

Practicus

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



September 2022
45. årgang // 261



Call for Action

Continuity of Care in General Practice/Family Medicine

The 22nd Nordic Congress of General Practice, held in Stavanger 21st - 23rd of June 2022, encourages politicians and all other stakeholders of the health care service to support and facilitate sustainable health systems that promote relational continuity. This implies that all patients should have access to a General Practitioner/Family Physician of their own choice who knows them and their circumstances.

Stavanger, June 23rd 2022.



FOKUS PÅ NORDISK KONGRES

Side 26-45

Folkemødet 2022, side 4 og 11

I gamle dage var lægen og præsten den samme, side 8

Så kom sundhedsreformen, side 41

INDHOLD

LEDER

- 3 Vi har et akut arbejdsmiljøproblem.
Hvorfor er der så stille?

DSAM

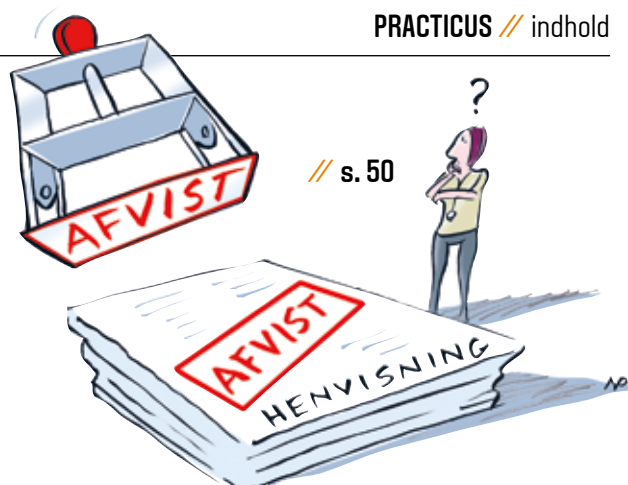
- 4 Folkemøde er fest, farver og dialog
5 Umulige vejledninger – og hvordan de bliver til

ARTIKLER

- 8 I gamle dage var lægen og præsten den samme person
11 DSAM i dialog og debat på Folkemødet
14 En audit om kræftudredningsforløb i almen praksis
18 Mine symptomer, et nyt selvhjælpsprogram
21 Dyader skaber rum til uddannelse i almen medicin
23 Mindeord for Berit Hansen
24 EQPRN-konference og forår i Istanbul

NK22

- 26 Tag på prækongres!
28 Podcast fra Nordisk Kongres 2022
30 Vi skal bevare kontinuiteten i almen praksis
32 Antibiotikaforbrug i Norden
34 Workshop om klima og sundhed



FYAM

- 36 Når kroppens største organ taler til os
38 Hvor skal almen praksis hen?
41 Så kom sundhedsreformen
44 Min svigerfar, sprogskoleeleven og det danske sundhedsvæsen
46 Jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede

SAMS

- 48 Tankemylder i auditoriet

DEBAT

- 49 En løftet pegefinger
50 Afviste henvisninger – igen, igen

OPSLAG

- 20 PLU-fonden, ansøgningsfrist
51 Preventing diagnosis-konference i Kbh. 2023



**PRACTICUS UDGIVES SOM MEDLEMSBLAD
TIL MEDLEMMER AF DSAM**
Stockholmsgade 55
2100 København Ø
Tlf. 7070 7431
www.practicus.dk

ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR
Ellen Louise Kristensen
redaktoer@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR
Jonas Fynboe Ebert
jonasebert@dsam.dk

REDAKTIONSSEKRETÆR
Annette Scharff Gehrs
asg@dsam.dk

NÆSTE NUMMER
Nr. 262
Frist for artikler: 19. september 2022
Udgivelsesuge: 45/46

Nr. 263
Frist for artikler: 1. november 2022
Udgivelsesuge: 52

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

LAYOUT/TRYK
Jørn Thomsen Elbo A/S
Essen 22, 8000 Kolding
www.jto.dk

FORSIDEFOTO
Colourbox

OPLAG
4.900

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

Vi har et akut arbejdsmiljøproblem.

Hvorfor er der så stille?

Det er, som om de mere handlingsorienterede reaktioner på drabet på en kollega er udeblevet.

Der var forståeligt nok mange reaktioner fra både Lægeforeningen og egne rækker i dagene efter tragedien. Men hvad skal der så ske nu? Vi møder alle slags mennesker i klinikken og på hjemmebesøg. Nogle kender vi, andre kender vi ikke. Fælles er, at vi ikke afviser nogen, det ligger dybt forankret i vores faglighed og i lægeløftet.

Ind imellem ved vi godt, at vores arbejde kan være farligt, og så tager vi politiet med, eller lader taxachaufføren eller en kollega lytte ved døren. Men vold er ikke altid noget, som kan forudses.

I min praksis har vi en akut-knap i alle konsultationsrum. Trykker man på den, så kommer kollegerne stormende. Det underlige er, at når jeg fortæller andre kolleger om den knap, så er reaktionerne blandede: Er der virkelig behov for det? Er det ikke bare noget, jeg bilder mig ind?

Jeg har én gang prøvet, at en stor bredskuldret mand spærrede mig døren ud fra et nydeligt hus, da jeg kom ned fra sygebesøg i værelset oven for trappen. Jeg var rystende bange, men jeg slap ud ved at råbe højt og hvæse "flyt dig!" Jeg var heldig, han flyttede sig.

Jeg har én gang prøvet at blive låst inde af en psykisk syg mand, mens jeg var på lægevagt. Hans mor havde bedt om et sygebesøg og ladet forstå, at hun også selv var til

stede. Det var hun bare ikke. Han råbte og skreg ad mig, og jeg tog benene på nakken. Der var et bord imellem os, og heldigvis var det mig, der nåede entrédøren først. Jeg fumlede med låsen og fik døren op. Jeg har ikke lyst til at forestille mig, hvad der ellers kunne være sket.

Men det skal jeg. Det skal vi. Og vi skal mere end det. Vi skylder hinanden at tale højt om, at vold mod læger sker og skal forebygges. Og finde ud af hvordan. Det må ikke være held, der afgør vores skæbne i den situation.

For den kollega, og andre før ham, blev mødet med en farlig patient fatalt. For familie og venner er det en uforståelig tragedie, som de skal bære med sig resten af livet.

For os kolleger er det også en påmindelse om, at vi altså ikke er usårlige, og at vores sikkerhed ER vigtig. Jeg har i nogle år taget taxachaufføren med ind alle steder, hvor jeg har været utryg ved et besøg. Men hvad gør jeg den dag, chaufføren ikke vil det? Det bør ikke være op til den enkelte læge at lave den aftale. //



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 I DSAM:

Folkemøde er fest, farver og dialog



Jeg elsker Folkemødet. Det er her, hvor lyden af demokratiets virkekraft strømmer ud fra debatteltene i Allinge Havn til udsigten af havet i horisonten. Folkemødet er fest og farver, debat og dialog og for mit vedkommende også et møde med kolleger fra branchen samt muligheden for at skabe nye kontakter på en uformel og hyggelig måde. I min verden er kontakter altafgørende, når der f.eks. skal sælges en historie ind til pressen.

DSAM deltog med formand og to bestyrelsesmedlemmer, som kastede sig aktivt ind i mange forskellige sund-

hedsdebatter, som du bl.a. kan læse om i en artikel længere omme i bladet.

Man tager på folkemøde for at få nyt perspektiv, skabe fælles refleksion og for DSAM-delegationens vedkommende varetage almen medicins interesser ved debatterne. Her møder man meningsdannere, fagpersoner fra sundhedsvæsenet, embedsværk og et utal af journalister, som diskuterer et hav af toprelevante emner som klima, sundhed, teknologi og meget mere. Ved skumring summer det af liv på cafeerne og i alle hjørner og kroge. På vej mod P-pladsen på den sidste aften kom vi tilfældigvis forbi en koncert med Barbara Moleko, som gav den gas på scenen over for et nærmest lykkeligt, jubelråbende publikum. Så fik vi den oplevelse med.

Formanden nåede også at lave et dobbelt-interview med DR foran Lægehuset i Allinge. Første interview handlede om stigning i køb af potensmidler på recept pga. mænds rejsningsproblemer, og andet interview handlede om kvinders fravalg af minipiller og p-piller. I kombination kunne det måske være et fint afsæt for at kreere nogle flere børn, som politikerne hele tiden efterspørger. Det var blot en tanke – tilbage til folkemødet.

Et par dage efter folkemødet susede formand og dele af sekretariatet videre til Nordisk Kongres i Stavanger, som bl.a. havde hovedbudskabet, at kontinuitet er essentielt for at sikre behandling af høj kvalitet, når det gælder almen praksis – et budskab, som DSAM igen og igen bærer med sig rundt – også på folkemødet, til pressen og de utal af samarbejder, som selskabet indgår i.

I skrivende stund venter sommerferien, og når den er slut, glæder jeg mig til at tage fat på nye opgaver. Vi forbereder som vanligt valg, årsmøde, talentpris, og til efteråret udkommer DSAM's professionsetik, som vi gerne vil give noget opmærksomhed i pressen.

Forberedelserne til næste kongres om Preventing Overdiagnosis (POD) er også i gang. Derudover planlægger vi en rekrutteringskampagne, som skal gøre opmærksom på den værdi, du som medlem får og er med til at skabe ved at støtte selskabet med kontingent.

Følg med i kampagnen på vores kanaler, og vær med til at sprede det gode budskab. Jo stærkere selskabet er, jo mere kan vi ændre og flytte på til gavn for faget. //





BESTYRELSENS KLUMME:

Umulige vejledninger – og hvordan de bliver til

I almen praksis prøver vi hver dag at hjælpe vores patienter bedst muligt med de forhåndenværende søm. Vi bruger vores viden og erfaring og vores kendskab til patienterne, og vi støtter os op ad vejledningerne. Men situationen passer ikke altid til vejledningerne, og så må vi mingelere.

Svendborgsagen og gældende praksis i STPS og STPK har gjort det tiltagende vigtigt, at vejledninger formuleres pragmatisk. Virkeligheden er altid mere kompleks og uforudsigelig, end selv den bedste vejledning kan beskrive. Ingen har gavn af, at dygtige læger mister faglig selvtilid eller autorisation som følge af en rigid fortolkning af en vejledning.

Men kan de umulige vejledninger sommetider justeres?

COVIDVAX PÅ BOSTEDER

Det var en fest, da vi gik i gang med at

vaccinere mod COVID-19. Men der var også umulige situationer undervejs.

Da vi skulle ud at vaccinere på bosteder, blev vores pædagogiske evner udfordret. Mange af beboerne forstod jo ikke, hvad der foregik. Nogle har knap nok et sprog. De er bare bange for nåle. Men det var vigtigt at få dem vaccineret – både for den enkelte og for alle de andre beboere. Institutionen måtte nemlig først åbne op for besøg, når 80 pct. af beboerne på institutionen var færdigvaccineret. Så ingen beboere kunne komme til at se andre end deres allernærmeste familie, før det mål var nået. Forstanderen på "mit" bosted lagde ikke skjul på, at der var meget på spil for alle, og forstanderen var utrolig lettet, da vaccinationsindsatsen lykkedes.

Vi undgik behændigt, at det blev overgrebsagtigt ved brug af list og lempe og et formidabelt samarbejde med pædagerne. Der var selvfølgelig styr

Virkeligheden er altid mere kompleks og uforudsigelig, end selv den bedste vejledning kan beskrive.

på samtykke fra værge, og de fleste af beboerne var helt med på, hvad der skulle foregå. Men nu og da måtte pædagerne bestikke med slik og kager for at det skulle lykkes, aflede med legetøj, afklæde under påskud af, at "nu skal vi lige skifte din trøje", give tegn til lægen om at snige sig ind bagfra, mens beboeren guffede småkager i sig, lægen måtte så liste, hakke den i deltoideus og forsvinde hurtigt igen. Nogle gange var nålen sågar bøjet, når den blev trukket ud af en overarm med kroniske ufrivillige bevægelser. Men beboerne led ingen skade.

Men få dage inden vi skulle afsted 2. gang, kom der en myndighedsvejledning fra SST om korrekt injektionsteknik. Her kunne vi læse, at hud skal sprittes af, lufttørre, hud skal udspændes mellem to fingre, nål indføres i en vinkel på 90 grader, der skal

Svendborgsagen og gældende praksis i STPS og STPK har gjort det tiltagende vigtigt, at vejledninger formuleres pragmatisk.

aspireres, så man sikrer, at den ikke ligger i en vene, og dernæst injiceres og komprimeres. Jeg var dum nok til at spørge SST, om vi ikke kunne se bort fra dette på bosteder – det var jo uladsiggørligt for en pæn andel af beboere. Nej, var svaret, følg vejledningen. Der var nemlig opstået nogle meget sjældne tilfælde med trombedannelser, kaldet HIT, når man vaccinerede med Astra Zeneca og Johnson & Johnson, og der var mistanke om, at det kunne skyldes intravenøs injek-

tion. Jamen, her vaccinerer vi jo med Comirnaty og Moderna - og begge er mRNA, der aldrig har vist den bivirkning? Kunne vi måske indføre en blød formulering i vejledningen om "tilstræbe at...". Nej, var svaret. Det stod klart, at myndighederne ikke havde min ryg, hvis der skulle komme klager fra en eller anden mærkelig type. Den slags sætter lægen i et håbløst dilemma: Skal jeg hjælpe min patient og institutionen? Eller skal jeg sikre egen røv og bare sige, at hvis beboerne ikke kan opføre sig normalt, så kan de ikke få nogen vaccine?

Jeg spurgte senere en kontakt, jeg har i SST, hvorfor de dog havde lavet det juks, der ikke engang har fagligt belæg. Jo, en borger havde klaget til SST over ukorrekt vaccinationsteknik, som han havde set i en tv-udsendelse, og så lavede SST en vejledning, for så havde de ligesom handlet på det. SST havde løst deres del af opgaven: en vejledning, som de for at være ekstra grundige endda også lod gælde for alle typer COVID-19-vacciner, ikke kun AZ og J&J, selvom der ikke er nogen rapporter om HIT ved mRNA-vaccinerne.

Men min kontakt i SST har siden gjort mig opmærksom på, at vejledningen alligevel blev justeret senere, så punktet om obligatorisk aspiration nu er fjernet. Tak!

PAXLOVID

Så er der sagen om Paxlovid. Det er et nyt præparat fra Pfizer, der kan gives til sårbare COVID-19-positive. Det kan reducere risiko for indlæggelse og død, hvis det gives inden for 5 dage efter symptomdebut. Det ser faktisk ud til at være virksomt, så det giver fagligt god mening. Men det er ikke helt let at bruge. Det blokerer leverens enzym-system CY-

P3A4, så der er mange både skadelige og potentielt dødelige interaktioner med anden medicin, herunder håndkøbspræparater og naturmedicin. Der er ca. 200 præparater på listen over interaktioner, herunder antikoagulantia, opioider, statiner, calciumantagonister, østrogener og såmænd også perikonpræparater.

Da det er et præparat, der skal bruges uden for sygehusene for at undgå indlæggelse, mente SST, at det kun kunne være de praktiserende læger, der kunne udskrive det.

De har så lavet en vejledning til os. Den har vi drøftet meget med SST, og den er ikke udkommet endnu (8.8.22). Af seneste udgave fremgik det, at vi meget gerne må opspore alle COVID-positive i målgruppen og kontakte dem proaktivt. Men i hvert fald skal vi vurdere alle henvendelser fra eller om patienter: Er patienten i målgruppen? Er der kontraindikationer? Er der relevante symptomer? Og er det inden for tidsvinduet på 5 dage? Og dernæst ordinere Paxlovid og lægge en Paxlovid-medicineringsplan, der tager højde for interaktionerne. Der er ting der skal pauseres, reduceres, seponeres eller erstattes med noget andet. Det skal sikres, at patienten eller stedfortræder forstår planen. Det skal sikres, at medicinen hentes af andre eller bringes ud, da patienten jo skal blive hjemme pga. smittefare. Og der skal informeres om bivirkninger og om ny kontakt ved forværring.

Målgruppebeskrivelsen er langt mere kompleks end studiepopulationen, der kun bestod af uvaccinerede og kun inkluderede 6 forskellige kroniske tilstande. SST's målgruppe indtager både alder, vaccinationsstatus og 12-14 forskellige kroniske tilstande. Vi forsøgte undervejs at få dem til at forenkle målgruppebeskrivelsen, så den var lettere at huske og ligger op ad undersøgelsespopulationen, men det var der ikke stemning for. Mit indtryk er, at SST gennem disse 2 år



efterhånden har samlet en beskrivelse sammen, de godt kan lide, med fine input fra alle specialer om, hvilke patientkategorier der er i øget risiko. Den trækker de så frem, hver gang vi skal finde en målgruppebeskrivelse, og den bliver lidt mere indviklet hver gang. Den er mig bekendt ikke valideret i forhold til, at varianterne har ændret sig, og at befolkningen efterhånden har en højere grad af immunitet.

Men heldigvis har jeg en vågen bestyrelse i DSAM, og flere råbte vagt i gevær. Denne behandling er ikke egnet til brug i almen praksis på nuværende tidspunkt. Vurdering, vejledning, Paxlovid-medicinplan og information er en opgave, der nok tager en times tid, hvis man ikke har prøvet det før og først skal sætte sig ind i vejledningen. Og da volumen stadig er ret lille, vil vi ikke nå at få rutine eller erfaring i almen praksis. Men opgaven skal alligevel løses straks, dvs. i telefontiden, for man er under tidspres for ikke at misse det første vigtige døgn, der er i tidsvinduet på 5 dage. Vi kan derfor ikke tillade os at udsætte samtale og vurdering til en aftalt telefontid eller video i morgen, hvor vi har bedre tid til samvittighedsfuld omhu. Det kan jo bare ikke lade sig gøre.

Vi advarede SST og fik holdt nogle flere dialogmøder, hvor også PLO deltog. Vi anførte, at udskrivningen af et præparat, der både er sjældent, nyt, farligt og dyrt, ikke bør starte i almen praksis. Det lykkedes at ændre vejledningen midlertidigt: Foreløbig vil almen praksis få mulighed for ikke selv at ordinere, men kan vælge at visitere relevante patienter til en sygehus-Paxlovid-vagt, måske en infektionsmediciner, som så ringer patienten op. Det er lige nu op til regionerne at finde en ordning på dette. Men vi må påregne, at vi senere skal overtage behandlingen i almen praksis, når der er mere erfaring med præparatet, for det er altså beregnet til brug i almen praksis. Hvornår? Tjah. Paxlovid er endnu

Det er vejledningens ordlyd, der ligger til grund for vurdering og sanktioner i STPK. [...] Gældende praksis i STPK kalder på, at vejledningen skrives om, så den passer bedre til virkeligheden.

ikke ankommet til Danmark, og der foregår vist stadig forhandlinger med Pfizer. Så det står hen.

Men SST takkede os for grundig rådgivning, og vejledningen blev justeret. Tak!

ATYPISE BRYSTSMERTER

Vejledningen om akutte atypiske brystsmarter, V-AAB, er en myndighedsvejledning, som er udgivet af Sundhedsministeriet i 2010. Den beskriver de atypiske symptomer, der bør føre til mistanke om akut koronar syndrom (AKS) og derfor øjeblikkelig indlæggelse.

V-AAB indeholder en række opmærksomhedspunkter der skal øge sensitiviteten, men ingen afgrænsninger der kunne øge specificiteten.

I V-AAB læser vi: "Omkring 20 pct. af patienter med verificeret akut koronart syndrom, AKS, klager ikke over smerter" ... "Ofte er der alene eller sammen med brystsmarterne eller skuldersmerter symptomer som kvalme og opkastning, svedudbrud, konfusion, bevidsthedssvækkelse og bleghed. Et eller flere af disse symptomer kan være henvendelsesgrund."

