

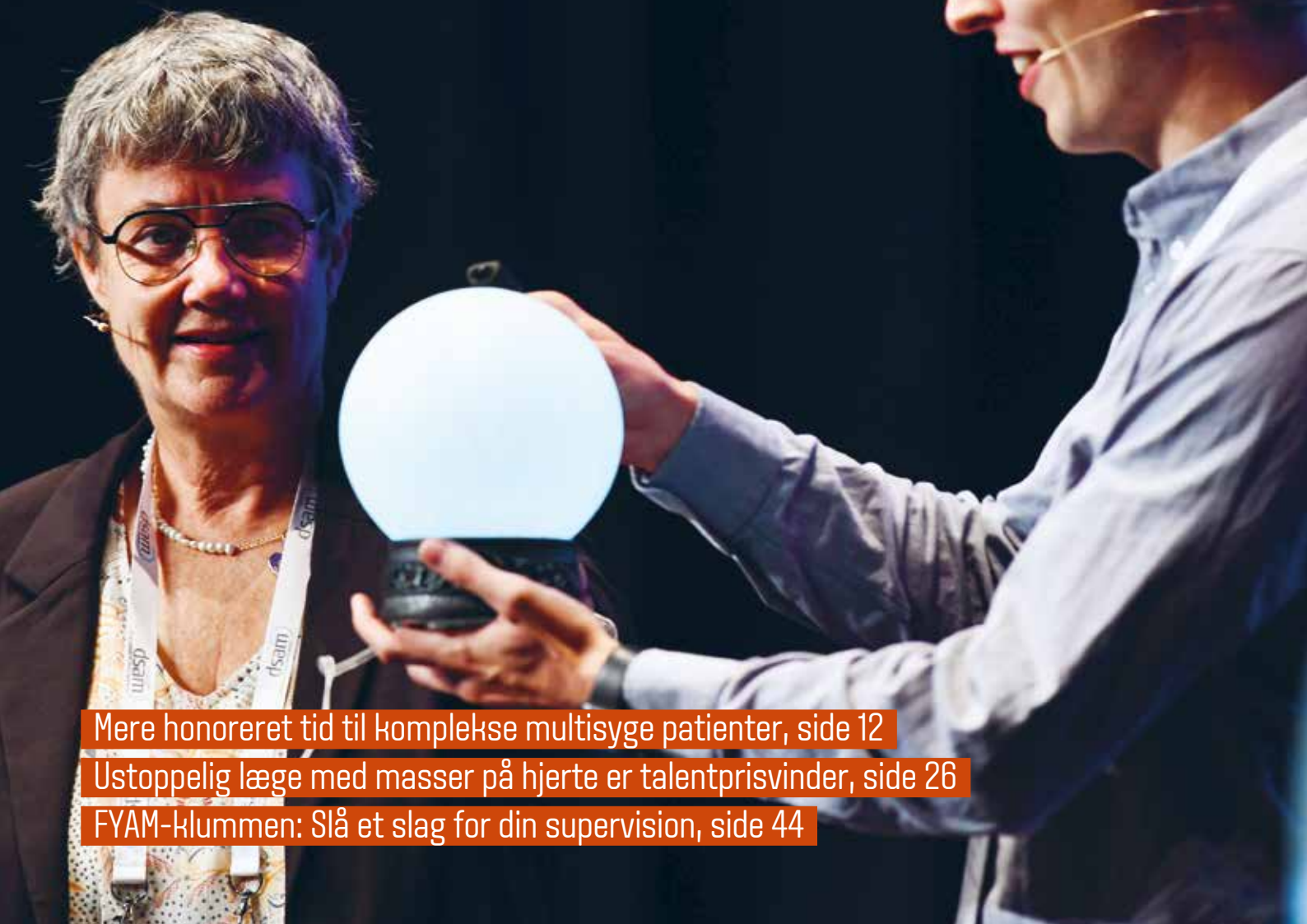
Practicus

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



November 2022
45. årgang // 262

FOKUS PÅ DSAM'S ÅRSMØDE OG NYT TIL BL.A. PSYKISK SYGE



Mere honoreret tid til komplekse multisyge patienter, side 12

Ustoppelig læge med masser på hjerte er talentprisvinder, side 26

FYAM-kolumnen: Slå et slag for din supervision, side 44

INDHOLD



// s. 14

LEDER

- 3 Det sunde valg

DSAM

- 4 Den almenmedicinske pejlevogn er på vej
5 Bæredygtighed og almen praksis
6 Nye ansigter i bestyrelsen
9 Ny lægefaglig konsulent i DSAM's sekretariat

ARTIKLER

- 7 Mellem pandemien og storkrig i Ukraine
10 Sundhedstjek til borgere på botilbud
12 Mere honoreret tid til komplekse multisyge patienter...
14 Faste læger på psykiatriske botilbud i Københavns Kommune
17 Fokus på patienter med psykisk sygdom – et kvalitetsprojekt
20 Er almenmedicinere fremtidens rockstjerner?
24 Reportage fra DSAM's årsmøde 2022
26 Ustoppelig læge med masser på hjerte er talentprisvinder
29 Hvem er i særlig risiko efter indlæggelse for lungebetændelse?
30 Ph.d.-cup 2022
32 Velbesøgt medlemsmøde om professionsetik
35 Hypertension i almen praksis – fortælling fra en workshop på NK22

- 37 Forskere hædret på Nordisk Kongres 2022
38 NK22: On the edge – landing in the digital future
40 Hjerter-kar-sygdom og type 2-diabetes: Kan vi individualisere

FYAM

- 42 European Young Family Doctors' Movement (VdGM)
44 Slå et slag for din supervision

SAMS

- 47 Fra klinikassistent til speciallæge i almen medicin

DEBAT

- 48 Hvem skal have mindre, for at andre kan få mere?
49 Tanker om trivsel

ANMELDELSE

- 50 Det skrøbelige menneskeliv af Juhl og Vesterdal

OPSLAG

- 45 WONCA-E 2023, POD 2023, NK 2024
52 Practicus Podcast møder Søren Brostrøm



**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. 263
Udgivelsesuge: 52

Nr. 264
Frist for artikler: 9. januar 2023
Udgivelsesuge: 10

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

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

FORSIDEFOTO
Palle Peter Shov

OPLAG
4.900

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

Det sunde valg

Sundhed var det store tema for folketingsvalget. I skrivende stund er der under en uge til valget. Flere medier peger på sundhedsområdet som det vigtigste tema for vælgerne denne gang. Efter et par år med pandemi, krig og energikrise er det opløftende at se, at det danske sundhedsvæsen nu får så stor opmærksomhed. Det var på tide. Det skal vi udnytte.

Historier om mangel på varme hænder og sygeplejerskernes flugt fra hospitalerne peger på et sygehusvæsen på vej mod kollaps. Lukning af sengepladser og operationsstuer skaber overbelægning og forlænger ventetiderne. Det presser også en stigende strøm af patienter med nye behandlingsbehov ud i den i forvejen hårdt pressede primærsektor. Hvordan forholder de forskellige politiske partier sig til problemerne?

Langt de fleste partier mener, at der skal prioriteres flere midler til bedre løn- og ansættelsesforhold for udvalgte personalegrupper. Men forslagene til, hvor pengene skal komme fra, spænder vidt: skattelettelse, øget formuebeskatning og afbureaukratisering. Er det realistisk at gennemføre? Måske. Løser det problemerne? Nok ikke. Det er altid rart med en højere løn til at betale for de stigende udgifter til mad, gas og el. Men hvordan forebygger det stress, udbrændthed og personaleflugt? Forhåbentlig ved at tiltrække flere hænder.

Det skal gøres mere attraktivt at arbejde i sundhedsvæsenet, hvis vi skal have flere hænder. Det kan vi vist godt blive enige om. Moderaterne var de første, der kom med et bud på en akutpakke til at bremse blødningen. Kort ef-

ter fulgte S og V med deres bud. Fælles for dem alle er, at de foreslår fastholdelsestillæg og generelle lønløft til sundhedspersonalet i sekundærsektoren.

S, V og DF vil have flere uddannet inden for sundhedsfagene. De vil også have flere praktiserende læger i alle dele af landet. Fint.

De Konservative og LA vil nedbringe bureaukratiet og bruge færre penge på administration, mens Moderaterne helt vil afskaffe regionerne. Spændende. Flere peger på ét fælles IT-system for hospitalerne i hele landet. Good luck!

Resultaterne fra det "grønne" folketingsvalg i 2019 blev desværre overskygget af covid-19 og krig – trods gode ambitioner for vores fælles fremtid. Det "sunde" valg i 2022 bliver afgørende for vores fælles sundhed i mange år frem. Jeg håber, at valgløfterne om at "redde" det blødende sundhedsvæsen rent faktisk udmønter sig i reelle forandringer. Det er der brug for. //



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:

Den almenmedicinske pejlevogn er på vej

I DSAM er vi glade for vores medlemmer. Vi gør en del ud af at kommunikere til jer på forskellige medieplatforme. Vi gør f.eks. tit opmærksom på selskabets kerneprodukter i vores nyhedsbreve. I er altid de første til at få at vide, når et nyt redskabsark, en ny vejledning eller et nyt FaQta-ark er på trapperne. Det er vigtige sager, som alle praktiserende læger modtager med posten.

Vi er også ret glade for dem, som ikke har meldt sig ind endnu. Måske ved de ikke, om de er medlem. Vi ved, at nogle tror, de automatisk bliver det, når de melder sig ind i Lægeforeningen. Sådan forholder det sig desværre ikke. Vi har derfor besluttet os for at hjælpe kommende medlemmer af med uvisheden. Ingen skal frygte at være sortseer, når den almenmedicinske pejlevogn ruller forbi.

Det gør den f.eks. på Lægedage. Her vil DSAM have en stand og konkurrence til de nye, der melder sig ind. Det er nok nærmere en hyggelig, sludrevorn pejlevogn, hvor vi kan få en god, rekrutterende snak om DSAM's indsatsområder og interessevaretagelse. For eksempel lægefaglig dømmekraft. Almenmedicinske pejlemærker. Ethiske principper. Så kender du et

ikke-medlem, så bugser dem forbi standen. Sig, vi har chokolade, kaffe og faglighed. I pausen kan du hvile benene på Lægetorvets bløde sofa eller gå på slikmarch.

