel-Jørgensen er almen praksis under politisk pres, og det kræver et særligt fokus på kerneværdierne.

"Vi skal kæmpe for, at vi kan blive ved med at holde fast i vores kerneværdier. Vi er dog også nødt til at forny almen praksis for at kunne holde os up-to-date med omverdenen, bl.a. ved at integrere ny teknologi i praksishverdagen. Her mener jeg naturligvis ultralyd, men også videokonsultation, AI m.m. - områder, som bl.a. CAMAAU (Center for Almen Medicin

ved Aalborg Universitet, red.) også har fokus på. Mit håb er, at vi kan blive ved med at have den gode tætte kontakt med vores patienter og samtidig gøre en forskel. Min frygt er, at vi bliver overset, hvis vi ikke får de ressourcer, vi skal bruge til det."

### Hjertesagen

"Jeg har en deltidsansættelse ved CAM AAU, hvor jeg administrerer 11 ultralydsscannere, som vi har fået en bevilling til i 2018. Disse bliver brugt til forskellige undervisningsprojekter, udlån til læger, der gerne vil afprøve ultralyd i egen praksis og til forskningsprojekter inden for brugen af ultralyd i almen praksis. Ud over dette har jeg ansvar for "appetizerkurser" for nybegyndere i ultralyd i ultralydsgruppen ved CAM AAU, og jeg underviser bl.a. på Lægedage og PLO-E-kurser i ultralyd. Jeg er også medlem af bestyrelsen for Dansk Almenmedicinsk Ultralyds Selskab (DAUS)." //

Troels ønsker særligt  
at arbejde for, at  
forskningen skal kunne  
understøtte lægernes  
arbejde i dagligdagen.

## Niels: Det var min tur til at stille op



**Niels Saxtrup, praktiserende læge i Græsted Lægehus, hvor han sidder i kompagniskab med Marie.**

Niels Saxtrup har fulgt selskabet gennem længere tid, og han har bl.a. tidligere haft kasketten som lægefaglig leder i DSAM's sekretariat. Hjertesagen er professionsetikken, det meningsfulde lægearbejde, og hvad rollen som praktiserende læger indebærer.

"Jeg synes, det var min tur til at stille op. Jeg har altid tænkt over, hvad der var meningen med at være praktiserende læge. Hvem er vi? Og hvad er vores rolle?" siger han og fortsætter.

"Den rolle og vores opgave i samfundet er hverken vi selv eller samfundet helt klar over - det er i hvert fald ikke særlig godt beskrevet. Hvis vi selv formulerer, hvem vi er, hvad vi kan og hvordan, kan vi også bedre drøfte med patienter og stat, hvad man kan forvente af den praktiserende læge, og vi bliver selv som gruppe bedre afklaret. Vi skal blive bedre til at forstå de spørgsmål og være afklaret om vores etiske ståsted. Det skal vi gøre sammen som fagligt selskab og sammen med PLO, der skal være omdrejningspunkt for den udvikling."

Niels Saxtrup forventer at kunne bidrage til, at danske praktiserende læger kan stå stærkere både som kollegaer i en profession, men også så man kan udvikle almen praksis til en fortsat stærk og bæredygtig partner med forankring i det lokale og med det enkelte menneske for øje.

"Almen praksis vil altid eksistere på en eller anden måde. Lige nu eks-

perimenteres med mere ambulatorielignende klinikker med stort flow og andet personale i front. Det er et tveægget sværd, for drift, vækst, udvikling, guidelines står nemt i modsætning til det nære, person- og situationorienterede. Ved at blive stærkere formuleret på vores rolle og identitet, kan vi også bedre finde en klarere retning. Vi ved, at der vil komme nye opgaver til almen praksis. Men vi skal være fremme i cockpittet og være med til at bestemme den udvikling, og om det er en udvikling, vi kan bifalde." //

Niels vil arbejde for, at de praktiserende lægers rolle og etiske ståsted bliver beskrevet – på den måde står vi stærkere.

## Marianne vil øge tilliden til de praktiserende læger



**Marianne Lentz er praktiserende læge Aarhus – Region Midtjylland**

Der var flere interesser, som fik Marianne Lentz til at stille op til bestyrelsen. Hun brænder for efterud-

dannelse og professionsetik og for at øge tilliden til praktiserende læger blandt befolkningen og samarbejdspartnere.

"Jeg vil bl.a. arbejde for at øge tilliden til de praktiserende læger, så vi ikke skal bruge så meget krudt på at håndtere dårlige sager lave og brandslukning i vores arbejde. Måske skyldes det en grundlæggende mangel på viden om vores arbejdsvilkår i almen praksis blandt administratorer og kolleger i sektoren, så det kunne være et sted at starte," siger hun.

Mariannes hjertesag er, at vi får bedre mulighed for at udøve vores fag uden at brænde ud selv.

### Interesse for faget

Marianne Lentz har tidligere har været udpeget i forskellige arbejdsgrupper i Sundhedsstyrelsen for DSAM, hvor hun oplevede, at der var interes-

se for de praktiserende lægers måde at arbejde på.

”Der er faktisk interesse for, hvad vi siger som praktiserende læger, der arbejder i ”marken”. Jeg vil gerne udbrede kendskabet til almen praksis og vores unikke position samt være med til at påvirke beslutninger, så vores vinkel tilgodeses - til glæde for patienterne. Qua vores daglige arbejde i almen praksis, har vi stor indsigt i, hvad der er hjælpsomt for vores patienter.”

Marianne har en stor interesse i professionsetik og professionsidentitet og håber, at andre vil finde det lige så spændende og givende for arbejdsglæden, som hun selv gør.

”Min hjertesag er, at vi får bedre mulighed for at udøve vores fag uden at brænde ud selv. At vores arbejde giver mening for både patienter, samfund og os selv. At vi arbejder med høj faglig kvalitet – men undgår ”pseudoarbejde. Det er også vigtigt, at vi internt får talt sammen om vo-

res profession, og at vi som fag og stand må sige fra en gang imellem,” siger hun.

”Jeg håber, at arbejdet i bestyrelsen bibringer at møde nogle spændende mennesker, som jeg kan samarbejde med omkring det almenmedicinske fag, samt forhåbentligt få sat et almenmedicinsk aftryk i det jeg bliver involveret i undervejs.” //

## Søren Due Andersen: Vi må tillade patienterne at blive raske selv



**Søren Due Andersen er praktiserende læge på Stevns og bosat i Køge.**

En dyb faglig interesse, en bekymring for fremtiden og uddannelsen af yngre kolleger fik Søren Due-Andersen til at stille op til DSAM's bestyrelse.

”Jeg er bekymret for vores unge, kommende læger i sundhedsvæsenet. De skal nå meget på så kort tid som muligt, og det virker, som om det hele haster-haster. Hospitalsvæsenet fylder meget i sundhedsvæsenet, og sygdom er ligesom noget, som skal overstås hurtigt. Det må ikke tage tid at blive rask, og kroppen får ikke tid til at helbrede sig selv,” siger han og fortsætter:

”Almen praksis adskiller sig jo ved,

at det hele ikke haster så meget. Her ser vi generne an, og når vi nogle gange holder hænderne i lommen, så tillader vi patienterne at blive raske selv. Det er der meget sund fornuft i. Det er ikke alle symptomer, man skal handle på, og meget går over af sig selv. For eksempel skal lidt åndenød på grund af genoptræning have tid, fordi det er hårdt for kroppen at genoptræne.”

”Det, som jeg er drevet af, er, at der bliver sat nogle mål og ønsker for udredning og behandling, uden at man individualiserer symptomerne og forsøger at opnå umulige ting. Men udredning og behandling skal individualisere. Det handler ikke om, hvad man kan gøre, men mere, om det giver mening for den enkelte patient. Hvis vi smører smørret for tyndt ud, så er der ikke nok til alle, og brødet er tørt alligevel.”

Søren Due-Andersen har fået tildelt ordførerskabet ”Ulighed i Sundhed” – et område, som han er glad for. Han har praksis i et område, hvor der er tunge socialgrupper, og erfaringer-

ne herfra kan bidrage til større indblik i netop dette område.

”I starten af min karriere som praktiserende læge var jeg meget optaget af at få patienter i porteføljen og følge vejledningerne slavisk. Nu har jeg fået brændt ungdommens entusiasme af, så nu handler det mere om de bløde værdier, og jeg er mere nøje med, hvilke patienter jeg bruger krudt på. Vi bør holde på nogle af ressourcerne til dem, som har mest brug for det, og nogle bør affinde sig med ikke at blive behandlet efter højeste standard,” slutter han. //

Søren vil holde fast i,  
at det, vi gør, skal give  
mening for patienten.  
Og så mener han,  
at vi skal bruge krudtet  
på dem, som har mest  
brug for det.



# De forgangne 50 år – og de kommende

Deltagerne på DSAM's årsmøde på rejse i Niels Bentzens tidsmaskine.

## Begyndelsen

I 1966 startede Bent Østergaard – praktiserende læge i Hørve – Dansk Selskab for Forskning i Almen Praksis. I 1970 blev det til DSAM med Paul Backer som formand. DSAM skulle varetage forskning, videre- og efteruddan-

nelse for praktiserende læger – med inspiration fra the Royal College of General Practitioners og the Dutch College of General Practitioners med kollegaerne Pat Burne, John Horder, Jimmy Knox og Jan van Es som inspiratorer.



Niels Bentzen holder veloplagt jubilæumstale til DSAM på årsmødet. Aben spiller en central rolle i fortællingen. Foto: Palle Skov.

## Undervisning

Video, rollespil, kasuistikker og observation af konsultationer blev metoder, hvor vi lærte almen medicin af hinanden. K.B. Rasmussen – praktiserende læge i København – lavede efteruddannelseskurser, hvor specialister fortalte om diagnostik og behandling, men hvor vi primært lærte hinanden, hvordan patienter i almen praksis skulle hjælpes.

## Patientkendskab

I 1970 var praktiserende læger næsten alle mænd i solopraksis. Deres kone var sekretær/sygeplejerske. Der var telefontid kl. 8-9, hvor det blev aftalt, hvem der kom i konsultationen, og hvem der skulle have sygebesøg. Om eftermiddagen blev der kørt sygebesøg til gamle og børn. Aften- og nattevagter delte vi med nabokolleger. Det blev til en vagt hver 5. dag/weekend. Vi lærte vores patienter og

### OM NIELS BENTZEN

Niels Bentzen har været praktiserende læge i en menneskealder og er fortsat vikar i almen praksis i Horsens og i Norge. Han har været professor i almen medicin i Odense, Tromsø, Trondheim, København og Ålborg. Han har undervist i almen medicin siden 1973, hvor han startede som leder af den Teoretiske Vide-reuddannelse i Odense. Han har bidraget til udviklingen af almen medicin som akademisk fag, speciallægeuddannelsen, ICPC, lægevagten, PSOAP-journalnotater, interview af ansøgere til medicinstudiet o.m.a.

### LÆS MERE:

Fra profession til lægeligt speciale. Almen medicin 1966-1975. Almind, G. og Bentzen, N. Dansk Medicin Historisk Årbog 2017, p.145-172.

Kun gennem evidens kan vi udvikle almen praksis  
og blive proaktive i stedet for reaktive,  
responsive i stedet for forebyggende,  
regenerative i stedet for konsumerende.

deres familie at kende i deres hjem. Notaterne var enkle: dato, diagnose og behandling!

I dag 'kender' vi patienterne fra konsultationerne og vores journaler. Vi ved mere om deres sygdomme, medicin og blodprøver end om dem som mennesker.

Vores journalnotater er blevet vigtige i kommunikationen mellem flere behandlere. De skal være korte, klare og informative – men de er alt andet! Det er på tide, at vi selv forbedrer vores notater, før juristerne og skrivebordslægerne i Styrelsen for Patient-sikkerhed dikterer, hvordan notaterne skal skrives! PSOAP (problem, syge-historie, observation, analyse og plan) er en disposition, man kan bruge, som vil imødegå truslen.

## Relationer

For 50 år siden havde vi en personlig relation til vores patienter. Ian McWhinney siger: "We know the patients before we know their disease". Cirka 90 pct. af de praktiserende læger var mænd. De få kvinder var ofte gift med en praktiserende læge. Lægen var hovedforsørgeren, mens konen tog sig af familien, hjemmet og hjalp til i praksis, som lå i lægeboligen. Han tog sjældent ferie – var bange for, at patienterne skulle forlade ham!

Nu er 2/3 af lægerne kvinder. De har andre prioriteter – ønsker forudsigelige arbejdstider, færrest mulige vagter og tid til familien.

Patienterne har også forandret sig. De er mere mobile og krævende. De tolererer ikke symptomer ret længe, før de behøver hjælp af hensyn til de-

res stressede hverdag. Betydningen og varigheden af relationer er ændret – bare tænk på skilsmissefrekvensen!

## Ny betydning

Hvornår har en professional relation betydning? 400 patienter – i en praksis med to praktiserende læger med 7.000 patienter, seks behandlerteamsygeplejersker og to superviserende læger – fortæller, at relationen betyder noget ved personlige problemer, psykiske lidelser eller kroniske sygdomme, der kræver behandling. Hvis de har akutte problemer, er bekymrede eller skal have svar på spørgsmål, så ønsker de en kompetent fagperson. Så relationer er ikke noget, læger har monopol på. Det kan sygeplejersker og sekretærer også etablere.

## Kontinuitet

For 50 år siden fulgte dr. Hansen sine patienter fra 'krybbe til grav' – dag og nat. Men dr. Hansen er død! I stedet har et team af praktiserende læger, yngre læger, praksissygeplejersker og sekretærer taget over. Kontinuitet betyder for dem, at den samme person ser og hjælper patienten, så længe problemet er det samme. Når helbredsproblemet er ovre, bliver behovet for at se den samme person ikke så stort. I vores undersøgelse fra før satte patienterne stor pris på den kontinuitet, som sygeplejerskerne gav. De oplevede, at de var fagligt dygtige, altid venlige, gode til at lytte og grundige.

## Manpower og organisation

I halvfjerdsenerne skete der en eksplosiv udvikling i almen praksis for at udnytte lægeressourcerne bedre. I dag

mangler vi praktiserende læger. Vi skal udvikle nye praksismodeller, som kan levere god og tidssvarende 'primary care' til befolkningen. Regions- og udbudsklinikker dukker op overalt, hvor praktiserende læger ikke kan sælge deres praksis til yngre læger.

OK22 har forslag til, hvordan vi skal få flere praktiserende læger, men de løser ikke problemet for de næste 10 år. Cirka 20 pct. af de kvindelige almenmedicinere ønsker ikke at være selvstændige. Betydningen af praktiserende lægers 'kønsskifte' er aldrig blevet ordentligt analyseret eller brugt i planlægningsmæssigt øjemed.

I dag arbejder der ca. 2.000 hospitalsuddannede sygeplejersker i almen praksis. Hvis vi vil øge kapaciteten og kvaliteten i almen praksis hurtigt, skal der laves en målrettet uddannelse i almen medicin for dem – på samme måde som inden for anæstesi og akut medicin!

Aktuelt er 32 praksis opkøbt af 'Alles Lægehus' og 'Capio Privathospital' – forretningsdrevne 'sundhedskæder'. Som Taleban er de her, og de forsvinder ikke, blot fordi vi ikke kan lide dem. Vi må i gang med at undersøge, hvilke former for praksis, der er bedst fra patienternes og praksis' synsvinkel. Kun gennem evidens kan vi udvikle almen praksis og blive *proaktive* i stedet for reaktive, *responsive* i stedet for forebyggende, *regenerative* i stedet for konsumerende. Fremtidens almen praksis kræver innovative partnerskaber og nye samarbejdsmetoder. Ellers vil smarte forretningsmænd overtage og udfase almen praksis, som vi kender den.

### Glem ikke kernen

Vi må ikke glemme kernen i vores arbejde: patienten!

Kierkegaard, Sokrates og Olsen Banden er vigtige. Når patienten beder om vores hjælp, må vi møde hende, hvor hun er og 'først forstå det, hun forstår'. Stille sokratiske spørgsmål om hendes symptomer, liv, bekymringer, forestillinger og forventninger. Når vi har mødt hende og sammen forstår problemet, så kan vi hjælpe, hvis vi har en plan.

Til planen hører, at patienten bliver klogere på sig selv, sin sygdom, sin medicin og sine mestringsevner. Hun gav os en 'abe', da hun bad om hjælp. Den 'abe' skal vi give hende tilbage, når konsultationen er slut, og vi skal aftale, hvad 'aben' skal gøre til næste gang, vi ses. Gør vi ikke det, så tror patienten, at vi har overtaget hendes problem og løser det til næste konsultation. Det brænder man ud af!

OK22 har sat nye mål, og hvis I følger dem, kan I komme på den samme proaktive og innovative sti, som vi fulgte i 70'erne og 80'erne!