Bemærk, at der således ikke nødvendigvis behøver være nogen smerteoplevelse.

Mange af os har derfor tænkt, at nok skal V-AAB bruges og følges, men det betyder ikke, at vi skal sætte lægelig dømmekraft på pause og ikke skal arbejde med en helheds- og sandsynlighedsvurdering ud fra sammenhængen.

Vejledningen er opstået ved, at kardiologerne har gjort data op og fundet, at 80 pct. manifesterer sig med

klassiske symptomer på AKS, men 20 pct. kan ikke fanges på den anamnese. I bedste mening ønsker man med V-AAB at pege på disse atypiske symptomer for at fange nogle flere af de sidste 20 pct. så tidligt, at de kan få gavn af moderne effektiv AKS-behandling. Men vejledningen tager ikke højde for, at mange af de atypiske symptomer også er meget almindeligt forekommende klager i almen praksis, uden at det har noget med blodpropper at gøre.

Alligevel er det vejledningens ordlyd, der ligger til grund for vurdering og sanktioner i STPK. Der må ikke forekomme tilfælde, som ikke håndteres resolut, når patienter henvender sig med typiske eller atypiske symptomer, der kunne være AKS. Heller ikke, når det er altovervejende sandsynligt, at det drejer sig om noget andet.

Det sætter os som gatekeepere i en umulig situation. Vi kan jo ikke henvisne enhver, der er eller har været bleg eller forkvalmet eller enhver midaldrende kvinde med forbigående svedudbrud. Men hvor går grænsen? Hvem skal vi filtrere fra? Hvis vi ikke sender alting og tilfældigvis rammer forkert, og der klages, risikerer vi en sanktion. Hvis vi sender alting, vælter akutmodtagelserne og ambulancetjenesten, og Falck-redderne står med himmelvendte øjne i vores indkørsel, når de skal afhente den helt upåvirkede patient.

Vejledningen har i dag 12 år på bagen. Gældende praksis i STPK kalder på, at vejledningen skrives om, så den passer bedre til virkeligheden.

Kan den mon justeres? Måske skal vi forsøge dialog. //



"I gamle dage var lægen og præsten den samme person"

DSAM Midt holdt sommermøde i starten af juni på Varnapalæet i Aarhus. I år blev der sat fokus på, hvad læger kan lære af præster i deres tilgang til 'sognebørn' og 'sjælesorg'.

Kan præster løse lægemanglen? Eller kan læger lade sig inspirere af præsters tilgang til deres 'sognebørn' og blive bedre til at håndtere patienternes eksistentielle kriser? Det var rammen for DSAM Midts sommermøde, som blev holdt torsdag den 9. juni 2022 i Varnapalæet i Aarhus.

Ind imellem gør livet ondt. Og det kan ikke altid kureres med et MDI-skema og en pille. Præster har en anden tilgang til eksistentielle kriser – og måske kan vi som læger lade os inspirere af den. DSAM Midt havde inviteret Inger Uldall Juhl, praktiserende læge i Kolding, og Lone Vesterdal, sognepræst ved Bramdrup Kirke i Kolding og specialist i sjælesorg, til at fortælle om deres arbejde.

I alt 58 læger mødte op for at høre lægen og præsten fortælle om deres arbejde med professionernes ligheder og forskelle, og hvordan vi kan lære af hinanden. Inger Uldall Juhl og Lone Vesterdal mødtes via deres ægtefæller, som begge er læger og kender hinanden tilbage fra studietiden. Lone og Inger fandt hurtigt ud af, at de havde mange ting at snakke om. Det er

SLANGEN OG STAVEN SOM SYMBOL:

Den hvide hippokratiske slange

Hippokrates, græsk læge (ca. 460-370 f.kr.), alle læger aflægger den hippokratiske lægeed.

Idé: Lægen skal befri patienten fra sygdom, og patienten skal forblive rask.

Den sorte Æskulap-slange

Æskulap: sagnfigur i græsk mytologi. Æskulap udviklede en kur mod døden, hvilket Hades – dødsrigets gud – ikke brød sig om.

Symbolet har fælles træk med Moses og slangen fra ørkenen fra Det Gamle Testamente.

Idé: At leve med sygdom. Lægen skal hele patienten bedst muligt, så patienten kan leve med sygdom.

Hilde: baseret på et af oplægsholderens slides.



Læger er beslutnings- og
handlingsorienterede:

Hvor der er liv, er der håb.

Over for dette står

præster som budbringere

og medvandrere i

magtesløsheden:

Hvor der er håb, er der liv.

blevet til et langt venskab og et tæt samarbejde om det fælles projekt "lægen og præsten", som bl.a. har resulteret i bogen "Det skrøbelige menneskeliv – perspektiver fra lægen og præsten".

En lyttende samtalepartner

Da der skulle planlægges sommermøde i DSAM Midt faldt valget på de to oplægsholdere. Bestyrelsen var enige om, at vi i almen praksis kan bruge inspiration til, hvordan vi bedst muligt hjælper vores patienter gennem en eksistentiel krise. Mange mennesker kommer til deres læge, hvis de har problemer i livet. Nogle gange kommer de, fordi de ikke ved, hvor de ellers skal gå hen.

Vi møder dagligt patienter, hvor vi kan komme i tvivl om, hvorvidt der er tale om egentlig sygdom – eller måske i højere grad er en eksistentiel krise. Som læger er vi eksperter i sygdom. Men er vi gode nok til at turde at være til stede, når patienterne ikke søger løsninger, men snarere en lyttende samtalepartner? Tager vi os nok tid til det i en presset hverdag, hvor vi har flere og flere opgaver at løse? Kan vi måske lade os inspirere af præster og lære noget af deres tilgang?

En fælles historie

Lone og Inger indledte med en præ-



Stor diskussionslyst og smukke rammer til DSAM's medlemsmøde i Midtjylland. Foto: Ellen Louise Kristensen.

sentation af lægers og præsters fælles historie for at belyse, hvad der forer os, og hvad der gør os forskellige. Herefter bevægede de sig over i deres syn på, hvad vi kan lære af hinanden.

"I gamle dage var lægen og præsten den samme person. Vi har den samme grundstamme," fortalte Lone.

Dissektionerne på det anatomiske teater var blandt begivenheder, som var med til at splitte læger og præster. I flere klassiske tekster (herunder Henrik Pontoppidans "Lykkeper") kan man læse, hvordan læger og præster gennem tiden nærmest har haft et hadagtigt forhold. Mange har den opfattelse, at "lægen tager sig af kroppens sygdomme, mens præsten tager sig af sjælens sygdomme" – et citat som stammer helt tilbage fra Gregor af Nazianz (329-390 e. Kr.)

Lone og Inger beskriver præstens og lægens temperamenter som meget forskellige. Læger er beslutnings- og

handlingsorienterede: Hvor der er liv, er der håb. Over for dette står præster som budbringere og medvandrere i magtesløsheden: Hvor der er håb, er der liv.

De er enige om, at begge professioner kan lære lidt af hinandens temperamenter.

"Jeg er overrasket over, hvor vigtig – jeg synes – viden også er. I min verden er det jo mest tro, der fylder," siger Lone. Hun nævner bl.a. eksempler fra deres et kapitel om død og sorg i deres fælles bog, hvor Inger i detaljer beskriver, hvad der sker med kroppen, når vi dør, og hvordan dødsattester udfyldes. Efter Lone selv har fået større viden om disse detaljer, er hun begyndt at lægge mærke til, hvor stor en trøst det kan være for de pårørende at "kende til" disse detaljer.

"Når man laver tværfagligt samarbejde, bliver man nødt til at ofre noget – ofre den ensidige opfattelse af, at ens

eget fag har svaret på det hele,” siger Inger og griner. ”Der er altså fordomme – og dem er der masser af,” siger Lone.

Både Lone og Inger oplever, at der mange steder i dag er en stor åbning mellem fagene (teologi og medicin) efter mange år med betonmure mellem dem. En del læger og præster udtrykker dog stadig en vis skepsis om samarbejdet i Inger og Lones projekt. Alligevel er de to initiativtagere blevet positivt overrasket over den store interesse, der har været for deres arbejde.

Samme ståsted

Blandt lighederne nævner Inger og Lone omsorgen, som er det grundlæggende i begge fag, og det er de samme mennesker, vi har omsorg for. Vores idéhistoriske ståsted stammer fra den eksistentielle fænomenologi og hermeneutikken. Den eksistentielle fænomenologi omhandler undersøgelse af oplevelsens og bevidsthedens strukturer, som de opleves af individet selv.

Hermeneutikken er det, at vi forholder os fortolkningsmæssigt til vores tilværelse (på engelsk kaldes det ”finding and creating meaning”). Inger og Lone mener, at denne fælles platform giver mulighed for et mere helhedsori-

enteret og håbefuldt menneskesyn. Både præster og læger har nok at se til, og der er en stor grad af udbrændthed inden for begge fag.

”Vi har tendens til at tage skylden på os, hvis ingen andre tager den. Så er der ligesom styr på det,” siger Lone. Det er en af forklaringerne på at mange bliver stressede og udbrændte.

Husk den sorte slange

Inger bruger en del tid på Æskulapstaven med de to sammenslyngede slanger. Den hvide slange symboliserer, at lægen skal befri patienten fra sygdom – patienten skal altså blive rask. Den sorte slange repræsenterer at leve med sygdom. Lægen skal hele patienten bedst muligt, så denne kan leve med sygdom. Inger mener, at læger ofte fokuserer for meget på den hvide slange.

”Vi får det bedre med os selv og vores lægekundskab ved også at huske den sorte slange,” siger Inger. Her kan vi lære noget af præsterne.

Hvad med lægemanglen?

Invitationen til sommermødet havde den lidt provokerende overskrift ”Kan præster løse lægemanglen?”. Kan de det? Nej, det kan de naturligvis ikke. Præsterne har allerede travlt, og mange er stressede.

Flere af Lones kollegaer har derfor reageret med bekymring, når Lone har fortalt om samarbejde med de praktiserende læger. Skal vi nu også til at sidde og tale med folk i landets lægeklinikker? Det har hun afvist. Det er ikke tanken. Men hvis lægerne havde større kendskab til de tilbud, som folkekirken har, ville præsterne måske også få ”henvist” de personer, som kunne have særligt gavn af kirkens tilbud. Som eksempler på tilbud kan nævnes sorggrupper, fællesspisning-er, sangfællesskaber – og unikt for tilbuddene er, at de faktisk ikke stiller krav til trosretning eller kræver medlemskab af folkekirken.

Tværfaglighed gavner

Det afgørende for lægerne er, at de ved, hvem præsten er. Mange læger siger, at de ikke vil henvise til en person, de ikke kender. I Kolding er Inger og Lone i færd med til at planlægge et møde for læger og præster, hvor fokus er at få sat ansigt på hinanden. Det kan gøre det nemmere at skabe de tværfaglige relationer, som begge professioner kan få gavn af.

I DSAM Midt er vi glade for opbakningen til sommermødet. Det var en dejlig aften i godt selskab, hvor oplægsholderne med stor humor og ping-pong satte skarpt fokus på et spændende emne, vi alle kan blive klogere af. //

Sognepræst Lone Vesterdal (tv.) og praktiserende læge Inger Uldall Juhl gav tilhørerne noget at tænke over – med humor og stor gensidig indsigt.
Foto: Ellen Louise Kristensen.





DSAM i dialog og debat på Folkemødet

Godt og vel 128.000 skridt gik DSAM-delegationen tilsammen under det årlige folkemøde på solrige Bornholm. Herunder kan du læse om turen og få et uddrag af nogle af de debatter, delegationen medvirkede i. På turen deltog formanden og to medlemmer fra DSAM's bestyrelse. Denne artikel fokuserer primært på formandens debatter.

Folkemødet er kendt for masser af dialog, debat og ikke mindst de kolde fadøl. Mange faggrupper i sundhedsvæsenet møder hinanden i store varme telte, hvor de livlige og engagerede debatter foregår, mens publikum aktivt lytter med, og af og til vandrer en mikrofon rundt blandt publikum, så et spørgsmål kan blive stillet til pa-

nelet. Alle synes at være her for at lære og lære fra sig – lige fra overlægen, sygeplejersken, patienten, embedsarbejderen til – selvfølgelig – forposten i sundhedsvæsenet: de praktiserende læger.

Om den samlede oplevelse siger DSAM's formand, Bolette Friderichsen:

“Turen har været spændende og lærerig, og vi tager mange gode ideer

med os tilbage til kommende debatter og samarbejder. Det er altid spændende at møde andre faggrupper og politikere og blive klogere på deres virkelighed og perspektiv.”

En historie om en hudlidelse

Der er frugt og kaffe på bordet, da Atopisk Eksem Forening tidligt torsdag morgen afholder et debatarrangement på restaurant Sommer i Allinge, hvor bl.a. en kvindelig patient er inviteret til at fortælle om sin oplevelse med sundhedsvæsenet og sin sygdom. I forsamlingen sidder repræsentanter fra region, hospital, patientforening og almen praksis.

“Jeg giver ikke op, men det er tæt på”, siger kvinden til forsamlingen. Siden 8-årsalderen har hun lidt af en svær form for atopisk eksem, som giver smerter og svær kløe på kroppen – symptomer, som er svære at dæmpe. Hun fortæller, at efter mange år med et hav af hudlægebesøg, mistede jobs og kærester, en tabt ungdom og virkningsløse behandlinger var hun endelig langt om længe endt i en biologisk behandling, som har god effekt. Hendes vigtigste budskab var, at det er vigtigt med den rette behandling fra starten.

Her melder de første udfordringer sig, fortæller overlæge Tove Agner fra Bispebjerg Hospital, som også er in-



Der var bud efter DSAM's formand Bolette Friderichsen i et hav af debatter på Folkemødet. Foto: Sine Barrett-Madsen.



Marianne Dam Lentz, Bolette Friderichsen og Søren Due Andersen til debatter og interviews på Folkemødet 2022. Foto: Sine Barrett-Madsen.

viteret til at give et oplæg og deltage i debatten.

”Det er vigtigt med den rette behandling helt fra starten, og at de praktiserende læger primært sender de svære tilfælde videre til hudlægerne, bl.a. fordi der mangler hudlæger, hvilket er grunden til, at der nogle steder i landet er lang ventetid,” siger hun og uddyber, at det også er et problem, at hospitalslægerne ikke altid kan give den medicin, som med sikkerhed virker, fordi lægerne er forpligtet til at gå efter en såkaldt behandlingstrappe – dvs. afprøve ældre behandlingsmulighed før de nye og effektive.

De svære tilfælde

Bolette Friderichsen rejser sig og fortæller forsamlingen, at atopisk eksem godt kan fylde meget for nogle af de børn og unge, som kommer i almen praksis. De praktiserende læger har børneundersøgelser syv gange i løbet af børneårene,

hvor atopisk eksem nogle gange spottes.

”Når vi finder de svære tilfælde, sender vi dem videre til hudlæge, og herefter sender hudlægen patienten tilbage til almen praksis, hvor patienten bliver afsluttet. Der kunne vi godt tænke os, at der fulgte en mere individuel plan med patienten, så vi ved, at vi har at gøre med en patient med en svær kronisk sygdom. På den måde ved vi, at vi skal gribe dybere ned i værktøjskassen og f.eks. følge op,” siger hun.

Formanden efterspørger også et tættere samarbejde med hospitalerne, f.eks. gennem videokonsultationer, hvor patient, familielæge og sygehusspecialist sammen kan finde den plan, som er bedst for patienten.

Under debatten kommer mange gode pointer på bordet, og ved afslutningen er stemningen god og opløftet – alle er blevet hørt, og alle tager ny viden med derfra. Herefter suser formanden videre til et tretimers Zoom-møde med Sundhedsstyrelsen, hvorefter hun skal videre til næste TV-interview med hhv. DR og efterfølgende

TV2 om nogle sundhedsfaglige emner.

Søren Due Andersen og Marianne Dam Lentz, som begge er medlem af DSAM's bestyrelse, deltog i mellemtiden i ”Det gode børneliv i psykisk balance – hvad skal der til? Alment praktiserende læge eller hjernekirurg?” Og til slut var der en debat om det nære sundhedsvæsen, som formanden deltog i.

Lægerne er ikke sultne nok

Debatten i teltet gik bl.a. på, at det indgår som en aftale i sundhedsreformen, at der i 2035 skal være 5.000 praktiserende læger mod i dag ca. 3.500. Flere borgere skal hjælpes i deres eget nærmiljø, og vi skal undgå indlæggelser og genindlæggelser, der kunne have været forebygget ved en styrket sundhedsfaglig indsats dér, hvor patienten bor. Men hvordan kan og bør det ske? Her kunne man opleve repræsentanter fra hhv. PLO, KL, VIVE, en borgmester og Danske Regioner diskutere forskellige muligheder.

Under debatten skyder professor Jacob Kjellberg fra VIVE efter PLO og siger, at vi må forholde os til de resourcer, der bruges på

hospitalerne, og at de praktiserende læger ikke er særligt sultne efter flere opgaver. Moderatoren spørger, om de praktiserende læger er for magelige? Det er en kommentar, som PLO's formand, Jørgen Skadborg, hurtigt skyder ned og forklarer, at det er svært at få sultne læger, når man er alt for få, og de er alt for overbelastede.

Debatten drejer sig ind på, hvordan man bedst muligt organiserer de opgaver, som findes i sundhedsvæsenet, og hvordan ressourcerne bedst fordeles – en fordeling, som Jørgen Skadborg (PLO) og Jacob Kjellberg (VIVE) ikke er helt enige om. Jacob Kjellberg mener, at de praktiserende læger er nødt til at afgive opgaver og omorganisere, men Jørgen Skadborg vil ikke afgive de almenmedicinske kerneopgaver, som f.eks. børneundersøgelserne.

Bolette Friderichsen rejser sig efter debatoplæggene og spørger paneldebattørerne:

”Hospitalerne kan mere og mere, men det betyder også, at patienterne afsluttes hurtigere til os. Hvorfor taler vi egentlig om at vækste, og hvordan almen praksis kan løfte flere og flere opgaver? Hvorfor undersøger vi ikke, hvad der ikke giver mening? Hvornår sætter vi foden ned, når en hel del handler om, at den evidens, som bliver produceret, kommer fra kilder, som gerne vil sælge os noget? Hvornår er nok nok?”

Efter debatten er der fælles hygge med DSAM og PLO, og samme aften går turen hjem til campingpladsen i Gudhjem, hvor delegationen overnatter.

I skal kun huske tallene 60-30-10

Den sidste dag på Folkemødet er der flere debatter at deltage i, og her er DSAM's formand blandt andet med i en debat om grøn omstilling i sundhedsvæsenet sammen med Anders Kühnau, formand for Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RTLN), og Camilla Rathcke, formand for Lægeforeningen, m.fl.

Arrangementet satte fokus på den grønne omstilling i sundhedssektoren, og hvordan man sikrer, at klima- og patienthensyn går hånd i hånd. Debatten havde til formål at belyse spillet mellem klima og sundhed og de udfordringer, der kommer med den grønne omstilling, og hvordan sundhedssektoren kan føres i en grønere retning.

Debatten cirkulerede om mange forskellige løsninger, men i bund og grund handler det om økonomi. Det koster penge at omstrukturere, selv om man gerne vil udvikle nye løsninger. Samtidig er det også vigtigt at kunne dokumentere bæredygtigheden, da meningen ellers går tabt. Heldigvis kommer der flere og flere grønne ildsjæle i sundhedsvæsenet, som ønsker at gøre en forskel. Her er medicinforbruget en vigtig faktor, når der skal kigges på udledning af CO₂. Henvendt direkte til Anders Kühnau siger Bolette Friderichsen:

”Vi er glade for, at I har skaffet en ramme som overblikskonsultationen, for den giver os mulighed for at gennemgå dem, som har 15 forskellige præparater, og kigge på, hvad der egentlig gavner patienten. I sundhedsvæsenet er der masser af vejledninger, som handler om at starte medi-

cin, men meget få handler om at stoppe og tage stilling. DSAM vil gerne gå forrest i arbejdet med, at når du starter, må du også tage stilling til, hvornår du slutter, så vi kan få reduceret medicinforbruget.” Hun kigger på Anders Kühnau, som nikker, og hun tilføjer så: ”Den slags rammer må du gerne lave flere af”.