Kedelige tal og aktive folk

Et stærkt selskab har en høj medlems-tilslutning, aktiv valgdeltagelse samt en efterspørgsel på selskabets holdninger og viden. Her går det både rigtig godt og så nogenlunde.

"Det er da noget lort, ikke også?"

I år valgte færre medlemmer f.eks. at bruge deres stemme ved valget sammenlignet med sidste år. Måske fik vi ikke kommunikeret nok om vigtigheden af at stemme. Måske er det tid til, at de enkelte kandidater selv skal lave en mere aktiv valgkampagne. Det tager vi med i overvejelserne næste år. Til trods for de kedelige tal er der stor interesse for bestyrelsesarbejdet, og tre nye aktive folk har sat sig ved bestyrelsesbordet.

Det er da noget lort

Et solidt selskab er også repræsenteret i pressen. Bestyrelsen er presse-trænet. Formanden performer med skarpe input hver uge. Et smukt eksempel på dette er, da TV2 ØST brugte formandens citat til overskriften i en artikel om, hvordan lægeattester og psykologerklæringer bliver brugt lemfældigt i jobcentrene. "Det er da noget lort, ikke også? Så er det jo tilfældigt, hvilket forløb man får, og det bidrager til utrygheden hos borgeren." Der er intet så forfriskende som, når en spade bliver kaldt for en spade.

Årsmødet var velbesøgt, og interessen er altid høj. Cirka 360 medlemmer tjekkede ind på Comwell i Kolding. Sundhedsfaglige kanoner som Søren Brostrøm og Camilla Rathcke takkede ja til at være hhv. keynote speaker og festtaler. Tweets og opslag blev lagt på SoMe, og senere om aftenen blev der uddelt talentpris.

Et stærkt selskab sender klare signaler til omverdenen om, at vi sætter den almenmedicinske dagsorden højt over for myndigheder, pressen og øvrige interessenter – alt sammen støttet af medlemmer til gavn for sammenhængskraften og den faglige identitet. //



BESTYRELSENS KLUMME:

Bæredygtighed og almen praksis

Vi er bæredygtige. Almen praksis har bæredygtigt potentiale i måden, vi er organiseret på og arbejder på. Men det kan udvikles og måske inspirere andre dele af sundhedsvæsenet – og styrke os selv.

DSAM vil i det kommende år begynde at arbejde på en bæredygtighedspolitik. Hvorfor og hvordan kan vi tænke bæredygtighed i en verden, hvor vi bombarderes af medier, mails, meddelelser? Hvor krig i Ukraine har afløst krigen mod covid, hvor verdenshavene stiger, migranter migrerer, og hvor opgaveglidning, omkalfatring, faglige krav og retningslinjer, bundlinjer og tiltagende livsangst og mistrivsel hos unge fylder tiltagende i et verdensbillede, vi har sat os selv til at være medikus i? Løber verden så stærkt, at vi kun har tid og overskud til at tænke på os selv

og vores egen lille klinik; til at lukke os om os selv?

Svaret skal ikke være endnu en opgave, vi skal klare i praksis. Det skal tværtimod komme ved at sætte fokus på det, vi kan og gør i forvejen, og udvikle det.

Nærheden, det personorienterede og blikket for konsultationsprocessen er essentielle styrker og kan være vores svar på en verden i krise, hvor alle løber for stærkt – også os selv. Det relationelle og nære kan være et rationelt svar på en verden amok.

Vi har i almen praksis en måde at arbejde på, der er bæredygtig og billig. Vi løser problemstillinger på lavest mulige niveau i en personcentreret kontekst, hvor det er patienten, der er i fokus og sætter dagsordenen – ikke systemets VIP (Vejledninger Instruktør Programmer). Det personcentrerede blik og den situationsorienterede etik kan – sammen med udvikling af den faglige dømmekraft som lægens

vigtigste arbejdsredskab – vise en rationalitet, der måske også kan vise en vej frem for det tilsandede sygehusvæsen.

Ved at styrke og udvikle vores faglighed og vores faglige fællesskaber og netværk kan vi arbejde mod endnu mere bæredygtighed, så vi tilgodeser klima, ulighed, den trængende, samfundsøkonomien – og ikke mindst os selv, så vi ikke brænder ud, men fortsat kan udfylde rollen som det sted, hvor enhver borger kan henvende sig frit med netop den bekymring eller skavank, der plager. Det er bæredygtigt for patienten, samfundet og os selv. Nøgleord skal være lokalitet, netværk, dømmekraft, klima, ulighed og rationel klinik. Hvis du har flere, så sig det til os. //

Det relationelle og nære
kan være et rationelt
svar på en verden amok.



Nye ansigter i bestyrelsen

DSAM's bestyrelse har fået tre nye medlemmer, og Practicus har spurgt dem, hvorfor de stillede op til DSAM-valget, samt hvilke mærkesager de brænder for. Læs om de fine ønsker og hensigter for bestyrelsesarbejdet.



MERETE HANSEN
(valgt af repræsentantskabet)

Jeg vil gerne bidrage til, at alle praktiserende læger får mere viden om, hvilken stor opgave DSAM løser for os alle. Derudover ønsker jeg at deltage i det internationale samarbejde, så vi kan lære, hvordan andre lande driver almen praksis, f.eks. hvordan deres samarbejde med myndighederne er. Hvilke krav de er udsat for. Så kan vi være klædt på til at imødekomme eller forsøge at påvirke de forslag, vi mødes med i Danmark. Jeg vil bruge tid med kloge, engagerede kolleger med sigte på at udvikle vores fag og forhåbentlig få mere energi til at klare hverdagen i vandkantsområdet.



ANDERS ELKÆR JENSEN,
FYAM-medlem (valgt af repræsentantskabet)

Som FYAM-medlem får jeg mulighed for at være med i diskussionerne om, hvordan DSAM skal forme vores fag. Vi har flere dygtige og engagerede kollegaer, som gerne vil give deres indspark, så det her var en af de gange, hvor man skal gå gennem den åbne dør, før den lukker sig igen. Men en smule romantisk og idealistisk drøm om den gammeldags familielæge vil jeg forsøge at påvirke fremtidens almen praksis i retning mod de utopiske Morten Korch'ske tilstande.

Vores fag skal bygge på den nyeste forskning og de bedste behandlinger for vores patienter, men vores hverdag i almen praksis skal forenkles, så der bliver mere fleksibilitet og større arbejdsglæde for den enkelte læge. Vi kommer til at overtage flere opgaver i primærsektoren fremover, så det er vigtigt, at vi får prioriteret korrekt og brugt vores lægelige ressourcer, hvor det er vigtigst.

Gennem vores forskning og viden om dagligdagen i praksis kan DSAM sammen med PLO være med til at tilpasse retningslinjer, så patienterne

får den optimale behandling med de ressourcer, der er til rådighed.



JON EIK ZWISLER,
udpeget af DSAM Syddanmark

Jeg har været engageret gennem en del år i først FYAM og senere DSAM. For mig er det vigtigt, at der er opbakning til at holde fagligheden som almenmedicin og praktiserende læge i fokus for arbejdet i bestyrelsen. Der er brug for mange engagerede mennesker i selskabet, og nu var det min tur.

Jeg brænder for almen medicin generelt. Der er mange og vigtige områder. Kvaliteten i arbejdet og hvordan den optimeres både i egen praksis og gennem organisatorisk samarbejde i kommuner, klynger og andre relevante fora. Uddannelse, det være sig både før, under og efter – prægraduat, speciallægeuddannelse, videre- og efteruddannelse. Hvordan får vi de rigtige læger til at vælge almen medicin og fastholde nysgerrigheden og trivslen i faget. Forskningen i faget og viljen til udvikling, men også ændring, når det er optimalt. Fastholdelse af den høje faglige standard, også når den ikke er det letteste valg. //



Mellem pandemien og storkrig i Ukraine

Temaer fra EQuIP's repræsentantmøde i Zagreb 22.-24. september.

EQuIP holder hvert efterår repræsentantmøde i Zagreb, Kroatien. Mødet afholdes normalt på det almenmedicinske institut. Men pga. sammenstyrtningsrisiko i den gamle bygning efter jordskælvet i 2021, var mødet i år flyttet til instituttet for hjerneforskning.

De to hovedtemaer på det tre dage lange møde var PRIKOV-19-studiet, der undersøger og beskriver, hvorledes almen praksis i de europæiske lande blev påvirket af coronapandemien, og hvorledes almen praksis i Ukraine fungerer under krigen.

Den rullende klinik

Ukraine er først for nylig blevet medlem af EQuIP og er repræsenteret af Albina Zharkova, der er almenmediciner og arbejder på en klinik, der er installeret i et tog, der kører bag den ukrainsk-russiske front og betjener befolkningen

der. Dette kan lade sig gøre, fordi at Ukraine har et vidt differentieret jernbanenet. Det belgiske sundhedsvæsen og andre europæiske lande har doneret projektet. Albina fortalte medrivende om sit arbejde i den togkørende lægeklinik.

Toget indeholder en almenmedicinsk klinik, en lille operationsstue og sengevoogne, hvor de syge kan anbringes



På arbejde i den togkørende lægeklinik tæt på fronten i Ukraine. Foto: privat.

Toget indeholder en almenmedicinsk
klinik, en lille operationsstue og
sengevoogne...



Den rullende lægeklinik kører fra øst til vest i Ukraine og modtager patienter til indlæggelse på hospitalet i Lviv. På billedet yderste til højre ses Albina Zharkova siddende ved bordet. Fotos: privat.

og køre med til eventuel hospitalsindlæggelse. Klinikken har de fleste almindelige lægemidler.

Det stopper i byerne bag fronten og sender social- og sundhedsuddannet personale ud i landsbyerne. Således at de kan hente patienter til toget, som ikke selv magter at transportere sig. Her kan de få primær lægehjælp og eventuelt bringes videre til hospitalsbehandling. På den måde får de små og større byer bag fronten adgang til primær lægehjælp. Dette er vigtigt, da der kun er meget få læger tilbage i de krigshærgede områder. Langt de fleste er flygtet vestpå.