Men I må ikke sove på 'laurbærrene'. I skal være smartere end politikkerne og sundhedsadministratorerne – og det skulle vel ikke være så vanskeligt?! Eller...? //

## Stemmingsbilleder fra årsmødet 2021



Fotos: Palle Shov.



# Kontinuitet og relation er guld, vi skal værne om

**V**i var mange på årsmødet i år. Vi var flere end nogensinde før, så vidt jeg husker! Det var også to år siden, DSAM samlede os sidst, så mange havde – ligesom jeg – fået skærpet sulten efter fagligt samvær!

Sidste år var DSAM's jubilæumsår, det halvtredsindstyvende, så dét blev fejret. Og hvem bedre end Niels Bendtzen, professor emeritus ved Syddansk Universitet, kunne holde festtalen om fagets og faglighedens udvikling siden grundlæggelsen af selskabet i 1970?

Temaet på årsmødet var kontinuitet. Sybille Bojlen fra Københavns Universitet var af den mening, at vi som læger og kolleger gennem mange år har sunget en tiltagende ulykkelig kærlighedssang, mens vi har bevæget os længere og længere væk fra kontinuitet i relationen – og har fået mere og mere fokus på hurtig adgang og omkostningseffektivitet. Det går ud over relationerne. Kan vi gøre noget ved det?

Dyk ned i deres oplæg på andre sider her i bladet.

## McCartney: Virkeligheden er nuanceret

Hovedtaleren var Margaret McCartney, der indtog scenen med sit charmerende mundrappe skotske. McCartney er praktiserende læge i Glasgow med interesse for evidensbaseret medicin, forfatter til flere bøger og radiovært for BBC – alt med fokus på almen praksis. På vejen hertil havde hun sendt direkte til sine lyttere hjemme i Skotland om coronakrisen, og hun havde da også nået at tale kontinuitet med taxachaufføren på vej fra lufthavnen: "Han ved, hvad jeg taler om – han skulle have stået her ved siden af mig nu".

Hun redegjorde for familielægens, the GP's, udfordringer, når det gælder kontinuitet og læge-patient-relation. Vi mødes af krav om *quick fix*, men i virkeligheden har vores patienter mere brug for *vintage* medicin, i hvert fald de mest syge og ældste af dem.

Men samfundsudviklingen hjælper os ikke – måske tværtimod. "Quality and Outcomes Framework" er et system til styring af kvalitet og honorering af praktiserende læger i National Health Service (NHS) i England, Wales, Skotland og Nordirland. Det blev introduceret i 00'erne – med flere absurde konsekvenser. Et eksempel illustrerede, hvordan dataregistre-



Hovedtaler Margaret McCartney indtog scenen med sit charmerende mundrappe skotske. Foto: Palle Skov.



Knap 440 almenmedicinske læger havde fundet vej til Holding for at deltage i årsmødet. Foto: Palle Skov.

ring ikke nødvendigvis fremmer kvalitet: lægerne blev (bliver?) honoreret for at registrere BMI; entreprenante GPs ringede derfor til deres patienter for at få oplyst højde og vægt, så de kunne producere de ønskede data!

Siden er digitale aktører kommet på banen. Vi er i den "industrielle epoke", hvor "more is better". Der er mere "Martini-medicin" at konkurrere med, såsom Babylon-appen, der tilbyder "all-in-one healthcare 24/7": "Put in your symptoms and get a treatment". Appen finansieres og promoveres bl.a. af NHS, altså af offentlige midler.

Hun påpegede, at hvis vi skal have politikere og embedsfolk inden for sundhedsområdet i tale og få dem væk fra tiltag som de ovenstående, så skal de bringes til at forstå:

- Fast and cheap = not good
- Fast and good = not cheap
- Good and cheap = not fast

Proces-markører og risikoberegninger er lette at producere, men ikke valide til at måle sundhed med; der skal findes mere meningsfulde markører, hvis de skal gavne patientbehandling.

Den reelle virkelighed er langt mere nuanceret og fuzzy, end det, de binære diagnosesystemer kan rumme.

## Effektivt, givende og risikabelt

McCartney mener, at vi må arbejde på at få flere unge medicinere til at søge faget, og at argumenterne herfor er mange og gode. Som praktiserende læger nyder vi godt af at kende vores patienter. Det er givende at møde og følge mennesker, der lukker os ind i deres verden og kender os, selvom det også rummer en fare for, at vi presses til at give mere omsorg, end vi kan bære, og dermed risikerer at brænde ud. Det er også vigtigt at fortælle, at jo længere du har været praktiserende læge, jo større glæde føler du i arbejdet.

At skabe kontinuitet og relationer er effektivt på flere planer. Konsultationen starter fra et udgangspunkt, hvor der allerede er kendskab til og viden om hinanden, og der er sandsynligvis allerede etableret tillid. Der sker færre fejl, og når de uundgåeligt sker, er der fra patienterne større forståelse og tilgivelse, så konflikter og klager minimeres til de rimelige.

## Den personcentrede tilgang er under pres

Margaret McCartney konstaterede, at faget – med hovedvægt på kontinuitet og den personcentrede tilgang – er under pres. Det er bl.a. en følge af

digitaliseringen, og denne retning er blevet yderligere forstærket under coronapandemien. De unge patient-generationer har mindre erfaring med den kontinuitet, som de senere i livet vil få gavn af. De forventer den derfor ikke. Og de forlanger den heller ikke. Hvad betyder det for udviklingen i almen praksis?

Beslutningstagerne er unge til midaldrende, veluddannede mennesker, der har mindre brug for kontinuitet end ældre, kronisk syge og mennesker med komplekse problemer. De har derfor ikke fokus på kontinuitet og relation som kvalitetsparametre.

## We should rebel

Hvis udviklingen skal vendes, og forståelse hos politikere og embedsværk vindes, kræver det mere end at italesætte, at kontinuitet giver bedre overlevelse til nedsat pris, at evidensbaseret medicin er omkostningseffektivt, og at gode og lange relationer sparer ressourcer og indlæggelser. Vores organisationer må også råbe op og gøre opmærksom på fagets vigtige bidrag til samfund og sundhedsvæsen. Med Margaret McCartneys ord: "We should rebel!" //

Af: Sybille Bojlen, speciallæge i almen medicin, ph.d.,  
Forskningsenheden for Almen Praksis, København - sybille.bojlen@sund.ku.dk



# Kontinuitet

## – den gådefulde drivkraft

Sybille Bojlen satte på DSAM's årsmøde fokus på, hvad det betyder for lægen, patienten og kvaliteten af behandlingen, hvis lægens kendskab til og følgeskab med patienten mindskes.



**T**il en pressekonference blev Mahatma Ghandi spurgt af en journalist: What do you think of western civilisation? Ghandi svarede: I think it would be a good idea.

I dette debatoplæg vil jeg tale om problemet med kontinuitet i betydningen *kendskab* og *følgeskab*. Og så vender jeg tilbage til det med civilisationen senere. Jeg vil her gøre det mere som iagttager end som forsker.

Det kan jeg gøre med en vis *street credibility* og erfaring – fra min egen tidligere solopraksis i København og

fra korte vikariater forskellige steder i Skandinavien, hvor jeg har praktiseret den ekstreme form for *ikke-kendskab* og *ikke-følgeskab*.

### Den relationelle kontinuitet er central

De sidste 40 års forskningslitteratur om kontinuitet mellem læge og patient har været en tiltagende længselsfuld serenade. Den *relationelle* kontinuitet er i stigende grad svær for læger at levere og svær for patienter at opnå. Den bliver i dagens klinik erstattet af *informationskontinuitet* og *teamkontinuitet*. Denne moderne udgave af kontinuitet er det, jeg oplever som 'ugens gæst' i en skandinavisk klinik. Det er sat i system og fungerer visse steder på skinner, navnlig i Sverige.

Tabet af den personlige kontinuitet er alvorligt. For konsultationens kvalitet. For de patienter, der har brug for følgeskab. Og for lægen. Det er en ganske trivial pointe. Den understøttes af de 40 års længselsfulde serena-

Medfølelsen og evnen  
til at møde  
"den andens" ansigt  
både formes af og er  
grundlaget for  
at se patientens nød.

der og af observationsstudier. Hvad forskningen derimod ikke har været i stand til at dokumentere er, at personlig kontinuitet i sig selv er afgørende. Kun få interventionsstudier kan påvise en effekt af at tilknytte en navngiven læge til en navngiven patient. Andre studier kan ikke. Der må være noget på spil, som vi har svært ved at få artikulert – noget, som ikke kun er organisatoriske greb, men noget essentielt i lægegerningen.

### Livets drama udfolder sig i mødet

For lægen udfolder livets drama sig i mødet med "the other", et begreb fra den kontinentale filosofi. I det professionelle møde med denne "anden" – mennesket, der sidder overfor – erfarer lægen, hvad den franske filosof Emanuel Levinas så kraftfuldt har beskrevet:

*The face forces itself on me, without it being impossible for me to remain deaf to its summons or to forget it, that is to say making it impossible for me to cease being responsible for its helplessness.*

Med andre ord: Medfølelsen og evnen til at møde "den andens" ansigt både *formes af* og er *grundlaget for* at se patientens nød. Det er den gådefulde drivkraft, som får læger til at vågne op om natten i bekymring for et feberplaget barn, de har set i løbet af dagen. Det er en del af lægen i lægen, og vi bør interessere os for, hvad der former og opretholder denne gådefulde drivkraft.

Jeg er sikker på, at mange, der er her i dag, har held til at indrette sig med gode relationer til patienterne. Også nye praksislæger har indtil videre autonomi til at indrette sig med fokus på relationen. Det, jeg taler om, er megatrends. Presset i store klinikker får nogle til at foretrække en konstruktion med læger, der mere fungerer som koordinatore for andre faggrupper i klinikken end som det bæ-

rende led. Patienter, som ses af et team – og eventuelt udstyres med en række selv-moniterende applikationer til egenomsorg – er et organiseringsprincip med nye perspektiver for almen praksis. Ligesom i Sverige.

### Den praktiserende læge under rekonstruktion

Alt dette sker i en kontekst. For 50 år siden annoncerede henholdsvis en fransk og en amerikansk sociolog et fremtidigt postindustrielt samfund. De hævdede, at i fremtiden – den fremtid, som er nu – ville økonomien være baseret på videns teknologi og service snarere end på vareproduktion. Automatiseringen af en sådan ny teknologiproduktion blev spået at påvirke regler, antagelser og reguleringer i mange dele af vores samfund. Denne forudsigelse har vist sig profetisk.

Intelligent teknologi gør mange ting lettere, men mulighederne kan i sig selv komme til at definere retningen.

Industrialiseringen for flere hundrede år siden gjorde storskala mulig. I dag kan vi have effektive produktionslinjer til sygdomshåndtering i *managed care*, som håndteres af udskiftelige personalegrupper efter fikserede procedurer. Storskala har begejstret den kinesiske sundhedsminister ved implementeringen af videokonsultationer under epidemien, der betyder, at en læge kan nå at se op mod 100 patienter om dagen.

Inden for socialvidenskaberne noterer man sig interessante paralleller med det, der skete under den sidste industrielle revolution. Dygtige håndværkere fandt sig selv reduceret til operatører af et samleband, mens de gradvist mistede deres egne evner og kreativitet.

Vi selv befinder os i et nyt konsultationsrum, hvor den kliniske dømmekraft har mindre vægt, og bredden i patientens lidelser har mindre betydning for produktionslinjen.

I dette nye rum betragtes kendskab og følgeskab ikke som afgørende, og i den postindustrielle kontekst må vi betragte begrebet den praktiserende læge som værende under rekonstruktion. Vi ved ikke, hvad det kommer til at betyde for den gådefulde drivkraft, jeg talte om før.

Det behøver vi svar på. Og det gør patienterne også.

### Hvis lægen i lægen forsvinder

For intelligent teknologi gør tingene lettere. *Big Tech* ved allerede mere om vores patienter, end vi gør. Hjertefrekvens, træning, søvnmønster, humør, kalender, sociale relationer, præferencer og adfærd er monitoreret, hvis patienterne tillader det. Og det gør de.

Mødet mellem mennesket og dets maskine vil på sigt erstatte det kliniske møde, vi kender. Undtagen måske med en ting: Uden medfølelse kan *Big Tech* ikke være opmærksom på lidelsen, det, som sender patienten afsted med sin frygt og sit håb. Du får ikke en robot til at forstå dig. Du får ikke en robot til at afvige fra procedurerne. Du kan ikke forpligte en robot ud over dens programmering.

Lad mig vende tilbage til civilisationens menneskelige bestanddel, som var det, Ghandi efterlyste. Her uddyber Levinas sit synspunkt på netop det:

*"A profound precondition of a civilized society is compassion – and a willingness to meet the face of the other"*

Ikke-kendskab og ikke-følgeskab vælger vi indtil videre selv. Men hvis lægen vender ansigtet bort, vil det være svært at argumentere imod en udskiftning til de virkelige robotter. Hvis lægen i lægen forsvinder, må patienten spørge sig – hvorfor en læge?

Almen praksis har været et civiliseret sted. Her kan viljen til at møde "den anden" udfolde sig. Det er stadig vigtigt. Mere end nogensinde før. //



# Gå glad på arbejde – og hjem igen

Arbejdsglæde og trivsel var emnet på en af sessionerne ved DSAM's årsmøde. Det viste sig at være et emne, som interesserede mange. Hele 140 deltog i sessionen, og den var således den langt mest besøgte.

Sessionens moderator var Stine Helgstrand, praktiserende læge og DSAM-repræsentant i Region Sjælland. Hun præsenterede de to oplægsholdere: Anette Fischer Pedersen, psykolog og seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, og Eva Damsgaard Nielsen, ledelses- og organisationsudviklingskonsulent hos Capio Consult. Sammen gav de os et billede af, hvordan det går med arbejdsglæden, og – endnu vigtigere – hvordan vi fastholder og genvinder det gode arbejdsmiljø.

Denne artikel omhandler de væsentligste budskaber og temaer, som jeg bed mærke i fra første række i plenumsalen. De præsenteres her med forbehold for u hensigtsmæssige ude-

ladelser og fejlagtige eller upræcise gengivelser af indholdet.

## Psykisk arbejdsmiljø og jobtilfredshed

I sessionens første del præsenterede Anette Fischer Pedersen resultaterne fra den seneste tilfredshedsundersøgelse blandt praktiserende læger, "Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed 2019". Det grundlæggende budskab havde vi hørt før: Over en godt tiårig periode er der sket en bekymrende stigning i andelen af praktiserende læger, der rapporterer udbændthed. Fra 24 pct. moderat udbændt i 2004 til 40 pct. i 2019.

I sit oplæg foldede Anette Fischer Pedersen data ud og kunne blandt andet fortælle, at de ældste læger overordnet set havde det bedst. Det samme gjaldt de klinikker, der bestod af tre eller flere kollegaer. Det er svært at drage konklusioner på baggrund af data, men tid synes at være en vigtig faktor. De, der opholdt sig mindst tid i praksis, havde også en tendens til at være mindst udbændt.

Man havde også set på andre faktorer. Blandt andet var der forskellige indre og ydre forhold, som synes at medvirke til udbændtheden. Blandt

de indre forhold blev "selvbrænderen" fremhævet. Det handlede om en høj grad af perfektionisme, behovet for at føle sig uundværlig, og hvor arbejdet blev en erstatning for et socialt liv. Blandt de ydre forhold så man høj forekomst af multimorbiditet og/eller af mange socialt udsatte i praksispopulationen.

Der synes at være forskellige adfærdstræk, som karakteriserer de læger, der rapporterer en høj grad af udbændthed. Blandt andet viste det sig, at de læger, der ikke afholdt en sammenhængende sommerferie, og som i højere grad undlod at blive hjemme under sygdom, eller som ikke holdt fast i de programsatte pauser, rapporterede højere udbændthed. Igen er det svært med kausaliteten, men disse fund er bestemt ikke uinteressante.

Afslutningsvis kunne Anette Fischer Pedersen berette, at der kommer en ny måleskala til brug for fremtidige undersøgelser. Her vil der også vil blive set på den anden ende af spektret, på trivslen og arbejdsglæden, frem for blot det ensidige fokus på udbændthed.

Oplægget blev afrundet med en supplerende kommentar af Gunver Lillevang, som gjorde opmærksom på klyngepakken om trivsel og arbejds-



glæde, der til dato er anvendt i mere end halvdelen af alle klynger rundt om i landet. Her har fokus i høj grad været rettet mod arbejdsglæden, og man har blandt andet spurgt, hvilke faktorer der især fremmer trivslen. Svaret har været entydigt: det gode samarbejde blandt lægekollegaer og det gode samarbejde med personalet. Opfordringen til at bruge klyngepakken er hermed givet videre!

### Hvad er arbejdsglæde – og hvordan styrkes den?

Eva Damsgaard lagde ud mere at spørge i plenum: Hvad er arbejdsglæde? Pointen var, at arbejdsglæde defineres individuelt, og det er derfor vigtigt, at vi husker at spørge hinanden.