Bolette Friderichsen havde ordet igen senere i debatten:

”Vi kan snakke meget om at skifte den ene dims ud med den anden dims og at genanvende plastik. Men hvis vi virkelig skal rykke i sundhedsvæsenet, skal vi se på den kliniske praksis,” siger hun og henviser til, at 80 procent af CO₂-udledningen i sundhedsvæsenet bruges på klinisk praksis og 20 procent på transport og bygninger. Af de 80 procent består 60 procent af nyttig og god klinisk praksis, men 30 procent er spild af tid og penge, og de sidste 10 procent er til skade. Altså bør man se på de 30 og 10, hvis man vil flytte CO₂-udledningen i almen praksis.

Debatten sluttede, og delegationen susede videre til næste debat. DSAM deltager i Folkemødet igen næste år, så vi fortsat kan bidrage med vores almenmedicinske input og varetage fagets interesser. //

FAKTA:

DSAM-delegationen bestod af formand Bolette Friderichsen, bestyrelsesmedlemmerne Søren Due Andersen og Marianne Dam Lentz og journalist og presseansvarlig Sine Barrett-Madsen (som her står bag kameraet).





En audit

om kræftudredningsforløb i almen praksis

Denne artikel præsenterer de foreløbige resultater fra et projekt, der har undersøgt, hvordan de diagnostiske forløb ved kræft kan blive forbedret – et projekt, der har kørt med stor succes i Region Nordjylland, Syddanmark og Midtjylland.

Projektet blev udviklet af Audit Projekt Odense (APO) for den regionale indsats ”Jo før jo bedre i almen praksis – tidlig opsporing af kræft” i Region Syddanmark, hvor projektet første gang blev gennemført i 2018 og siden i sin nuværende form i 2021.

I 2008 blev kræftpakkerne indført. Det medførte en væsentlig forbedring i udredningen og behandlingen af kræft. I 2012 kom det diagnostiske pakkefor-

løb for patienter med uspecifikke symptomer, hvor lægen har mistanke om alvorlig sygdom som eksempelvis kræft.

Selvom kræftpakkerne og det store fokus på kræftudredning gennem de seneste år har medført bedre prognose ved flere kræftformer i Danmark, er der stadig plads til forbedringer, når vi sammenligner os med andre vestlige lande.

Rettidig diagnostik er afgørende

Vi ved, at rettidig diagnostik forbedrer behandlingsmulighederne og overlevelsen ved de fleste kræftformer. Vi ved også, at flere faktorer spiller ind i den diagnostiske proces i et kræftudredningsforløb i almen praksis. I første omgang er det vigtigt, at patienten henvender sig til lægen, når et relevant symptom opleves. Dernæst er det afgørende, at lægen får mistanke om kræft, og at nødvendige prøver tages og undersøgelser udføres. Endelig skal lægen henvise til de rette samarbejdspartnere på sygehus og/eller i speciallægepraksis, og her er det vigtigt, at samarbejdet mellem almen praksis og de andre specialer fungerer.

OM DELTAGERNE

- Gitte Bruun Lauridsen, læge, ph.d.-studerende; Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet.
- Rikke Pilegaard, praktiserende læge, ph.d., konsulent i Midtkraft; Cancer i Praksis, Midtkraft, Region Midtjylland.
- Mette Fredberg Greth, praktiserende læge, praksiskonsulent i kræftgruppen, Nord-KAP; Kræftgruppen, Nord-KAP, Region Nordjylland.
- Jesper Lykkegaard, praktiserende læge, professor, ph.d.; Audit Projekt Odense, Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet.

OPFØLGNINGSKURSUS – REGION NORDJYLLAND:

- Auditresultater blev gennemgået og der var oplæg fra relevante samarbejdspartnere
- Særlig fokus på malignt melanom og blærekræft – to kræftformer, der ser ud til at være mere fremskredne på diagnosetidspunktet i Region Nordjylland, i fht. andre regioner
- De diagnostiske Centre bidrog med oplæg til dialog om tidlig opsporing af kræft i almen praksis

26 læger og 23 praksispersonaler deltog i opfølgingskurset.

OPFØLGNINGSKURSUS – REGION SYDDANMARK:

- Afholdt i hhv. Esbjerg, Aabenraa, Middelfart og Odense, sv.t. de fire diagnostiske enheder i regionen
- Oplæg ved og dialog med repræsentant fra lokalt diagnostisk center, samt praksisrepræsentant
- Interessante fund fra rapporten blev gennemgået og diskuteret i plenum såvel som i mindre grupper
- Oplæg om tidlig opsporing af kræft ved SDU-forsker

102 læger og 55 praksispersonaler deltog i opfølgingskurset.

OPFØLGNINGSKURSUS – REGION MIDTJYLLAND:

- Der var oplæg om kræftdiagnostik
- Interessante fund fra rapporten blev gennemgået og diskuteret såvel i smågrupper som i plenum
- Emner, der kunne implementeres hjemme i praksis, blev tillige berørt

102 lægepraksis (11 klynger) deltog i klyn-gemøderne.

For at ovenstående elementer i den diagnostiske proces forløber bedst muligt, er det vigtigt med refleksion over, hvordan man som læge og i den enkelte praksis – bevidst eller ubevidst – håndterer disse patienter. Gennemgang af egne patientforløb er udbytterigt for den enkelte læge og/eller praksis, men det kan være hjælpsomt med en overordnet skabelon herfor. Ved at reflektere over egne patienter, sammenligne med andre praksis-sers patientforløb og at ved at deltage i opfølgende kursus eller klyngemøde kan praktiserende læger blive klogere på, hvilke styrker og udfordringer de oplever i deres kliniske dagligdag, og hvad der er med til at skabe mere el-

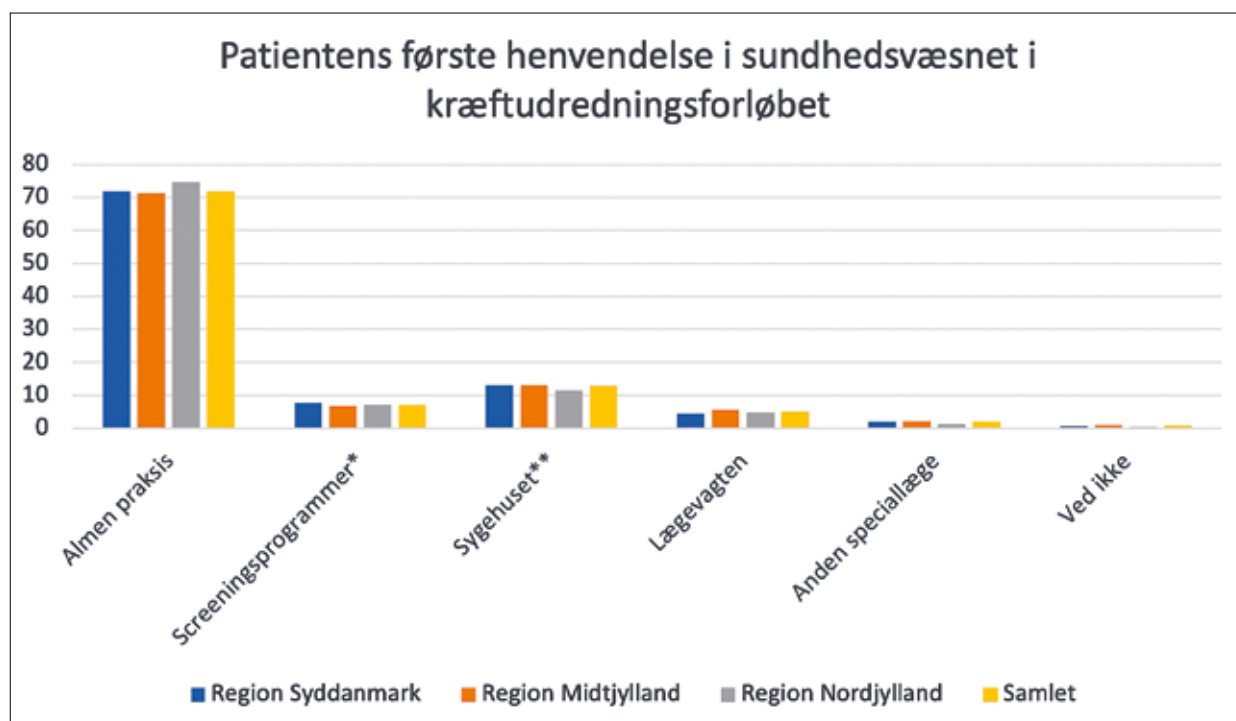
ler mindre hensigtsmæssige patientforløb i den diagnostiske proces.

I projektet samler de deltagende læger i fællesskab viden om egne, andre lægers og systemets håndtering af de patienter, som viste sig at have kræft. Projektet sætter fokus på at forbedre opsporingen af kræft i almen praksis ved at undersøge, hvilke faktorer der påvirker det diagnostiske forløb, herunder symptompræsentation, hændelser i det diagnostiske forløb og kontinuiteten internt i klinikken.

Audit på egne patienter

Vi inviterede alle almene lægepraksisser i henholdsvis Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region

I projektet samler de deltagende læger i fællesskab viden om egne, andre lægers og systemets håndtering af de patienter, som viste sig at have kræft.



Figur 1: Hvor i sundhedsvæsenet henvendte patienter sig første gang i deres kræftforløb? Angivet som procent for de enkelte regioner og samlet set.

* Ingen symptomer, men opdaget ved screeningsprogrammer for bryst-, tarm- og livmoderhalskræft.

** F.eks. under indlæggelse, i ambulatorie, ved brug af 112 eller på skadestue.

Nordjylland til at deltage. I Region Midtjylland blev projektet udbudt til klyngerne. Hver regions IT-afdeling identificerede blandt de deltagende klinikker de patienter, der var blevet diagnosticeret med kræft over en 2-årig periode (marts 2019 - marts 2021). Herefter blev en patientliste sendt via e-Boks til de deltagende praksis med patientens navn, cpr-nummer, diagnosedato og kræfttype.

Gennem opslag i journalerne afkrydsede hver praksis en linje for hver

patient i et APO-spørgeskema. Skemaet indeholdt spørgsmål om, hvor i sundhedsvæsenet patienten henvendte sig første gang i deres kræftforløb. For de patienter, der henvendte sig i almen praksis, var der spørgsmål til, hvilke symptomer patienten præsenterede sig med, symptomvarighed, hvor mange kontakter patienten havde med praksis, og hvor mange læger og/eller praksispersonale der var kontakt med. Derudover var der spørgsmål om, hvortil den første henvisning blev sendt, og om forekomsten af forskellige hændelser i forløbet, der i andre studier er fundet væsentlige for rettidig diagnose. Endelig blev lægen bedt om at vurdere det diagnostiske forløb (overordnet, ud fra patientens adfærd, praksis' håndtering, sektorovergange og sekundærsektorens håndtering).

I hver region blev der udarbejdet

en samlet rapport med svar fra de deltagende praksis og et individuelt svar ark til hver praksis. Disse dannede ud-

Gennem opslag i
journalerne afkrydsede
hver praksis en linje
for hver patient i et
APO-spørgeskema.

SÅDAN SKABER I EN REFLEKSIONSKULTUR

1. Gennemgå egne patientforløb for at skabe overblik
2. Lav evt. en fast skabelon til gennemgangen
3. Diskuter, hvordan I håndterer disse patienter i jeres praksis
4. Sammenlign jeres tilgang med andre klinikkers
5. Tag på kursus for at opdatere jeres viden
6. Deltag i klyngemøder og del jeres opfattelse af, hvordan vi skaber den gode diagnostiske proces.

Tilbagemeldingerne fra de deltagende læger har været, at det var meget givende at gennemgå egne patientforløb og at sammenligne og sparre med kollegaer i andre praksisser efterfølgende – ikke mindst som klyngeprojekt.

gangspunktet for henholdsvis kursusdage for læger, uddannelseslæger og praksispersonale i Region Nordjylland og Region Syddanmark og for klyngeomøder i Region Midtjylland. Se illustration.

Hvad kom der ud af det?

I alt deltog 59 praksis i Region Syddanmark, 21 i Region Nordjylland og 102 i Region Midtjylland (11 klynger). De deltagende praksis registrerede oplysninger om det diagnostiske forløb for i alt 8.236 patienter: 2.892 patienter i Region Syddanmark, 1.042 i Region Nordjylland, og 4.302 i Region Midtjylland.

Mange henvender sig først i almen praksis

Der går lang tid mellem, at praksis ser nye patienter med en bestemt kræfttype. De mange epikriser fra kræftpatienter i forløb kan i praksis opleves som, at kræftdiagnoserne stilles andre steder i sundhedsvæsenet. Det er dog langt fra sandt.

I alt var 5.921 (72 %) patienters første henvendelse til sundhedsvæsenet med symptomer, der retrospektivt kunne skyldes kræften, til almen praksis. Til sammenligning begyndte godt 7 % af forløbene i forbindelse med screeningsprogrammer (bryst-, tarm- og livmoderhalskræft), 13 % på sygehuset (under indlæggelse, i ambulatorie eller på skadestue), godt 5 % ved lægevagten og 2 % ved anden speciallæge end den alment praktiserende læge. Se figur 1.

Symptompræsentation er afgørende

Mange faktorer spiller ind på, hvorvidt den praktiserende læge får mistanken om kræft og agerer derefter. En af de vigtigste faktorer er patientens symptompræsentation. Såfremt patienten henvender sig med kræftspecifikke symptomer, kan det straks udløse henvisning i en kræft-

pakke. Vi fandt, at 53 % præsenterede sig med specifikke symptomer, mens 39 % havde uspecifikke symptomer. Det er en fordeling, der er blevet fundet i flere studier gennem de sidste 10 år, og som også ses i andre lande.

Den diagnostiske proces er ofte god

Mange forhold har betydning for den diagnostiske proces. I vores pilotstudier fandt vi blandt andet, at kvaliteten af udredningsforløbet, tiden fra første henvendelse til diagnose, og hvorvidt udfaldet menes at kunne have været anderledes, såfremt håndteringen var en anden, var af betydning for lægens subjektive vurdering af forløbet.

Resultaterne i dette projekt peger på, at langt de fleste kræftdiagnostiske processer i almen praksis forløber godt. Ifølge lægernes vurdering af det overordnede forløb var 55 % af forløbene særdeles gode, 32 % var gode, og kun 2 % var særdeles dårlige.

Ser vi særskilt på vurderingen af almen praksis' håndtering af det diagnostiske forløb, så var 67 % af forløbene særdeles gode, 26 % var gode, og kun 0,8 % var særdeles dårlige. I langt de fleste tilfælde forløber den diagnostiske proces således hensigtsmæssigt, men i få tilfælde er der fortsat plads til forbedringer.

Godt indblik i patientforløb

Projektet er lykkedes med at guide deltagerne gennem deres egne patienters kræftdiagnostiske forløb, og hver deltagende praksis har bidraget med sin brik til det samlede billede.

Tilbagemeldingerne fra de deltagende læger har været, at det var meget givende at gennemgå egne patientforløb og at sammenligne og sparre med kollegaer i andre praksisser efterfølgende – ikke mindst som klyngeprojekt. Projektgruppen arbejder på, hvordan og i hvilket format denne kræftaudit kan gøres generelt tilgængelig for klyngerne.

Hvordan bruger vi resultaterne fremover?

Deltagerne har fået et stort individuelt udbytte af at deltage i projektet. Derudover har det givet et stort datamateriale, som vi vil bruge til at undersøge, hvordan patientkarakteristika, symptompræsentation, hændelser i den diagnostiske proces og kræfttype påvirker lægens vurdering af det diagnostiske forløb.

Vi vil også gerne undersøge, hvordan lægens vurdering af det diagnostiske forløb hænger sammen med stadieinddelingen på diagnosetidspunktet og etårss dødeligheden. Disse resultater vil blive publiceret som en del af et ph.d.-studie. //

Af: Marianne Rosendal, seniorforsker, speciallæge i almen medicin, ph.d., AUH og Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus, Lisbeth Frostholt, professor, ledende psykolog, ph.d., AUH og Mette T. Rask, seniorforsker, cand.scient.san., ph.d., AUH - marose@rm.dk

Mine Symptomer

Et nyt selvhjælpsprogram til patienter med længerevarende symptomer

"Mine Symptomer" er et nyt selvhjælpsprogram til patienter med længerevarende symptomer. Programmet er udviklet af en tværfaglig gruppe og kan tilgås online efter henvisning fra almen praksis - aktuelt dog kun af de klinikker, som lige nu deltager i et forskningsprojekt, der skal evaluere programmet. Projektgruppen håber, at det snart kan udbredes til flere dele af landet.

Vi oplever ofte i almen praksis, at patienten kommer igen – og igen – med de samme eller skiftende symptomer. Det kan f.eks. være ondt i ryggen, hovedpine, træthed og uro i maven. Der kan være behov for udredning hos speciallæge eller på sygehuset. Men undersøgelser viser, at mange patienter også ønsker at få en

plan for, hvordan symptomerne kan behandles, herunder hvad de selv kan gøre for at få det bedre her og nu. Jo tidligere vi kan sætte ind og gøre patienterne til medaktører i behandlingsforløbet desto bedre.

En tværfaglig gruppe ved Aarhus Universitetshospital har nu i tæt samarbejde

med forskningsenhederne i Aarhus, Odense og Aalborg og sammen med patienter og praktiserende læger i Region Syddanmark udviklet et internetbaseret selvhjælpsprogram til behandling af længerevarende symptomer. Programmet er lavet i to versioner: Mine symptomer 1 og Mine symptomer 2. Se www.mine-symptomer.dk

Hvad er formålet?

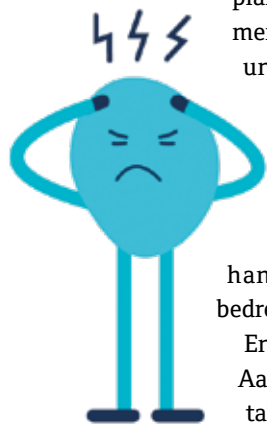
Forskning tyder på, at internetbaseret selvhjælp kan bidrage til at reducere symptomer og øge livskvaliteten. Formålet med programmet er at give praktiserende læger en ny mulighed for at hjælpe patienterne til at få en bedre livskvalitet, hvor de er mindre plaget af deres symptomer – vel at mærke uden at skulle bruge ekstra tid i konsultationen. Programmet giver desuden læge og patient et fælles sprog om det at have længerevarende

symptomer, hvordan krop og psyke spiller sammen, og hvorfor det kan give mening og symptomlindring at arbejde med f.eks. belastninger i hverdagen.

Den internetbaserede behandling varetages af patienten derhjemme, og programmets indhold er tilrettelagt sådan, at patienten kan arbejde med det tidligt i symptomforløbet – også mens evt. udredning pågår. Programmet kan altså også bruges, selv om det evt. senere viser sig, at symptomerne skyldes en somatisk eller psykiatrisk sygdom, der kræver yderligere behandling.

Hvordan er selvhjælpsprogrammet udviklet?

Selvhjælpsprogrammet er udviklet i samarbejde med praktiserende læger og patienter. Første skridt i udviklingsprocessen var at afdække praksis' og





MINE SYMPTOMER

Formålet med programmet er at give praktiserende læger en ny mulighed for at hjælpe patienterne til at få en bedre livskvalitet, hvor de er mindre plaget af deres symptomer – vel at mærke uden at skulle bruge ekstra tid i konsultationen.

patienternes behov. Parallelt hermed blev der lavet et systematisk review af, hvad der skal til for at ændre patienters adfærd via selvhjælpsprogrammer.