De fleste fungerende hospitaler ligger i Lviv. Helt vestpå i Ukraine. Derfor skal de mere behandlingskrævende patienter transporteres hertil med tog for at blive behandlet. Dette har vist sig at give et uforudset problem. Mange ukrainere fra de østlige provinser nærer en indgroet frygt for vestukrainere. Så når sygetransporttoget har nærmet sig Lviv, har personalet været ude for, at patienterne desperat har villet springe af toget, fordi de er bange for at blive tæsket af vestukrainerne. Om det er russisk propaganda eller gammel overtro, der er skyld i det, vides ikke.

Den store mobile klinik er til stor gavn for befolkningen i krigszonen, da den til en hver tid kan dirigeres hen, hvor der er mest brug for almenmedicinsk behandling.

PRIKOV-19-studiet

EQuIP har initieret en videnskabelig undersøgelse af, hvorledes almenpraksis i Europa blev påvirket af coronapandemien. I alt 38 europæiske lande deltager, heriblandt Danmark. Studiet giver et broget billede af, hvordan almenpraksis har fungeret i de enkelte lande under pandemien, og hvordan det har påvirket muligheden for at behandle patienterne. Studiets resultater vil blive offentliggjort i den kommende tid. Men nogle overordnede konklusioner kan godt refereres her.

Sendrægtige regeringer

Det har været et generelt problem, at de europæiske regeringer har været dårlige til at formulere retningslinjer for, hvorledes man skulle agere i almenpraksis under pandemien. Generelt har der ikke været nogen stor forståelse for de specielle udfordringer, som almenpraksis har haft. Derfor har det været mere reglen end undtagelsen, at retningslinjer for primærsektoren først er udformet ret sent i forløbet, hvilket har skabt store problemer for almenpraksis, patienter og personale.

Omvendt har det vist sig, når problemerne virkelig bankede på, at mange europæiske regeringer har været særdeles handlekraftige og har på kort tid indført økonomiske hjælpepakker til almenpraksis, så klinikkerne ikke

bukkede under økonomisk. Dette var f.eks. et problem i Irland, hvor halvdelen af lægernes indtægt er privatbetaling fra patienterne – en indtægt, der faldt bort under pandemien. Her greb regeringen hurtigt ind og understøttede klinikkernes økonomi.

Specialiseret primærsektor har været udfordret

Generelt har det vist sig, at i de lande, der har en veludbygget almenpraksis, har primærsektoren været mest robust, og her har man kunnet behandle patienterne på trods af pandemien. Mens lande med et mere specialtorienteret primært sundhedsvæsen har haft store problemer med at tilpasse sig arbejdsforholdene under pandemien, hvilket har kostet unødige sygdomstilfælde og dødsfald blandt både patienter og personale. Det er resultater, der matcher med den amerikanske forsker Barbara Starfields forskning om den centrale rolle, som almenpraksis har for hele sundhedsvæsenet.

Studiet har undersøgt, hvilke praksistyper der var mest robuste under pandemien. Det viser sig, at praksis med uddannelseslæger klarede sig bedre end praksis uden uddannelsesfunktion. Tolkningen af det er, at klinikker med uddannelsesfunktion nok generelt har mere overskud både klinisk og fagligt. Og derfor har de været bedre til at håndtere udfordringer-



ne. Solopraksis og små praksis klarede sig generelt dårligere under pandemien. Det skyldes sandsynligvis mindre reservekapacitet ved sygdom hos personale og læger.

Studiet afslører mange interessante forhold vedrørende almen praksis i Europa efter at have været udsat for pandemiens stresstest. Resultaterne vil blive offentliggjort løbende i den nærmeste fremtid.

Almen praksis i Europa

Almen praksis er under pres i flere af medlemslandene. Manglen på prak-

tiserende læger gør, at konsultationstiden flere steder (Spanien, Portugal og Kroatien) er nede på omkring 7 minutter i gennemsnit. Der er store problemer med overhovedet at få kontakt med en praktiserende læge i flere lande (bl.a. Storbritannien), hvilket medfører, at uligheden i sundhed vokser.

I Slovakiet har medicinalindustrien fået stor indflydelse på ordinationsmønstret. De praktiserende læger er nu kommet i en situation, hvor det nærmest er en fejl, hvis der ikke udskrives antibiotika ved infektionssygdomme. Jeg foreslog deres repræsen-

tant, at de skulle forsøge at blive tilknyttet det fælles europæiske projekt, som udgår fra Audit Projekt Odense, om brug af antibiotika i almen praksis.

Fra vores egen verden

Organisationen har mistet nogle medlemmer under covid-pandemien, hvilket ikke er godt for økonomien. For at få flere medlemmer vil man forsøge at modernisere hjemmesiden og gøre opbygningen af arbejdsgrupperne mere overskuelig i fremtiden. //

PRACTICUS // dsam

Ny lægefaglig konsulent i DSAM's sekretariat

Anne Holm er pr. 1. september ansat som lægefaglig konsulent i DSAM's sekretariat med ansvar for høringer og udpegninger.

Anne Holm er speciallæge i almen medicin og ansat som vikar i en praksis i Humsø én dag om ugen og ved Forskningsenheden for Almen Praksis og Afdeling for Almen Medicin i København fire dage om ugen.

Anne Holm er tidligere FYAM-repræsentant i DSAM's

Kvalitetsudvalg, har været tovholder på FAQta-ark om UVI og deltaget i revideringen af vejledningen om den ældre patient. Desuden har hun siddet med i diverse paneler og arbejdsgrupper inden for antibiotikaområdet.

Anne Holm overtager jobbet efter Anne Møller, som har varetaget alle opgaverne på forbilledlig vis. Anne Møller fratræder efter eget ønske, fordi hun nu er blevet praksisejer. Indtil Anne Holm er godt på plads i stillingen vil de to i en overgangsperiode varetage opgaverne sammen.

Hos DSAM's formandskab og i sekretariatet er vi allerede meget glade for samarbejdet. //





Sundhedstjek til borgere på botilbud

Et konkret hjælperedskab til sundhedstjek til borgere på botilbud blev efterspurgt af PLO og regioner, kort efter den nye overenskomst trådte i kraft ved årets begyndelse. Derefter kunne det næsten ikke gå hurtigt nok. Ville DSAM ikke komme med et bud,

ville man regionalt gå i gang med opgaven.

Et bud på bedste praksis

DSAM ville gerne påtage sig opgaven. Det stod dog klart fra begyndelsen, at det ikke kunne blive en klinisk vejledning som de øvrige, der bliver udgivet fra DSAM med midler fra overenskomsten. Hertil var evidensgrundlaget endnu ikke tilstrækkeligt i en dansk sammenhæng. Bestyrelsen besluttede sig for et redskabsark, som selskabet selv ville finansiere. Målet blev således et bud på den bedste praksis i en form for skabelon for, hvordan man griber sundhedstjekket an, og som støtter kollegerne i forbindelse med den nye opgave.

Prioriteringer i sundhedsvæsenet

Sundhedsvæsenet er vokset på se-

kundærområdet, hvor der især har været fokus på kræftpakker og sygehusbyggeri. Det nære sundhedsvæsen er endnu ikke prioriteret i samme grad fra politisk hold. Dog er der politisk vilje til, at der i fremtiden skal være flere praktiserende læger. Den nye overenskomst gør det til en pligt at tilbyde et sundhedstjek til borgere på botilbud efter servicelovens §§ 107-108 eller efter almenboligloven med støtte efter servicelovens § 85.

Beboere på bosteder er en patientgruppe, der ikke har været prioriteret sundhedsmæssigt. Beboere på bosteder med psykiske eller fysiske handicap er heller ikke en patientgruppe, som kan råbe op og forlange opmærksomhed fra sundhedsvæsenet, og der er i årevis fra handicaporganisationernes side blevet arbejdet for en styrket indsats.

LÆS MERE

- Hvidbogen "Giv mest til dem med størst behov" fra maj 2021 findes på DSAM's hjemmeside under fanen "Kvalitet": <https://dsam.dk/kvalitet/>
- Redskabsarket findes på DSAM's hjemmeside under fanen "Vejledninger", hvor der er en kategori med redskabsark: <https://vejledninger.dsam.dk/sundhedstjek/>



DSAM's fokus på ulighed

DSAM har i flere år haft en interessegruppe, hvor medlemmerne er dedikerede til ulighedstemaer i sundhed. Interessegruppen har indsamlet erfaringer fra forskellige projekter i Danmark, som er samlet i hvidbogen "Giv mest til dem med størst behov" fra maj 2021 om emnet. Derfor var det fantastisk, at den nye overenskomst om almen praksis (OK22) satte fokus på pejlemærket, som handler om at give mest der, hvor der er størst behov.

På vejledningsområdet er det tidligere blevet drøftet, hvornår tiden var inde til at udarbejde en vejledning om udviklingshæmmedes sundhed. Med prioriteringen af sundhedstjek til borgere på botilbud vil der komme følgeforskning, og det vil føre til relevante data om nogle år. På længere sigt vil det medføre bedre evidens for det, vi kan gøre for patientgruppen, og måske kan der også komme øget viden om, hvordan det skal forløbe.

Redskabsarkets tilblivelse

En litteratursøgning afslørede ikke nævneværdig evidens at basere redskabsarket på, men erfaringer fra ind- og udland har tjent som inspiration. Vi var en lille og hurtigt arbejdende arbejdsgruppe, der ønskede at komme med et konkret bud på indholdet og forløbet i et sundhedstjek, herunder hvilke undersøgelser og opmærksomhedspunkter, som er relevante at overveje.

Vi valgte at bruge det flotte informationsmateriale, som kommunerne og handicaporganisationerne allerede havde lavet til tidligere projekter

om netop sundhedstjek for borgere på bosteder. Vi bidrog til, at "Forberedelsesskema til borgeren", "Information til borgeren" og "Information til personalet" blev tilrettet.

Samarbejdet er vigtigt for succes

Det er vigtigt, for at indsatsen skal lykkes, at både bosted og pårørende kan hjælpe os i forberedelserne til sundhedstjekket. Kan vi få et godt tværfagligt samarbejde op at stå, får vi højnet den sundhedsfaglige viden på bosteder, på samme måde som plejehjemslægeordningen har gjort det for borgere i plejebolig.

Vores håb er, at redskabsarket vil blive flittigt brugt, og at regioner m.fl. (evt. også sundhed.dk) vil linke til redskabsarket på DSAM's hjemmeside sammen med forberedelsesmateriale, som ligger på Danske Handicaporganisationers hjemmeside.