Der er tung evidens for, at fokus på arbejdsglæde giver mening og også betaler sig i kroner og ører. I en rapport, som er udarbejdet af Kraka Advisory og udgivet af Krifa, er budskabet lige så klart som titlen: "Arbejdslust giver

bonus på bundlinjen". Tænk bare på udgifterne til en sygemeldt medarbejder, bemærker Eva Damsgaard.

Hvad er så vigtigt for trivslen og arbejdsglæden? Ifølge Alexander Kjerulf, forfatter til flere bøger om arbejdsglæde, viser alle væsentlige studier, at der er to forhold, som er afgørende: relationer og resultater. Det er også vigtigt, at alle oplever en høj grad af "psykologisk sikkerhed" – et begreb, som er introduceret af Amy Edmondson, professor i lederskab ved Harvard Business School. Hun opstiller syv punkter, som skal være til stede for at sikre den psykologiske sikkerhed i teamsamarbejdet (se boks 1)

En måde at øge arbejdsglæden i praksis kan derfor være at arbejde med kultur som strategi. Eva Damsgaard afrunder med at beskrive en model, som hun opfordrer til, at man anvender hjemme i praksis, PERMA-modellen. I modellen arbejdes med de fem størrelser, som har størst betydning

#### BOKS 1: EDMONDSONS 7 PUNKTER TIL AT STYRKE DEN PSYKOLOGISKE SIKKERHED

1. Hvis man begår fejl, bliver man ikke bebrejdet.
2. Man kan altid tage problemer og svære emner op til drøftelse.
3. Man bliver ikke uden videre afvist for at have en anderledes tilgang.
4. Det er sikkert at tage interpersonelle risici.
5. Det er ikke svært at bede andre om hjælp.
6. Ingen i teamet har en adfærd, som underminerer ens person eller arbejde.
7. Den enkeltes unikke evner og talenter bliver værdsat og udnyttet.

for trivsel og arbejdsglæde: 1) at præstere, 2) positive følelser, 3) engagement, 4) relationer og 5) mening.

Så husk, når du møder ind på arbejde i morgen, at spørge dig selv eller din kollega: Hvornår lykkes vi særligt godt? Og hvad var med til at gøre den situation mulig? //



# Fokus på nattesøvnen

Den vanskelige konsultation er blevet lidt nemmere.

**K**arrieren er endnu kort, og problemstillingerne er forskelligartede – og så er der lige de der problemstillinger, som man altid frygter lidt inden konsultationsstart. For mig er søvnforstyrrelser en af de mere udfordrende problemstillinger. Netop derfor valgte jeg at tilmeldte mig sessionen "Søvn sygdomme – hvad stiller vi op i almen praksis, og hvornår skal patienten henvises?"

## Tid og kvalitet hænger ikke sammen

Første del af oplægget blev holdt af Rune Frandsen, speciallæge i klinisk fysiologi. Med en høj røst og humoristisk tilgang blev deltagerne taget igennem evolutionen og søvn mønstre. Det blev gjort klart, at især varigheden af søvnen er individuel, og at søvn-

kvaliteten ikke nødvendigvis har sammenhæng med varigheden. Det er en pointe, der er vigtig at videregive til vores patienter, der ofte sammenligner varigheden af egen søvn med nabos.

## Søvnapnø skal udredes

Dernæst blev søvnapnø gennemgået af Mathias Reijkjær Sarkez-Knudsen, reservelæge på Dansk Center for Søvn sygdomme. Netop det faktum, at lidelsen er underdiagnosticeret, bevirke en opfordring til at være opmærksom på risikofaktorer, herunder især adipositas og den højere forekomst hos mænd. Patienten kan berette om træthed, morgenhovedpine, kognitive udfordringer og nykturi. Den mindste mistanke skal foranledige udredning, idet følgesygdommene er mange. Et fokuspunkt er risikoen for kardiovaskulær komorbiditet, herunder atrieflimren. Op mod halvdelen af alle patienter med atrieflimren har nemlig også søvnapnø.

## Insomni og sovemedicin

Et omdiskuteret emne, der naturligvis også blev berørt, var insomni og sovemedicin. Vi ved, at farmakologisk behandling heraf skal anvendes i mindst muligt omfang. Toleranceudviklingen ved præparater med benzodiazapiner efterlader patienterne med afhængighed og ingen virkning efter allerede ugers behandling. Dette er ikke ny viden for deltagerne, men det er muligvis det faktum, at seponering leder til rebound – et fænomen, som vi kender fra bl.a. behandling med betablokkere. Patienterne efterlades med ugers forværring i søvn efter brat seponering af benzodiazapiner og bør informeres herom. Førstevalgsbehandlingen er og bliver søvnhygiejne og kognitiv adfærdsterapi.

Alt i alt var det et inspirerende oplæg med dygtige oplægsholdere, der mestrede formidlingen til målgruppen. Rigtig godt - og så har det også gjort mig mere sikker på søvn. //





# Multimorbiditet og overblikskonsultation

Multisygdom giver ofte komplekse problemstillinger. De eksisterende guidelines for enkeltsygdomme rækker ikke – eller er måske endda modstridende. En ny årlig overblikskonsultation giver læge og patient mulighed for at prioritere sammen.

**M**ultisygdom giver nogle komplekse problemstillinger, hvor guidelines for enkelte sygdomme kommer til kort, og læge og patient har brug for sammen at prioritere og skabe overblik. Derfor er der brug for en ny konsultationsform, som nu afprøves i OK22. Det var hovedbudskabet i sessionen Prioritering ved multimorbiditet – hvordan kan vi arbejde med en årlig overblikskonsultation? på DSAM's årsmøde, som tilhørerne blev guidet igennem af et veloplagt hold: Jette Kolding Kristensen, Anne Arreskov og Bolette Friderichsen.

## Læge og patient kan prioritere forskelligt

Anne Arreskov fortalte om mødet mellem patienterne med multisygdom og lægen. Oplevelse af sygdom og symptomer samt egenomsorg kan opleves meget forskelligt af læge og patient.

Patienterne prioriterer et godt hverdagsliv og funktionsniveau højt, og symptomer snarere end sygdomme giver anledning til bekymring. Især kan psykisk sygdom overskygge de somatiske lidelser.

Patienter med multisygdom oplever ud over deres symptombyrde også en betydelig behandlingsbyrde – altså det, som patienterne forventes at leve op til fra sundhedsvæsenet. Modsat hvad man kunne tro, tyder forskning på, at patienter får en livsstil med at passe deres sygdomme, men ikke tænker så meget over, hvor mange diagnoser de har.

## Mulighed for dialog og overblik

Bolette Friderichsen præsenterede DSAM's overblikskonsultation. Det er en længere konsultation, som er tiltænkt komplicerede multisyge patienter med to eller flere kroniske sygdomme, hvor man i konsultationen ikke

tager udgangspunkt i en enkelt sygdom, men i stedet danner sig et samlet overblik over alle patientens forskellige kroniske sygdomme og prioriterer behandlingen heraf.

Først afklares, hvilke diagnoser patienten har, og i hvilket regi hver diagnose følges, herunder hvem der har behandlingsansvaret. Medicinlisten gennemgås, og sammen med patienten prioriteres indsatsområder for det næste år. Plan for årsstatus (foretrækkes frem for termen årskontrol) for de enkelte sygdomme kan tilrettelægges efter patientens ressourcer og sygdommenes sværhedsgrad. Konsultationen kan med fordel forberedes med et journalresumé.

## Konsultationsformen afprøves i OK22

I OK22 får 600 klinikker mulighed for at afprøve konsultationsformen frivilligt mod et særligt honorar, hvor der også skal indsamles data til forskning. Men alle med lyst til en anderledes og ifølge oplægsholderne mere tilfredsstillende konsultation opfordres til at afprøve det.

DSAM's redskabsark 'Overblikstatus og årsstatus' kan findes her: <https://vejledninger.dsam.dk/statuskons/>



# Passioneret læge

## inden for uddannelse får DSAM's talentpris

DSAM's talentpris går til Helle Skelmosen Ibsen, som er praktiserende læge i Haderslev. Det er især uddannelsesområdet, der siden tiden som yngre læge har været en stor passion. Gennem tiden har hun bl.a. fundet kreative måder at formidle svært stof til den næste generation af læger. Hun modtog prisen på DSAM's årsmøde og fik fine ord med på vejen af Anders Beich.

**H**elle Skelmosen Ibsen arbejder kreativt og tænker ud af boksen, når svært stof skal formidles til de yngre generationer af læger. Gennem tiden som engageret tutorlæge har hun deltaget i udviklingen af et "brætspil", som læringsmetode for læger i deres KBU-forløb. Hun ynder også at gøre brug af en tegneserierulle, når svært stof skal forstås og huskes af modtagerne.

Indstillingen til talentprisen beskriver Helle som aktiv i skabelsen af specialets målbeskrivelse og myreflitig og engageret i Yngre Lægers videreuddannelse inden for almen medicin. Helle har også været aktiv i Almenmedicinsk Efteruddannelsesudvalg (AMADEUS) og udformningen af DSAM's vejledning for kræftopfølgning i almen praksis. Practicus har interviewet prisvinderen om, hvorfor netop uddannelse i faget har været hendes passion, og hvad det betyder for hende at vinde talentprisen.

"Jeg kunne svare på mange af dine

spørgsmål ved blot at sige, at hvis nogen tilbyder dig et par skuldre at stå på, så kravl derop. Eller vær som den kollega, læge, samarbejdspartner, du gerne selv vil møde, når du står midt i dit uddannelsesliv", siger Helle Skelmosen Ibsen og fortæller, at hun selv har oplevet stor hjælpsomhed og lydhørhed i sit eget uddannelsesforløb og senere i sit lægeliv.

"At arbejde som læge er et meget udsat erhverv. Vi skal huske at være gode ved hinanden, og det skal vi lære de kommende generationer i almen praksis. Man skal være den kollega, som man også gerne selv vil mødes af, og det samme gælder over for patienterne. Hvis jeg kan tilbyde en enkelt skulder i ny og næ til en ny i faget, vil det være en ringe kompensation for al den hjælp, jeg selv har fået tilbudt gennem tiden," siger hun.

Helle er stolt over at modtage DSAM's talentpris, men hun måtte holde det hemmeligt indtil offentliggørelsen på DSAM's årsmøde.

"Jeg er revnefærdig af stolthed over

at være blevet peget på til DSAM's talentpris. Min mand var den første til at blive indviet i nyheden. Hans kommentar var: "Talenter gror langsomt her i Jylland". Og så åbnede han en flaske bobler, siger hun og fortæller, at hun føler sig meget privilegeret.

Ved årsmødet sagde den daværende formand Anders Beich i sin tale:

"Jeg er ret overbevist om, at der er rigtig mange af os, som kender Helle Ibsen af navn, nærmest som et begreb inden for uddannelsen i vores fag. Ligesom der er noget, som hedder Batesons læringsteori og Blooms taksonomi, så har vi Helle Ibsen. Hun tænker i kreativ formidling og er meget vellidt af både patienter og kolleger for sit engagerede væsen. Helle er et stort aktiv for DSAM og for sit fag, og jeg ønsker hende et stort tillykke med prisen. Det er mega velfortjent, og der var ingen diskussion."

### Valgt i FYAM ved tilfældighed

Helle Skelmosen Ibsen blev aktiv på uddannelsesområdet for ca. 20 år si-



Mine kolleger stiller trofast op, når noget skal prøves af - her brætspillet TradeOff. Foto: Ina Kurtmann.

den, hvor hun blev valgt som FYAM-repræsentant til DSAM's bestyrelse ved et tilfælde.

”Jeg vidste knapt, hvad FYAM var, men havde pligtskyldigt betalt kontingentet forud for årsmødet. Uheldigvis – eller måske netop heldigvis – var jeg den eneste af de ganske få deltagende FYAM’er, der havde betalt kontingent, og derfor var jeg valgbar,” siger hun og påpeger, at det har ændret sig gennem årene, hvor mange flere FYAM’er deltager i DSAM’s årsmøde.

### Pioner i målbeskrivelse

Forude lå som FYAM-medlem en spændende opgave med at udarbejde den første målbeskrivelse til faget ’almen medicin’ (2004-udgaven). Det var en spændende og sjov proces, som startede på baggrund af et dekret fra Sundhedsstyrelsen. Teamet bag satte omkring 50 læger til at registrere alt deres arbejde i almen praksis i en uge. Målbeskrivelsen fra 2004 tog således udgangspunkt i det arbejde, som en relativt stor gruppe praktiserende læger rent faktisk udførte i løbet af den uge.

I 2004 blev Helle spurgt, om hun ville undervise på læringskurserne for KBU-læger, og her loftede hun en opgave som underviser i 10 år frem til 2014. Hun medvirkede til udarbejdelsen af sygehistorierne i brætspillet ”Trade-off – Almen praksis”, som blandt andet bliver brugt af KBU-læger på temadage, mens de er i almen praksis. Spillet går i sin enkelhed ud på, at 4-5 spillere spiller fire runder, hvor de i hver runde skal prioritere behandlingen af fem patienter. Spillet repræsenterer en dag i almen praksis, og spillerne skal tage nogle valg mellem patienterne. Det er nødvendigt at prioritere og gå på kompromis, hvis KBU-lægerne skal vinde over brættet. Det er lektorer i medicinsk pædagogik i Region Syddanmark, der med hjælp fra et professionelt spiludviklerfirma har udviklet spil, der foregår i FAM, almen praksis og i psykiatrien.

”Vi har nogle gange stor fornøjelse af at spille ”Trade Off - Almen praksis” med overlægerne fra forskellige specialer. Det kan være svært for dem at enes om en beslutning, fordi de hver for sig helst ikke vil gå på kompromis,

hvis deres eget speciale indgår i problemstillingen. Det ender derfor ofte med, at patienterne samlet set bliver behandlet bedre af KBU-lægerne i almen praksis, fordi de er vant til at prioritere mellem alle patienttyper hver eneste dag,” siger hun.

I 2014 stoppede Helle med læringskurserne, og herefter blev hun underviser på tutorkurserne og på specialleuddannelsen i almen medicin. Her bruger hun ofte tegneserier, når svært stof skal formidles. Helle synes helt grundlæggende, at de kommende læger er vildt dygtige. //

### FAKTA

Talentprisen gives til en person eller en praktiserende læge, der ved en ekstraordinær indsats har medvirket til at profilere selskabet/standen eller har ydet noget ud over det sædvanlige til gavn for patienterne og faget almen medicin. Med prisen følger 10.000 kr.



# DSAM's Ph.d.-cup 2021

Fire velforberedte deltagere stillede op til årets ph.d.-cup, hvor yngre forskere dystet om prisen som den bedste formidler af eget ph.d.-projekt.

**F**or tredje gang blev DSAM's Ph.d.-cup afholdt i forbindelse med årsmødet i Kolding. I månederne op til årsmødet havde forskningsmiljøerne i henholdsvis Aalborg, Aarhus, Odense og København udvalgt, hvem der skulle repræsentere dem i ph.d.-cuppen. Opgaven var enkel: formidl dit projekt på fire minutter, ingen PowerPoint, medbring kun en rekvisit, du selv kan bære op på scenen.

Vi fire deltagere blev af publikum bedømt via elektronisk afstemning. Der kunne gives point ud fra, om projektet var relevant for læger, personale og patienter i almen praksis, men også ud fra selve formidlingen. Årets deltagere var velforberedte, og afstemningen om den endelige sejr var meget tæt.

Herunder kan du læse en kort sammenfatning af de fire deltageres oplæg. Du vil i dette og de kommende numre af Practicus kunne læse om nogle af projekterne i artikelserien "Fem spørgsmål til forskeren".

## Sif Helene Arnold, Københavns Universitet

*Behandling af mistænkt urinvejsinfektion hos plejehjemsbeboere*  
I Danmark bruger vi uhørt meget anti-

biotika til plejehjemspatienter, når urinvejsinfektion mistænkes. Det kan give problemer med allergi, unødige bivirkninger og antibiotikaresistens. Under mit ph.d.-forløb observerede jeg, at der er mange udfordringer i diagnostikken af urinvejsinfektion hos plejehjemsbeboere, som kan være med til at forklare det høje antibiotikaforbrug. For det første er patienterne ofte multisyge og har svært ved at fortælle om deres symptomer. For det andet fejltolkes asymptomatisk bakteriuri (bakterier i urinen) ofte som urinvejsinfektion. Endelig foregår kommunikationen mellem læge og patient tit indirekte med en eller flere medarbejdere fra plejepersonalet som medlem. Da plejepersonalet spiller en central rolle i diagnostikken, udviklede jeg en intervention, som var rettet mod at udbygge deres viden om urinvejsinfektioner og strukturere kommunikationen til den praktiserende læge. Formålet var at forbedre informationen, så den praktiserende læge fik et bedre grundlag at handle på. Interventionen blev testet i et klynge-randomiseret kontrolleret forsøg, der viste, at unødigt forbrug af antibiotika til urinvejsinfektion hos plejehjemsbeboere kunne halveres uden at øge mortaliteten.