Disse resultater blev koblet med evidens om symptomer og viden fra kognitiv adfærdsterapi, hvorefter programmets indhold og struktur blev udformet i et samarbejde mellem læger, forskere, technoantropologer, webudviklere og patienter. Det har været en omfattende interaktiv proces, men det har fra starten været et mål, at programmet skulle være tilpasset såvel praksis' som patienternes behov.

Hvad ved vi allerede?

Vi har fået mange positive tilbagemeldinger både fra vores første brugerinddragelse under programudviklingen og senest under en test i praksis i Region Midtjylland. Patienterne føler sig taget godt af i prak-

sis, og de oplever sig hjulpet af programmet. At programmet er integreret i almen praksis skaber en trykthed omkring deres symptomer.

Mange af patienterne udtrykker glæde over, at de allerede tidligt i deres forløb får brugbare og forståelige forklaringer på deres symptomer. Lægerne beskriver, at programmet er hjælpsomt, og at det bidrager til en konstruktiv dialog med patienterne om deres symptomer.

Praktiserende læger og patienter fra Region Midtjylland har desuden medvirket i en kvalitativ undersøgelse, hvor en antropolog har fulgt hverdagen i praksis og hos en række patienter i forhold til, hvordan programmet bliver omsat. Her er nogle få tilbagemeldinger fra patienterne:

- *"Det var meget opløftende, det med at kunne læse om alle de forskellige symptomer og kunne nikke genkendende til, at det er sådan, jeg har det."*

OM SELVHJÆLPSPROGRAMMET "MINE SYMPTOMER"

Begge versioner indeholder:

- Psykoedukation i form af tekster og videoer om forskellige symptomer, f.eks. hvorfor smerter eller svimmelhed kan vare længe.
- Enkle råd til, hvad man selv kan gøre for at mindske sine symptomer, f.eks. råd om kost og information om medicinoverforbrugshovedpine.
- Redskaber til at arbejde med sine symptomer, f.eks. et ugeskema til registrering af symptomer og aktiviteter.

Disse tre områder behandles mere omfattende i den udvidede version end i basisversion, f.eks. flere videoinstruktioner og interaktive øvelser.

Forklaringer og tiltag bygger på betydningen af at sikre en god balance mellem vores stresssystem og vores beroligende system. Programmet er lavet som et selvhjælpsprogram og kan derfor bruges uden guidning. Patienten kan tilgå programmet fra computer, tablet eller smartphone, men kun efter henvisning fra egen læge, som udleverer en adgangskode. Patienten får adgang til det i seks uger.



Patienterne føler sig taget godt af i praksis, og de oplever sig hjulpet af programmet.

- "Altså, hvis man pludselig får hjerte-banken, så husker man den der øvelse fra programmet."
- "Det har fået mig i gang, i hvert fald med at prøve at røre mig lidt mere og tænke over, hvordan min hverdag er."

Hvor har vi brug for mere viden?

Selv om vi har fået mange positive tilkendegivelser, så kender vi ikke selvhjælpsprogrammets konkrete effekt på patienternes symptomer og livskvalitet. Vi ved heller ikke, hvordan programmet påvirker deres medicin-

forbrug, sygemeldinger eller forbrug af sundhedsydelser.

Programmet er udviklet med det formål at forbedre patienters helbred, men det har også været et mål at øge praktiserende lægers arbejdsglæde, når det gælder patienter med længe-revarende symptomer. Om det reelt sker, kan vi kun få svar på ved at lave systematiske studier af det i almen praksis.

Derfor ønsker vi at gennemføre et studie med randomisering af praksis med start i Region Nordjylland i efter-

året 2022. Vi har afprøvet dette setup i Region Midtjylland – og det er gået over al forventning. Vi har udstationeret projektmedhjælpere i praksis, som har stået for alt det praktiske som f.eks. samtykke og spørgeskemaer, så læger og personale har kunnet passe deres arbejde stort set som vanligt.

Vi håber, at mange praksis i Region Nordjylland vil være med til den næste etape i efteråret, hvor programmet for alvor skal stå sin prøve inden evt. udbredelse til andre dele af landet.

Projektet er finansieret med 15 mio. kr. af Innovationsfonden, TrygFonden, Region Nordjylland, Helsefonden, KEU i Region Midtjylland, KEU i Region Syddanmark og Fonden for Almen Praksis. //

PRACTICUS // opslag

PLU

Praktiserende
Lægers Uddannelses- og
Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i november 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 > Forskning > PLU-fonden.

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

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

Ansøgningsfrist: Onsdag den 2. november 2022.

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



Dyader

skaber rum til uddannelse i almen praksis

I Aalborg kan medicinstuderende komme på klinikophold to ad gangen. Dyademodellen løser ikke blot et kapacitetsproblem: de studerende lærer også meget af hinanden.

Vi har fået en udfordring i Nordjylland, som vi ikke er alene om: Vi skal uddanne flere og flere af de kommende læger og speciallæger i almen praksis. En del af forklaringen findes heldigvis i en stigende interesse for specialet, men det skyldes også en national anbefaling om at øge både antallet af medicinstuderende og antallet af uddannelsesstillinger i almen medicin.

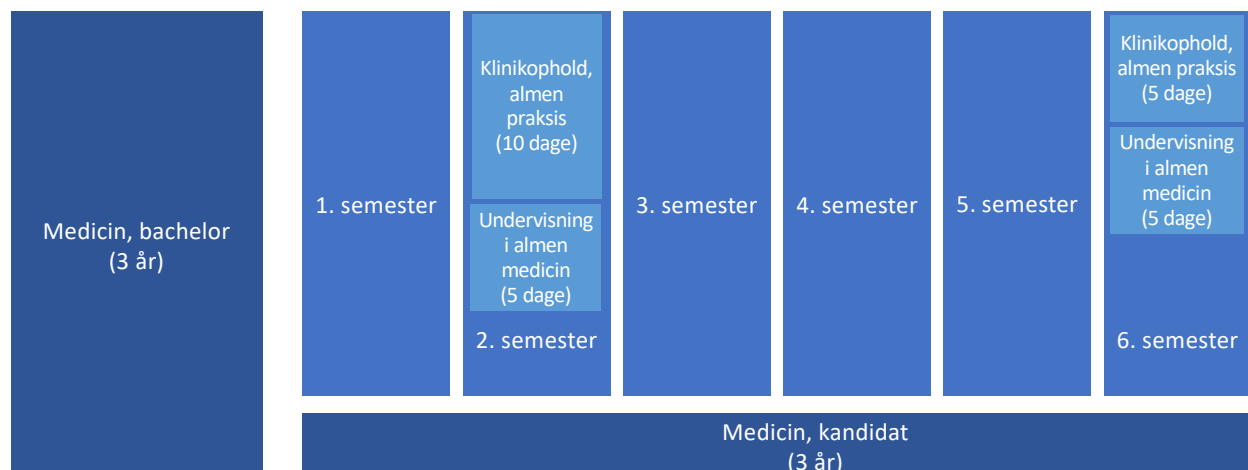
Det betyder, at vi i dag står i en situ-

ation, hvor forsøget på at løse manglen på praktiserende læger stiller yderligere krav til læger og personale i klinikkerne. Det efterlader os med et kapacitetsproblem, hvor vi risikerer at oversvømme de praktiserende læger med uddannelsesstagere, hvis vi ikke finder løsninger, der fortsat kan sikre uddannelse og mesterlære i almen praksis.

Flere og flere medicinstuderende

Set udefra kan antallet af medicinstuderende på Aalborg Universitet virke

Figur 1: Placering og varighed af Klinikophold og undervisning i almen medicin på Aalborg Universitet.



beskedent sammenlignet med de øvrige lægeuddannelser, men de senere år er antallet øget fra 100 til 150 medicinstuderende årligt. Denne stigning slår nu igennem på kandidatuddannelsen, hvor de studerende stifter bekendtskab med almen medicin i form af undervisning og klinikophold på kandidatens første og sidste år (figur 1).

At lade de studerende møde almen medicin på flere semestre er med til at fremme de medicinstuderendes interesse for specialet, men i uddannelsesplanlægningen stiller det yderligere krav til fordelingen af de kliniske ophold i almen praksis. Fordelingen udfordres desuden af, at antallet af PLO-læger i Region Nordjylland i 2021 kun var 283. For at sikre plads til de mange medicinstuderende i klinikophold begyndte Aalborg Universitet derfor i 2020 at give klinikkerne mulighed for at modtage to studerende samtidigt (en dyade) frem for enkeltvist. Initiativet blev iværksat efter et pilotstudie, der udgik fra Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet. Studiet viste, at almen praksis er en velegnet ramme for dyader i klinisk ophold, som giver de studerende nye læringsmuligheder og bidrager til refleksion over egen lægerolle.

Skepsis gjort til skamme

Dyademodellen har været udrullet i nogle semestre nu, og praktiserende læge Mette Bolvig Poulsen er en af de læger, der har været med fra starten. Med flere års erfaring i at have medicinstuderende enkeltvist i en tremands-kompagniskabspraksis havde hun og kollegaerne flere bekymringer ved at have flere studerende i klinikken på samme tid. Dels var der vane forbundet med at modtage medicinstuderende i klinikken enkeltvist, og dels kunne man rejse en be-

kymring om, hvorvidt de fysiske rammer og lægefaglige hænder ville være nok til at rumme to studerende i klinikken samtidigt? Alligevel takkede klinikken ja til at forsøge sig med to studerende samtidigt fremfor én.

Den umiddelbare oplevelse var, at den enkelte studerende fik mindre opmærksomhed og mindre tid til "mesterlære". Klinikken overvejede derfor efterfølgende at vende tilbage til én studerende ad gangen. Og netop bekymringen for mindre tid med den enkelte medicinstuderende er helt reel. Det skyldes blandt andet, at dyaderne opfordres til at lære af hinanden undervejs. Hele tanken bag en dyade er således, at man lærer og tilegner sig kompetencer i par, hvorfor enkeltpersonerne i dyaden naturligt vil have mindre hands-on-tid sammenlignet med medicinstuderende alene i klinisk ophold.

Forskning har i den forbindelse vist, at man ikke lærer mindre ved at indgå i en dyade ved træning af eksempelvis færdigheder til trods for mindre hands-on-tid. Derfor er de medicinstuderende fra universitetets side også instrueret i at give hinanden kollegial supervision før, under og efter

konsultation, hvilket rent praktisk betyder, at de medicinstuderende forbereder sig sammen på den givne problemstilling. Herefter varetager den ene studerende konsultationen, mens den anden observerer, inden de efterfølgende giver hinanden feedback og udarbejder PSOAP-notatet i fællesskab.

Den lægelige supervision af den enkelte medicinstuderende i forlængelse af konsultationen foregår individuelt som vanligt. Det indbyggede samarbejde i dyaden er vigtigt at have i bevidstheden, når man arbejder med dem, og denne viden blev også udslagsgivende for, at førnævnte praksis valgte at holde fast i at tage i mod en dyade og har gjort det lige siden.

Fra én til to medicinstuderende

Dyader i klinikophold er i dag en integreret del af afholdelsen af klinikophold for medicinstuderende fra Aalborg Universitet, men det er stadig frivilligt, om den enkelte praksis ønsker at modtage medicinstuderende og i så fald, om det skal være én studerende eller en dyade.

Der stilles ikke anderledes krav til klinikker, der modtager en dyade – heller ikke til de fysiske rammer. Tværtimod er grundtanken, at dyaden gør brug af samme tid og fysiske rammer, som én studerende gør. Er der brug for at dele dyaden op, f.eks. for at få en vurdering af de individuelle kompetencer i parret eller af hensyn til patienten, vil det typisk gøres ved at lade den ene part have individuel konsultation, mens den anden observerer den praktiserende læge, uddannelseslæge eller øvrige personale. Det betyder, at den praktiserende læge kan være mere "på" ved en dyade, ligesom det kan kræve



mere planlægning at finde patienter til to studerende ad gangen.

Samlet set kan arbejdet ved at have en dyade i klinikken virke større, men aldrig dobbelt så stort. Tværtimod opleves dyaden også at aflaste både læge og personale, da parret ofte løser problemstillinger og afklarende spørgsmål med hinanden. På samme vis er oplevelsen blandt de medicinstuderende, at det føles trygt at dele det kliniske ophold med en medstuderende, ligesom det bidrager med selvrefleksion at se sin medstuderende prøve kræfter med lægerollen. Der opleves dog stadig et behov for at lade de medicinstuderende have individuelle konsultationer af hensyn til optagelse af eksamensvideoer og for at øve sig i at påtage sig ansvaret som læge, særligt på de senere semestre.

Et velfungerende alternativ

Erfaringen fra Nordjylland er, at dyadeopholdene er et velfungerende alternativ til de traditionelle klinikophold, og det er nemt at implementere modellen i de eksisterende rammer. I den forbindelse er det en fordel, at man i klinikkerne er bekendte med dyadens måde at arbejde på, herunder at de medicinstuderende arbejder sammen i par og herved udvikler og træner hinanden. Det er en styrke i det samarbejde, at de medicinstuderende kommer med et fælles teoretisk ståsted fra undervisningen på universitetet, hvorfor det ikke er en forudsætning, at de studerende kender hinanden på forhånd. Til gengæld kan dynamikken mellem parret have indflydelse på deres udbytte og på vurderingen af dem under opholdet.

I Nordjylland informeres klinikkerne om dyader gennem informationsmateriale, ligesom de studerende får skriftlig information om kollegial supervision i forbindelse med konsultation. Derudover kræver det ikke særlige forudsætninger hverken at indgå i en dyade eller at modtage en dyade i almen praksis.

Vi håber, at denne artikel kan være med til at belyse, hvordan klinikophold kan afvikles for to samtidige medicinstuderende i samme klinik. Vi håber også, at flere vil overveje, om man fremover vil kunne modtage to studerende i egen klinik – ikke kun af hensyn til kapacitetsproblemet i almen praksis, men særligt fordi de medicinstuderende (også) kan lære rigtig meget af samarbejdet med hinanden undervejs. //

PRACTICUS // nyt om navne

Berit Hansen (gift Tricker)

08.02.1984 – 29.07.2022

Et helt særligt menneske er her ikke længere. Vi har mistet en engageret og omsorgsfuld kollega og ven, såvel som en dygtig kommende speciallæge i almen medicin.

Berit blev uddannet læge i Århus i 2012, og flyttede herefter til Køben-

havn, hvor hun startede HU i almen medicin i 2016. Hun brændte for det almenmedicinske miljø og var aktiv i det internationale udvalg under DSAM, hvor hun bl.a. var med til at arrangere prækongressen forud for WONCA i København 2016. Hendes hjerte bankede for de svageste, hvilket afspejlede sig i flere missioner med Læger Uden Grænser.

Tabet af Berit er helt ubegribeligt. Hun var et menneske, hvis lys brændte stærkt i alt, hvad hun foretog sig. Berit efterlader et tomrum uden lige, men i minderne om Berit har vi alle fået et stærkt og kærligt livskompass.



Berit sov ind d 29. juli efter halvandet års sygdom. Hun efterlader sig sin mand Jonathan og deres to-årige søn. Hun blev 38 år. Æret være Berits minde. //

På vegne af kollegaer og venner i det almenmedicinske miljø

Kasper Lorenz Johansen, Christina Svanholm og Lene Maria Ørts





EGPRN-konference og forår i Istanbul

Den fireoghalvfemsindstyvende EGPRN-konference blev afholdt i Istanbul den 12.-15. maj 2022. Negar Pourbordbari, som er DSAM's EGPRN-repræsentant, var med alle dagene.

Temaet for denne første EGPRN-konference i 2022 er "Optimizing the organization of family medicine practice". Programmet byder blandt andet på workshops, cocktails, tyrkisk middag og live musik.

Jeg står op på dag 1 af konferencen, og i løbet af morgenen går det op for mig, at hotellet, som jeg er indlogeret på, ikke tager imod mit VISA-kort på min iPhone og heller ikke udbetaler tyrkiske lira fra hæveautomaten. Jeg er rejst hele vejen til Istanbul primært for at deltage i det tre

timer lange "Council Meeting" som dansk repræsentant under DSAM. Jeg har ikke kontanter til at betale for en taxa og har i øvrigt hørt på vandrørerne, at nogle typer af taxaer er tvivlsomt pålidelige.

Jeg tager løbeskoene på, og i Google Maps på min iPhone indtaster jeg adressen på Marmara University School of Medicine, hvor konferencens faglige program skal foregå i de næste par dage. Efter 120 minutter på gåben i 24 graders varme er jeg endelig nået frem. Undervejs når jeg at synge fødselsdagssang i en videohilsen og sende den hjem til Danmark til en ven, der fylder 30 år i dag.

Council Meeting forløber med drøftelse af optimering af samarbejde på tværs af Europa og inddragelse af yngre forskere hertil. Nationale repræsentanter fra bl.a. Malta, Italien, Irland og Sarajevo er til stede. Afslutningsvist afstemmes til valg til EGPRN Executive Board.

Der er omtrent 270 deltagere til konferencen. Blandt de stærkest repræsenterede er – foruden Tyrkiet – lande som Frankrig, England og Belgien. Tyrkiet har siden den første afholdte konference i 1974 stillet op som vært fem gange, heraf har de tre været afholdt i løbet af de sidste 10 år. Flot, til sammenligning med to gange dansk værtskab siden 1974.

Jeg falder i snak med flere yngre forskere fra lande som Belgien, Schweiz og England. Det er deres første deltagelse i EGPRN, og de venter spændt på at præsentere deres data for forsamlingen. Hans, den svenske nationale repræsentant, kommer mig i møde, og vi får en snak om ar-



Deltagerne blev forsynet med "evil eyes" til beskyttelse mod uheld. Foto: Negar Pourbordbari.



Der var rig lejlighed til at møde forskere i almen medicin fra andre europæiske lande. Foto: Negar Pourbordbari.

bejdet som almenmedicinere i nord. Han ser frem til og reklamerer for den snart kommende 100. EGPRN-konference, som skal foregå i Göteborg.

Atmosfæren til denne konference er varm i mere end en forstand. Værterne fra Tyrkiet har med troværdige gestikulationer budt os velkommen, og de yngre tyrkiske deltagere har uddelt selvfabrikerede "evil eyes", som er lavet af filt og har til formål at beskytte personen, der bærer dem, mod uheld.

Konferencen skal rundes af med middag og dans. Vi transporteres med en bus til Elite World Asia Hotel, som er det største hotel, jeg har set (og jeg har set nogle stykker). På 15. etage venter os flere retter mad bestående

af hummus, oliventapenade, grillet okse-, kylling- og lammekød. Desserten består af flere slags tyrkiske desserter, heriblandt en, som menes at gå tilbage til oldtiden, nemlig baklava. Jeg sidder til bords med deltagere fra Grækenland, Schweiz og Italien. Bandet spiller høj tyrkisk musik under middagen, og deltagerne holder sig ikke tilbage med at vise danseskaberne frem. Undertegnede kommer da også op og får vrikket lidt med hofterne, som man jo gør til den musikgenre.

Jeg har købt mig en plads på et tidligt morgenfly hjem til Danmark, så jeg kan overvære mine pigers heppeskor til skolefodboldturnering. Efter at være blevet talt tyrkisk til de sidste

OM EGPRN

European General Practice Research Network (EGPRN) er et forskernetværk under WONCA Europe.

EGPRN holder hvert år to konferencer. Den anden konference i 2022 holdes i Antwerpen, Belgien, fra 20. til 23. oktober.

par dage (pga. mit mørklødede udseende) føles det mindst lige så rart, da den venlige lyshårede herre i den danske paskontrol byder mig "velkommen hjem, Negar". //



Af: Anne Mette Torp, hoveduddannelseslæge i almen medicin, medlem af Nordic Young General Practitioners - annemettetorp@gmail.com



Tag på prækongres!