Vi har undervejs oplevet et godt samarbejde med både PLO og LEV – livet med udviklingshandicap.

Redskabsarket er udarbejdet af Lise Worm, speciallæge i almen medicin og afdelingslæge i Frederiksberg Kommune, Thomas Hansen, praktiserende læge i Roskilde, og Søren Due-Andersen, praktiserende læge på Stevns og ulighedsordfører i DSAM. //



Af: Anne Holm, adjunkt, praktiserende læge, John Sahl Andersen, professor, praktiserende læge, og Anne Bernhardt, projektkoordinator, cand.scient. i idræt og sundhed, Institut for Sundhedstjenesteforskning, KU - a.bernhardt@sund.ku.dk

Mere honoreret tid til komplekse multisyge patienter i almen praksis

Et nyt forskningsprojekt undersøger, hvordan optimeret behandling af patienter med kompleks multimorbiditet i almen praksis påvirker overblik, patientinvolvering og integreret behandling.

Som en del af OK22 blev det besluttet at igangsætte forskningsprojektet "Overblikskonsultation", som er forankret på de fire forskningsenheder for almen praksis. Formålet var at undersøge, om en fokuseret indsats i almen praksis for patienter med kompleks multimorbiditet kunne gavne patienter, almen praksis og det øvrige sundhedsvæsen.

Patienter med multimorbiditet

Et stigende antal patienter i almen praksis lider af multisygdom, også

kaldet multimorbiditet (MM), der defineres som to eller flere kroniske sygdomme eller tilstande. Patienter med kompleks multimorbiditet er en gruppe af patienter, der har meget stor behandlingsbyrde. Komplekse patienter med multimorbiditet forstås i denne sammenhæng som patienter, der har to eller flere kroniske lidelser, har haft mindst én kontakt til sekundærsektoren i det seneste år, får mindst fem receptpligtige præparater og er hjemmeboende med eller uden hjælp fra kommunen.

Mange patienter med MM oplever ofte komplicerede forløb med mange møder med sundhedsvæsenet, hyppige hospitalsindlæggelser, mange ambulante besøg og ikke mindst utilstrækkelig koordination af behandlingen af de forskellige sygdomme og et generelt højt forbrug af sundhedsydelser.

Almen praksis har en central rolle og ser typisk patienter til årsstatus for deres enkelte kroniske sygdomme. Både praktiserende læger og patienter

har brug for tid til at skabe et fælles overblik over patienternes samlede helbreds-situation, at lægge en fælles plan for patienternes videre forløb i almen praksis og at koordinere planen med det øvrige sundhedsvæsen og kommunen.

Intervention og formål

Projekt "Overblikskonsultation" består af en intervention i form af en forlænget konsultation til patienter med kompleks multimorbiditet og en styrket tværsektoriel koordinering via struktureret korrespondance og mulighed for tværsektoriel videokonference.

Den forlængede patientcentrerede konsultation har til formål at sikre, at læge og patient sammen skaber et samlet overblik over patientens situation. Forskning viser, at blot det at have tid til at inddrage patienternes perspektiv på helheden i sig selv øger patientens tillid til almen praksis og dermed skaber den relation, der er vigtig for det videre forløb.



I overblikskonsultationen lægger læge og patient i fællesskab en prioriteret plan, der er gennemførlig i forhold til patienternes ressourcer og belastning. Dette kan derfor medføre, at nogle sygdomme må prioriteres frem for andre i en periode, og at kontrollen med nogle sygdomme må prioriteres højere end andre i en periode. Det kan betyde, at kontrollen med nogle sygdomme må flyttes fra sekundærsektor til primærsektor eller omvendt.

Efter konsultationen er der tid til, at lægen kommunikerer planen til kommune og hospital i form af struktureret korrespondance. Der er også mulighed for at planlægge en tværsektoriel videokonference med speciallæger på hospitalet.

Et godt tværsektorielt samarbejde er afgørende for et godt forløb og den samlede indsats. Flere af de enkeltstående elementer i interventionen er tidligere afprøvet hvert for sig. Det nye i dette projekt er, at alle elementer, der tidligere har været virksomme, kombineres i en samlet intervention.

Tilmelding via klynger

Det har været muligt for alle klynger at tilmelde sig projektet. Projektet starter i januar 2023, og interventionen løber indtil udgangen af 2024. Opfølgningen på projektet forventes indtil videre at fortsætte til udgangen af 2027. Projektet implementeres i 500-600 praksis (22 klynger, cirka 300 praksis). Et tilsvarende antal klynger og kapaciteter fungerer som kontrolgruppe i projektet. Det forventes, at cirka 20.000 patienter med kompleks multimorbiditet vil indgå i projektet. //

INTERESSERET?

Hvis du er interesseret i projektet, og din klynge ikke deltager, er du velkommen til at kontakte os for at høre, om der stadig er plads til din praksis. Vi kan kontaktes på overblikskonsultation@sund.ku.dk.

OM PROJEKTET

- Projektet er forankret ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København, men initiativet involverer også forskningsenhederne i Odense, Aalborg og Aarhus samt Videnscenter for Multisygdom og Kronisk Sygdom ved Slagelse Sygehus.
- Projektleder er adjunkt og speciallæge i almen medicin Anne Holm.
- Projektet afprøver en intervention, som består af en forlænget konsultation kombineret med intensiveret koordinering på tværs af sektorer og mulighed for fælles videokonference.
- Indsatsen er målrettet patienter med kompleks multimorbiditet.
- Interventionen løber fra januar 2023 og indtil udgangen af 2024 og omfatter 500-600 klinikker.



Faste læger

på psykiatriske botilbud i Københavns Kommune

Ny forsøgsordning i Københavns Kommune skal forbedre samarbejdet mellem læger og personalet på botilbud og give bedre tilfredshed hos brugerne af botilbud. Håbet er, at ordningen kan øge samarbejdet mellem botilbudslægen og de tilknyttede psykiatriske teams og derved forbedre håndteringen af beboernes medicin.

Københavns Kommune ansatte i starten af 2022 fire praktiserende læger som faste læger på psykiatriske botilbud, og kommunen planlægger at ansætte yderligere fire i 2023.

Lægerne er ansat til at yde generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på botilbuddet og til at yde almenmedicinsk lægehjælp til de beboere, der er tilmeldt lægen. Lægen kan selv definere et loft over antallet af patienter, som klinikken kan rumme.

Botilbuddene er udvalgt på basis af deres beboersammensætning. De botilbud, der har flest ældre og multisyge, er blevet prioriteret, da det forventes, at en fastlægeordning vil gøre mest gavn i denne patientgruppe.

FAKTA OM ORDNINGEN

- I 2017 indgik PLO, DR, KL og staten en landsdækkende aftale om tilknytning af faste læger på længerevarende botilbud efter servicelovens § 108 for borgere med psykiske lidelser.
- Region Hovedstaden indgik i 2022 en rammeaftale om implementering i regionens kommuner.
- Københavns Kommune har ansat fire faste botilbudslæger og afsat midler til implementering i en forsøgsordning.
- Formålet med ordningen er at forbedre samarbejdet mellem læger og personale på botilbud, at øge beboernes tilfredshed og at forbedre håndteringen af medicin.
- Botilbudslægerne ansættes af de enkelte botilbud på en standardkontrakt. De kommer regelmæssigt på botilbuddet, hvor de yder almenmedicinsk lægehjælp til botilbuddets beboere.
- Botilbudslægerne yder faglig rådgivning til personalet i 6-8 timer om måneden, og hver botilbudslæge har en fast kontaktperson (ofte en sygeplejerske) på botilbuddet.
- Lægerne tilbyder sundhedstjek minimum hvert andet år til egne patienter på botilbuddet, jf. overenskomst om almen praksis.

De faste læger oplever, at kendskabet og den faste kontakt giver tryghed hos personalet, når somatiske og psykiatriske indlæggelser skal håndteres.

Forfatteren, som er tilknyttet projektet som konsulent, har interviewet de fire botilbudslæger om deres motivation for at søge stillingen, hvordan de oplever samarbejdet med botilbuddene og de psykiatriske botilbudsteams, og hvordan det påvirker læge-patientforholdet. Resultaterne beskrives i denne artikel.

Hvad motiverer de praktiserende læger til at blive botilbudslæger?

De fire læger ønsker at hjælpe de patienter, der har mest behov og har sværest ved at komme til læge. De vil gerne bidrage til, at de bliver hørt og får god lægelig behandling. Flere af lægerne er også plejehjemslæger af samme grund.

En af de faste læger har en specifik interesse i feltet og har tidligere arbejdet i det psykiatriske område. At holde kontakten til fagområdet er en motivation for vedkommende.

Lægeskift til botilbudslægen

Antallet af beboere på de fire botilbud varierer fra 25 til 110. Antallet af be-

boere, der har skiftet til botilbudslægen siden ansættelsen, er samlet godt 52 % (fra 30 % til 75 % på de enkelte botilbud), men alle steder har antallet været stigende. Alle botilbudslægerne føler, at de ville kunne rumme flere patienter fra botilbuddet end deres aktuelle.

Initiale problemer med selektivt lægeskift til botilbudslægen er løst, men de fire botilbudslæger oplever, at de 200 kr., som det koster, udgør en barriere. En del beboere har dårlig økonomi, og nogle er under værgemål, hvilket kan give administrative udfordringer.

Samarbejde med botilbuddene

Samarbejdet med det sundhedsfaglige personale (sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter) på botilbuddene opleves af flertallet som

godt for kommunikationen mellem botilbudslægen og såvel det socialpædagogiske personale som beboerne og de psykiatriske teams på botilbuddene.

Nogle beskriver, at det kan være svært at få arbejdet som botilbudslæge til at fungere, hvis samarbejdet med det sundhedsfaglige personale halter.

Nogle faste læger besøger deres botilbud hver anden uge i ca. 2-3 timer, hvor tiden er fordelt mellem lægelige tilsyn og undervisning/instruktion af personale. De øvrige kommer efter aftale ved behov. Undervisning/instruktion handler om forebyggelse, behandling af almindelige lidelser og medicinbehandling.