## Rikke Vognbjerg Sydenham, Syddansk Universitet

*Antibiotikaudskrivning og anvendelse af diagnostiske tests i almen praksis.* Antibiotikaresistens bliver anset som en af de største trusler mod folkesundheden. Resistensen stiger også i Danmark, og praktiserende læger står for 75% af al antibiotikaordination i Danmark. I mit ph.d.-projekt har vi undersøgt, hvad der påvirker praktiserende læger til at udskrive antibiotika til luftvejsinfektioner. De vigtigste faktorer er de kliniske fund og resultatet af CRP-test. Vi fandt forskellige grupper af praktiserende læger: CRP-guidede læger, stetoskopiguidede læger, almen tilstandsguidede læger, en gruppe generalister (som påvirkes af CRP og alle de kliniske faktorer) og endelig de tilbageholdende udskrivere, som udskriver mindre antibiotika end de øvrige. Nogle grupper af læger er mere tilbøjelige til at udskrive, hvis patienten forventer antibiotika, mens andre faktisk bliver mere tilbageholdende med at udskrive. Vi undersøgte også forskelle i anvendelse af CRP og fandt, at CRP sjældnere anvendes ved ældre, patienter med komorbiditet, lavt uddannede, arbejdsløse og immigranter - altså grupper, som vi kan tolke som socialt sårbare. Og det på trods



Der var kamp til stregen i Ph.d.-cuppen. Fra venstre ses Jonas Fynboe Ebert, Rikke Vognbjerg Sydenham, Sif Helene Arnold og Henrik Riel efter dysten. Foto: Sine Barrett-Madsen.

af, at der er evidens for, at vi kan bruge CRP som et redskab til at afstå fra udskrivning i de tilfælde, hvor det er usandsynligt, at antibiotika vil gavne patienten.

### Henrik Riel, Aalborg Universitet

*Plantar fasciopat*i er den hyppigst sete tendinopati i underekstremiteterne i almen praksis. I mit ph.d.-projekt undersøgte vi anvendelsen af en øvelse med hæl løft som behandling af lidelsen, og om denne øvelse kunne anvendes i kombination med en ultralydsvejledt injektion med binyrebarkhormon. Årsagen var, at kombinationen potentielt kunne give patienten smertelindring både på kort og langt sigt. Undervejs fandt vi, at øvelser ikke kunne anbefales til at give en akut smertereduktion, mens en tilgang, hvor patienten selv doserer træningsmængden, førte til resultater, der var sammenlignelige med at anvende en striks træningsprotokol, og det var acceptabelt for patienterne at modtage en injektion og herefter udføre øvelser. Slutteligt sammenlignede vi

effekten af ’rådgivning om at nedsætte aktivitetsniveauet og lade det stige igen’ versus ’rådgivning og øvelser’ versus ’rådgivning, øvelser og en injektion’. Alle grupper anvendte også et skoindlæg. Injektionsgruppen var marginalt bedre end gruppen, der blot fulgte de gode råd. Den lille forskel vurderes ikke som værende klinisk relevant. Der var ikke andre forskelle mellem grupperne, og vi konkluderede, at en injektion med binyrebarkhormon i tillæg til øvelser ikke giver en bedre effekt end blot at lave øvelser. Om patienten overhovedet skal lave øvelser må bero på en beslutning mellem læge og patient.

### Jonas Fynboe Ebert, Aarhus Universitet

*Ved behov for akut hjælp uden for egen læges åbningstid kan man i Danmark ringe til lægevagten eller 1813. Fem pct. af dem, der ringer til lægevagten, anser deres egen tilstand som meget alvorlig/livstruende, og cirka 2,5 pct. af alle får tilsendt en ambulance. Der er altså en gråzone af patienter med et*

akut behov for sundhedsfaglig rådgivning, der kan lide skade af at vente i lang tid i en telefonkø. I 2017 lavede vi et studie, hvor tilfældigt udvalgte patienter i lægevagten i Region Midtjylland og 1813 i Region Hovedstaden fik mulighed for at springe telefonkøen over, hvis de selv syntes, at de skulle have rådgivning før alle andre. Vi fandt, at tre pct. benyttede sig af denne mulighed, som vi kaldte for ”Akutknappen”. Brugen af akutknappen blev fundet decideret ”ikke relevant” i 23% af tilfældene, og blot det at have muligheden (uden nødvendigvis at bruge akutknappen) øgede tryghed og tilfredshed med lægevagten og 1813. Akutknappen kan gøre en forskel for patienter såvel som sundhedspersonale. I spidsbelastningsperioder kan en akutknap sikre, at de rette patienter kommer hurtigt igen, hvilket kunne tale for en lempelse af servicemålet om at besvare en vis mængde opkald inden for et givent tidsrum. //



# Lægedage 2021 med coronapas

Sidste år blev Lægedage aflyst pga. coronarestriktioner. I år lykkedes det at afholde Lægedage, næsten som vi kender det. Den eneste tydelige forskel var coronapas, som skulle vises ved indgangen til Bella Center, og de mange flasker med håndsprit, der var stillet frem.

**I** alt 2609 deltagere havde tilmeldt sig Lægedage, der i år bød på 134 kurser. Nogle af de mest velbesøgte kurser var "Hæmatologi - hvad gør du ved 'skæve' prøver?", "Reumatologiske highlights" og "Hjerteinsufficiens – optimer dine patienters behandling". Der var også ungt

besøg af ca. 300 KBU- og introlæger i løbet af ugen.

## Sessioner fra sofaen

I år kunne man for første gang livestream åbningssession, temasession og "Mød formændene". Dermed kunne man følge med på coronasikker af-

stand. Specialkonsulent i PLO Emilie Bjerre, som var tovholder på afholdelsen af Lægedage i år, vurderer, at livestreamingen fungerede godt.

"Vi har ikke et overblik over, hvor mange der benyttede sig af muligheden, men jeg har fået positive tilbagemeldinger fra nogle af dem, som var med via streaming. Vi skal evaluere hele Lægedage her i december, og så vil vi vurdere, om det skal gentages," siger Emilie Bjerre.

Man kan gense de tre sessioner via PLO-E's hjemmeside: <http://plo-e.dk>.

I år blev en del af kurserne også afholdt virtuelt, så man f.eks. kunne være med fra klinikken sammen med sit personale.

"Vi gør os for tiden gode erfaringer med digital undervisning og udvikler hele tiden vores tilbud. Særligt nogle specifikke kurser og kortere opfølg-



Sundhedsminister Magnus Heunicke (S) viser her sit coronapas, inden han besøger Lægedage. Foto: Claus Boesen.



I år var der 2609 deltagere i Lægedage.  
Foto: Claus Boesen.



DSAM's formand, Bolette Friederichsen, overrakte Lise Dyhr Mahlerprisen.  
Foto: Claus Boesen.



Stemningen var god, og forventningerne høje. Foto: Claus Boesen.

ningsseancer egner sig til formatet. Det øger fleksibiliteten og passer godt ind i en travl hverdag for deltagerne,” siger Emilie Bjerre.

### Åbningssessionen

Traditionen tro bød mandagen på åbningssession med bl.a. tale af sundhedsministeren, politisk debat og uddeling af Mahlerprisen.

Sundhedsminister Magnus Heuni-

cke (S) understregede vigtigheden af kontinuitet:

”Målet er, at alle borgere har en fast læge, som kender dem, og som de er trygge ved,” sagde han i sin tale.

### Lise Dyhr modtager årets Mahlerpris

Under stående applaus modtog Lise Dyhr i år de praktiserende lægers ærespris, Mahlerprisen, for sit mangeårige

Politisk debat ved åbningsseancen. Fra venstre: formand for PLO Jørgen Skadborg, konsultationssygeplejerske Lisa Piontek, formand for DSAM Bolette Friederichsen, direktør i H.L. Christian Harsløf, adm. direktør i Danske Regioner Adam Wolf og repræsentant for patienterne Leif Vestergaard Pedersen.  
Foto: Claus Boesen.

arbejde med at forbedre sundhedstilbuddet for de socialt svageste patienter og mindske uligheden i sundhed. Prisen blev overrakt på Lægedage af DSAM's formand, Bolette Friederichsen.

”Gennem hele sin karriere har Lise kæmpet for de mennesker, der er mest udsatte, de sårbare, marginaliserede, etniske minoriteter, de psykisk syge og multisyge. Hendes klinik lå i et belastet område med mange udsatte patienter, og hun har på alle måder forsøgt at forbedre vores strategi og tilgang til de her patientgrupper,” sagde Bolette Friederichsen i motivationen for prisen.

Prisen uddeles hvert år til en praktiserende læge, der har ydet en særlig indsats for at fremme praksissektorens deltagelse i enten det forebyggende arbejde i Danmark, inden for kvalitetsudvikling eller inden for un-

De to formænd for DSAM og PLO mødtes bl.a. på temasessionen 'Mød formændene!'. Foto: Ellen Louise Kristensen.



På Lægetorvet mødes folk og snakker, slapper af og får hjælp med faglige spørgsmål fra PLO's og DSAM's sekretariater. Foto: Claus Boesen.

dervisning, som profilerer almen praksis. Med prisen følger 35.000 kr.

Lise Dyhr er netop gået på pension efter mange års virke som praktiserende læge i Brøndby Strand, ligesom hun har haft årelang tilknytning til Forskningsenheden for Almen Praksis på Københavns Universitet.

### Fejring af DSAM's jubilæum

DSAM's 50 (+1) års-jubilæum blev markeret i løbet af hele ugen. Tidligere formand for PLO Michael Dupont holdt en festtale under åbningssessionen mandag.

Han fremhævede særligt DSAM's indsats med at løfte specialet almen medicin op på niveau med de andre specialer og for det omfattende arbej-

de med vejledninger over de seneste tyve år.

"Der kommer nye veje hele tiden. Og de veje har DSAM været gode til at kortlægge på et overordnet plan. Den nuværende bestyrelse eller måske snarere den lige afgang skal specielt takkes for, at de på en enkel måde har fået sat ord på værdierne i almen praksis med de syv pejlemærker," sagde Michael Dupont bl.a.

### Vi skal tage ledelsesopgaven på os

Alfred Josefsen, tidligere administrerende direktør for Irma og medlem af ledelseskommisionen, satte gang i ugens tema med sit tempofyldte oplæg om ledelse. Praktiserende læger skal udøve ledelse helt ud til yderste

led i organisationen, det er nødvendigt, sagde han og tilføjede flere gode pointer: "Ledelse er en kontaktsport og en påvirkningsdisciplin." "Ledelse er at få det til at ske, som ikke vil ske af sig selv." Og sidst: "Ledelse handler om at sætte retning."

### Som team kan vi løfte mere

Almen praksis gennemgår en stor udvikling i år. En af de største udfordringer er at bevare den lægelige kontinuitet og patientrelationen, samtidig med at praksispersonale varetager flere faglige opgaver og patientkontakter.

Med årets tema 'Almen praksis som en helhed – som team kan vi løfte mere' var ugens fokus lagt på organisering, uddelegering og samarbejde i teamet, ledelse, kommunikation og patientrelationen.

Patienterne skal opleve at være 'kendte' i klinikken. Sårbare patienter skal have særlig opmærksomhed og hjælp, for at deres forløb hænger sammen, og teamet i praksis skal have en god samarbejdsrelation til den øvrige del af primærsektoren, kommuner og hospitaler.

På temasessionen mødte vi to kli-

I år blev DSAM's 50(+1)-års jubilæum markeret med balloner, små chokolader og uddeling af over 2500 muleposer, der bl.a. indeholdt en kunstplakat. Foto: Claus Boesen.



nikker, der har indrettet sig forskelligt, men begge har fokus på uddelegering og trivsel.

"Vi har et helt vildt alvorligt arbejde, så det er vigtigt at kunne grine også," fortalte praktiserende læge Thilde Sangild om tilgangen i sin klinik i Herning.

Det lå godt i tråd med denne pointe fra ledelses- og organisationskonsulent Heidi Bøgelund: "Kig på det, der stråler. Få fokus på det."

Da temasessionen var slut, blev deltagerne spurgt til, hvad de tog med hjem fra dagen. Nogle af de tiltag, der gik igen, var, at "undgå surstrålig", "rose kollegaer" og "altid omtale patienten positivt".

### Får, høns og en bakketop

Det var muligt at komme lidt ind under huden på formændene for henholdsvis PLO og DSAM på Lægedage i seancen "Mød formændene". Her kunne man bl.a. høre, at Bolette har en saxofon og holder af at synge, spille og danse. Og så har hun et husmandssted med dyr. Og at Jørgen har 20-30 får og lam, en hel del børn og udsigt over Vejle Ådal.

Jørgen Skadborg slog fast, at PLO's kernefokus i den kommende tid er trivsel – herunder at der uddannes flere praktiserende læger. Jørgen og Bolette vil begge have fokus på at nedbringe "tomgangsskærmtid", som ikke skaber værdi for patienten.

### Hørt på Lægetorget

"Det var hyggeligt. Vi ses næste år."

"Det var godt at se dig. Det var egentlig en anden, jeg



Der var god aktivitet på kurserne. Foto: Claus Boesen.

skulle tale med, men det er det fede ved Lægedage. Man møder hele tiden nogen, man kan tale med."

På Lægetorget er der en konstant summen af lyd og liv. Lægedage er ikke kun faglige inputs, men også en lejlighed til at møde tidligere kollegaer.

Lægetorget er placeret midt i den store udstilling, hvor forskellige aktører fremviser deres produkter. Her kunne man sidde i velourblå sofaer og arbejde, snakke med hinanden, slappe af og få svar på spørgsmål fra PLO og DSAM.

### Hvad vil du have med hjem?

PLO Efteruddannelse arbejder på at gøre det nemmere at bruge det, man lærer på kurserne, hjemme i praksis. Et lille greb kan være, at man på forhånd overvejer, hvad det er, man gerne vil have med hjem fra kurset.

Derfor havde PLO Efteruddannelse i år bedt alle kursusledere om at formulere et par spørgsmål, der relaterede sig til kursets indhold og område i forhold til arbejdet i klinikken.

Håbet er, at alle får reflekteret over, hvad der gør, at de vælger lige præcis det kursus, og hvad man gerne vil have med hjem til praksis. //



# Fødselsdagssang

## fra PLO til DSAM

Under åbningen af Lægedage blev der sunget fødselsdagssang i anledning af DSAM's 50-års jubilæum.



*Melodi: Bamses fødselsdag*

I dag vi holder fødselsdag  
for en, vi alle kender.  
DSAM er fyldt halvtreds  
og fejres her blandt venner.  
Pejlemærkerne gi'r svar,  
stemmen den er varm og klar.  
Hip hurra for vores fag,  
det fejrer vi i dag.

Vi uddannes og forsker løs  
og styrker kvaliteten.  
Vi understøtter primær sundhed  
rundt om på planeten.  
Pejlemærkerne gi'r svar,  
stemmen den er varm og klar.  
Hip hurra for vores fag,  
det fejrer vi i dag.

Vi ønsker os for fremtiden,  
at vi bliver mange flere,  
at faglig tillid vises os,  
så skal vi nok brillere.  
Pejlemærkerne gi'r svar,  
stemmen den er varm og klar.  
Hip hurra for vores fag,  
det fejrer vi i dag.

Patienten er et menneske,  
ej blot en diagnose.  
Den tilgang vil vi kæmpe for  
fra Skagen til Vollsmose.  
Pejlemærkerne gi'r svar,  
stemmen den er varm og klar.  
Hip hurra for vores fag,  
det fejrer vi i dag.





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

# Antibiotikaudskrivning og anvendelse af diagnostiske tests i dansk almen praksis

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

Cirka 75 % af al antibiotika, der udskrives i Danmark, bliver udskrevet fra almen praksis. Hvis praktiserende læger kan nedbringe receptudstedelserne, kan det altså have stor indflydelse på det samlede forbrug og dermed være med til at reducere resistensudviklingen. Resistente bakterier bliver nemlig anset for en af de absolut største trusler mod folkesundheden.

Den praktiserende læges beslutning om at udskrive antibiotika er kompleks og påvirkes af mange faktorer, men de involverede faktorer

rolle er ikke tidligere belyst. Det har vi gjort i dette projekt.