Dagen før Nordisk Kongres mødtes 60 yngre læger til prækongres. Konceptet er genialt! Man mødes om et fagligt program, som er målrettet uddannelseslæger og nyligt færdige speciallæger, men det er i høj grad det sociale udbytte, der er prækongressens store gevinst.

Mere end 12 forskellige nationaliteter var samlet til prækongressen, som strakte sig over to dage. Temaet var kvalitet i almen praksis med overskriften: "What can you do by next Tuesday?"

Både ligheder og forskelle

Programmet startede med oplæg fra repræsentanter for de fem nordiske lande: Hvordan er almen praksis or-

ganiseret? Hvordan foregår kvalitetsarbejdet? Og hvordan er hoveduddannelsen bygget op? Der er mange ligheder mellem landene, men også nogle spændende forskelle.

I Norge køber man et ydernummer den dag, man starter i hoveduddannelsen og er således ansvarlig for ca. 1000 patienter. I Sverige er man offentligt ansat og bruger meget tid på at registrere kvalitetsdata i hverdagen. Finland er organiseret i store enheder af 20-30 læger i samme hus, der hver især har mulighed for at subspecialisere sig. Island minder meget om Danmark, men kæmper lige nu med seks ugers ventetid for en almindelig konsultation.

Efterfølgende var der forskellige oplæg om kvalitet, især om kvalitets-

indikatorer, som bruges en del i udlandet, men ikke så meget i Danmark. I grupper blev det diskuteret, hvordan man kan forbedre kvaliteten af sit arbejde i hverdagen. Der var stor enighed om, at vi alle tit befinder os i konsultationer, hvor man kan tænke: "Det her kunne en socialrådgiver svare bedre på end jeg".

Pauserne var bevidst gjort lange for at give plads til smalltalk – og snakken gik virkelig lystigt! Man har mange ting til fælles som nordisk yngre læge, og spørgsmålet "Hvordan gør I hos jer?" gik igen mange gange i løbet af dagene.

Udflugt med udsigt

En udflugt til det nærliggende 'Ullandhaugtårnet' – et tårn på en bakke med



Linn Ekström fortæller om Sverige. Foto: Anne Mette Torp.



Belønning: flot udsigt fra Ullandhaugtårnet. Foto: Privat.



Finske Kati Lempinen er i gang med at starte en finisk udgave af FYAM. Foto: Anne Mette Torp.



Selv med et pakket program var der tid til at tage et fælles billede. Foto: Privat.

en fantastisk udsigt over Stavanger – var tiltrængt efter en dag med mange PowerPoint-præsentationer. De friske tog turen i medbragte løbesko. Det var stejlt, men det var det hele værd! Bagefter var der middag på en restaurant i byen, og nogle endte på karaokebar, gik rygtet den næste dag.

I løbet af dagene var der også oplæg fra ikke-nordiske læger om organiseringen af primærsektoren i deres respektive lande. Rita fra Portugal fortalte, at hun har 180.000 patienter knyttet til sin klinik og har fem-minutters konsultationer. Alp fra Tyrkiet fortalte, hvordan sundhedsvæsenet er presset af strejke blandt personalet hver eneste måned. Nura fra Kirgisistan fortalte om den kæmpe udvikling, som almen praksis har haft der i de sidste fem år. De har udviklet et system, der minder meget om Danmarks.

Inspiration fra ligesindede

Den store værdi i prækongressen er det perspektiv, man kan få ved at møde ligesindede fra andre lande. At de ting, man kan være træt af i sin egen hverdag, også er udfordringer, som en læge i Sverige kan have. At lade sig inspirere af andres måde at gøre tingene

på. Og samtidig være med til at inspirere andre.

Kati Lempinen fra Finland er en del af Nordic Young General Practitioners. Hun har taget inspiration fra især Danmark og er i gang med at starte den finske version af Forum for Yngre Almen Medicinere. Hun undrer sig over, at de ikke har haft en forening for de yngre læger før, og hun glæder sig over, at det finske selskab for almen medicin ser positivt på tiltaget.

Stefan Krnac fra Slovakiet, en nyuddannet praktiserende læge, deltog i prækongressen for at finde inspiration til at reformere deres hoveduddannelse. I Slovakiet bliver man speciallæge i almen medicin på tre år. Alle kompetencemål er vurderet på kvantitet frem for kvalitet (dvs. tutorlæger godkender kun antallet af de specifikke patienter, som uddannelseslægen har set). I hospitalsdelen er der ingen objektive læringsmål, som lægerne skal bestå, og derfor sættes mange AP-læger til at lave papirarbejde og forefaldende arbejde.

Stefan blev så inspireret af den danske hoveduddannelse, at han nu er ved at læse sig igennem den danske målbeskrivelse ved hjælp af Google Translate.

En god investering

Nordisk Kongres startede få timer efter afslutning af prækongressen. Selvom prækongressen er to intense dage med mange nye indtryk (og måske lidt for lidt søvn), er man ikke mættet af kongres-stemning; man er derimod sulten efter mere.

Prækongres kan sammenlignes med warm-up til en festival – bare uden de mudrede gummistøvler. Man får en masse nye bekendtskaber, som man kan gå til sessioner med og spise frokost med. Man får en bedre forståelse for de nordiske forhold og kan bruge den viden i de kommende dages diskussioner. Ofte mødes man om aftenen efter de lange kongresdage og spiser mad eller går i byen sammen.

På den måde kan både de penge og den tid, som en prækongres koster, være givet godt ud – især hvis det er første gang, man skal på kongres. Og har man først været på prækongres én gang, får man lyst til at gøre det igen. Skal du med næste gang?

Husk at du kan se hele prækongressen som et "højdepunkt" på FYAM's Instagram-profil. //



Podcast fra Nordisk Kongres

2022

Med en diktafon i hånden opsøgte Practicus Podcast et bredt udvalg af deltagere til NK22. Nedenfor kan du læse udvalgte citater fra podcasten, der kan høres på de fleste streamingtjenester.

Alexandra Brandt Ryborg Jønsson, antropolog, postdoc ved Københavns Universitet, om ulighed i sundhed: "Ulighed i sundhed kommer også nogle gange fra patienterne, fordi de tror, at I tror noget om dem... Man skal sørge for at lytte til historien, lytte til mennesket. Og tænke at måske er nogle ting, de ikke spørger om, fordi de er lidt flove. Vi vil alle sammen gerne præsentere den bedste version af os selv, og det er godt at have i baghovedet".

Hans Christian Kjeldsen, praktiserende læge, om at drive praksis med supervisionsteams: "Hvis man spørger patienter, og det har vi faktisk gjort i en undersøgelse, så kan vores kontinuitet faktisk godt måle sig med andre typer praksis".

Roar Maagaard, praktiserende læge, postgraduat klinisk lektor ved Aarhus Universitet, om den fremtidige uddannelse af praktiserende læger: "De unge læger i Norden har lavet et statement med 15 ønsker til, hvordan en god specialistuddannelse i almen medicin skal se ud.... Man kan klart se, at de 15 ønsker relaterer sig til uddannelserne i de fem lande, hvor de unge læger har plukket lidt, og er dermed med til at skabe en ønskeuddannelse.... Jeg kan godt se, at der er problemer i de andre fire lande. Det er svært at se, at vi selv har problemer. Selvfølgelig har vi det, og det afspejler sig også i diskussionen... Jeg tror faktisk, vi alle kunne gøre det bedre".



Gunnar Bondevik, formand for den videnskabelige komité, praktiserende læge, om at have været med til at arrangere det videnskabelige program: "I think we have succeeded in having good keynote speakers from different countries, from Denmark as well as you have noticed, and then of course all the abstracts that have been submitted showing a large variety of relevant topics, both for clinicians and researchers".



Marianne Rosendal, speciallæge i almen medicin, seniorforsker ved Aarhus Universitetshospital, om et digitalt selvhjælpsprogram til patienter med mange symptomer: "Vi har udviklet et selvhjælpsprogram til patienter, som man kan sætte ind med tidligt, når man ser en patient, der har et eller flere symptomer og måske har været i praksis nogle gange og har brug for noget hjælp til at forstå sine symptomer og selv at arbejde med at mestre dem".

Rasmus Køster-Rasmussen, speciallæge i almen medicin, postdoc ved Københavns Universitet, om workshop om vægt: "Deltagerne har præsenteret hver deres vinkel på, hvordan man håndterer patienter med højt BMI i almen praksis".

Thomas Purup, hoveduddannelseslæge i almen medicin, om, hvad han tager med sig hjem fra kongressen: "Jeg har fået udbygget netværket med en masse andre nationer... Det har været enormt spændende at høre om specialistuddannelsen i andre lande".

Find Practicus Podcast dér, hvor du hører dine yndlingspodcast





Af: Johann Sigurdsson, formand for NCGP, og Louise Hørslev, direktør i NCGP og sekretariatschef hos DSAM - lh@dsam.dk



Vi skal bevare kontinuiteten i almen praksis

Nordisk Kongres i Stavanger

Omkring 1.000 praktiserende læger, heraf knap halvdelen fra Danmark, mødtes i juni måned til Nordisk Kongres i Stavanger. På grund af situationen med coronavirus var kongressen et år forsinket, men det gjorde ikke energien eller entu-

siasmen mindre. Kongressen var fyldt med spændende workshops, poster-præsentationer, symposier og keynote speeches. De indbydende rammer og logistikken omkring kongressen gjorde det let at få snakket uformelt med kolleger fra både Danmark og Norden.



Postkort fra Stavanger: Den videnskabelige komite og organisationskomiteen, deltagere på scenen og en stafet der går videre til Nordisk Kongres i Turko, Finland 2024.



Indholdet i dette statement skal blandt andet bruges i dialogen med myndigheder, presse og øvrige interessenter.

Nordic Federation of General Practice (NFGP) er en paraplyorganisation for de nordiske kongresser, ligesom føderationen udgiver det videnskabelige tidsskrift *Scandinavian Journal of Primary Health Care* og står for udvikling af samarbejdsrelationer på tværs af grænser mellem yngre og "ældre" almenmedicinere.

Bestyrelsen for NFGP består af de fem formænd for de fagvidenskabelige selskaber i de nordiske lande, og med formand Johann Sigurdsson i spidsen havde de forud for kongressen udarbejdet et udkast til et statement. Statementet sætter fokus på det, der er vigtigt at være opmærksom på, og som der er fælles fodslag om, at faget vil være kendt for, nemlig at bevare kontinuiteten i almen praksis.

Et af grundprincipperne i faget har fra begyndelsen været, at almen medicin er et af de få eller eneste fag/discipliner, der definerer sig selv med

værdier. En af værdierne er netop en god relation mellem patient og læge, som er noget, der opbygges over tid. Og vi ved, at netop kontinuiteten i almen praksis er forbundet med større patienttilfredshed, bedre sundhedsfremme, bedre medicin-compliance og færre hospitalsindlæggelser.

Alle kongresdeltagere fik tilsendt en mail en af de første dage med udkast til dette statement og mulighed

for at kommentere. Det valgte flere at gøre, og det blev herefter rettet til og præsenteret i endelig form på kongressens sidste dag. Indholdet i dette statement skal blandt andet bruges i dialogen med myndigheder, presse og øvrige interessenter.

Læs hele statementet her: www.nfgp.org > NFGP > Policy paper > 2022: Stavanger Statement 2022 - Call for Action. //




Call for Action

Continuity of Care in General Practice/Family Medicine

The World Health Organization defines primary health care as a cornerstone of cost-effective and sustainable health care systems. General Practitioners/Family Physicians are key medical providers within the primary health care system.

In the context of General Practice/Family Medicine, we define continuity of care as *a longitudinal relationship between a patient/citizen and one General Practitioner/Family Physician of the patient's choice, backed by a team of other healthcare providers.*

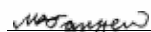
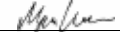
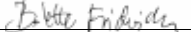
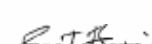
Continuity of care is an essential element of high-quality General Practice/Family Medicine. There is good evidence and growing international consensus that continuity of care entails significant health benefits, both for patients and the health care system. It increases patient satisfaction, improves uptake of preventive measures and adherence to treatment recommendations. It decreases the use of out-of-hours care, the need for acute hospitalizations and, ultimately, it is associated with lower premature mortality.

Crucially, continuity within doctor-patient relationships is also good for the wellbeing of doctors.

The above knowledge is embedded in the 2020 statement on *Core Values and Principles of Nordic General Practice/Family Medicine* issued by The Nordic Federation of General Practice.

The 22nd Nordic Congress of General Practice, held in Stavanger 21st - 23rd of June 2022, encourages politicians and all other stakeholders of the health care service to support and facilitate sustainable health systems that promote relational continuity. This implies that all patients should have access to a General Practitioner/Family Physician of their own choice who knows them and their circumstances.

Stavanger, June 23rd 2022.

 Marte Kvittum Møangen, chair Norwegian College of General Practice	 Magnus Isacson, chair Swedish College of General Practice	 Bolette Friderichsen, chair Danish College of General Practice
 Margrét Olafía Tómasdóttir, chair Icelandic College of Family Physicians	 Juhani Auvinen, chair Finnish College of General Practice	 Johann A. Sigurdsson, chair Nordic Federation of General Practice
 Olav Thorsen, chair Congress Organizing Committee	 Gunnar Tschudi-Bondevik, chair, Congress Scientific Committee	 Anna Stavdal, president WONCA World

NORDIC FEDERATION OF GENERAL PRACTICE • STOCKHOLMSGÅDE 55, 2100 COPENHAGEN Ø, DENMARK • NFGP@SAM.DK • WWW.NFGP.ORG



Antibiotikaforbrug i Norden

Antibiotikaforbrug er et tilbagevendende tema på mange kongresser, også på nordisk kongres. Her satte en workshop fokus på, om vi kan udskrive mindre antibiotika (AB), uden at patienterne får flere komplikationer – og hvordan.

Et studie fra nabolandet Sverige, som blev præsenteret af Pär-Daniel Sundvall Sahlgrenska fra Göteborg Universitet, har i et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT) undersøgt forskellen mellem at give penicillin V i 5 dage i stedet for 10 dage til voksne patienter med faryngo-tonsillitis, som er forårsaget af gruppe A-streptokokker. Allerede i 2012 viste et Cochrane review, at varigheden af AB-behandling kunne nedsættes.

Studiet inkluderer 17 vårdcentre i Sverige og i alt 433 patienter. Patienter med tre til fire positive Centor-kriterier og positiv Strep A-test fik henholdsvis: penicillin V 800 mg x 4 i 5 dage (totalt 16 g) eller penicillin V 1,000 mg x 3 i 10 dage (totalt 30 g).

Det primære outcome var helbredelse fem til syv dage efter ophør af penicillin, og her fandt man ingen forskel mellem de to grupper. Tiden fra påbegyndelse af AB-behandling til forbedring af symptomer var endda

kortere i gruppen i 5-dages behandling. Det sekundære outcome var blandt andet bakteriel eradikation, hvor 10-dages kuren gav ca. 10 % større eradikation. Derimod kunne man ikke se flere recidiver, nye tonsillitter eller komplikationer.

Forfatterne konkluderer således, at Penicillin V, som gives i 800 mg x 4 i 5 dage, er et godt alternativ til 1,000 mg x 3 i 10 dage.

Kan man give for lidt?

Næste logiske spørgsmål vil så være, om man kan give endnu mindre, og hvad omkostningerne i så fald ville være. Det emne belyste Morten Lindbæk fra Oslo Universitet i Norge.

Risikoen ved at give for lidt AB er jo som bekendt, at patienten kan få komplikationer i form af andre værre infektioner. Man har kigget på, hvor meget AB, der er blevet udskrevet, og har sammenholdt det med komplikationerne. Gennem de seneste 20 år er der blevet udskrevet mindre mængde

Hovedbudskaber:

- Vi er gode til at holde antibiotikaforbruget nede i Skandinavien.
- Mindre antibiotika kunne ordineres, især ved ØLI uden flere komplikationer.
- Resistens hænger sammen med det totale forbrug af AB, ikke "forkert" brug.

AB, og disse data har man brugt til at undersøge de mest alvorlige komplikationer.

Et norsk studie fra 2006 viser, at antallet af tilfælde af akut mastoiditis ikke er steget trods mindre brug af AB. Et svensk studie fra 2017 viser samme fænomen, også for peritonsillær absces, infektion med invasive gruppe A-streptokokker samt orbital, ekstradural og subdural absces. For meningitis og akut etmoid sinusitis kunne man faktisk se et fald.

Little et al. lavede et studie i 2017, hvor man sammenlignede effekten af at give AB med det samme eller at vente tre dage hos ca. 28.000 patienter med henblik på genhenvendelse, indlæggelse og død. Man fandt ikke flere ind-

I de nordiske lande har vi det laveste forbrug af antibiotika i hele EU.

læggelser eller død ved at vente med AB. I begge grupper var der en del genhenvendelser, men overraskende nok var antallet lavere i gruppen, hvor man havde ventet med at give AB.

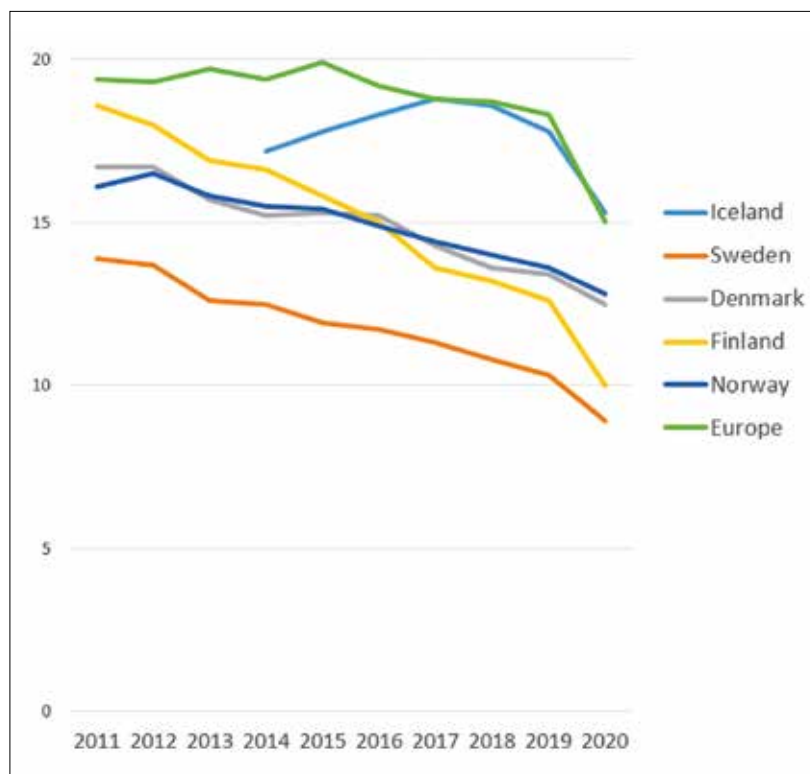
Et systematisk review, som blev lavet af samme forskningsgruppe i 2021, gennemgik ni RTC'er og fire observationsstudier med ca. 55.000 patienter, og de viste lignende resultater.

Hvad med UVI?

Boeijen et al. har undersøgt, hvordan en nedsat mængde AB ved UVI påvirker komplikationer. Det har de gjort ved at se på tallene under pandemien i 2021, hvor ordinationen af AB faldt med ca. 10 % sammenlignet med året inden. Norma et al. fandt i 2022 et fald på 17 %. Det er et billede, vi godt kan genkende i Danmark.