Langt det meste af personalet er pædagogisk uddannet. Der er en del udskiftning i personalet, så der er en potentielt ret stor opgave mht. instruktion i understøttelse af lægelig forebyggelse og behandling og medicinbehandling. Lægerne får et honorar for at undervise personalet på botilbuddene, da undervisningen kan fremme en fælles sundhedsfaglig forståelse.

Alle fire botilbud har indrettet behandlerrum, hvor der er mulighed for at gennemføre lægelige undersøgelser, og det er også nødvendigt, for en del beboere er ikke trygge ved lægebesøg på deres private enemærker.





Når relationen er etableret, opleves læge-patient-forholdet mindst lige så værdifuldt, gensidigt og givende som med andre patienter.

De faste læger oplever, at kendskabet og den faste kontakt giver tryk hos personalet, når somatiske og psykiatriske indlæggelser skal håndteres. De oplever ikke, at mængden af e-kontakter er et problem, når først de indledende justeringer er gennemført (f.eks. at flytte anmodning om fornyelse af fast medicin fra e-kontakt til anmodning om receptfornyelse).

Alle fire botilbud har indrettet behandlerrum, hvor der er mulighed for at gennemføre lægelige undersøgelser, og det er også nødvendigt, for en del beboere er ikke trygge ved lægebesøg på deres private enemærker.

Samarbejde med psykiatriske teams i botilbud

I Region Hovedstaden er der etableret psykiatriske botilbudsteam, hvilket gør, at det er et fast team af psykiatrisk personale, der står for behandlingen på botilbuddene. Kun én botilbudslæge beskriver samarbejdet med det lokale psykiatriske botilbudsteam som nært. På to tilbud er der ikke di-

rekte samarbejde, men viden formidles gennem det sundhedsfaglige personale. En botilbudslæge nævner enkelte eksempler på uenighed, som dog let er blevet løst gennem samtale.

Det kan være en barriere, at psykiatere og botilbudslæger sjældent kommer på botilbuddene samtidigt og derfor ikke mødes personligt.

Alle fire botilbudslæger har deltaget i tvangsendlæggelser i samarbejde med psykiatrien og det sundhedsfaglige personale på deres botilbud, uden at de har oplevet det som belastende.

Lægernes oplevelse af værdi i arbejdet

Alle interviewede oplever, at opgaven som fast læge på botilbuddet er meningsfuld.

Det kan være vanskeligt at få lov til at komme på opsøgende besøg hos psykiatriske patienter på botilbud. Mange patienter har (pga. deres psykiske lidelse) svært ved at knytte sig til andre, og mange ønsker ikke, at fremmede kommer ind på deres enemærker. Ofte har beboerne oplevet brudte tillidsrelationer, f.eks. ved personaleskift, hvor de har mistet kontakten til en meget værdsat medarbejder.

Den faste læges tilstedeværelse på botilbuddet med faste mellemrum medfører, at beboerne kan nærme sig gradvist, etablere et tillidsforhold og finde ud af, hvad lægen kan hjælpe med og derved starte en relation. Når relationen er etableret, opleves læge-

patient-forholdet mindst lige så værdifuldt, gensidigt og givende som med andre patienter. Beboerne giver udtryk for taknemmelighed for den omsorg, de møder.

Lægerne oplever, at beboerne ofte får meget lidt motion, og kosten kan være usund og ensidig. Alligevel er mange beboere interesserede i forebyggelse og forbedring af egen sundhedsadfærd. Lægerne nævner bl.a. en svært angst 72-årig storrygende beboer, som lykkedes med rygeophør, og en beboer med skizofreni, som lykkedes med et meget ønsket vægttab.

Beboerne har et somatisk sygdomsspektrum, ligesom andre patienter, men lidelserne er ofte uerkendte og/eller forsømte. En læge fik gennemført en undersøgelse af "hæmorider", som viste sig at være en svær og operationskrævende analprolaps. Nogle af lægerne tilbyder behandlinger, f.eks. vortefrys og akupunktur.

Også i den psykiatriske behandling oplever nogle botilbudslæger at have gjort en forskel. Det kan være i det praktiske samarbejde om medicinadministration, hvor en tillidsfuld relation mellem botilbudslæge og beboer kan medføre, at beboeren går med til, at personalet kan styre medicinadministration og dermed forebygge medicinsvigt og tvangsendlæggelse. //



Fokus på patienter med psykisk sygdom

– et kvalitetsprojekt i almen praksis

Dette er historien om, hvordan et kvalitetsprojekt i almen praksis åbnede mine øjne for, at vi med en ny ydelse i hånden har et redskab til at skabe større kontinuitet, øge livskvaliteten og forhåbentlig forlænge levetiden for mennesker med alvorlig psykisk sygdom.

Det kan være udfordrende at tænke udvikling og kvalitetssikring ind i en travl hverdag i almen praksis. Der er ofte mange nye problemstillinger at forholde sig til, når man er ny i sin KBU-, intro-, eller HU-stilling. Kvalitetsudvikling er en vigtig del af uddannelsen. Det kan derfor på det varmeste anbefales at have et lille projekt, som man kan tage med sig i rygsækken af erfaringer.

I min introduktionsstilling i almen medicin fik jeg til opgave at lave en audit om at opspore patienter med

psykisk sygdom og lave en plan for en fokuseret somatisk undersøgelse. Der blev afsat tid til at finde frem til patienterne og planlægge, hvilke undersøgelser vi skulle fokusere på, og alle i klinikken bakkede op om projektet.

For mig var det et perfekt fokusområde, da jeg tidligere har arbejdet i en akutmodtagelse i psykiatrien og på nærmeste hold har set, hvor udfordrede patienter i psykiatrien kan være - også af deres fysiske sygdomme.

Hyppigere dødelighed for mennesker med alvorlig psykisk sygdom

Statistikken taler da også sit tydelige sprog. Mennesker med alvorlige psykiske sygdomme, såsom bipolære lidelser, svær depression og psykotiske tilstande, lever gennemsnitligt 10-20 år kortere end gennemsnitsbefolkningen. Denne gruppe af patienter har ofte en lavere socioøkonomisk status end den øvrige befolkning og en lavere livskvalitet.

Socialt kan det at være diagnosticeret med en psykisk diagnose have stor indflydelse på, hvordan man bliver opfattet af andre, og på hvordan man opfatter sig selv. Nogle patienter

har dårlige oplevelser med det somatiske og psykiatriske sundhedssystem. Mange har en oplevelse af at blive afvist, og patienterne har et ønske om at blive mødt som hele mennesker.

CASE – EN KRONISK SYGDOM OPDAGES

En 23-årig mand med skizofreni kom til samtale i klinikken. Patienten havde depressive symptomer. Han havde taget på vægt, opholdt sig ofte isoleret på sit værelse, kunne ikke overskue sit praktikforløb og så næsten ingen mennesker. Han kunne ikke tage initiativ til noget og følte sig træt. Han fik taget "hjertepakken" med blodprøver og EKG. Det viste sig, at han havde bragende type 2-diabetes. Han blev sat i behandling med Metformin og Rybelsus, blev henvist til kommunal rehabilitering og begyndte at træne. Herefter fik han stabiliseret sit blodsukker, fik mere energi, tabte sig og begyndte at se sine venner igen. Hans depressive symptomer forsvandt.

En stor gruppe af disse patienter dør af unaturlige årsager som ulykker, drab og selvmord. Men det, som de fleste dør af, er somatiske sygdomme som kræft, hjerte-kar-sygdomme, diabetes og KOL. Der er ligeledes en stor risiko for multimorbiditet. Patienterne kan være udfordrede af usunde levevilkår, og nogle har vanskeligt ved at skelne mellem krop og sind og at vurdere graden af alvorlighed. Nogle af patienterne kan have svært ved at komme i kontakt med sundhedssystemet, herunder deres praktiserende

HVEM ER MÅLCRUPPEN?

1. Patienter (18–60 år) med svær, kronisk psykisk lidelse som skizofreni eller andre psykoser, svære personlighedsforstyrrelser eller bipolar sygdom i fast behandling med litium eller antipsykotisk medicin + diagnose fra psykiater (ydelsen skal tilbydes hvert år).
2. Patienter (18 år og derover) med diagnosticeret psykisk sygdom, f.eks. alvorlig angst, moderat til svær depression eller ADHD, hvor den praktiserende læger konkret vurderer (på baggrund af sygdommens alvor og patientens livsforhold, f.eks. isolation eller manglende arbejdsmarkedstilknæytning), at patienten er i risiko for at have uopdagede somatiske sygdomme, misbrug og/eller betydelig mistrivsel, som patienten ikke selv kontakter almen praksis med (ydelsen er én gang).
3. Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk lidelse er en tillægsydelse med koden 2150. Den kan anvendes ved en almindelig konsultation, 1010, eller ved en årskontrol, 0120.

Fra "Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser af 31. januar 2022."

læge, og få fulgt op på symptomer og årskontroller.

En del patienter har et langvarigt brug af psykofarmaka, hvor nogle af bivirkningerne er hyperlipidæmi, diabetes og hjerte-kar-sygdomme. Det er blandt andet derfor, at "hertepakken" med bredt blodbillede og EKG er et godt udgangspunkt for den senere somatiske undersøgelse og samtale med lægen.

Med den nye overenskomst har vi som læger fået som opgave at være aktivt opsøgende i forhold til denne patientgruppe, og en ny ydelse blev i den forbindelse lanceret den 1. januar 2022.

Hvordan kommer man i gang?

Man kan anvende forskellige søgningsstrategier. En forholdsvis enkel måde er at søge på ATC-koderne for litium og antipsykotika. Jeg har søgt i systemerne i både Clineas og Win PLC uden problemer. Hvis det ikke lykkes, kan man kontakte it-udbyderen.

Når man har fundet frem til patienterne, printer man listerne ud. Derefter undersøger man, om de opfylder kriterierne, herunder om de har en psykiatrisk diagnose fra en psykiater, og/eller om de er i behandling med litium eller antipsykotika. Herefter overdrages listen til praksispersonalet, som ringer eller sender mails ud til patienterne med indkaldelse og informerer om, hvad undersøgelsen går ud på. Patienterne får først en tid hos praksispersonalet, som tager blodprøver, EKG, BT og spørger ind til KRAM-faktorer (20 min. er afsat pr. patient).