## 2. Hvad handler dine studier om?

Omdrejningspunktet for mit arbejde har været at blive klogere på, hvad der driver antibiotikaudskrivning i almen praksis. Det overordnede formål med mit ph.d.-projekt har været at belyse faktorer, der påvirker antibiotikaudskrivning blandt praktiserende læger, og at undersøge, hvilken rolle diagnostiske tests spiller. Jeg har i en spørgeskemaundersøgelse undersøgt, hvad der påvirker praktiserende læger til at udskrive antibiotika til patienter med symptomer på luftvejsinfektion. Ved hjælp af registerstudier har vi skabt et overblik over anvendelsen af point-of-care urintests og laboratorietests i almen praksis i relation til udskrivning af antibiotika. Vi har derefter undersøgt patient-relaterede og kliniske faktorer, som er associeret med anvendelse af CRP-tests i forbindelse med udskrivning af antibiotika mod luftvejsinfektioner.

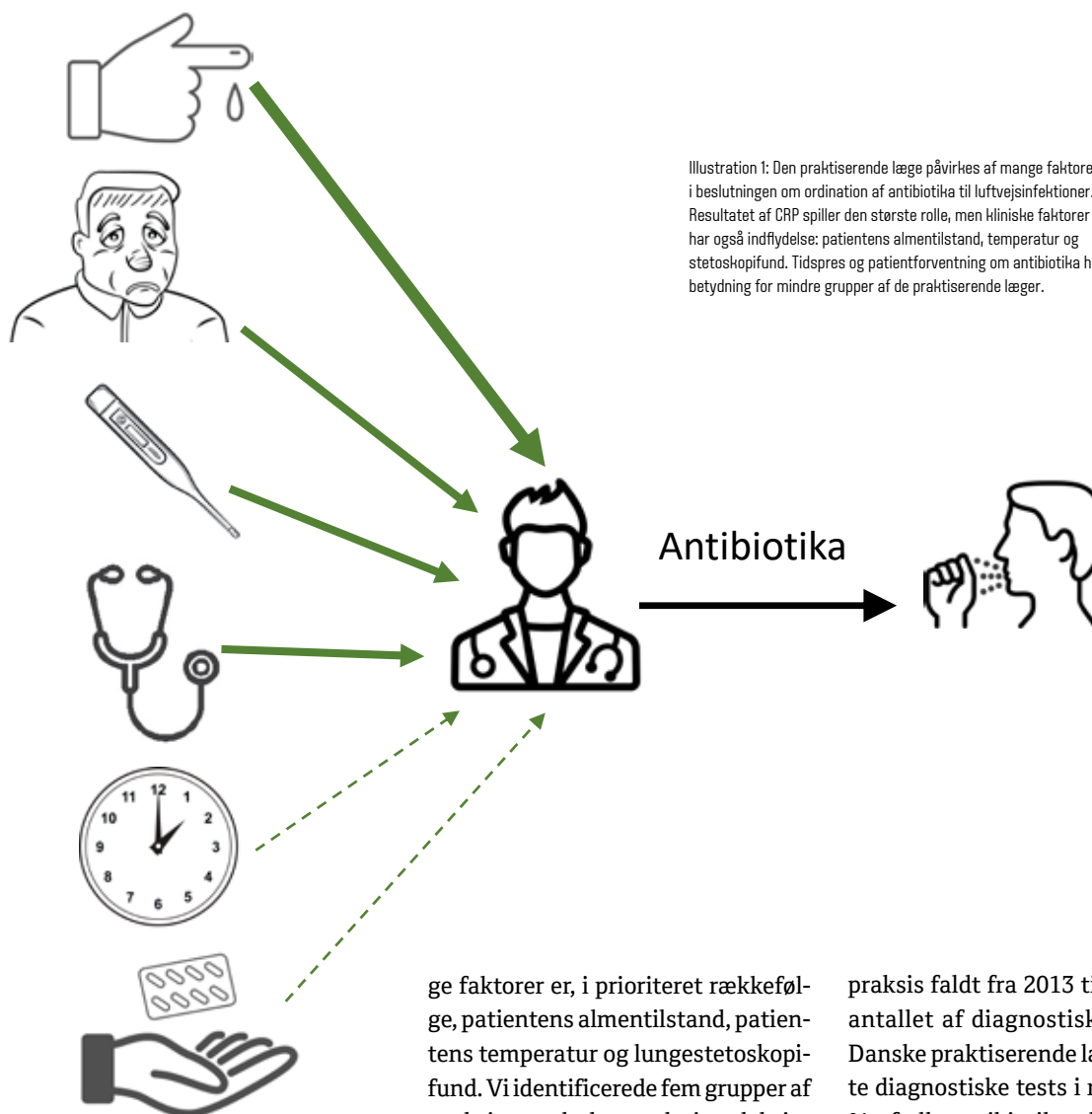
## 3. Hvordan er dit studie udført?

Jeg lagde ud med kvalitativt arbejde, hvor jeg observerede konsultationer med patienter med symptomer på luftvejsinfektion og interviewede praktiserende læger om, hvad der påvirkede beslutningen om at udskrive antibiotika. Dette kvalitative arbejde havde til formål at afsøge alle mulige faktorer, som kan spille en rolle, når praktiserende læger udskriver antibiotika. Ud fra dette udvalgte jeg en række vigtige faktorer, som blev inkluderet i en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse med et diskret valgekspériment, discrete choice experiment (DCE), blandt praktiserende læger. Formålet med denne del af studiet var at undersøge den relative vigtighed af kliniske og ikke-kliniske faktorer, som påvirker læger, når de udskriver antibiotika mod luftvejsinfektioner, og at identificere grupper af praktiserende læger, som påvirkes forskelligt i deres beslutning om at udskrive antibiotika.

Vi udførte efterfølgende et register-

Ph.d.-afhandling forsvaret: maj 2021.

Vejledere på projektet: Line Bjørnskov Pedersen, Dorte Ejg Jarbøl, Ulrik Stenz Justesen og Malene Plejdrup Hansen.



studie for at undersøge, hvor hyppigt diagnostiske test blev anvendt i forhold til forskellige typer af antibiotika. De landsdækkende registre blev også anvendt til at undersøge mulige sammenhænge mellem patientrelaterede og kliniske faktorer og anvendelsen af CRP-tests i relation til udskrivning af antibiotikatyper, som er målrettet luftvejsinfektioner.

#### 4. Hvad er de vigtigste resultater?

Spørgeskemastudiet viste, at praktiserende lægers beslutning om udskrivning af antibiotika i meget høj grad påvirkes af CRP-niveau. Andre vigti-

ge faktorer er, i prioriteret rækkefølge, patientens almentilstand, patientens temperatur og lungestetoskopifund. Vi identificerede fem grupper af praktiserende læger, hvis udskrivningsadfærd blev påvirket i forskellig grad af faktorerne. Disse grupper havde alle CRP som den vigtigste faktor, men der var variation i indflydelsen af de øvrige faktorer. Fire af grupperne blev defineret af de faktorer, der primært påvirkede beslutningen (generelle forhold, CRP, almen tilstand, stetoskopi), mens den femte gruppe var karakteriseret af en generel tendens til at være tilbageholdende med at udskrive. Tidspres og patientforventninger om antibiotika viste sig kun at have indflydelse på beslutningen om antibiotikaudskrivning for nogle af disse grupper.

Registerstudiet viste, at antallet af antibiotikaudskrivninger fra almen

praksis faldt fra 2013 til 2017, mens antallet af diagnostiske tests steg. Danske praktiserende læger anvendte diagnostiske tests i relation til 43 % af alle antibiotikaudskrivninger i perioden. Der var forskelle mellem typer af antibiotika med den højeste hyppighed af tests ved udskrivelse af sulfonamider og trimethoprim (56 %), som typisk anvendes ved urinvejsinfektioner. Den laveste anvendelse af test var for tetracykliner (10 %). Vi observerede forskelle i typer af tests, som blev anvendt i relation til forskellige typer antibiotika. Point-of-care-urintests og CRP-tests var de hyppigst anvendte test.

Vi identificerede en forskel på praktiserende lægers anvendelse af CRP-tests, når de udskrev antibiotika, som var rettet mod luftvejsinfektioner. Sandsynligheden for at få foretaget en CRP-test var signifikant lavere for

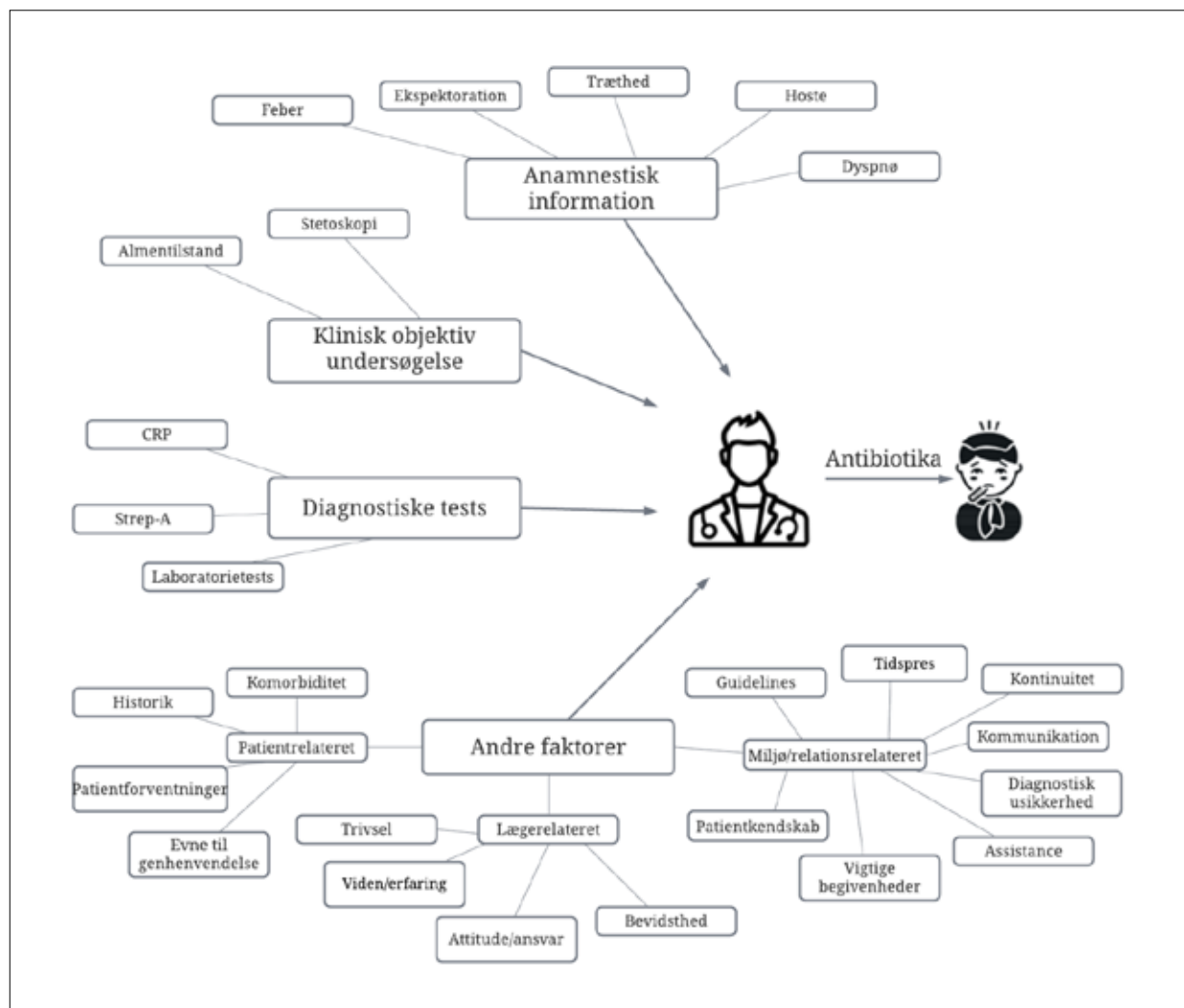


Illustration 2: Figuren viser faktorer, som kan påvirke den praktiserende læge til at udskrive antibiotika til patienten med symptomer på infektion.

patienter over 75 år, patienter med komorbiditet, patienter uden for arbejdsmarkedet, enlige, immigranter og efterkommere af immigranter – altså grupper, som overordnet kan ses som socialt sårbare. Patienter, som havde fået foretaget CRP-tests i det forgangne år, havde større sandsynlighed for en ny CRP-test i relation til antibiotikaudskrivning.

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

Praktiserende læger kan bruge mine

studier til at skærpe opmærksomheden på, hvilke faktorer de selv påvirkes af ved ordination af antibiotika og på den måde måske optimere egen diagnostik og rationelt antibiotikaforbrug. Praktiserende læger kan også have fokus på i højere grad at anvende diagnostiske tests ved tilstande, hvor det er vist sikkert at kunne reducere antibiotikaforbruget. Det vil sige særligt urinvejsinfektioner og luftvejsinfektioner. CRP anvendes sjældnere til socialt sårbare grupper. Det giver stof til eftertanke om, hvorvidt vi bevidst eller ubevidst tilbyder alle patienter lige adgang til CRP.

Når praktiserende læger præsenteres for resultatet af en CRP-test ved luftvejsinfektioner, spiller det en stor rolle for, om der ordineres antibiotika. Alligevel anvendes CRP i mindre end halvdelen af tilfældene, hvor der udskrives et typisk luftvejsantibiotikum. Denne viden kan anvendes i f.eks. nationale retningslinjer, hvor det kan gøres endnu mere tydeligt, hvornår CRP kan bruges til at guide beslutningen om antibiotika og på den måde måske bidrage til endnu mere rationelt antibiotikaforbrug. //



# Stor patienttilfredshed med video- og telefonkonsultation i almen praksis

Antallet af video- og telefonkonsultationer er steget betydeligt i de seneste år, særligt i forbindelse med COVID-19-pandemien. Langt de fleste patienter er meget tilfredse med de nye digitale konsultationer i almen praksis. Det viser et nyt studie.

**D**igitalisering og brug af videosamtale mellem behandler og patient er på vej ind i sundhedsvæsenet. Formålet er bl.a. at lette adgangen til sundhedsvæsenet og reducere patientens tids- og transportforbrug. Danske

Regioner havde i 2018 et mål om, at en tredjedel af konsultationerne i almen praksis skulle være digitale.

PLO og regionerne aftalte i 2020, at behandling kunne foregå via video eller telefon frem for fysisk fremmøde, hvis det blev vurderet som lægefagligt forsvarligt. Forventningen var, at det kunne erstatte fremmødekonsultationer eller sygebesøg og reducere risikoen for smitte med COVID-19. Anvendelsen af video- og telefonkonsultation i almen praksis er øget betragteligt i forbindelse med COVID-19 pandemien.

I 2020 fandt en dansk undersøgelse, at patienterne ønskede mere digital kontakt til sundhedsvæsenet, og at 89 % af de adspurgte patienter ville vælge videosamtale igen. På denne baggrund valgte vi at undersøge patienttilfredsheden med video- eller telefonkonsultation som erstatning for fysisk fremmøde i almen praksis.

## Elektronisk spørgeskema

Patienter, der fik tilbudt en video- eller telefonkonsultation som erstat-

ning for en konsultation med fysisk fremmøde i almen praksis, modtog et elektronisk spørgeskema med 11 spørgsmål. I alt 116 patienter besvarede spørgeskemaet: 87 (75 %) havde deltaget i en telefonkonsultation og 29 (25 %) i en videokonsultation.

Kønsfordelingen var 2/3 kvinder og 1/3 mænd. Patienterne skulle være over 15 år for at deltage, og de 18-39-årige stod for 44 % af samtlige besvarelser. Data blev indsamlet under COVID-19-pandemien.

## Vurdering af samtalen med lægen

Patienterne skulle angive deres overordnede indtryk af samtalen med lægen på en skala fra 1 (dårligt) til 5 (meget godt). I alt 96,6 % svarede "godt" eller "meget godt" for videokonsultation, mens det tilsvarende tal for telefonkonsultation var 97,6 %. Generelt var patienttilfredsheden høj for begge konsultationsformer (se figur 1).

Deltagerne blev endvidere bedt om at svare på, om de følte, at noget gik tabt i forhold til en konsultation med fysisk fremmøde. Ved videokonsulta-

### OM STUDIET

- 116 patienter får video- eller telefonkonsultation som erstatning for fysisk fremmøde.
- De giver 4,7 ud af 5 mulige stjerner for samlet tilfredshed.
- Kun få føler, at noget går tabt ved video- eller telefonkonsultation.
- Over 2/3 af patienterne afsluttes uden fysisk fremmøde.
- I alt 92-93 % af patientene ville vælge samme konsultationsform igen, trods tekniske vanskeligheder.
- Studiet er en forskningstræningsopgave fra AU.

| Hovedresultater                                         | VIDEO                                                                                                                | TELEFON                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Patienternes tilfredshed efter samtale med læge         | 4,4★<br>gennemsnitlig vurdering<br> | 4,7★<br>gennemsnitlig vurdering<br> |
| Patienternes vurdering af, hvor meget de følte sig hørt | 4,7★<br>gennemsnitlig vurdering<br> | 4,8★<br>gennemsnitlig vurdering<br> |

Figur 1: Øverst: patienttilfredshed (gennemsnit, angivet på en skala med 1-5 stjerner). Nederst: patientinddragelse (gennemsnit, angivet på en skala med 1-5 stjerner).