Kussner har undersøgt forskellige måder at nedsætte AB-forbruget, bl.a. ved at behandle med Ibuprofen ved UVI i otte RTC'er med 3.524 patienter. AB-forbruget blev samlet nedsat med 63 %. Man kunne se, at dette fald øgede risikoen for manglende bedring, efterfølgende AB-behandling og pyelonefritis. Der, tænker jeg, at vi måske har et bud på, hvor smertegrænsen er, uden at risikofaktorerne bliver for store.

Svaret på spørgsmålet om, hvorvidt nedsat ordination af AB giver flere komplikationer, er ifølge Lindbæk: Nej. At vente med AB er lige så godt som (eller måske endda bedre end) at ordinere som vanligt – i det mindste



Figur 1: Udviklingen i AB-forbruget i de nordiske lande og i Europa.

med henblik på komplikationer ved øvre luftvejsinfektioner. Ved UVI kan man få flere komplikationer, men disse er sjældne.

Nordens forbrug

Tror du, at du ordinerer mindre antibiotika end dine kollegaer? De fleste vil svare ja på dette spørgsmål, fortalte Sigurd Høye fra Universitet i Oslo. Han spurgte til det ved alle sine forelæsninger og talte om, hvordan mønstret er i de nordiske lande.

I de nordiske lande har vi det laveste forbrug af AB i hele EU. Det har været pænt faldende fra 2011 til 2020 og med et drastisk fald under pandemien. Blandt de nordiske lande får Sverige guldmedaljen, fordi de hvert år har det laveste forbrug. Danmark ligger klos op ad Island, og de to kæmper år efter år om tredjepladsen efter Finland. Man kan også se, hvordan mængden af udskrevet AB her faldt drastisk under pandemien. Se figur 1.

Høye mener også, at det er en myte, at det er "unødvendig" eller "forkert" brug af AB, som giver resistensudvikling. Man bør hellere kigge på det totale forbrug af AB. Tallene viser nemlig, at der er en direkte sammenhæng mellem det totale AB-forbrug og resistensudvikling. Målet bør derfor være at fortsætte det lave forbrug i Skandinavien og helst sprede denne udvikling til resten af Europa.

Hvad tager jeg med tilbage til de danske forhold? Jeg kan med god samvittighed og med baggrund i evidens i de fleste tilfælde nedsætte mængden af udskrevet AB uden at frygte komplikationer. Det kan jeg gøre ved at udskyde ordinationen, ved at vente og se tiden an eller ved at give kortere kure.

En stor tak til Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget for almen praksis i Region Hovedstaden, som har bidraget med finansiel støtte til min deltagelse. //



Klima og sundhed

Workshop på Nordisk Kongres 2022

"Åhhhhhhhhh, hvad fuck er en bælgfrugt?

Det er linser, bønner, kikærter, og sådan er det..."

Fødevarestyrelsens kampagne om nye kostråd

Den 21.-23. juni var over 850 deltagere samlet i Stavanger til årets nordiske kongres i almen medicin. Blandt de mange oplæg var en workshop om "Climate and Health in General Practice". Workshoppen var faciliteret af Salli Rose Tophøj, Karolina Lewandowska og Asthildur Arnadottir fra den danske interessegruppe Grøn Praksis samt to svenske læger, Ida Persson Cofina og Ulrika Nyhammar, fra Läkare för Miljön, som er en ækvivalent til den danske gruppe Læger for Klimaet. Modsat Læger for Klimaet, der blev stiftet i 2019, har Läkare för Miljön eksisteret i snart 30 år.

Hele sessionen åbnede med, at den humoristiske kampagnesang fra Fødevarestyrelsen buldrede ud af højtalerne. Midt under workshoppen blev vi til og med bedt om at danse og synge med på sangen, som lettede på stemningen trods et ellers meget se-

riøst og alvorligt budskab om, hvordan klimaforandringer truer vores sundhed.

Engagement fra salen

Fra salen kom mange gode kommentarer og forslag. En deltager savnede at kende CO₂-aftrykket for de enkelte lægemidler, der bliver udskrevet fra almen praksis. Det tætteste, vi kommer på viden om enkelte lægemidlers klimaafttryk, er en svensk liste over 25 lægemidlers forurenende egenskaber og forslag til, hvordan man undgår unødvendig brug af disse.

Endvidere kunne Ulrika Nyhammar, som også er bæredygtighedsstrateg i Region Värmland i Sverige, fremlægge resultater fra et projekt, hvor de forsøgte at reducere overforbrug af protonpump hæmmere (PPI). De sendte et brev med information om virkning og bivirkning af esomeprazol til 121 patienter i aktiv behandling. Resultatet blev, at 34 % kunne

trappe helt ud af medicinen, og 36% ønskede at skifte fra esomeprazol til omeprazol, som både er billigere og anbefalet som førstevalg blandt PPI.

En anden deltager stillede spørgsmålstegn ved, at vi flyver til og fra kongresser, og hvilket klimaafttryk det medfører. Det kunne oplægsholderne kun være enige i. Som de gode grønne forbilleder de er, rejste Salli og Karolina til Stavanger med tog og færge. Sammenlignet med en flyrejse til Stavanger reducerede de deres CO₂-aftryk fra

Workshoppen har givet os gode idéer til både store og små tiltag, som kan bidrage til en mere bæredygtig almen praksis.

Det tætteste, vi kommer på viden om enkelte lægemidlers klimaaftryk, er en svensk liste over 25 lægemidlers forurenende egenskaber.

85,6 kg CO₂ til 14,9 kg CO₂ for turen den ene vej. Det kan godt lade sig gøre, men det tager tid. Karolina kunne endvidere ønske sig, at man kunne få højere refusion for den mest klimavenlige rejse ved deltagelse i årsmøder og kongresser.

A cup is not just a cup

Mange deltagere var glade for de gode eksempler om en bæredygtig praksis. Det var inspirerende at høre om Grenå Lægefællesskab, der i samarbejde med deres indkøbsfirma og Grøn Praksis har undersøgt, hvordan man som praktiserende læge kan gøre sine indkøb af medicinsk udstyr mere klimavenligt. De har blandt andet beregnet CO₂-aftrykket ved brug af forskellige kopper til urinprøver i klinikken. De kom frem til, at valg af en papirkop med PE-coating frem for en plastikop, som indeholder 3 gram mere plast, reducerede 15,49 kg CO₂. Desuden lærte vi, at det ikke altid er nødvendigt at udskifte lejepapir, hvis man afvasker lejet efter risiko for kontaminering. Denne tilgang er man nu så småt ved at indfase flere steder i Sverige og Danmark.

Workshoppen har givet os gode



Oplægsholderne forbereder sig til workshop. Foto Ingrid Roome.



Karolina fortæller om Lægefællesskab Grenå, en pilotklinik i grøn omstilling. Foto Ingrid Roome.

idéer til både store og små tiltag, som kan bidrage til en mere bæredygtig almen praksis.

Hvis du er interesseret i at nedbringe CO₂-aftrykket, enten i klinikken eller via læge-patient-forholdet, kan du finde tips til en grønnere praksis fra Grøn Praksis på DSAM's hjemmeside (scan QR-koden). //





Når kroppens største organ taler til os

KASUISTIK

Generaliseret udslæt er en hyppig tilstand i almen praksis. Det er oftest fredeligt, men undertiden kan det være udtryk for alvorlig sygdom. Med mange differentialdiagnoser frembyder det udfordringer at stille den korrekte diagnose. Artiklen tager udgangspunkt i sekundær syfilis med hudmanifestation i almen praksis, hvor de fredelige og mest sandsynlige tilstande oftest tages i betragtning – og som i dette tilfælde nemt kunne forveksles med en fredelig hudsygdom, nemlig fransk rosen.

Sygehistorie

En 45-årig sund og rask mand bemærkede et rødt udslæt på overkroppen. Det var opstået ganske pludseligt en lørdag. Grundet det nyopståede udslæt blev egen læge opsøgt. Mange patienter henvender sig med fredelige tilstande i almen praksis, og nogle gange ser det alvorlige fredeligt ud. Men hvordan kan man skelne det fredelige fra det alvorlige?

I konsultationen blev anamnesen

suppleret med, at hududslættet ikke var kløende eller forudgået af et eller flere større skællende elementer i ugerne op til. Patienten havde ingen rejseanamnese, feber, ledsmerter, medicinindtag eller stofmisbrug. I en sidebemærkning nævnes, at patienten dagen forud for var testet negativ for HIV på Rigshospitalet. Adspurgt til seksualitet og seksuel aktivitet angav patienten at dyrke ubeskyttet samleje med både mænd og kvinder. Patienten nævnte at have dyrket ubeskyttet samleje med en ny mandlig partner cirka to måneder inden hududslættets debut.

Den objektive undersøgelse afslørede et generaliseret makulo-papuløst eksantem, som var lokaliseret til overkroppen, palmart og genitalregionen, enkelte steder let skællende og uden tegn til primær medaljon. Indledningsvist blev der rejst mistanke om pityriasis rosea, men grundet seksuel kontakt i sygehistorien blev diagnostikken suppleret med laboratorieundersøgelse med henblik på syfilis serologi, herunder Wassermanns reaktion

(WR), P-Syfillis, *Treponema pallidum* flagellum-antistof IgM (AF-M) og IgG (AF-G). Den biokemiske måling påviste positiv WR samt forhøjet P-Syfilis, AF-M og AF-G. Patienten blev informeret om det positive syfilis serologisvar og syfilis med hudmanifestation. Samme dag blev patienten henvist til Klinik for Kønssygdomme på Bispebjerg Hospital med henblik på videre udredning og behandling. Yderligere udredning og konklusion viste tegn på sekundær og tidlig latent syfilis. Patienten blev behandlet med benzathine penicillin 2,4 MIE x 1 i.m. som engangsordination med god effekt og senere opstartet i kontrolregime med serologiske prøver.

Hududslættet kunne
nemt blive forvekslet
med et meget velkendt
og fredeligt udslæt,
nemlig fransk rosen.



Diskussion

Syfilis forårsages af bakterien *Treponema pallidum*. Syfilis blev stort set udryddet i Danmark fra midten af 1990'erne. Siden steg prævalensen i en årrække, men den synes dog at være stagneret gennem de seneste par år med 500-600 tilfælde årligt. Prævalensen er højere i visse risikogrupper, heriblandt mænd, der har sex med mænd, og kvindelige prostituerede. Det kliniske forløb kan inddeles i det primære, sekundære, latente og tertiære stadie. Smitten sker normalt ved seksuel kontakt gennem læsioner i hud og slimhinder oralt og anogenitalt.

For at belyse diagnosen skal kliniske fund sammenholdes med anamnese og understøttes med påvisning af *Treponema pallidum* ved serologisk test eller direkte påvisning af bakterien i læsioner. I diagnostikken skal muligheden for øvrige seksuelt overførbare sygdomme også tages i betragtning. Der er evidens for, at HIV-positive patienter lettere får primære

chankere (sår) og oftere sekundær syfilis end HIV-negative.

I casen tages udgangspunkt i en mand, der har haft ubeskyttet samleje med en anden mand. To måneder senere udviklede patienten et hududslæt, som var foreneligt med sekundær syfilis i tidligt latent stadie og forudgået af et asymptomatisk primær stadie. Hududslættet kunne nemt blive forvekslet med et meget velkendt og fredeligt udslæt, nemlig fransk ros. En uopdaget sekundær syfilis vil være med øget risiko for udvikling af det tertiære og sent latente stadie af syfilis. Denne grad er naturligvis mindre udbredt, men den er mere alvorlig og med risiko for udvikling af neurosyfilis og kardiovaskulær syfilis.

Generaliseret udslæt ses tit i almen praksis, og disse er overvejende fredelige. Det kan være vanskeligt at differentiere generaliseret udslæt fra hinanden, hvorfor en grundig anamnese er en essentiel del af udredningen. Denne case er en kollegial påmindelse om også at tænke det usandsyn-



Roseola i form af bleggrødt makulopapuløst udslæt på overkrop og genitalområdet. Kilde: Danderm.

OM SYFILIS

- Seksuelt overførbart infektionssygdom, som skyldes bakterien *Treponema pallidum*.
- Klinisk forløb kan inddeles i det primære, sekundære, latente og tertiære stadie.
- Patienten skal henvises til specialafdeling mhp. behandling og efterfølgende kontrol.
- Anmeldelsespligtigt.

HOVEDBUDSKABER

- I det mest sandsynlige skal det sjældne og usandsynlige også tænkes ind.
- Det er vigtigt at øge fokus på diagnostik og behandling af sjældnere tilstande i almen praksis.

lige ind i det mest sandsynlige i en hverdag, hvor tendensen er at tænke heste og ikke zebraer, når hovslagene høres uden for vinduet. //



Hvor skal almen praksis hen?

Store tanker fra temadag i Region Midtjylland

Omkring 250 uddannelseslæger i Region Midtjylland mødtes med forskere og politikere til fælles regional temadag i flotte rammer i JYSK arena i Silkeborg. Overskriften var "Visioner for fremtidens almen praksis". Formiddagen stod i professionsetikken tegn, mens eftermiddagen bød på oplæg om fremtiden og en paneldebat om, hvor almen praksis bevæger sig hen.

Salen summede af de mange hundrede uddannelseslæger og kollegaer, som havde glædet sig til at mødes i vores almenmedicinske fællesskab. Energien var god, og da klokken slog 09.00 drejede de mange kommende praktise-

rende læger forventningsfuldt hovedet mod scenen, hvor Søren Prins (praktiserende læge i Silkeborg, PKL og AMU) kunne byde velkommen som konferencier til en spændende dag og et tætpakket program.

Trods genklang i salen gik det tydeligt igennem, da Søren proklamerede: "Man kan kun blive glad, når man ser ud over så mange kommende praktiserende læger. Det tegner en rigtig lys fremtid".

Hvem er vi og hvor kommer vi fra?

Efter velkomsten var det Marianne Dam Lentz (ordfører for uddannelse i DSAM) og Flemming Bro (seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus), der indledte programmet med et blik på, hvem vi som praktiserende læger er, hvor vi kommer fra, og hvad vi er eksperter i.

Dømmekraften var i fokus, da Flemming Bro talte om vores kernekompetencer: "Lægevidenskaben er ikke en eksakt videnskab. Beslutninger træf-

fes ud fra et videnskabeligt udgangspunkt, men de sker altid med udgangspunkt i den enkelte situation og aldrig på et fuldt oplyst grundlag".

Marianne bakkede op, da hun fortalte, at "dømmekraften er at træffe gode beslutninger på et usikkert grundlag – det er noget af det, vi er de allerbedste til. Det er vores kernekompetence". Flemming fortalte desuden, at vi først og fremmest er der for at give patienten adgang til alle de muligheder, vi har i sundhedsvæsenet.

DSAM's nye oplæg til professionsetik kom også i spil. Debatten gik blandt andet på, at professionsetikken først og fremmest handler om, at vi står sammen, og at vi er et fællesskab, men den gør os samtidig skarpe i fortællingen om os selv og vores kompetencer. Den både guider os og forpligter os til et fællesskab, som vi alle må bakke op om. I den forbindelse blev en anden almenmedicinsk kerneopgave nævnt: at bevare tilliden. Marianne uddybede: "Vi er stærkt afhæn-

gige af, at individerne og samfundet har tillid til os. Det, skal der arbejdes for og værnes om”.

Frokost med en god kollega

Da klokken slog 12.00 var der opsat sandwich og vandflasker på rad og række, så uddannelseslægerne kunne fylde maverne og få en pause til hovederne og en snak med kollegaerne. Det tog dog ikke mange sekunder, før salen igen var fyldt af højlydt og munter summen, og samtalerne gik på kryds og tværs af de 32 langborde.

Hvor skal vi hen?

Efter en god times pause fik Frede Olesen (fhv. praktiserende læge og professor emeritus), Henrik Idriss Kise (formand for PLO Midtjylland) og Hanne Roed (regionsrådsmedlem i Region Midtjylland for Radikale Venstre) den udfordrende disciplin at fastholde interessen fra de velbespiste uddannelseslæger. Det gik dog problemfrit, da blikket blev rettet fremad og med flere spændende vinkler på, hvor faget ”almen medicin” bevæger sig hen i de kommende år. Eksempelvis kunne Frede Olesen byde ind med, at ”målet om 5000 praktiserende læger er alfa og omega, hvis vi skal redde sundhedsvæsenet. Den vigtigste opgave i fremtiden bliver at værne om overgangen til sygehuset som gatekeeper. Det bliver samtidig sygehusets vigtigste opgave at understøtte almen praksis, hvis sundhedsvæsenet skal fungere fremadrettet”.

Henrik Idriss Kise fortalte om de største udfordringer i almen praksis, som aktuelt er ”tiltagende krav fra patienter, ønsker om øget tilgængelighed



Søren Prins modererede en paneldebat mellem (fra venstre) Frede Olesen, Hanne Roed og Henrik Idriss Kise. Foto: Thomas Purup.

hed, flere ældre/kronikere, pressede kommuner og sygehuse og stigende antal koordineringsopgaver”. Det førte videre til PLO’s mål for fremtidens praksis, nemlig at det først og fremmest er målet at dyrke arbejdsglæden og det gode arbejdsmiljø. Det opnås blandt andet med anerkendelse af almen praksis’ rolle i sundhedsvæsenet og bedre understøttelse af arbejdet i vores overenskomst, og så understregede han, at ”hospitalet først og fremmest skal understøtte almen praksis”. Inden paneldebatten sluttede Hanne Roed af med budskabet, at ”vi taler meget om jer, og vi vil gerne tale med jer. I er ekstremt vigtige for os. Vi har tillid til jer, og vi vil jer det gerne godt.”

Søren Prins var klar til at udfordre de tre paneldeltagere med spørgsmål fra uddannelseskoordinatorerne og -lægerne i salen til dagens paneldebat. Emnerne gik på alt fra arbejdsglæde til overbebyrdede og udbrændte læger. Frede Olesen bød ind med input om de nye sundhedsklynger og proklamerede, ”at hvis praktiserende læger blev ledere af sundhedsklyngerne, ville en stor del af problemerne i sundhedsvæsenet løse sig”.

Snakken faldt også på kontinuitet,

og Henrik Idriss Kise fortalte, at ”selvom der i højere grad uddelegeres og ændres i kontinuitetsformen fremadrettet, er det vigtigste, at lægen er tydelig i hele forløbet og viser ansvar for patienten”. Frede Olesen sagde, at vi skal huske, at kontinuitet både består af, at læge/personale kender patienten, at systemet har relevante oplysninger om patienten, og at praksis er

OM DEN REGIONALE TEMADAG

- Den fælles temadag afholdes ca. hvert andet år.
- Temadagen arrangeres af uddannelseskoordinatorerne i Region Midtjylland.
- Formålet er at samle uddannelseslægerne og dyrke det sociale i et uddannelsesforløb, som ellers er spredt ud over mange praksis og hospitalsafdelinger.
- Temadagen giver uddannelseskoordinatorerne mulighed for at fornemme, om alt går som det skal, og uddannelseslægerne får mulighed for at reflektere.

indrettet til at sikre kontinuitet. Det skal sikres i fremtidens almen praksis. Til lægevagten fortalte Hanne Roed "at jeg sagtens kan se, at lægerne kunne være ansat ved regionen i stedet for hos PLO. Vi er dog ikke udelukkende for at finde en ny aftale med PLO". Henrik Kise ønskede i højere grad en moderniseret lægevagt, drevet af PLO-læger, især i dag- og aften timerne.

Da uddannelseslægerne spurgte til mulighederne for 37-timers arbejdsuge, balance i familielivet og god løn, bød Frede Olesen ind: "Vi må ikke blive privilegieblinde. Vi har rigtig gode forhold i almen praksis". Henrik Idriss Kise uddybede, "Vi er ikke offentligt ansatte, og vi kan derfor ikke snakke om, at vi er højt lønnede, for vi får ikke løn. Vi får overskuddet af vores virksomhed. Vi kan heller ikke snakke om timer, for vi kan organisere os præcis, som vi vil, og lægge de timer i klinikken, der giver mening for os og ansatte folk til resten. Det er den frihed, vi har som selvstændige, og som vi skal værne om."