Herefter får de en opfølgende lægetid (30 min. er afsat pr. patient), hvor man gennemgår somatiske og psykiske symptomer, parakliniske svar, sociale forhold m.v. og aftaler om evt. yderligere undersøgelser, der skønnes relevante. I forhold til medicin skal der muligvis ændres præparat eller dosis, f.eks. hvis patienten har taget meget på i vægt som følge

SÅDAN FINDER DU PATIENTERNE

1. Du kan anvende ATC-koder (som jeg gjorde). Søgningen foregår på forskellig måde, afhængigt af anvendt computersystem. Du søger på ATC-koderne, f.eks. "N05AN01" for litium og "N05A" for antipsykotika.
2. Du kan søge et træk på ICPC-/ICD10-koder. Det er dog svært, og det er ikke sikkert, du får alle patienter med. Man kan også lave en kombination af ATC-koder og ICPC-/ICD10-koder.
3. Du kan indkalde til somatisk årskontrol, når patienten ringer for at forny en recept på litium eller antipsykotisk medicin. Du kan også følge med i epikriserne og se, når en ny patient kommer på listen.

af antipsykotisk medicin. Her er det nærliggende at kontakte en psykiater eller evt. henvise til medicinoptimering.

Giver den nye ydelse mening?

Ja. Patienterne har taget godt imod tilbuddet om en somatisk undersøgelse, hvor mennesker med alvorlig psykisk sygdom bliver screenet for kroniske lidelser som blandt andet KOL, diabetes og hjerte-kar-sygdomme. Patienterne får tilbud om støtte til livsstilsændringer, og man har som læge mulighed for at følge med på årlig basis, og der er mere tid til disse komplekse problemstillinger.

Bedre læge-patient-relation

Gennem de kliniske erfaringer og observationer i klinikken tegner der sig et billede af, at nogle patientgrupper bliver dårligere behandlet end andre. Spørger man ind til det, nævner nogle af patienterne, at de har en del sociale udfordringer, f.eks. boligproble-

OM HELBREDSUNDERSØGELSEN – TIL INSPIRATION

1. Patienten får en konsultation hos praksispersonale (20 minutter afsat):
 - "Psykiatrisk/somatisk årskontrol ved praksispersonale"
 - KRAM-faktorer
 - Objektivt:
 - Vægt, BMI, BT evt. taljemål
 - Hjerterpikke inkl. EKG, evt. LFU hvis ryger.
2. Patienten får en opfølgende lægekonsultation (30 minutter afsat):
 - "Psykiatrisk/somatisk årskontrol ved læge"
 - Kendt med:
 - Aktuel psykisk:
 - Aktuelt somatisk:
 - KRAM:
 - Misbrug:
 - Medicin, FMK ajourføres
 - Objektivt:
 - Almen tilstand, St.p. et c., BT
 - Paraklinik: EKG, biokemi, evt. LFU.
 - Plan
 - Råd om forebyggende behandling
 - Evt. kommunale tilbud
 - Aftale næste kontrol

mer, dårligt socialt netværk, misbrug eller forværring af psykisk sygdom. Andre har været ekstra udfordret under coronapandemien, hvor de har isoleret sig endnu mere. Nogle af patienterne har ikke været fysisk hos egen læge i lange perioder, og mange går heller ikke til kontrol andre steder.

En tidligere rapport fra 2014 fastslår, at næsten 80 % af patienterne i antipsykotisk behandling kun følges i almen praksis. Ifølge rapporten har kun lidt over halvdelen af de patienter, som følges i almen praksis og i psykiatrien, fået målt HbA1c og lipidstatus. Der er derfor plads til forbedring.



Forfatteren i dialog med en patient i forbindelse med fokuseret somatisk undersøgelse. Foto: privat.

Det er naturligvis ikke muligt at få fat i alle patienterne. Her tænker jeg særligt på den hårdest ramte gruppe, som måske bor på gaden og har et massivt stof- eller alkoholmisbrug. Hos nogle patienter fylder det somatiske meget lidt, mens de psykiske udfordringer fylder alt. Derfor er det vigtigt, at man fokuserer og arbejder, hvor de er. Som læge håber jeg på at få en endnu bedre relation til patienterne, som forhåbentlig gør, at denne gruppe kommer til læge, hvis de har brug for lægehjælp.

Den praktiserende læge kan (og skal) spille en central rolle i at mindske den massive overdødelighed og sygelighed, der ses hos mennesker med alvorlig psykisk sygdom. Det kan ske gennem bedre behandling af livs-

stilssygdomme og ved at være en behandler, som de føler sig tryk ved. Det kan denne indsats være med til, mener jeg. Som uddannelseslæge er det enormt motiverende at se, hvordan man med en opsøgende somatisk tilgang kan forbedre livskvaliteten markant for en udsat gruppe. //

TAKSIGELSER:

Tak til Maria Haahr Nielsen for baggrundsviden om SOFIA-projektet, som har dannet rammerne for den nye ydelse. En stor tak til Andreas Heltberg for gennemlæsning og altid god vejledning.



DSAM's årsmøde kigger i krystalkuglen: Er almenmedicinere fremtidens rockstjerner?

Åbningen af årsmødet 2022 gjorde det klart, at almenmedicinere spiller en stadig vigtigere rolle i et sundhedsvæsen, hvor sygehusene er ved at sande til.

De 360 deltagere på DSAM's årsmøde i Kolding brød ud i spontane klapsalver, da fotoet af Bjarke Baisner Laursen, forsangeren fra det danske Queen tribute band Queen Machine, tonede frem på storskærmen. På scenen stod formanden for DSAM, Bolette Friderichsen, og formanden

for DSAM's FYAM-udvalg, Thomas Purup, for at indlede årsmødet. Det var Thomas Purup, der havde taget billedet af forsangeren med, og han ledsagede det med ordene:

”Jeg så gerne, at almenmedicinere blev fremtidens rockstjerner”.

Forsangeren er nemlig ikke bare musiker. Han er også læge. Godt nok ikke almenmediciner, men alligevel brugte Thomas Purup ham til at illustrere, at almen medicin er et speciale i fremgang og et speciale, der for stadigt flere læger bliver førstevalget.

Inden da havde Bolette Friderichsen først slået fast, at almen praksis er et populært speciale.

”De unge læger ved godt, at det er her, det ”sner”. De ønsker et lægeliv, hvor de kan udvikle sig løbende. De vil kende deres patienter og hjælpe dem med at tage ansvar for deres sygdomsforløb. Men som almenmediciner i praksis oplever man også mange udfordringer, især i form af et stort arbejdspress”, sagde hun.

Krystalkuglen kom flittigt i brug til DSAM's årsmøde. De unge ved godt, at det er her, det sner, men vi skal være flere læger. Foto: Palle Peter Shov.





Peter Clement Lund, sociolog, Aalborg Universitet, Søren Brostrøm, direktør i Sundhedsstyrelsen, og Anders Beich, tidligere formand for DSAM, i den efterfølgende paneldebat, hvor publikum fik mulighed for at stille spørgsmål. Foto: Palle Peter Skov.

Et speciale i fremgang

Herefter fandt Bolette Friderichsen krystalkuglen frem i form af en rund lampe med lys i og gav den videre til Thomas Purup. Hun opfordrede ham som repræsentant for fremtidens almenmedicinere til at komme med bud på, hvordan faget ser ud om 20 år.

Billedet af Queen Machine-forsangeren understregede også, at ligesom rockstjerner er udsat for et vist pres, bliver praktiserende læger også hele tiden mødt med krav fra patienter, myndigheder og samfundet.

“Derfor håber jeg også, at vi bliver flere praktiserende læger i fremtiden, så vi ikke ender med at blive udbrændte”, afsluttede Thomas Purup sit kig i krystalkuglen. Dermed var temaet for årsmødet slået an: Hvordan ser fremtiden ud for den praktiserende læge set i lyset af omverdenens og lægernes egne forventninger?

Onkel Søren og krystalkuglen

Da Søren Brostrøm, direktør for Sundhedsstyrelsen, gik på talerstolen, havde han fået fingrene i krystalkuglen, som de to repræsentanter fra DSAM brugte ved mødets indledning.

“Nu kan vi sige, at det er onkel Søren, der kigger i krystalkuglen”, indledte Søren Brostrøm sit oplæg.

Men før den egentlige spådom om, hvordan fremtiden ser ud for almen praksis, gav han en lynhurtig gennemgang af de sidste 25 års udvikling og radikale forandringer i sundhedsvæsenet.

“Vi har set enorme omvæltninger. Behandlingen er nu styret af en evidens- og forskningsbaseret tilgang. Vi bruger datadrevet kvalitetsarbejde og en høj grad af specialisering. Der er indført patientrettigheder – f.eks. behandlingsgaranti og klageret – og så er der også tilført væsentlige res-

sourcer”, forklarede Søren Brostrøm, og han fortsatte:

“Det har været en ubetinget succes, når vi ser på f.eks. overlevelse. Men nu er sygehusvæsenet ved at sande til. Det kan ikke længere håndtere den stigning af især ambulante patienter, som i kraft af den øgede kvalitet i behandlingen lever længere med deres diagnoser. Det har fået den konsekvens, at uligheden i sundhed er øget”, sagde han.

Den vigtigste lægefigur

Det var ikke en tilfældighed, at almen praksis ikke fik megen omtale i Søren Brostrøms gennemgang. For som han slog fast, er det sygehusvæsenet, der har været i centrum de seneste mange år. Almen praksis har i mindre grad været direkte påvirket af de konkrete omvæltninger.

“Men uligheden i sundhed og udviklingen i sygehusvæsenet har og vil



Stor koncentration hos det engagerede publikum til åbningssessionen på DSAM's årsmøde. Foto: Palle Peter Skov.

i stadig højere grad få betydning for fremtidens alment praktiserende læger og forventningerne til de opgaver, der skal løses i det primære sundhedsvæsen, hvor den praktiserende læge også om 20 år vil være den vigtigste lægefigur uden for sygehusssystemet. Det er min opgave at gøre noget ved det, men ikke desto mindre vil ulighed i sundhed udfordre jer big time”, sagde Søren Brostrøm.

En sundhedsreform uden for sygehusene

Her slog han på tromme for en stor sundhedsreform med fokus på nytænkning af alt det i sundhedsvæsenet, der ikke er sygehusene.