Generelt var patienttilfredsheden høj for begge konsultationsformer.

tion svarede 55,2 % "nej", 41,4 % svarede "i mindre grad", og 3,5 % svarede "i større grad". Ved telefonkonsultation svarede 75,0 % "nej", 19,1 % "i mindre grad" og 6,0 % "i større grad".

### Flest afsluttet ved video

I alt blev 37 patienter (31,9 %) efterfølgende opfordret til at bestille tid til en konsultation med fysisk fremmøde. Fordelingen var 6 ved videokonsultation (her blev 79,3 % afsluttet) og 31 ved telefonkonsultation (her blev 64,4 % afsluttet). Således kunne en større andel af patienter afsluttes ved videokonsultation end ved telefonkonsultation.

De deltagende patienter blev også spurgt om, hvor sandsynligt det var, at de ville deltage i samme konsultationsform igen. Ved videokonsultationerne svarede 93,1 % "sandsynligt" eller "meget sandsynligt", mens det tilsvarende tal ved telefonkonsultationerne var 91,7 %.

### Tekniske vanskeligheder

I alt 34,5 % oplevede tekniske udfordringer ved videokonsultationen. En enkelt patient mente, at det havde en negativ indflydelse på konsultationen, mens 60 % af de deltagende svarede, at de tekniske udfordringer ikke havde en negativ indflydelse. Til sammenligning havde kun 3,5 % tekniske

udfordringer ved telefonkonsultationerne.

Et studie fra 2019 beskrev ligeledes tekniske udfordringer. De fandt, at begge digitale konsultationsformer var mindre "informationsrige" end konsultation ved fysisk fremmøde. De fandt også, at den overordnede patientoplevelse var bedre ved fysisk fremmøde. Men i vores studie angav størstedelen af patienterne, at de "sandsynligt" eller "meget sandsynligt" ville deltage i samme konsultationsform igen.

### Mangler ved digitale konsultationsformer

I vores studie angav 44,8 % af patienterne ved videokonsultationer og 26,6 % ved telefonkonsultationer, at noget gik tabt i forhold til en konsultation med fysisk fremmøde. Dette er lidt overraskende, særligt for videokonsultationer, hvor der i mindre grad blev opfordret til en opfølgende konsultation med fysisk fremmøde.

Det kan muligvis tilskrives tekniske udfordringer, som blev rapporteret ved over en tredjedel af videokonsultationerne. Det kunne også hænge sammen med kontaktsårsagens kompleksitet eller forskellig selektion til henholdsvis video- og telefonkonsultation.

En meget stor del af patienterne an-

gav, at samtalen var overordnet "god" eller "meget god". Dette stemmer fint overens med et systematisk review fra 2020, der fandt at 94-99 % af 551 patienter i primærsektoren var "meget tilfredse" med videokonsultation, og at op mod 95 % af disse med "sandsynlighed" eller "stor sandsynlighed" ville vælge det igen.

### Fremtidige overvejelser

Vi fandt overvejende stor patienttilfredshed med både video- og telefonkonsultation. Det tyder på, at langt størstedelen af patienterne kunne acceptere video- eller telefonkonsultation som erstatning for en konsultation med fysisk fremmøde.

Yderligere studier bør undersøge, hvori patienttilfredsheden bunder, og om der er en sammenhæng mellem graden af patienttilfredsheden og henvendelsesårsagen.

En betydelig del af videokonsultationerne havde tekniske udfordringer. Det kunne være interessant at undersøge, hvilke patienter og tilstande der er bedst egnet til videokonsultation, og om brugen af video er bedre end brugen af telefon.

*Forfatterne kan kontaktes for yderligere resultater, tabeller eller litteraturliste. //*



# Lyt til Practicus Podcast

**S**iden Practicus podcast blev lanceret i efteråret 2019 er der udgivet over 75 podcasts. Mens størstedelen er artikel-oplæsninger, er 12 podcasts med originalt indhold i form af interviews og reportager fra blandt andet Lægedage, DSAM's årsmøde og Nordisk Kongres.

I podcast #68 kan du høre et interview med den afgangende DSAM-formand Anders Beich. Practicus Podcast mødte Anders Beich inden årsmødet i Kolding til en uformel snak

om de seneste seks år af Anders' liv. Hvad har Anders Beich til fælles med Walther White fra Breaking Bad, og hvad har Anders lært af sin tid som formand? Lyt med i #68.

I podcast #69 kan du høre et interview med Margaret McCartney, praktiserende læge i Glasgow, Skotland. Hendes keynote speech på årsmødet i Kolding kan du læse mere om på side 14. Practicus mødte hende under årsmødet til en snak om kontinuitet i lægearbejdet. Kan vi fastholde kontinuiteten, hvis vi skal arbejde mere i

teams? Vi får også hendes syn på, hvorfor evidensbaseret medicin skal være fundament for vores arbejde – både når vi skal samarbejde med andre faggrupper, på det politiske niveau og med vores patienter. Og vi får hendes bud på, hvad der skal til for at få et sundhedsvæsen, der fokuserer på det, som har værdi for patienten. Og som ikke gør skade.

Practicus Podcast kan høres på de gængse podcast-streamingtjenester (F.eks. iTunes, Spotify og Podimo) såvel som på DSAM's hjemmeside. //



Margaret McCartney  
og Ellen Louise  
Kristensen på DSAM's  
årsmøde 2021.  
Fotos: Jonas Ebert.





# FYAM har fået ny formand

Thomas Benfeldt Purup har overtaget formandsstolen i FYAM-udvalget pr. 2. oktober 2021.

## Hvem er den nye formand?

Mit navn er Thomas Benfeldt Purup. Jeg er 28 år, er i gang med min tredje hospitalsblok under hoveduddannelsen på Aarhus Universitetshospital, og jeg er den nye formand for FYAM. Jeg bor i Risskov med min hustru, Amalie, og har stampraksis i Egå. Ved siden af hoveduddannelsen er jeg ansat i Region Midtjylland som uddannelseskoordinerende yngre læge (DYNAMU). Det er via denne stilling, at jeg for alvor fik øjnene op for FYAM og dets potentiale. Ved siden af lægefaget har jeg gennem snart 20 år trænet taekwondo og har lagt en masse frivilligt arbejde her. Der kan nævnes egen baggrund som tidligere eliteudøver (medaljer ved EM/VM), assisterende landsholdstræner, landsholdslæge, bestyrelsesarbejde og undervisning af klubhold.

## Hvad er FYAM egentlig?

Nu, hvor støvet er ved at have lagt sig efter DSAM's historiske årsmøde, er jeg ved at få overblikket over FYAM som organisation. Det har ikke været nemt! Når jeg spørger mine kolleger, ved mange faktisk heller ikke, hvad FYAM egentlig er for en størrelse, og hvilket arbejde der laves. Det helt essentielle formål med FYAM er at danne et forum for fællesskabet og fagligheden. Der skal initieres og koordineres aktiviteter for alle uddannelseslæger i almen medicin (og for dem, der drømmer om at gå den vej). Disse aktiviteter har dog ringe værdi, hvis de fleste af vores uddannelseslæger slet ikke ved, at FYAM findes.

## Brøll!

Vi skal derfor have vækket FYAM og have Forum for Yngre Almenmedicinere til at folde vingerne ud, skyde bry-



Med bare halvanden måneds formandsbagage fik Thomas lejlighed til at hilse på sundhedsministeren. Foto: Sine Barrett-Madsen.

stet frem og brøle ud til den lægelige og almenmedicinske verden. Det skal være let at gennemskue FYAM, aktiviteterne skal være synlige for ALLE, der ønsker sig en bid af almen medicin, og ALLE vores uddannelseslæger skal vide præcis, hvem vi er.

## Hold fagligheden højt

Der foregår allerede masser af godt arbejde i FYAM, både regionalt og i FYAM-udvalget nationalt, men der er behov for at skabe mere synlighed og sikre større opbakning. Først når dette opnås, kan vi for alvor accelerere arbejdet med rekrutteringen til almen medicin, højne kvaliteten i vores uddannelse, bidrage til stærkere almenmedicinske forskningsmiljøer, øge det internationale samarbejde, danne faglige og sociale netværk og herigennem styrke fremtidens praktiserende læger. Vi skal sammen med DSAM holde faglighedens fane højt.

## Sammen får vi FYAM til at blomstre

Jeg håber, at I vil hjælpe mig og FYAM med at sprede det gode budskab. Prik din kollega på skulderen, og fortæl om FYAM og vores arbejde. Spørg, om de er meldt ind. Tag dem under armen til vores mange gode aktiviteter. Og lad os sammen få FYAM til at blomstre og vokse. Jeg har i hvert fald iført mig mine arbejdshandsker – og jeg glæder mig til at komme i gang! //



# Nye ansigter i FYAM

Ved det nylige FYAM-valg blev der – ud over en ny formand – valgt syv nye FYAM-repræsentanter. Mød de syv nye repræsentanter her:



**Kristina Aaskjær Aagaard, medlem af FYAM-udvalget fra Region Syddanmark og kasserer**

Jeg ønsker at være med til at sætte fokus på godt uddannelsesmiljø og adgang til fyraftensmøder, så vi kan skabe et godt netværk blandt yngre almenmedicinere.



**Ervin Pojskic, suppleant i VIA**

Jeg håber at kunne bidrage til spændende dialoger i vores møder i VIA og derigennem sikre den nuværende kvalitet og fremme muligheder for forbedring især i den tidlige del af uddannelsen, hvor jeg befinder mig.



**Kamille Schjötler Bjerregaard, medlem af FYAM-udvalget fra Region Sjælland**

Jeg glæder mig til at arbejde sammen på tværs af regioner og styrke netværket mellem landets FYAM-medlemmer.



**Emil Winther, suppleant i Kvalitetsudvalget**

Mine ambitioner er at styrke forholdet mellem tutor og uddannelseslæge, arbejde for bedre supervision til yngre almenmedicinere og at have fokus på socialt sammenhold blandt uddannelseslæger i almen praksis. Jeg kunne godt tænke mig at lave en "Survival guide" til lægelivet i almen praksis.



**Malene Nepper, medlem af Videreuddannelsesudvalget (VIA)**

Min ambition for tiden i FYAM-udvalget bliver at være bindeled mellem VIA og FYAM-udvalget og bringe gode ideer fra FYAM videre til VIA.



**Marina Elmelund Sørensen, suppleant i FYAM-udvalget fra Region Nordjylland**

Aktuelt arbejder jeg med kommunikationsopgaver i forbindelse med vores spændende arrangementer. Jeg står også til rådighed ift. mødedeltagelse på det nationale plan.



**Mariam Gheshlaghi, medlem af Internationalt udvalg**

Jeg ønsker at styrke FYAM's internationale faglige samarbejde og bidrage til at forbedre kvaliteten i vår uddannelse som allmennmedisinere.



# Den afgangende FYAM-formand takker af

FYAM-valget medførte skiftedag, og mens Thomas siger goddag, siger jeg farvel og på gensyn.

**K**ort før verden mødte den alvorlige COVID-19-pandemi, begyndte min tid som formand for FYAM-udvalget. Det betød, at næstformanden og jeg måtte navigere i et farvand af nedlukning af alle vores aktiviteter og omlæggelse til virtuelle møder, samtidig med at vi skulle arbejde videre med "baggrundsaktiviteter" som f.eks. kampagne- og gruppearbejde. Det var nyt og bestemt ikke nemt. Det kom til at præge min periode som formand. Man må jo som bekendt arbejde med det, man har – og dér, hvor man er sat.

Når jeg ser tilbage på perioden 2019-2021, er jeg særligt glad for FYAM-kampagnen i 2020, "Her i lægehuset kan du møde uddannelseslæger". Disse plakater hænger nu i mange læge-

Jeg er særligt glad  
for FYAM-kampagnen  
i 2020.

praksis rundt omkring i det ganske land og fortæller om, hvem vi som uddannelseslæger er for en størrelse og med en patientvenlig grafik.

Et andet produkt fra FYAM's hånd, som jeg er glad for, er FYAM-medlemsundersøgelsen i 2021, hvor vi med teknisk hjælp fra PLO fik spurgt vores medlemmer, hvad der skal til, for at de vil nedsætte sig som praktiserende læger efter endt specialeuddannelse. Undersøgelsen viste, at det vigtigste er arbejdsmiljø og lægefaglig sparring med andre almenmedicinere. Ydermere betyder det meget at have gode henvisningsmuligheder til andre speciallæger, at der er andre lægekolleger i praksis, at familien trives med beslutningen om at nedsætte sig, og at partneren kan få job i samme område. Det giver et indblik i, hvad der skal pejles efter, når beslutningstagere, politikere og andre skal søsætte initiativer til at rekruttere læger til almen praksis og sikre bedre lægedækning.

Jeg forsøgte i min formandsperiode at sætte fokus på LGBTQIA+-patienternes forhold i almen praksis gennem et initiativ til et fyraftensmøde, der desværre blev aflyst, og en artikel i Practicus i samarbejde med Yngre Læger. På FYAM's vegne foreslog jeg også DSAM's bestyrelse at indgå i et samarbejde med Yngre Læger og LGBT+

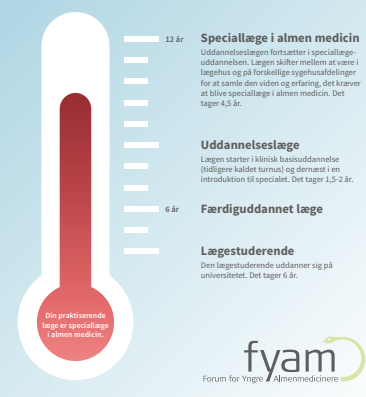
Danmark om den informative hjemmeside [www.lgbtsundhed.dk](http://www.lgbtsundhed.dk), hvilket der desværre ikke var flertal for.

Under det nye formandskab arbejder udvalget videre med de mange igangværende projekter, bl.a. om kvaliteten i vores hoveduddannelse og en opdatering af FYAM's vedtægter.

Tak for to gode år, 2019-2021, hvor jeg stod i spidsen for FYAM og tilmed sad i DSAM's bestyrelse. Det har jeg betragtet som en ære. Om end jeg gerne var fortsat på posten, er jeg glad for at give stafetten videre til Thomas. God vind og forhåbentlig på gensyn. //

## HER I LÆGEHUSET KAN DU MØDE UDDANNELSESLÆGER

En uddannelseslæge er en færdiguddannet læge, som er i gang med at specialisere sig



FYAM-kampagnen 2020 er noget af det, Jesper er mest stolt af fra sin tid som formand for FYAM.



# Med FYAM på årsmøde

Traditionen tro holder FYAM udvalgs møde dagen før DSAM's årsmøde. Det gjorde vi også i år. Alligevel var der meget, som var anderledes.

**F**YAM-mødet var det første, hvor de nyvalgte udvalgsmedlemmer kunne møde hinanden, og det første med deltagelse af vores nye formand, Thomas Purup. Og så var det også første gang at flere af os kunne mødes "face-to-face". Det seneste år har flere møder været afholdt online, og dette var første møde, hvor der kun var mulighed for at deltage fysisk. Det var skønt –

man kan ikke se hinanden rigtigt i øjnene gennem et webcam. Selvom onlinemøder giver mange muligheder, sætter det også begrænsninger og en dæmper for kommunikationen. Efterfølgende tog vi hul på festlighederne med middag i restauranten. For første gang i lang tid var der mulighed for socialt samvær og at lære hinanden at kende. Det er et godt udgangspunkt for det videre samarbejde i FYAM-udvalget.

## Velkomst og morgensang

Efter en solid morgenbuffet havde jeg fået den ære at skyde årsmødet i gang ved at sige velkommen på scenen sammen med Anders Beich. Afgående FYAM-formand Jesper Bossel Holst Christensen havde desværre ikke mulighed for at være der (grundet sin bryllupsrejse). Det var første gang, jeg stod på en scene foran så mange mennesker, og nervøsiteten sneg sig op. Jeg fik sagt tak til Jesper for det store arbejde og engagement, han har lagt i FYAM. Jeg tror og håber, at det ikke er det sidste, vi har set til Jesper i FYAM-/DSAM-regi. Samtidig bød jeg velkommen til den nye formand, Thomas Purup, som både FYAM og DSAM ser frem til at samarbejde med. Derefter slog Anders Beich over i engelsk og lagde op til fællessang med "All you need is love". Det var forfriskende, men – for alles skyld – var jeg nu glad for, at jeg fik slukket min mikrofon og kunne sænke skuldrene og synge med nede blandt mine kollegaer ved langbordene.

## Forskning, frokostbekendtskaber og FYAM-prisen

De ph.d.-studerende afholdt herefter posterwalk. Det er et relevant og spændende indslag på DSAM's årsmøde, som er med til at fremme vores fokus på og kendskab til forskning i almen



Anders Beich sang for under fællessangen "All you need is love". Foto: Palle Skov.