Et gennemgående tema var, at mange af de nuværende udfordringer ville kunne løses med en opnormering fra de nuværende 3500 praktiserende læger til 5000 i år 2035. Det lød da også samlet fra panelet: "Glæd jer. Vi går en lys og god fremtid i møde".

Fyraftensøl fra FYAM

FYAM Midtjylland benyttede sig af slutningsvist af, at hele regionens uddannelseslæger var samlet under samme tag og bød på en sommerøl eller -sodavand til alle, der måtte have lyst efter dagens arrangement. Her blev det stærke fællesskab i almen medicin understreget med quiz, latter og lystig snak. Og således blev der sat et flot punktum efter en skøn dag i det midtjyske. //



Af: Lena Maria Ørts, HU-læge i almen medicin, ph.d.,
DYNAMU - lenemaria.orts@gmail.com

Årets tutorlæge 2022 i Region Midtjylland

En ny tradition er skabt! Vi vil gerne anerkende de dygtige tutorlæger for det store arbejde, som de lægger i vores uddannelse. Derfor opfordrede vi uddannelseslægerne i Region Midtjylland til at indstille deres udpegede tutorlæge, og der var god opbakning om initiativet.

Det resulterede i syv flotte indstillinger, og hele regionen var repræsenteret. Der var virkelig mange flotte ord og begrundelser, hvilket gjorde det svært at vælge. En enkelt skilte sig ud, og vinderen blev – helt velfortjent – Eva Rasmussen, som er praktiserende læge i Lemvig. Eva blev indstillet af sin HU-læge, Michael Gade, som bl.a. skriver:

Lægerne Østergade i Lemvig er et godt sted at være – og i særdeleshed et godt sted at lære. Eva har fra første dag været inspirerende og et forbillede for yngre læger – med mål om at vise alle facetter af praksislivet, hvad angår såvel teori som praksis, men også introduktion til lokalsamfundet, deltagelse i "klyngemøder" og "Lægedage", mulighed for fokuseret ophold efter ønske. (...) på returdage arrangeres det, at jeg så vidt muligt ser patienter, som jeg allerede kender fra tidligere (børneundersøgelser, kronikere). Ligeledes er der interesse i, hvad jeg tager med fra sygehusblokken.

Fejringen foregik på temadagen, hvor der var klapsalver, takketale, blomster og et fint diplom, som kan pryde Evas konsultation.

Et stort tillykke til Eva (og tak til uddannelseslægerne for at bakke op om initiativet)! //



Årets tutorlæge, Eva Rasmussen, takker for anerkendelsen.
Foto: Thomas Purup.



Af: Daniel Staal Nyboe, medlem af FYAM, Videreuddannelsesudvalget og Kursusudvalget og Thomas Purup, formand for FYAM - danielnyboe@gmail.com



Så kom sundhedsreformen

- og dermed også omlægningen af speciallægeuddannelsen i almen medicin

Fredag d. 20. maj præsenterede sundhedsminister Magnus Heunicke folketingets nye sundhedsreform. Reformen er længe ventet, og har det formål at få flere læger til patienterne og at få behandlingerne tættere på patienternes hjem – også kaldet det nære sundhedsvæsen. For primærsektoren er det især målet om fast læge til alle, som står centralt.

Aftalen er indgået mellem regeringen og størstedelen af folketingets partier og omhandler bl.a.:

- Oprettelse af 25 nærhospitalet
- En ny praksispligt til hoveduddannelseslæger i almen medicin
- Flere speciallæger i almen medicin
- Mere ansvar til apotekerne
- Flere kommunale forebyggende tiltage og tilbud til kronikerne
- Bedre adgang til hjemmediagnostik og -behandling
- Mere lighed i sundhedsvæsenet
- Styrkelse af de akutte (udkørende) funktioner.

Rent økonomisk er partierne enige om at afsætte i alt 1,3 mia. kr. i 2022-2025 og herefter 387 mio. kr. årligt til løft-

et. Derudover er de enige om at afsætte en pulje på 4 mia. kr. i 2023-2028 til nærhospitalet. Økonomiske udregninger og forventninger kan ydermere læses i Sundhedsministeriets 'Sundhedsreform 2022'.

Som FYAM-medlemmer og som repræsentanter i Videreuddannelsesudvalget (VIA) har vi fulgt med i regeringens ønsker til det nære sundhedsvæsen med stor interesse. Siden deres reformudspil i 2021 med tilhørende debatter, bl.a. om alkohol- og tobakforbud, har det været interes-

sant at følge det politiske spil, der nu har ledt til et konkretiseret dokument med relevante tiltag.

Vi har gennemlæst 'Sundhedsreform 2022' og har forsøgt at finde de vigtige – og kritiske – punkter frem, netop fordi de omhandler vores faglighed, uddannelse og fremtid.

Sundhedsreform 2022

Samlet set er der flere punkter i reformen, som kræver flere udvalg og analyser, før tiltagene kan effektueres. Blandt andet ønskes der specifikt to større tiltag i de kommende år.

Reformen ønsker for det første en omlægning af enkelte kommunale opgaver, som skal over til de praktiserende læger, således at hænder og ressourcer frigives til flere forebyggende kommunale tiltag og til flere relevante tilbud til patienter med kroniske sygdomme. Der bliver udpeget et udvalg, som skal foretage denne analyse og præsentere tiltagene i 2023.

Regeringen ønsker med reformen for det andet, at apotekerne skal kunne varetage nogle af de opgaver, lægerne sidder med, bl.a. i form af ordi-



nationsret på enkelte præparater. Lægeforeningen har tidligere været noget kritiske over for dette, da man så ændrer på ordinationsretten og i så fald fører den videre til det sælgende organ. Der er således en frygt for, at vi mister "armslængdeprincippet". Et andet udvalg nedsættes, som også skal se på dette i 2023.

Derudover sætter reformen fingeren ind lige der, hvor det gør ondt – et ønske om flere varme hænder flere steder i sundhedsvæsenet. De ønsker konkret fire tiltag:

- Bedre og større rekruttering til speciallægeuddannelsen i almen medicin, som skal resultere i 43 pct. flere speciallæger i praksis. Det svarer til en opnormering fra 3500 speciallæger i almen medicin i dag til 5000 i år 2035.
- En omlægning af speciallægeuddannelsen i almen medicin – kaldet praksispligt – som skal sikre flere hænder til patienterne med det samme.

- Sikring af uddannelse og økonomi til flere akutte funktioner i regionerne, heriblandt vagtlæger, akutteams og hjemmesygeplejersker, således at mindre akutte tilstande kan diagnosticeres og behandles uden indlæggelse.

- Bedre adgang til hjemmediagnostik og hjemmebehandling – en god nyhed til bl.a. FIERS (Fonden for Innovation og Erhvervsamarbejde) i Region Sjælland og DTU Science Park i Region H, som netop arbejder med dette.

Alt dette for at sikre mindsket ulighed og et styrket nært sundhedsvæsen.

Praksispligten

Mest relevant for os uddannelseslæger er formentlig tiltaget om praksispligt. Hvad der før var trussel om "tvang" for alle nyuddannede læger, er nu lavet om til at være en "pligt" og skal kun være for uddannelseslæger i HU-forløbet for almen medicin.

For at dette kan ske, skal der ifølge regeringen laves en lovændring, som skal sikre denne omlægning i speciallægeuddannelsen i almen medicin. Regeringen har planlagt at skrive dette lovforslag i 2023.

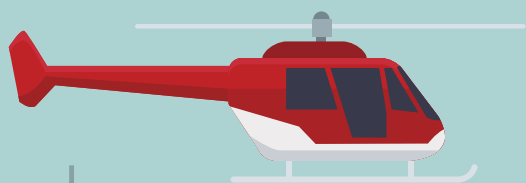
Helt konkret vil regeringen og Folketingets partier skære op til seks måneders ophold fra H-lægernes hospitalsdel og lægge dem over på praksisdelen. Det vil betyde, at vi som uddannelseslæger for første gang vil have mest tilstedeværelse i vores fremtidige virke frem for at opnå erfaringen på hospitalets afdelinger. 2,5 års hospitalsdel skal altså nedbringes til 2 år, mens 2 års praksisdel skal forlænges til 2,5 år.

Denne omlægning lyder både praktisk og god, og den giver da også flere hænder med det samme til de mange patienter i praksis. Men kan det lade sig gøre? Vil vi miste faglighed og uddannelse på grund af dette? Og kan hospitalerne undvære os som ressource på afdelingerne?

FYAM's holdning

I FYAM har vi længe talt for en ændring af speciallægeuddannelsen i almen medicin og bakker op om forslaget. Fra mange af uddannelseslægerne på hospitalsafdelingerne har vi hørt tilbagemeldinger om, at uddannelsen og de nødvendige kompetencer ikke blev prioriteret, og man i stedet blev "offer" for afdelingens besparelser og travlhed. Omstruktureringen er derfor en kærkommen mulighed for at rydde op og stille skarpt på kompetencerne og de læringsmål, som vi skal opnå på sygehusdelen for at være klædt bedst muligt på til rollen som speciallæge i almen medicin.

Selvom regeringsudspillet forekom-





mer nyt, har DSAM dog præsenteret forslaget for Sundhedsstyrelsen for godt et årti siden. Dengang var der opbakning til idéen, men man manglede omkring 100-200 millioner, som svarer til den lønsum, lægerne oppebærer ved at arbejde seks måneder på hospitalet. Men med regeringens opbakning til omstruktureringen, bliver forslaget nu en realitet.

VIA har holdt mange møder om, hvordan denne omlægning kan ske som en positiv udvikling af uddannelsen. Vi har talt imod, at der politisk har været talt om seks måneders "tvang" i almen praksis for alle nyuddannede læger, men med udsigten til, at det alene er uddannelseslæger i hovedforløbet af speciallægeuddannelsen i almen medicin, der vil blive omlagt, er vi trygge, og det vil vi gerne bakke op om. Det er jo læger, som har valgt, at de gerne vil ud i almen praksis – derfor kan det også synes underligt at kalde det en "praksispligt".

Vi er bevidste om, at landets fem regioner har hver deres speciallægeuddannelse i almen medicin, og at der er væsentlige forskelle i regionernes uddannelsesplaner. Forskellene ligger blandt andet i varigheden af de forskellige hospitalsophold, og hvilke afdelinger der er med i uddannelsen.

I nogle regioner har opholdet på både intern medicin og gynækologi flere måneders forskel i længden. Flere regioner har succes med vagtfrie ophold på enkelte afdelinger. Enkelte regioner har valgt ophold på akutafdelinger frem for kirurgiske afdelinger. Nogle regioner har forsøgt sig med f.eks. ophold på reumatologisk afdeling. Samlet set er der så stor differens mellem regionernes uddannelsespro-

grammer, at det formentlig bliver svært at lave en omlægning, som vil kunne passe ind i alle regioners programmer på én gang.

Vores ønske til praksispligten

FYAM og VIA har længe diskuteret, hvordan denne omlægning vil være bedst for alle parter. Vi er blevet enige om, at de regionale forskelle er for store til at lave en samlet ændring, men vi er også enige om, at grundene til de store forskelle – ønsket om at skille sig ud og lave de "bedste" almenmedicinere – skal respekteres og så vidt muligt fastholdes.

Det kan gøres ved at afkorte de hospitalsophold, hvor der normalt er god tid til at få lært uddannelseslægerne de relevante kompetencer. Det kan man gøre ved at lytte til de forskellige regioners erfaringer med bl.a. vagtfrie ophold, hvor H-lægerne er udtaget fra normal vagtplan for at arbejde på ambulatorierne og som en ekstra ressource til afdelingen, så der er fokus på de kompetencer, vi skal have med ud på den anden side af hospitalsopholdet - netop hvordan vi opdager de akutte og farlige tilstande og ellers behandler så mange som muligt i vores praksis, så vi undgår unødvendige indlæggelser.

Vores ønske er, at man enten forlænger fase 1- eller fase 2-opholdet i praksis med seks måneder. De seks måneder kan findes ved at sætte 12 måneder af til hospitalsophold i akutmedicin, kirurgi og intern medicin og at afsætte 12 måneder til pædiatri, gynækologi og psykiatri. Hvordan man sammensætter de 12 måneders ophold, er så op til regionerne ud fra deres egne erfaringer og ønsker.

Dertil har vi i FYAM et ønske om at få indlagt et et-til-tomåneders valgfrit ophold - et nyt tiltag, som kan sikre, at dem, som enten har en særlig interesse eller føler, at de 'går glip' af viden fra andre specialer, kan inkorporeres i en specialdesignet individuel uddannelsesplan for den enkelte uddannelseslæge. Dette kunne lægges enten i første eller andet 12-måneders ophold på hospitalet.

Omlægningen af hoveduddannelsen skal først og fremmest medføre et kvalitetsløft. Mange er bange for, om de når at få kompetencerne på et afkortet hospitalsophold. Derfor er det vigtigt, at vi både sikrer bedre læring i tiden på hospitalet og skærper læringsmålene i vores tid i almen praksis. På den måde er vi helt overbevist om, at vi får endnu dygtigere praktiserende læger af at være i almen praksis i længere tid end nu til fordel for at fjerne spildtid på hospitalsafdelingerne.

Det er vigtigt, at de nyeste kompetencekort og kvalifikationskort i speciallægeuddannelsen kan blive direkte overført til den nye strukturelle omlægning uden øget tidspres for hverken uddannelseslæge eller hospitalsafdeling. Dertil er det vores håb, at Folketinget ved videre beslutning om ændringen i speciallægeuddannelsen har det minus in mente, at vi som uddannelseslæger er en stor del af personalet på de forskellige afdelinger, og derfor vil omlæggelsen formentlig også medføre et stort tab til hospitalsafdelingerne i form af personale, som vi jo selvfølgelig også mener, de skal have hjælp til at få dækket. //





Min svigerfar, sprogskoleeleven og det danske sundhedsvæsen

Siden 2016 har en gruppe yngre læger mødt sprogskoleelever på deres egen hjemmebane til undervisning og samtale om det danske sundhedsvæsen. Det primære formål er at få nydanskere til at føle sig velkomne og at reducere uligheden i sundhed.

Min veluddannede svigerfar kom til Danmark i 1994. Han gik selv på sprogskole, da han kom til landet. Da jeg skulle ud at undervise om det danske sundhedsvæsen for første gang, sagde han aftenen før til mig: "Sig til dem, at Danmark er et trykt land. At man kan få hjælp i Danmark. Men at det også er hårdt at komme til Danmark". Jeg svarede ham, at jeg ikke ved, hvordan det er at komme til et nyt land for at slå sig ned permanent. Men jeg ved, at det kan være hårdt at være ny, f.eks. på en ny afdeling: Hvor er toi-

lettet? Hvordan finder jeg vej til kantinen? Hvem kan jeg spørge om hjælp? Selv de basale ting tager på kræfterne, når man er ny. Forestil dig så, hvordan det er at komme til et nyt land – med eller uden sin familie, ikke kende til sproget og ikke vide, om man kan bruge sin uddannelse.

Lige adgang til sundhed for alle i Danmark?

Siden 2016 er Sund Start taget ud på sprogskoler for at undervise nydanskere i basal viden om det danske sundhedssystem. Hvad er en praktiserende læge? Og hvad kan jeg bruge hende til? Hvornår skal jeg ringe 1813 og hvornår 112? Har jeg mulighed for at få en tolk? Formålet er klart: Vi vil være med til at reducere ulighed i sundhed.

Netop lighed i sundhed og let adgang til information om det danske sundhedsvæsen er fundamentale værdier i det danske sundhedsvæsen. Alligevel ved vi, at etniske minoriteter har en højere dødelighed end etniske danskere, hvilket bl.a. skyldes kronisk sygdom og psykiske følger af krig og flugt. Ydermere medfører den mang-

lende viden om det danske sundhedsvæsen forøget kontakt til det omkostningsfulde akutberedskab.

Udfordringen er mange år gammel, med bølgetoppe som flygtningekrisen i 2015 og senest krigen i Ukraine. Gode råd er dyre, når vi prøver at finde ud af, hvordan vi som samfund og læger løser, hvad der synes at være en evindelig udfordring.

Forståelse som grundlag for læge-patient-forholdet

Præmissen er den samme som altid: For at kunne hjælpe et andet menneske må man starte med at forsøge at forstå, hvor personen kommer fra. Sprogskoleeleverne kommer fra mange forskellige steder af verden: fra Po-

For at kunne hjælpe
et andet menneske
må man starte med at
forsøge at forstå, hvor
personen kommer fra.

len til Pakistan, fra Mexico til Ukraine. Et fælles træk er, at deres erfaringer med sundhedsvæsenet ofte ligger langt fra det, vi kender til i trygge Danmark.

"I mit hjemland går man hen til det sted, hvor lægen bor. Så venter man, indtil han har tid til at se en. Hvis han ikke har tid den dag, så kommer man igen dagen efter," fortæller en sprogskoleelev.

Til en snak om håndkøbsmedicin versus receptpligtig medicin supplerer en anden: "Hvis jeg har penge nok, kan jeg få medicin på apoteket. Lægen behøver ikke at lave en recept for at få antibiotika, men ingen penge, ingen medicin".

Så forskellige baggrunde giver grobund for misforståelser i læge-patientforholdet. Det virker som en oplagt del af forklaringen på, hvorfor etniske minoriteter er mindre tilfredse med det danske sundhedsvæsen.

Manglende information, sproglige vanskeligheder, kulturelle forskelle og anden sygdoms- og sundhedsopfattelse er noget af det, der skaber barrierer:

"Min læge tager sig ikke ordentlig tid til mig, når jeg er hos ham, og han vil ikke give mig antibiotika, hvis jeg har ondt i halsen," sagde en elev, da jeg sidst var ude at undervise, hvortil min medkursist sagde, at familielægen i Danmark ofte kun har ti minutter per konsultation, og at de fleste halsinfektioner skyldes virus, som man ikke kan behandle med antibiotika. "Er det rigtigt?" spurgte eleven overrasket.

I Sund Start forsøger vi at nedbryde barriererne, før misforståelserne opstår. Vi spreder information og tager dialogen på begge sider af bordet. Det gør vi, når vi underviser sprogskoleeleverne, men også når vi videregiver deres beretninger til vores kolleger på hospitalerne og i almen praksis. Med andre ord: Vi er med til at bygge bro og til at skabe den fælles

forståelse, der er afgørende for at få patienten med på planen. Christian Busch, hospitalspræst på Rigshospitalet, siger, at man i dag skal gøre sig fortjent til en patients autoritet, og at man kun ved at interessere sig for et andet menneskes liv, kan man vinde dets tillid og dermed dets autoritet.

Frivilligt og meningsfuldt arbejde

Manglende ressourcer medfører dårlig sundhed. Paradokset med, at det oftest er dem, der har mest brug for en lægelig indsats, som har sværest ved at bruge systemet, eksisterer stadig. I Sund Start har vi fundet noget, der ser ud til at virke. Det kan ikke stå alene, men det er en start - en sund start.

"I var gode til at fortælle om sundhedsvæsenet, og vi fik tid til at stille spørgsmål. Vi havde arbejdet med emnet "det danske sundhedsvæsen" inden I kom, hvilket hjalp til, at vi forstod mere. Nogle kursister forstod 90 %, andre 70 %, fordi det er forskelligt, hvor længe vi har gået i sprogskole". Sådan lyder dele af en evaluering fra et to-timers kursus med 24 deltagere ved Center for Dansk og Integration i Køge.

Undervisningen blev afholdt i marts måned, kort efter genåbning af samfundet. I tillæg til sprogskoleelevernes evalueringer peger dansk forskning inden for området på, at netop undervisning om sundhedsvæsenet på sprogskoler medfører mere hensigtsmæssig brug af sundhedsydelser og færre ikke-relevante 112-opkald.