“Men det vil naturligvis kræve et folkekrav og også noget politisk mod, hvis man skulle lave en reform, hvor man kiggede ned i styringslogikker

og gjorde radikalt op med den fordeling, der er i dag mellem regioner og kommuner”, afsluttede direktøren for Sundhedsstyrelsen sit indlæg.

Diagnoser har fået magt

Inden Søren Brostrøm entrerede podiet, blev deltagerne præsenteret for et oplæg af Peter Clement Lund, sociolog fra Aalborg Universitet, som fortalte om præstations- og diagnosesamfundet og dets påvirkning af almen praksis.

Ifølge Peter Clement Lund lever vi i et præstationssamfund, hvor mennesket er underlagt en række idealer om individualisering, selvrealisering og frihed for den enkelte. Hvis noget går galt i livet, er det groft sagt din egen skyld. I stedet for at acceptere det, er der opstået en diagnosekultur, hvor diagnosen kan forklare, hvis man

f.eks. får et nederlag i livet. Diagnoser har fået magt og er betydningsfulde på alle niveauer af samfundet.

Peter Clement Lund pegede på, at udviklingen gør opgaven for de praktiserende læger sværere, når både samfundet og det enkelte individ presser på for diagnoser.

“Det er vigtigt med en diskussion af diagnoser, og at praktiserende læger er kritiske og forsøger at modsætte sig det pres, der er fra diagnosesamfundet, om at udvikle nye diagnoser, så det ikke ender i en situation, hvor man kun forsøger at finde individuelle løsninger på problemer, der egentlig er samfundsrelaterede”, forklarede sociologen fra Aalborg.

Pinball-patienten fra Nysted

Den tredje oplægsholder, tidligere formand for DSAM, praktiserende læge

Peter Clement Lund satte fokus på, at diagnoserne har fået meget magt. Vi lever i et præstations-samfund, og nu kan diagnoserne også bruges til at forklare, hvorfor man oplever nederlag, f.eks i livet. Foto: Palle Peter Skov.



Søren Brostrøm svarede på tilhørernes spørgsmål om oprettelse af et fagligt baseret prioriteringsinstitut: Politisk mandat hertil kunne være fantastisk og måske en af løsningerne til at håndtere presset på det nære sundhedsvæsen. Foto: Palle Peter Skov.

Anders Beich slog fast, at almen praksis kan meget, hvis vi får gode betingelser, og at vi skal væk fra pinball-patienten, som rejser fra sted til sted i det sekundære sundhedsvæsen uden at få løst sit problem. Foto: Palle Peter Skov.



Anders Beich, havde taget Niels Holgersens historie med til årsmødet.

Niels Holgersen fra Nysted på Lolland er et typisk eksempel på det, Anders Beich betegnede som en pinball-patient. Som først opsøger sin praktiserende læge, når der for alvor er noget galt, men som så alligevel bliver sendt frem og tilbage mellem forskellige hospitaler og tilbage til praksis igen, fordi han ikke bliver samlet op, når man har frikendt ham for én diagnose, men ikke er kommet til bunds i hans problem.

“Almen praksis kan meget, hvis vi får gode betingelser. Men vi løber konstant panden mod en mur, som med Niels Holgersen, når der ikke er kvalificeret hjælp at hente i det øvrige sundhedsvæsen”.

Den tidligere DSAM-formand beskrev, hvor stor en udfordring det er, at patienter af Niels Holgersens type

er skævt fordelt alt afhængig af, hvor i landet man befinder sig.

“Jeg kan også høre på mine kolleger, som ikke arbejder i de store byer, at mængden af patienter er i overkanten i forhold til, om de i længden føler, at de kan servicere dem ordentligt. Derfor skal vi have en mere ligelig fordeling af de mere komplicerede patienter”, sagde Anders Beich.

Et prioriteringsinstitut kunne være fantastisk

Åbningsseancen blev afsluttet med en debat, hvor deltagerne fik mulighed for at stille spørgsmål til de tre oplægsholdere.

Et af spørgsmålene lød: Kunne et prioriteringsinstitut være en idé til at dæmme op for presset på sundhedsvæsenet?

Det klare svar fra Søren Brostrøm

var, at et politisk mandat til at etablere et fagligt baseret prioriteringsinstitut vil være fantastisk og en af løsningerne til at håndtere det pres, der kommer på det nære sundhedsvæsen.

På et andet spørgsmål, som gik på, hvor de praktiserende lægers individuelle samarbejde med patienterne ville være om 20 år, svarede Anders Beich, at patienterne også i fremtiden vil have en personlig læge, de har en tæt relation og tillid til.

Søren Brostrøm erklærede sig helt enig. Han pegede på, at der er evidens for, at kontinuitet i læge-patient-forholdet virker fremmende for behandlingen, og han opfordrede forsamlingen af almenmedicinere til at holde fast i netop det som en kerneværdi. //



Reportage fra DSAM's årsmøde 2022

Ærgrer du dig over, at du ikke var med til årsmødet i Dansk Selskab for Almen Medicin? Som FYAM-medlem har jeg valgt at beskrive dagene fra min plads som yngre læge i et fantastisk fællesskab over nogle spændende, hyggelige og lærerige dage i Kolding.

Torsdag kl. 13.02

Lige spist brunch med en veninde på Baryl, inden turen går afsted mod mit første årsmøde. Tasken er pakket, og humøret er højt. Jeg forlader lejligheden på Frederiksberg og henter bilen fra laderen. Der er rigeligt strøm på til at kunne køre de 230 km til Kolding. Jeg tager derover i dag, fordi der altid er udvalgs-møde i FYAM dagen inden DSAM's årsmøde, og det skal jeg med til som nyt medlem af styregruppen for Region Hovedstaden. Faktisk er det mit første møde som repræsentant for Region H, for indtil for 2 uger siden sad jeg i Videreuddannelsesudvalget i Almen Medicin (også kaldet VIA), men efter FYAM-valget har jeg

fået en ny spændende post, som jeg glæder mig til at komme i gang med.

Torsdag kl. 16.08

Landet ved Comwell i Kolding, hvor årsmødet afholdes, efter en lidt forsinket køretur på grund af vejarbejde. Netop fået udleveret nøgle til hotelværelset og har på trappen spottet, at der er pool på hotellet, som – jeg tænker – skal bruges i morgen tidlig. Værelset skal deles med Frederik, som jeg kun kender meget lidt. Han er også med i FYAM-udvalget og er medlem af DSAM's Forskningsudvalg. Han er ikke kommet endnu, så jeg når at vælge sengen ved vinduet, og jeg når også at lægge mig og slappe lidt af.

Torsdag kl. 16.52

Sidder klar i Mødelokale 3 til udvalgs-møde i FYAM. Jeg har lige hilst på Preben fra Almen Praksisudvalget, som jeg hidtil kun har mødt over møder på Teams. Vi snakker lidt om udfordringerne med lægevagten i de forskellige regioner. Om lidt begynder mødet, og jeg har forberedt mig særligt til ét punkt, for jeg skal præsentere VIA's drøftelser om dimensioneringsplanen, sundhedsreformen og revisionen af den lægelige videreuddannelse, som vi holdt møde om for en uge siden.

Planen er at overlevere til VIA's nye medlem Signe og suppleant Ervin og samtidig få input fra FYAM-udvalget, som de kan tage med videre til næste VIA-møde. Som FYAM-medlemmer vil vi høres og have indflydelse på vores fremtidige uddannelsesplatform.

Torsdag kl. 19.05

Så er to timers møde vel overstået. Jeg fik overdraget de vigtigste pointer og fik en god diskussion med de øvrige medlemmer. Nu skal vi over at spise middag i restauranten. Jeg glæder mig til at møde de andre i uformelle rammer til god mad og hyggelig snak og at lære dem bedre at kende.

Fredag kl. 8.12

Er glad og frisk efter en dejlig middag, en god nats søvn og en kølig svømmetur i poolen med Maja, som – ud over at være medlem af styregruppen for Region Sjælland – også er en tidligere kollega fra en stilling under studiet. Altid dejligt med et velkendt ansigt. Nu er jeg ved at være klar til morgenmad og få lidt kaffe, inden årsmødet officielt begynder.

Fredag kl. 12.58

Sikke en start! Først oplæg og debat mellem Peter Lund (sociolog), Søren



Som FYAM-medlemmer vil vi høres og have indflydelse på vores fremtidige uddannelsesplatform.



Brostrøm (direktør for Sundhedsstyrelsen) og Anders Beich (praktiserende læge), som skulle give input til, hvor almen praksis er nu, og hvilken rolle vi har i fremtiden. Det blev bl.a. diskuteret, at vi har fået meget fokus på diagnosticering frem for at lytte og behandle patienten. Spændende, interessant og nødvendigt! Derefter var der parallelsessioner. Jeg var med til "Det gode lægeliv i almen praksis" om, hvordan man (hvis man f.eks. gør som Thilde) bliver god til alt det andet end at være læge, bl.a. leder, koordinator og kollega, og hvordan man husker sig selv og sine værdier i hverdagens struktur i en arbejdsdag, hvor arbejdsglæde skal være i fokus. Meget, meget motiverende oplæg.

Fredag kl. 16.55

Efter en dejlig frokost med grin og snak med kollegaer, kom endnu en parallelsession. Jeg havde (selvfølgelig) tilmeldt mig Gunvers workshop om "Supervision - fra sniksnak til struktur... og retur", som handlede om de værktøjer, vi har som uddannelses- og tutorlæger, og som også fungerede som diskussionsforum for gode relationer og supervision, og hvordan vi sikrer bedre forhold for fremtidens muligheder for supervision. Derefter afslutning med overrækkelse af FYAM-prisen, som dette år gik til to læger, der virkelig giver den en skalle for et sundt, hyggeligt og lærerigt miljø i deres klinik. Den ene gav mig – tilbage på studiet – min første rigtige erfaring med almen praksis og var en stor del

af årsagen til, at jeg fandt min hylde i dette speciale, så det var meget prisværdigt at overvære.

Fredag kl. 18.42

FYAM-timen er nu afholdt for alle os yngre almenmedicinere. Thomas, som er formand for FYAM, fortalte om året, der gik for forummet og medlemmerne. Blandt andet nævnte han vores spændende nye kampagne "Speciallæge i ledelse", som jeg selv er en del af arbejdsgruppen for. Dertil præsentation af FYAM-valgets resultater og endelig afstemning om enkelte poster, som ikke var blevet besat ved det elektroniske valg.