Der var stor interesse for posterwalken, som blev vundet af Pernille Holmhøj, der er ph.d.-studerende på Afdeling for Almen Medicin, KU. Hendes poster havde titlen "Bedre behandling af depression, angst og søvn på plejehjemmet". Foto: Palle Skov.



FYAM-prisen gik i år til Susanne Brogaard Carlsen. Foto: Palle Skov.

praksis. Efterfølgende var der valgfri kurser, adskilt af frokost.

Under frokosten kom jeg og Anne Dige Søgaard, som er suppleant i Region Midtjylland, til at sidde ved siden af et lægepar med hver deres ydernummer i en samarbejdspraksis. De fortalte om deres arbejdsliv og nævnte mange fordele ved at nedsætte sig i en samarbejdspraksis. Anne og jeg har begge tidligere tænkt, at kompagniskabspraksis ville være det rette, og nok det eneste rigtige, for os, men vi blev udfordret på den tanke. Det var skønt igen at kunne tale med erfarne kollegaer og få deres viden og gode råd med sig. Det er noget af det, som coronapandemien satte en stopper for, og som jeg – gik det op for mig – virkelig har savnet.

Ved afslutningen i plenum uddelte vi FYAM-prisen til praktiserende læge Susanne Brogaard Carlsen. Hun var blevet indstillet af HU-læge Nikolaj Friis Meldgaard for sit engagement og overskud til at lære fra sig og tage sig god tid til supervision og uddannelse. Det er egenskaber, vi ønsker at fremhæve, sætte fokus på og belønne til

inspiration for andre praktiserende læger.

### FYAM-timen og fællesskab

Ved FYAM-timen havde vi inviteret nyuddannede praktiserende læge Kim Agerholm Brogaard til at fortælle sin historie om at slå sig ned i en samarbejdspraksis umiddelbart efter færdiggjort hoveduddannelse. Han fortalte ærligt om sit forløb, bl.a. om frygt og bekymringer, og om hvordan mange af disse viste sig at være unødvendige. De ting, som – han troede – ville fylde, gjorde det i virkeligheden slet ikke. Han fik det afmystificeret og gjort mindre "farligt" med tidligt praksiskøb, og han kom med gode råd.

Gunver Lillevang og Jørgen Skadborg havde vi inviteret til at svare på spørgsmål fra de kommende speciallæger, blandt andet om praksiskøb, overenskomst, og hvor man kan få mere rådgivning. Vi kunne have brugt meget mere tid, hvilket vidner om, at det er et område, hvor der fortsat mangler oplysning, og som mange HU-læger har mange spørgsmål til.

FYAM-timen bød også på "Året, der

gik i FYAM" og valg til de ubesatte poster i udvalget. De blev alle besat uden kampvalg. Efter en øl/vand og en "skål" var vi klar til festmiddagen.

Jeg havde i løbet af årsmødet fået nye bekendtskaber, fået "virkeligheds-gjort" Zoom-bekendtskaberne og desuden truffet flere tidligere bekendte, bl.a. fra medicinstudiet og KBU'en. Fællesskabsfølelsen kommer heraf; man er flere i samme speciale, og man er blandt med-FYAM'er, hvoraf mange er samme sted i livet, f.eks. med småbørn, travlt hverdagsliv og alt, hvad der hører med. Man føler sig som en del af en gruppe og ikke som "uddannelseslægen alene i verden", som man ellers godt kan komme til i en hverdag med konstant skiftende hospitalsafdelinger og kollegaer.

I FYAM har vi et fælles fundament. Vi har kollegaer i DSAM, som gerne vil dele ud af deres lærerige erfaringer, og som kan udvide vores horisont i forhold til egen fremtid som praktiserende læger. Jeg vil opfordre alle FYAM'er: Sæt allerede nu kryds i kalenderen den 30. september 2022, så du kan opleve årsmødet og fællesskabet. //



## FYAM-KLUMMEN

# Investering i trivsel

*Practicus har lanceret FYAM-klummen. En ung almenmediciner vil i hvert nummer af Practicus skrive en klumme om et valgfrit tema.*

WHO: "Mental sundhed er en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i menneskelige fællesskaber."

### Børns trivsel

I mit daglige arbejde ser jeg mange spæd- og småbørn til forebyggende børneundersøgelser. Det er sjovt, hyggeligt og perfekt. At kunne lave en struktureret og grundig børneundersøgelse er én af de kompetencer, jeg skal opnå i min introduktionsstilling i almen medicin. Og i et område med mange børnefamilier skorter det ikke på mulighederne for at træne mine færdigheder. Her – og inden for pædiatrien – har begrebet trivsel dog ofte forekommet mig sært, fordi det primære fokus og tankerne er rettet mod vækstkurverne, hvor der ved mistrivsel er tegn på ikke optimal vækst og udvikling. Men jeg kan naturligvis godt se, at – i mangel af bedre muligheder for at spørge et så lille barn om faktorer, der spiller ind på trivsel; ernæring, medicin, psykosociale forhold, udvikling/adfærd – må vi fange de objektive tegn på, at noget af dette er i spil. Heldigvis bliver mulighederne for kommunikation om emnet nem-

mere med alderen. Det gør det dog desværre ikke nødvendigvis nemmere at rette op på, hvis man identificerer mistrivsel.

### Gå glad på arbejde og hjem igen

Til DSAM's årsmøde i oktober var der stort og flot fremmøde til sessionen "Gå glad på arbejde og hjem igen". Den fyldte sal signalerede, at jeg ikke er den eneste, der har set skriften på væggen og forstået alvoren. Der er andre end mig, der tænker, at før, under og over al min faglighed ligger min egen trivsel. Ellers ender det måske

Der er andre  
end mig, der tænker,  
at før, under og over  
al min faglighed  
ligger min egen trivsel.





med, at al mit vid og al min kunnen ikke kommer nogen som helst til gavn – eller måske kun i kort tid.

Som uddannelseslæge i almen medicin var det mildest talt skræmmende at blive præsenteret for den seneste trivselsundersøgelse blandt praktiserende læger – det job og erhverv, jeg ellers med glæde arbejder frem mod. Jeg blev ikke yderligere opløftet, da de personlige faktorer, som ser ud til at give høj risiko for at brænde sit lys i begge ender og ende (ja!) udbrændt, blev fremlagt. Jeg er i højrisikogruppen!

Det blev naturligvis understreget, at kausalitet mellem flere af faktorerne i undersøgelsen er uvis. Men der er i undersøgelsen blevet spurgt om, hvad praktiserende læger gør, når de er tidspressede. Skipper man pauserne, eller bliver man længere til sidst? Det var et tydeligt resultat, at den gruppe, som er mindst udbrændt, bliver længere til sidst og holder pauserne i løbet af dagen hellige, mens de mest udbrændte i højere grad arbejder gennem pauserne.

Som angivet, er det her ikke undersøgt, hvad der er hønen, og hvad der er ægget, men det kunne tyde på, at hyggesnak med kolleger og persona-

le over spegepølsemeden er vigtigt. Det er da et forsøg værd og et konkret tiltag, som er lige til at gå til, og som jeg personligt vil have fokus på at efterleve. Så må de mails eller den hængende henvisning vente til senere på dagen. Der var desuden en ret utvetydig konklusion på oplæggene. Når man trives, arbejder man hurtigere, bedre og mere effektivt. Derfor giver det endda socioøkonomisk mening, at den nye og vedtagne overenskomst ikke har medført mange nye opgaver. I stedet er der fokus på nye og fleksible måder at arbejde på, som kan aflaste driften i klinikkerne og øge trivslen. For der er pres på derude! Og jeg kan høre, hvordan de med bæven og bøn i stemmen omtaler den nye overenskomst flere steder – i håb om, at de med overenskomsten i ryggen kan lave nogle ændringer og omrokeringer, for den aktuelle situation af arbejdspress og mistro er ikke holdbar.

### Uddannelseslægens egen "børneundersøgelse"

Tilgiv mig, at jeg ungt og måske halvnaivt gør mig disse tanker og tager emnet op om praktiserende lægers trivsel. Jeg kan udmærket se i den praksis, hvor jeg er i uddannelsesstilling, at det absolut ikke er nemt at navigere i vilkårene og løse strukturelle eller organisatoriske problemer, selv om man er en flok dygtige, kapable praktiserende læger, der driver praksis. Men samtidig mener jeg, at vi som uddannelseslæger i faget ikke kan eller bør sidde de skræmmende fakta overhørig. Vi er på vej ind i et speciale, hvor vi er i stor risiko for at brænde ud. Vi bør om nogen lave en "børneundersøgelse" af os selv. Det er ikke nok blot at tjekke vækstkurverne. Der

Når man trives,  
arbejder man  
hurtigere,  
bedre og  
mere effektivt.

skal lægges fokus på forebyggelse og tidlig intervention. Vi skal overveje en række centrale spørgsmål: Hvad er det gode hold? Hvordan sætter og vedligeholder jeg det, når jeg bliver praktiserende læge? Hvordan investerer jeg i arbejdsglæde?

### Investering i arbejdsglæde

Gennem min forskning om brug af ultralyd i almen praksis har jeg det privilegium at møde en stor gruppe praktiserende læger, der har taget ultralyd ind i deres praksis og arbejdsliv og dygtiggjort sig i at benytte det. Det har de gjort af ren interesse og lyst og i et forsøg på yderligere at opkvalificere deres diagnostik og visitation. I interviews med disse praktiserende læger viser det sig, at deres primære motivation for at bruge ultralyd er, at det giver dem øget arbejdsglæde og faglig tilfredshed. En er gået så langt som personligt at meddele mig, at det har reddet hans arbejdsliv. Hvis økonomi ikke skal være argumentet for at gøre noget, så skal det absolut være, at det skaber arbejdsglæde – og trivsel. Måske bør vi på den måde prioritere omvendt. At vi først og fremmest skal skabe arbejdsglæde og trivsel – med den viden, at god trivsel giver bedre økonomi. Under alle omstændigheder vil jeg lade mig inspirere af denne gruppe læger og forsøge at gøre mig nogle tanker over: Hvordan investerer jeg i arbejdsglæde for mig selv og dem omkring mig – lige nu og for fremtiden? //



# Farvel til tjenestepligt

Regeringen aflyser endegyldigt deres tidligere forslag om at tvinge alle yngre læger i "tjenestepligt" i almen praksis. I stedet vil man blandt andet omlægge hoveduddannelsen i almen medicin. Skal det ske, bør man huske på, at en speciallægeuddannelse først og fremmest skal sikre, at vi også i fremtiden har gode speciallæger.

**D**et er en kæmpe sejr, at Yngre Læger, PLO og Lægeforeningen i fællesskab har formået at afværgere regeringens forslag om tjenestepligt til vores yngste kollegaer i almen praksis i områder af Danmark med lægemangel. Regeringen ønskede med forslaget at afhjælpe problemet med lægedækningen. Men forslaget med "tvangsudstationering" var indlysende nok ikke attraktivt for vores yngste kollegaer. Det var ikke godt for vores speciale og rekrutteringer hertil. Og det var slet ikke godt for patienterne på den lange bane. Det er nemlig ikke yngste mand eller kvinde, som patienterne i yderområderne har brug

for. Det er derimod dygtige speciallæger. Og det ville tjenestepligt ikke skaffe. Det er derfor det eneste rigtige, at dette håbløse forslag nu endegyldigt er fejlet af banen.

## Omlægning af hoveduddannelsen

Den 27. oktober kom så regeringens længe ventede sundhedsudspil, hvor vi for første gang fik mulighed for at høre, hvordan regeringen vil sikre lægedækningen.

Ét af forslagene handler om omlægning af hoveduddannelsen i almen medicin. I stedet for at være 2,5 år væk fra praksis, ønsker regeringen, at hoveduddannelseslæger fremover skal være 2,5 i praksis. Det betyder, at vores samlede ophold på sygehusene forkortes.

Regeringen har i sit forslag valgt at kalde dette for 'praksispligt'. Et begreb, som jeg synes, er hovedløst at bruge, og som jeg undrer mig over, at de vælger at bruge. For ud fra de formuleringer, der er i udspillet, er der ikke tale om tvang, men derimod om en omlægning af hoveduddannelsen, der betyder, at praktiserende læger under deres hoveduddannelse skal

være længere tid i selve praksissen. Det er noget, som PLO og DSAM har været stærke fortalere for længe.

## Ikke én bestemt opskrift

Hoveduddannelsen i almen medicin er bygget op med et halvt år i fase 1, to et halvt års ophold på sygehuset, et halvt år i fase 2 og ét år i fase 3. Dette er ens i hele landet. Men bortset fra dette er der stor forskel på, hvilke uddannelsesophold man skal igennem for at kunne kalde sig speciallæge i almen medicin. Nogle steder har man seks måneders abdominal kirurgi, andre steder intet. Nogle steder har man ni måneders ophold på en bred intern medicinsk afdeling, andre steder har man seks måneder på en specialiseret intern medicinsk afdeling, f.eks. en lungemedicinsk afdeling. Nogle steder er man seks måneder på gynækologisk og obstetrisk afdeling, andre steder blot tre måneder. Der findes med andre ord ikke én bestemt opskrift på, hvordan man uddanner læger i almen medicin i Danmark.

Og skulle man finde på at vende blikket mod vores kollegaer i de andre nordiske lande, finder man her, at "op-

Hvis speciallæge-uddannelsen skal ændres, skal det være for at forbedre uddannelsen – ikke for at sikre lægedækning.

skriften” på en praktiserende læge ser helt anderledes ud.

### Holdningerne er mange

De fleste af os er stolte af vores speciallægeuddannelse. Vi mener, at den klæder os godt på og gør os til dygtige praktiserende læger.

Som kommende praktiserende læger siger det sig selv, at vi under vores speciallægeuddannelse skal være i almen praksis. Men sygehusblokken er også en vigtig del af vores uddannelse. Den har som minimum tre hovedformål.

For det første lærer den os hospitalsvæsenet at kende. Vi lærer vores samarbejdspartnere at kende. Vi ser kompleksiteten af vores sundhedsvæsen og i særdeleshed, hvilke faldgruber der kan være ved f.eks. overgange mellem de forskellige sektorer. For det andet ser vi procedurer, arbejdsgange, metoder osv., som vi ikke selv skal kunne varetage, men som vi kan forklare patienterne i almen praksis. Vi ved, hvilke undersøgelser patienterne skal forvente, og hvordan de foregår, så vi kan forsøge at forberede dem på, hvad de har i vente, når vi henviser videre. For det tredje giver det os faglig læring og udvikling. Vi stifter koncentreret bekendtskab med sygdomme og behandlinger heraf, og vi gennemgår en kæmpe faglig udvikling.

Der er mange holdninger til, hvor vi gennemgår den største faglige udvikling. Er det gennem længere ophold på hospitalet eller i praksis? Og hvor lang tid tager det på de forskellige steder at opnå de nødvendige kompetencer? Mange af holdningerne er naturligt nok baseret på egne oplevelser af vores blokke. Nogle ønsker sig mere tid på sygehuset. Nogle synes, at tiden er passende. Andre ønsker sig mindre tid på sygehuset og mere i praksis.

### Først og fremmest en uddannelse

Det er afgørende, at en omlægning af hoveduddannelsen tager afsæt i faglig kvalitet. Uddannelse af speciallæger handler om at uddanne de bedst mulige speciallæger. Hvis speciallægeuddannelsen skal ændres, skal det være for at forbedre uddannelsen – ikke for at sikre lægedækning. Hvis det ene kan være med til at afhjælpe

det andet, kunne det give mening. Men det vigtigste må være at sikre højest mulig kvalitet i uddannelsen.

Som samfund har vi en stor udfordring med lægedækningen i nogle geografiske områder. Det hersker der ingen tvivl om. Det er vigtigt, at der bliver skruet på mange knapper for at afhjælpe dette, først og fremmest ved at uddanne flere speciallæger i almen medicin. Men når vores uddannelse skal skrues sammen, skal vi huske på, at en speciallægeuddannelse først og fremmest skal sikre, at vi også i fremtiden har gode speciallæger.

Det må i sidste ende være det, der er vores fælles mål:

At vi sikrer, at vi også fremover har fagligt dygtige praktiserende læger – og nok af dem. //



# Frist for ansøgninger til dækning af honorar for dataindsamling: 15. marts 2022

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

# PLU

Praktiserende  
Lægers Uddannelses- og  
Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i april 2022.

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

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

Der kan primært ydes støtte til egen løn, vikarløn og/eller kontorhold i mindre omfang. Støtten kan gives såvel i forberedelsesfasen som under gennemførelse og i skrivefasen. Oversættelse af manuskripter, deltagelse i viden-

skabelige møder, forskningsmetodologiske kurser og kongresser, hvor man fremlægger originalarbejde, støttes i begrænset omfang. Der kan ikke søges om støtte til indkøb af apparatur eller it.