Sund Start er et frivilligt arbejde, hvor man lærer at forstå andre mennesker og deres baggrund. Samtidig får man trænet sine kommunikations- og undervisningsevner. Som kommende praktiserende læge ser jeg arbejdet som en god mulighed for at møde patienter på deres hjemmebane. Det er et sted, hvor der er mere tid og mindre sygdom - et sted, der er optimalt for meningsfuld sundhedsfremme.

Vi er altid to undervisere. Første gang man er afsted, er det sammen med en erfaren hovedunderviser. Den sidste, som jeg havde med som "føl" var min svigerfars datter. Vi griner med deltagerne, når de siger "balamast" i stedet for blomst. Og vi bygger en bro af forståelse til de mennesker, som vi møder hver dag i klinikken. Alt sammen med det samme formål - at reducere ulighed i sundhed. //

Hvad er Sund Start?

- Organiseret som interessegruppe under Dansk Selskab for Indvandrersundhed.
- Tilbyder undervisning til sprogskoleelever om det danske sundhedsvæsen.
- Siden efteråret 21' har vi undervist knap 300 kursister fordelt på sprogskoler over hele Sjælland.

Vil du være med?

- Vær med til at reducere ulighed i sundhed for en vigtig patientgruppe.
- Træn dine evner i kommunikation, sundhedsfremme- og undervisning.
- Mød nogle glade, taknemmelige mennesker og få en forståelse for deres baggrund.
- Erfaring fra almen praksis er en fordel.

Følg med på:

Facebookgruppe: <https://www.facebook.com/groups/849203488538688>
Hjemmeside: <https://indvandrersundhed.dk/>



FYAM-KLUMMEN

"Jeg vil søge mine kundskaber fremdeles udvidede"

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

Jeg elsker bredden ved almen medicin – at få lov at se og behandle ung som gammel med et hav af forskellige problemstillinger. Og det kan godt gøre ovenstående løfte rimeligt omsigribende.

Som jeg har oplevet det, er der virkelig mange bolde at jonglere for blot at få en almindelig dag til at hænge sammen i mange almen praksis. Får man også læst op på hver ny retningslinje og guideline? Og endnu mere tidskrævende, men af stor vigtighed: Lykkes det også at få den nye bedste praksis implementeret over hele linjen i praksis?

Ofte er der mange inde over én patient-types vej i almen praksis, lige fra visitationen i telefonen (måske af én medarbejder) til forundersøgelse eller laboratorieprøver (måske af en anden medarbejder) og til lægens møde med patienten. Nogle arbejdsopgaver kan være fuldt uddelegeret med det medfølgende ansvar at sikre, at perso-

nalet er opdateret. Det gør kompleksiteten og opgaven endnu større, når det viser sig, at der nu er ny viden om, hvordan vi bedst muligt håndterer og behandler en type patient. Så skal alle led i kæden korrigeres. Alle skal ikke bare undervises, men også forstå og ændre praksis. Noget var blevet faste rutiner, som bare lige kørte så godt. Og der kan forståeligt nok lyde høje suk, når dét, der "lige kørte så godt", må revideres.

I FYAM har vi været i dialog med Netværk for Viden og Kompetencer i Almen Praksis (VID), som er et nyere nationalt initiativ, som har til formål at samle, omsætte og implementere viden og værktøjer til kvalitetsudvikling i almen praksis. VID skal således skabe netværk i og omkring almen praksis, forsknings- og kvalitetsenheder og almenmedicinske faglige or-



ganisationer og selskaber for at gøre vejen fra ny viden eller nye 'best practice' kortere ud til den enkelte klinik.

Jeg er spændt på at følge det arbejde. Og jeg er glad for, at de også tager FYAM's tanker og forslag i betragtning. For – som jeg ser det – kan vi som uddannelseslæger være aktivt med og give en hjælpende hånd i det lidt svære led at få ny viden helt ud at leve i praksis.

I det øjeblik, hvor vi som nybagte læger forlader medicinstudiet (ofte endda inden), er en del af vores viden allerede forældet. Hvor og hvordan jeg mest effektivt søger min viden om netop det almenmedicinske opdateret, ser jeg som vigtigt at få mig selv lært under min speciallægeuddannelse, inden min hjerne også skal brydes med at fikse dagens telefonnedbrud, MUS og indkøb af nyt hæve-sænkebord. Og måske er det endnu mere vigtigt, at jeg ved, hvordan jeg får kanaliseret den nye bedste viden ud fra min egen grå cortex og omstillet arbejdsgange og rutiner hos det personale, jeg omgiver mig med under de forudsætninger og faciliteter, vi nu engang har i den aktuelle praksis. Som uddannelseslæger har vi mulighed for at stille os selv den udfordring i hver



En række arbejdsgrupper er i gang med at lave nye eller opdatere vejledninger fra DSAM. På dsam.dk findes en oversigt over nuværende og kommende vejledninger. Foto: Lotte Lykke Larsen.

ny almen praksis, vi kommer forbi på vores uddannelsesvej. Det vil både ruste og uddanne os og – i mine øjne – være et aktiv for hver en praksis, vi arbejder i.

Der er absolut mange gode kilder til og måder at holde sig selv og sit team opdateret. Jeg er heldig at være med i den arbejdsgruppe, der lige nu arbejder på at opdatere DSAM's vejledning om diagnostik og behandling af luftvejsinfektioner i almen praksis. Det er et spændende arbejde. Arbejdsgrupperne omkring DSAM's vejledninger har gjort benarbejdet med ny litteratursøgning, som man ikke lige kaster sig over i dagligdagen, grundi-

ge overvejelser om evidensen og om tyngden af det, og dygtige praktiserende læger er med til at sørge for, at indholdet er enormt praksisrelevant. Og der er en række opdateringer og nye vejledninger på vej.

Uden at det skal blive for meget "ananas i egen juice", kan disse (vore egne) vejledninger og FAQta-ark være et udmærket sted at starte, hvis man på sikker og effektiv vis vil have fagligt solid og praksisrelevant vejledning. Under læsningen falder man måske over en ting eller to, som kan optimeres i egen praksis – eller måske skal uddannelseslægen have denne udfordring? //



Tankemylder i auditoriet

Nu er det blevet september. Det betyder, at flere hold af helt nye medicinstuderende bliver budt velkommen rundt omkring på Danmarks universiteter. De slap igennem nåleøjet. De er lettede, og de er spændte på deres nye tilværelse. Nu begynder det hårde arbejde. Har de nogen idé om, hvad de har i vente?

Det er første dag på kandidatstudiet. Jeg sidder i auditoriet med min nye årgang, hvor studie- og trivselsvejledningen netop har præsenteret os for resultatet af studiemiljøundersøgelsen (SMU) 2021.

Disse tal gør mig modløs på både egne og mine medstuderendes vegne. Hvorfor føler så mange studerende sig

ensomme og stressede? Øget ensomhed under coronapandemiens lockdown skyldes muligvis, at alle sad alene derhjemme foran Zoom, men presset under studiet er det samme. Vi skal præstere hver anden måned udelukkende med vores hukommelse som udstyr.

Fremdriftsreformen og førsteårsprøven gør, at vi har begrænset tid til at

fuldføre, og mange har jobs ved siden af studiet, så de har et eftertragtet CV, når de skal vælge speciale. Vi kæmper bravt for fremtiden i øjeblikket og mod de forventninger, der er til os. Vi ved, at det er vigtigt for os at blive gode læger, for patienterne har stor tiltro til, at vi kan hjælpe dem, og det er en forventning, vi prøver at leve op til, og det er et stort ansvar at bære. Man kan nemt ende med at blive så overvældet af presset og forventningerne, at man glemmer at stoppe op og trække vejret.

Så hvad kan der gøres? Syddansk Universitet (SDU) har lavet en handlingsplan, der indebærer læsegruppeltiltag, men det er ikke en opgave, som SDU kan løfte alene. Vi er mange i samme båd, og vi kan alle være med til at bidrage til et positivt og produktivt miljø, som føles godt at være i.

Hvis vi sænker forventningerne til os selv, fokuserer på én eksamen ad gangen, lytter til vores krop og på den måde passer på os selv, så tror jeg, det kan gøre en forskel. Jeg prøver selv at finde en balance mellem, hvornår jeg føler, jeg har gjort en god indsats med læsningen, og hvornår jeg føler, der er pauser fyldt med glædelige stunder. Jeg håber, at du, der læser med, bliver inspireret af mine ideer til at prioritere og pleje dine relationer, at få fornyet selvvindst og at udføre sjove aktiviteter ved siden af studiet. //

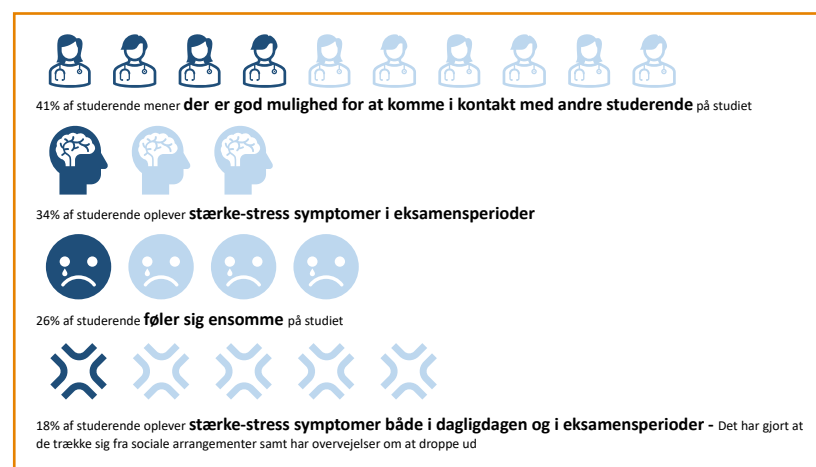


Illustration lavet af forfatteren på baggrund af resultater fra Studiemiljøundersøgelsen 2021.



TANKER FRA STOLEN:

En løftet pegefinger

Jeg holder ferie, mens jeg skriver denne klumme. Der er mange stunder, hvor jeg reflekterer over mit virke som praktiserende læge: Når jeg nyder en smøg efter frokost (... Gud! Må man det som læge!?) eller får en kartoffelmad med rigelig ægte mayonnaise (... Det må man vist heller ikke!?) eller drikker den 4. kolde øl i solen (... Suk!).

Der er masser af lejligheder til at få dårlig samvittighed: Jeg ryger, drikker mere alkohol end Sundhedsstyrelsen anbefaler, spiser for fedt, udskyder motion og har lukket klinikken. Men jeg gider ikke at have dårlig samvittighed!

På badebroen mødes vi i ferielandet, når det er hedt eller til morgenbadning: tykke, tynde, unge, gamle. De fleste smider tøjet – fribader – uden at skamme sig over ar, deller eller rynket hud. Det er befriende at mærke det kølende vand på hele sin hud og accepten – anerkendelsen – af at være dem, vi er.

Sådan burde det være også i hverdagen, på arbejdet, de sociale medier og i jobcentret!

I min praksis taler jeg – som alle familielæger(?) – med mennesker med angst, tristhed, stress, arbejdsløshed, overvægt, misbrug. De har næsten altid et lavt selvværd.

Mange mennesker har den opfattelse, at det perfekte er normen, og de oplever derfor nederlag på nederlag. "Når man gør sit bedste, og det ikke er godt nok..." Det perfekte er det godes værste fjende!

Vi mødes med krav om at gøre det bedre: af kæresten, på arbejdet, i jobcentret – eller hos lægen. Den løftede pegefinger er en påmindelse om, at du ikke er god nok, som du er. Det er ikke lige det, du trænger til, hvis du er nede og sårbar.

Det er dem med få ressourcer, vi i almen praksis forventes at give mest! Den løftede pegefinger har – efter min bedste vurdering – aldrig hjulpet nogen til

et bedre liv og styrker bestemt ikke nogens mestringsevne.

Ros er ikke nødvendigvis bedre. Ros gives jo fra en ophøjet position. Anerkendelse er som udgangspunkt ligeværdigt. Det kræver omtanke at give anerkendelse, så mennesket vokser frem for at bekræftes i deres usikkerhed og mindreværd.

Jeg prøver i min daglige praksis at undgå den løftede pegefinger. Jeg gør det sikkert ikke godt nok! Men hvis jeg gør mit bedste og øver mig, er der et håb for, at jeg lykkes en gang imellem. Det bliver aldrig perfekt. Det må jeg leve med – og helst uden dårlig samvittighed! //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk





L
ÆG
E N S
B O G S
T A V E R

Afviste henvisninger – igen, igen

Berit Enggaard Kaae er sololæge på Vesterbro. Hun underviser kommende kolleger på Københavns Universitet og er kursusarrangør for både læger og personale i praksis. Berit er en erfaren debattør af emner, som vedrører almen praksis, og så er hun videnskabelig redaktør på Ugeskrift for Læger og Danish Medical Journal.



Af og til kan jeg næsten blive træt af at høre mig selv tale og skrive om de samme emner. Og afviste henvisninger er et af dem. Men det er nødvendigt at bringe dette emne op – og råbe højt om det, når det bringes op. For problemet er stort og alvorligt.

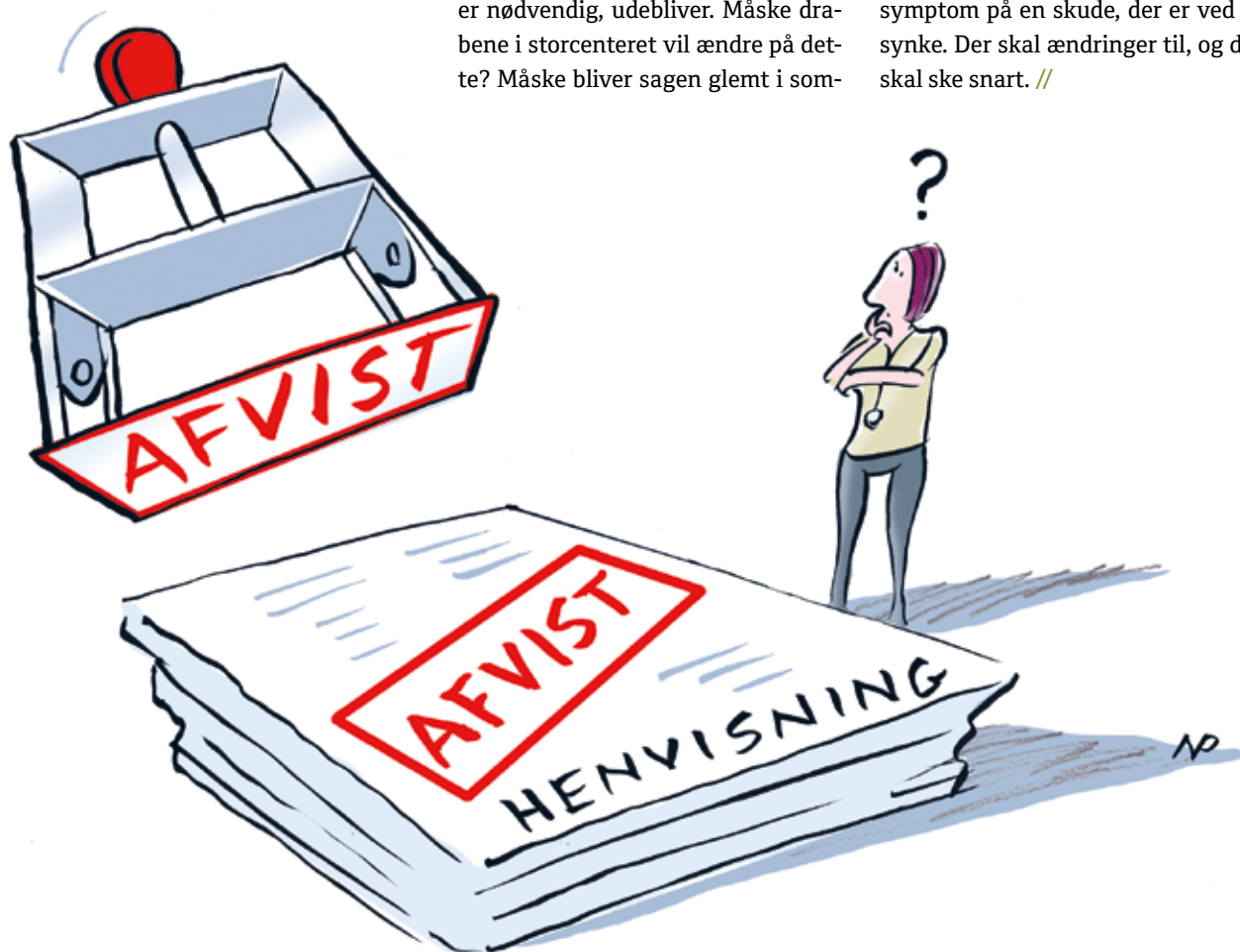
For nylig blev jeg interviewet af DR, i forbindelse med at de havde fokus på afviste henvisninger i psykiatrien – desværre afledt af den frygtelige hændelse i Fields. Jeg havde henvendt mig til dem for halvandet år siden om emnet, men først nu, hvor der var ”lig på bordet”, fandt de emnet interessant. Og det er interessant, ja nærmest skræmmende interessant. 25 pct. af henvisningerne fra almen praksis til psykiatrien bliver afvist. Årsagerne kender I, mine kolleger, mindst lige så godt som jeg. Patienten var ikke syg nok, var alt for syg, var ikke syg på den rette måde, havde misbrug af alkohol/stoffer, havde gang i en sag i kommunen, osv. Vi ved godt, hvad Fandens oldemor døde af, men det lader ikke til at visitatorerne udvikler sig til Fandens oldemor lige med det samme. De løber bestemt ikke tør for (dårlige) undskyldninger. Der er ingen tvivl om, at vores henvisninger af og til kunne være formuleret bedre, og at vi af og

til misforstår, hvilke patienter der er egnede til psykiatrien. Men oftest henviser vi jo ikke, fordi vi er dovne eller uduelige slamberter, men fordi vi ikke længere kan håndtere vores patienter selv. Mellemløbet mellem os og hospitalspsykiatrien, nemlig de praktiserende speciallæger, er ofte ikke en brugbar løsning. Fordi ventetiden er alt for lang – op til 20 mdr. i visse dele af landet, og fordi vores praktiserende psykiaterkolleger heller ikke magter de komplicerede patienter, hvis de endelig har tid. Hvorfor tales der så lidt om poly-psykofarmaci? Og hvorfor er multipsykisk syge ikke et issue? Og hvorfor er der så få instanser, der kan håndtere disse komplekse patienter, som ovenikøbet også kæmper med massive sociale udfordringer og misbrugsproblematikker? De psykiatere, jeg kender, er dygtige, arbejdsomme læger med hjertet det rette sted. Det er jo ikke, fordi DE er dovne eller uduelige slamberter, at de ikke tager imod vores patienter. Årsagen skal nok nærmere findes i manglende ressourcer. Det synes, som om psykiatrien er et skib, der er ved at synke. Der holdes

Problemet er stort
og alvorligt.

skåltaler, uddeles puljemidler og bliver arbejdet på 10-årsplaner i et væk. Men den helt gennemgribende omkalfatring af den lækkede skude, som er nødvendig, udebliver. Måske drabene i storcenteret vil ændre på dette? Måske bliver sagen glemt i som-

mervarmen og begyndende valgkuller? Det er derfor vigtigt, at vi som patienternes advokater råber højt igen og igen. De afviste henvisninger er et symptom på en skude, der er ved at synke. Der skal ændringer til, og det skal ske snart. //



LÆGEDAGE

14. – 18. NOVEMBER

2022

**Tilmelding til Lægedage
lukker tirsdag den
1. november kl. 12.00**



**Vi glæder os
til at se dig!**

www.lægedage.dk