Ansøgningsskema kræves og udfyldes via DSAM's hjemmeside [www.dsam.dk](http://www.dsam.dk) > Forskning > PLU-fonden.

Ansøgninger udfyldes online og infoside (underskriftside) samt eventuelle underbilag fremsendes til:

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

**Ansøgningsfrist for uddeling i april:**

**Onsdag den 16. marts 2022.**

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



# Læge i vest?

## – en inspirationstur for medicinstuderende

Holstebro og Struer kommuner havde i samarbejde med Region Midtjylland, PLO og SAMS Aarhus inviteret på inspirationstur i september for at fremvise Vestjyllands charme og muligheder for et godt arbejdsliv.

**D**et var 45 spændte bachelor- og kandidatstuderende, der steg på bussen i Aarhus og drog vestpå til en dag med inspirerende besøg, natur og kulturliv – alt sammen med det overordnede formål at vise de mange muligheder for et spændende liv som praktiserende læge i den vestlige del af Danmark.

### Rig på natur og kultur

Formiddagen stod på aktiviteter ved vand eller skov. Det var en sjov og god mulighed for at lære nye medstuderende at kende. Under en god frokost berettede to fysioterapeuter om start af deres selvstændige klinik i Thyholm. Herefter gik turen videre mod besøg i lægehuse og kulturelle stop i og omkring Holstebro og Struer.

### Fra storbyliv til Vestjylland

Praktiserende læge Maria Nielsen bød

velkommen hos Lægerne ved Fjorden i Struer. Hun fortalte om sin egen rejse fra storbyliv mod vest og om forskellige muligheder for opbygning af en almen praksis. De studerende var imponerede over muligheden for at tilrette eget arbejdsliv, som også – sideløbende med praksis – kan indeholde andet spændende lægefagligt arbejde. Mange spurgte interesserede ind til forskelle på solo- og delepraksis.

Hos Lægerne i Center for Sundhed i sundhedshuset i Holstebro fortalte praktiserende læge Jørgen Buch om sin beslutning om at oprette praksis i et sundhedscenter og om lægehuseets funktion som uddannelsessted for yngre læger. Ikke alle kendte til

oprettelsen af de nye sammenhængende uddannelsesforløb i Region Midtjylland og Region Nordjylland, hvor KBU-, introduktions- og hoveduddannelsesforløb i almen medicin kobles sammen, og dette vakte tydeligt interesse.

Over aftenens fællesspisning blev dagens oplevelser og fortællinger delt mellem de studerende. Turen vestpå var en god mulighed for at opleve et ukendt område. Vestjylland havde overrasket positivt. Flere udtalte, at de ikke var afvisende over for at søge mod egnen – eller blot var åbne for andre områder end det velkendte Aarhus – efter endt uddannelse. Og det var vel hele pointen med turen. //



De studerende blev vist rundt i flere af områdets lægehuse og kulturelle institutioner. Foto: Rikke Haahr.



# Evidens, politik og DSAM's svaghed

## Skal sekundærsektoren igen snigløbe primærsektoren?

**D** SAM's FAQta-ark og vejledninger er evidensbaserede. Sundhedsstyrelsens (SST's) vejledninger synes ofte baseret på GOBSAT (Good Old Boys Sat Around Table). Skal DSAM bare bøje sig?

Alle ville vinde, hvis DSAM fulgte egne pejlemærker. Uden en evidensbaseret sundhedssektor opnår vi ikke et bæredygtigt og velfungerende sundhedsvæsen.

Alle ville vinde,  
hvis DSAM fulgte  
egne pejlemærker

### "Der er ikke fejlet noget ind under gultæppet"

I sin formandsberetning skrev Anders Beich:

"Det er desværre ikke alt arbejde, der ender med at bære frugt som forventet, og vi måtte blandt andet sande, at FAQta-ark om hjemmefødsler ikke kunne følges til dørs. Hertil var

uenigheder om evidensgrundlagets tolkning for store, og der gik politik i den. DSAM ønskede ikke at sætte hverken patienter eller kollegaer i en vanskelig situation."

Som formand for arbejdsgruppen for FAQta-arket er jeg ikke sikker på, at Anders' beskrivelse er helt retvisende.

### Evidens

Der var ikke store uenigheder om evidensgrundlaget. Til gengæld har DSOG lobbyet intenst for at kunne skrive blandt andet følgende i de nye retningslinjer:

Der bør ved visitation af den gravide tages udgangspunkt i den gravides paritet, således at førstegangsfødende informeres om, at der kan være en forøget risiko for sjældne, men alvorlige fødselsrelaterede komplikationer ved hjemmefødsel, men at forskellen i absolutte tal er lille.

Her ligger hovedkonflikten mellem det parkerede FAQta-ark og SST's nye vejledning. Sætningen er ikke evidensbaseret, men er baseret på, at DSOG var glade for at finde ét studie,

hvis fund de kunne lide og ønskede at blæse op. Med den passive formulering "der kan være" er sætningen korrekt i den forstand, at den øgede risiko for førstegangsfødende er gældende for netop den måde, man havde organiseret fødselshjælpen i England i den korte periode, man indsamlede data til det engelske "Birthplace study". Til gengæld er det ikke tilfældet hverken i Holland eller Canada, hvor de to andre gode og store – faktisk langt større – studier med velfungerende hjemmefødselsordninger er fra.

I den seneste version af FAQta-ark beskrev vi studier, som er relevante for danske forhold sådan:

- Der er ikke signifikant forskel på den neonatale mortalitet, hverken for første- eller flergangsfødende.
- Der er signifikant færre komplikationer ved planlagte hjemmefødsler, f.eks. færre store blødninger og alvorlige bristninger.
- Der er behov for signifikant færre interventioner ved planlagte hjemmefødsler, f.eks. ve-stimulation, operativ forløsning og kejsersnit.
- Der er signifikant mindre behov for

medicinsk smertelindring ved planlagte hjemmefødsler.

- Der er signifikant bedre etablering af amning ved planlagt hjemmefødsel.
- Børnene har samme eller signifikant bedre Apgar-score, og indlæggelse på neonatalafdeling er mindre (3-4), dog med forbehold for en vis risiko for bias.
- Kvinder, der vælger at føde hjemme, angiver en større tilfredshed med fødselsforløbet end kvinder, der vælger at føde på hospital.
- Selv ved de sjældneste og mest livstruende hændelser for moderen, som f.eks. placentalskilling og blodtransfusion, har det ikke været muligt at påvise, at det er en fordel med planlagt hospitalsfødsel.

og lidt senere:

Hvis hjemmefødselsordningen ikke er integreret i et velfungerende offentligt sundhedssystem, er planlagt hjemmefødsel ikke nødvendigvis helt så sikkert som planlagt hospitalsfødsel.

### Politik, svaghed og svigt

At "der gik politik i den", er jeg ikke enig i. Der er politik i alting hele tiden. DSAM kunne have udgivet FAQta-arket for 3-4 år siden og undladt at vente på SST's reviderede retningslinjer, som DSAM vidste ikke ville blive evidensbaserede.

Den sidste sætning i citatet om ikke at sætte "patienter eller kollegaer" i en svær situation er den mest problematiske. Det er klart: Hvis DSAM bøjer sig for GOBSAT og forholder sig afventende i flere år, bliver der ingen ballade.

Desværre svigter DSAM dermed de gravide og fødende (jf. årets medieomtale af fødselsforholdene). DSAM kunne have gjort en stor forskel. Det ville DSAM ikke.

Kvinderne havde bare så meget brug for, at DSAM trådte i karakter og fulgte egne pejlemærker. Nu har DSOG i stedet fri bane til at fejlinformere, sygeliggøre og medikalisere gravide og fødende.

DSOG har vundet over DSAM, over flertallet af jordemødre og kvinder – og over skatteborgerne.

### Kom igen!

Kør FAQta-arket ud fra parkeringspladsen! Stå ved evidensen og fortolkningen! Der er intet at miste!

*Referencer kan fås ved henvendelse til forfatteren. //*

## Svar til Ole Olsen

Af: Anders Beich, daværende formand for DSAM

Jeg var formand, da vi i DSAM's bestyrelse besluttede, at udgivelse af DSAM's FAQta-ark om hjemmefødsler ville gøre mere skade end gavn midt i en oplyst diskussion. Det er en vurdering, man kan være uenig i, men DSAM's bestyrelse har ret og pligt til at foretage den slags vurderinger.

Der var i den grad uenighed mellem obstetrikernes vurdering af evidensgrundlaget og DSAM's arbejdsgruppes vurdering; det fremgår vel også nærmest af det, som Ole Olsen selv beskriver. Og da obstetrikere klart tilkendegav, at man ville trække denne uenighed ud i offentligheden og skyde DSAM's udgivelse ned, så skønnede vi i den daværende bestyrelse, at en sådan diskussion ikke ville gavne hverken de gravide eller sagen i øvrigt.

Jeg kan tilføje, at jeg på daværende tidspunkt havde haft flere bekymrede opbringninger fra lav til høj i Sundhedsstyrelsen, som direkte bad DSAM om ikke at udgive dette FAQta-ark.

Man kan sagtens blive ved med at diskutere, hvem der har mere eller mindre ret. Der er bare forskel på at have ret og så at få ret. Jeg kan ikke tilslutte mig kritikken af DSOG, som havende skumle motiver i forhold til at ville forhindre hjemmefødsler. Jeg er faktisk helt overbevist om, at obstetrikere også vil både mødre og deres børn det bedste.

Min fejl og den daværende bestyrelses fejl er, at vi ikke forudså, hvor kontroversiel en udgivelse vi kunne komme til at stå over for med FAQta-arket om hjemmefødsler. Det blev besluttet som en af prøveballonerne i forhold til formatet for FAQta-ark. Og der skulle vi nok have valgt et mindre kontroversielt emne. For den mangel på refleksionskraft vil jeg gerne igen undskylde over for Ole Olsen og hans arbejdsgruppe, som lagde en arbejdsindsats i et produkt, som endte med ikke at udkomme. Det er da meget ærgerligt.

Nogle gange kan selskabets arbejde måske paralleliseres til evidensbaseret praksis. På trods af at den eksterne evidens peger i en retning, så kan i det tilfælde patientens værdier og præferencer eller lægens kliniske skøn nogle gange komme til at veje tungere og føre til en anden beslutning end den nøgne evidens ville byde. Og sådan var det altså på en måde i denne sag for DSAM's daværende bestyrelse. //



# Truslen på selvstændighed

*Stor TAK til Niels Saxtrup for hans mange velskrevne klummer. Med vid og bid har han rusket op i vores selvforståelse og udforsket vores professions faldgruber. Niels er nyvalgt til DSAM's bestyrelse, så fremover kommer vi til at læse mere fra hans pen i Bestyrelsens Klumme. I 2022 glæder vi os til at byde velkommen til en ny skribent af Lægens bogstaver.*



**A**lmen praksis trækker overskrifter for tiden. Desværre er det ikke gode fortællinger om, at den faste læge er den bedste medicin mod sygdom, indlæggelse og overdødelighed.

Tilliden til os som gruppe og dermed vores autoritet og autonomi er under pres. Vores autonomi, hvor vi ikke har en direkte foresat hverken i faglig, juridisk eller økonomisk forstand, sikrer, at vi bedre kan målrette vores faglige indsats mod det enkelte menneske. Tilliden til os kræver, at vi har selvjustits, ligesom autonomien og autoriteten kræver, at der er en konsensus om anerkendelse af vores professionelle kompetence og virkemåde. Og det er skrøbelige størrelser, vi har med at gøre. For selvom vi er givet en beskyttet titel som praktiserende læger, er vi ikke sikret tillid og handlefrihed.

Historier om læger, hvis afregningsforbrug stikker helt af, er journalistisk set taknemmelige. Intet kan sætte sindene mere i kog, end når de mennesker, som borgerne skal sætte deres lid til, er upålidelige. Vi har både magt og status. Vi er vellønnede og afregner samtidig selv med samfundets fælles kasse. Guld er et frygteligt narkotikum. Og ve os alle, at vi ikke bliver for afhængige – med den misbrugsadfærd af snyd og fordærv, der kan følge med. Vi ved jo, at misbrugeren gerne stjæler fra sin bedste ven og gamle mor for at få fat i sit stof.

Den løsning, der tilbagevendende råbes på, er, at almen praksis skal kontrolleres

hårdere – eller endda, at vi skal være offentligt ansatte.

For mange kolleger er dette ikke skræmmende. Tænk, hvis man kunne nøjes med at koncentrere sig om at lave lægearbejde og lade andre om drift, personale, administration, bygninger og IT. Kravene til at være virksomhedsleder i sundhedssektoren er store, og vores arbejde er i forvejen komplekst.

Oveni kommer vores egen fortælling om den praktiserende læge som udbændt, overbebyrdet og i skudlinjen. Den skygger for den store glæde ved autonomien – fri af en administrativ ledelse med DJØF'er eller ledende sygeplejersker med mastergrad i forvaltning og med måltal og indikatorer for øje.

Men der er graverende ting på spil. Den frie profession er den bedste sikkerhed for, at det er patientens problematik, der er i centrum, og ikke, at patienten skal bære sin diagnose i et goldt produktions-system med sin egen logik.

Jeg ser kun en løsning for at vende bøtten: Vi må i højere grad selv være med til at udvikle afregningsformer og kontrolsystemer, der både er effektive og tålelige. Vi må konsekvent følge kolleger til dørs, der er blevet forblændet af guldets magt og dermed har sat vores fælles tillid fra borgere og samfund over styr.

Det er vores autonomi og den gode kvalitet af almen praksis' organisering i Danmark, der er på spil. //



## TANKER FRA STOLEN:

# Selv mord – en etisk udfordring

**F**or mig er det ikke foreneligt med lægeløftet at assistere, hvis en patient ønsker at dø for min eller egen hånd. Når døden ikke er et offentligt tilbud, er det i min overbevisning hverken paternalistisk eller en knægtelse af patientens autonomi. For hvis døden er noget, du blot kan begære, er det ikke et reelt frit valg for et lidende menneske, der måske ser sig til besvær for sine kære og samfundet. Er selvmord så moralsk forkert?

Jeg tænker på en tidligere bekendt, der havde besluttet, at hun ville dø for egen hånd, når livet blev ubærligt. Hun fik som ung diagnosen dissimileret sklerose, mistede gradvist kropsfunktioner og arbejdsevne. Kæresten blev droppet, da hun oplevede sig selv som uudholdelig at leve med. Børn var et aktivt fravalg.

Begrebet aktiv dødshjælp er misvisende, for som praktiserende læge yder jeg aktiv hjælp til mine døende patienter: Jeg lindrer, er til stede, undlader livsforlængende behandling og

accepterer, at smertestillende behandling kan medføre fremskyndet død. Jeg hjælper, men jeg slår dem ikke ihjel!

Hun arrangerede sig med hjælp fra et schweizisk selskab, der tilbød pakkeløsninger for mennesker med svær lidelse og/eller uværdige livsvilkår. I Schweiz er assisteret selvmord legalt, men eutanasi er ikke.

I befolkningen er der stigende tilslutning til aktiv dødshjælp og assisteret selvmord, mens modstanden blandt læger er vigende!

Af statistikken fremgår det, at jo større erfaring og kendskab til palliativ behandling de adspurgte læger har, desto større er deres modstand mod eutanasi – altså lægeligt drab på begæring.

Med en veninde og en konsulent fra selskabet som ledsagere rejste hun til Schweiz. På det tidspunkt kunne hun ikke gå og var uden kontrol over sin tarm og blære.

Som læger har vi lettere adgang til at tage vores eget liv

end de fleste andre. Det er et givet vilkår, som kan ses som et privilegium eller en farligt fristende mulighed. Pligten til at hjælpe andre omfatter ikke drab eller hjælp til selvmord, men vi skal acceptere, at døden er uafvendelig, når den er det.

På dagen fik hun anvisning på indtagelse af dødbringende medicin. Hun udførte det selv. Veninden rejste alene hjem. Efterfølgende holdt venner og tidligere kolleger en mindehøjtidelighed for hende.

Selv mord er en konsekvens af ubærlige livsomstændigheder og svære overvejelser. Ingen tager sit eget liv uden også noget af andres; men hvem kan (for)dømme en så personlig beslutning?

Jeg synes, det er svært. //

Debatindlæg inspireret af denne

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



# Julehilsen

Practicus-redaktionen ønsker alle vores læsere og skribenter en rigtig god jul og et godt og glædeligt nyt år.

Tak for alle de gode artikler, klummer og debatindlæg, vi har modtaget i årets løb.

Tak for ideer og kommentarer til det, som bliver bragt i bladet. Vi oplever stor opbakning og interesse for at gøre Practicus til et spændende og vedkommende medlemsblad for DSAM og alle dets læsere.

Mens julefreden sænker sig, har vi næste blad i støbeskeen.

På gensyn i 2022.