Fredag kl. 21.47

Hyggelig middag er nydt, hvor jeg igen mødte nye kollegaer. Faldt i en god snak med Martin (kursusleder på SPEAM i København) om livet uden for lægelivet. Der blev overrakt en pris og holdt flere taler, bl.a. af Lægeforeningens formand, Camilla. Da midt dagen officielt var slut, startede live-musikken, og der gik ikke mere end 3 minutter, før der var 30 almenmedicinere på gulvet for at vise deres dejligste dansemoves frem.

Lørdag kl. 8.15

Aftenen sluttede ved 2-tiden efter en absolut fed fest. SAMS og FYAM lukkede stolte (og trætte) dansegulvet, og efter en god – men alt for kort – nats søvn, har jeg nu spist morgenmad og skal nu ud til bilen, som igen sætter kursen mod København. Glad, beriget og meget motiveret til den videre færd i det gode lægeliv.

Jeg håber, vi ses til næste årsmøde i 2023! //



Stemmingsbilleder fra dagen.
Fotos: privat.



Ustoppelig læge med masser på hjerte er talentprisvinder

DSAM's talentpris går i år til Marianne Puge fra Halsnæs. Hun har i mange år markeret sig i spørgsmål om sektorsamarbejde og personcentreret almen medicin. Indstillingen beskriver Marianne som en uendelig ressource, der sætter tillid og de almenmedicinske dyder højt. Selv som hjernetumorpatient er hun først og fremmest læge før alt andet.



DSAM's formand, Bolette Friderichsen, motiverer årets talentpris for modtager Marianne Puge. Foto: Sine Barrett-Madsen.

Marianne var både overrasket og overvældet, da formanden for DSAM, Bolette Friderichsen, fortalte hende, at hun havde modtaget dette års talentpris. Practicus har talt med Marianne, som siger til bladet:

”Jeg er virkelig glad og taknemlig for, at jeg får prisen tildelt. Det fedeste er næsten at få en tur til i mane-

gen, hvor jeg kan dele mine erfaringer og budskaber,” siger hun.

Man mærker straks, at Marianne er en ildsjæl, da hun under interviewet fortæller om sit arbejde med stor passion.

I januar 2015 kom hun ind i PLO-Hovedstadens repræsentantskab og gik all in i flere forskellige udvalg. De sidste to år af de seks, det blev til, var

hun næstformand i PLO-Hovedstaden. Særligt det tværsektorielle samarbejde har fyldt meget – både i PLO og som udsendt af DSAM til arbejdsgrupper i Sundhedsstyrelsen ifm. kommunale akutfunktioner og akutberedskabet i Danmark:

”Jeg sad til møder med et hav af mennesker – fagfolk og politikere, som aldrig så patienter. Vi fra PLO var ofte

Det har været en spændende vej,
og det er en vej,
som jeg stadig godt kan lide at være på.

de eneste, som havde foden i plovfuren til dagligt,” siger hun. Mariannes mission blev dermed at gøre klart, hvad almen praksis kan og gør. Almen praksis er ikke til for at varetage hospitalsopgaver, men skal derimod være et trygt sted for patienterne.

Et møde med en skotte

I 2018 møder Marianne den skotske praktiserende læge Gregor Smith, der var oplægsholder på DSAM's årsmøde. Han var med for at fortælle, hvordan udviklingen i sundhedsvæsenet havde vendt hos dem.

Frustreret over ikke at kunne få forståelse for dagligdagen i almen praksis, spurgte hun Smith til råd om, hvad løsningen kunne være. ”Der er én mulighed, og det er parterapi,” lød det fra Smith, og med det samme så Marianne en mulig løsning på de spørgsmål, som havde optaget hende i flere år:

”Hvorfor ser de andre på os, som de gør? Forstår de overheadet, hvad vores hverdag er, og hvad vi bidrager med? Eller er det ligesom, at ingen tænker over, hvor vandet kommer fra, før det en dag ikke kommer ud af vandhænen?”

Klædt på med gode argumenter og indlevelse har Marianne efterfølgende gjort meget ud af at få samarbejdspartnerne til at forstå, at almen praksis ikke er en modpart, men en aftalepart. Samt at det ikke nytter, at de tror, de blot kan skubbe en masse ekstra arbejde over i almen praksis.

Hun har derfor været med til at oprette den såkaldte ”projektdør” i PLO-Hovedstaden, hvor PLO-Hovedstaden tilbyder dialog med dem, der udvikler de kommende projekter og vurderer, hvorvidt et projekt er muligt i praksis. Projektdøren har givet et bedre og mere realistisk indblik i, hvad almen praksis kan tage på sig og en større forståelse af, hvad almen praksis er.

Tillid på tapetet

Som PLO-repræsentant erfarede Marianne også hurtigt, at der ikke findes apolitiske konsulenter. De regionale ledere i KAP-H ville ikke have, at PLO-Hovedstadens repræsentanter gik i dialog med de faglige konsulenter, uden at de regionale ledere også var til stede. Men det var Marianne med til at få vendt rundt.

”Det er så nødvendigt med dialog mellem fagfæller. Vi er nødt til at have en dialog og møde hinanden og ikke være i kamp mod hinanden over for vores samarbejdspartnere,” siger hun og forklarer, at tillid vægter højt hos hende, for uden den når man ikke særligt langt.

Et ønske om at fremme trivslen i almen praksis

Hendes store håb har i flere år været at få stoppet de alt for tidlige udskrivelser og videregivelsen af mangelfuld information. Marianne så det som en af de største årsager til genindlæggelser.

Derfor er hun også nu så glad for den 72-timers aftale, der blev lavet i Region Hovedstaden sidste år. Patienterne har virkelig stort behov for hensigtsmæssige sektorovergange – her fra sygehusafdeling til kommunal pleje. Hun oplevede, at en sætning, som ofte gjorde indtryk, var: ”Det er tankevækkende, at sygehuse ses som uegnet opholdssted for kernekunderne”.

Selvom Marianne ikke selv sad ved bordet, da 72-timers aftalen blev indgået, har hun i år forinden været med til at lægge byggestenene. Ordningen føles derfor som en forlængelse af de idéer, hun var med til at sætte i gang.

For Marianne har personcentreret almen medicin med udgangspunkt i patientens værdier og ønsker altid været vigtigt. Når lægerne trives, sker de bedste møder med patienten. Hendes vision for almen praksis er en patientcentreret tilgang, mindre overdiagnosticering og en fælles etisk platform:

”Det handler jo om vores professionsetik. Den, synes jeg faktisk, er rigtig vigtig, at vi får vendt og prøver at have noget enighed omkring,” siger hun.

Det skal være sjovt at gå på arbejde

Til trods for travlhed har det i hendes praksis altid været essentielt, at det skulle være sjovt at gå på arbejde. For hele holdet. En god almenmediciner for Marianne er en, der har fagligheden i orden og kan forstå patienten og dennes situation. Her har det en stor betydning, at vi kender hinanden, og at patienten har tillid til os, og at vi har tid til dem.

Relationen mellem patient og læge og betydningen heraf har også vist sig, da Marianne blev syg. Selvom patienterne også er blevet ramt af Mariannes sygdom, er hun



Der følger både blomster og pengegave med hæderen, som bliver Marianne Puge til del som årets modtager af DSAM's Talentpris. Foto: Sine Barrett-Madsen.

kun blevet mødt med forståelse og kærlige hilsner: "De har været helt fantastiske," fortæller hun om sine patienter.

Læge på trods af hjernetumor

I februar 2021 blev Marianne syg med en kræftsvulst i venstre temporallap og er siden ophørt i praksis. Det stopper hende dog ikke fra at være læge. Hun har deltaget i flere patientundersøgelser og har med sine lægefaglige briller på gjort tydeligt, hvad der kan blive forbedret. Det er nemlig vigtigt for Marianne at bruge sin stemme:

"Hvis det kan gøre en forskel, at jeg

fortæller det, som jeg oplever, så vil jeg være glad for det," siger hun.

I dag er hun færdig med sin behandling og indgår i kontrolforløb. Hun ved endnu ikke, hvad hun kommer til at kunne påtage sig. Hun har et spinkelt håb om, at fremtiden byder på mere organisatorisk arbejde, hvor hun kan være med til at gøre en forskel. Alternativt vil hun gerne i en form for arbejdsprøvning med fokus på den ældre medicinske patient.

Til trods for at Marianne hurtigere bliver træt grundet sit sygdomsforløb, så bliver hun aldrig træt af det, som driver hende:

"Det har været en spændende

vej, og det er en vej, som jeg stadig godt kan lide at være på."

Selvom rollen som praktiserende læge er skiftet ud med rollen som stolt farmor, og dagens program oftere står på surdejsbaging end møder med politikere, ligger almen praksis ikke alt for langt væk i Mariannes hukommelse. For da spørgsmålet lyder, hvad de 10.000 mon skal bruges på, og hun nævner et nyt drivhus, står det klart, at det stadig er lægen og ildsjælen Marianne, der taler: "Så vil jeg sidde ude blandt mine tomatplanter og tænke på sundhedsvæsenet, og hvem jeg nu lige skal prikke lidt til." //



Ph.d.-cup-vinder:

Hvem er i særlig risiko efter indlæggelse for lungebetændelse?



Lungebetændelse hos ældre udgør en stadig større udfordring i sundhedsvæsenet verden over, med talrige hospitalsindlæggelser til følge. Med kortere indlæggelsestider og færre hospitalssenge udskrives disse ældre patienter tidligere tilbage til primærsektoren. Dette har medført, at de første 30 dage efter udskrivelse er blevet en høj-risiko-periode, hvor mange ældre har brug for en særlig opmærksomhed fra almen praksis.

Men hvordan ved de praktiserende læger, hvem af disse ældre de skal holde særligt godt øje med?

Identificering af røde flag

I dagens sundhedsvæsen kan vi ikke holde lige godt øje med alle. Der er derfor brug for viden om, hvilke "røde flag" der er særlige for de patienter, der er i øget risiko for svære udfald, såsom genindlæggelse og død.

Formålet med dette ph.d.-studium var derfor at identificere risikofaktorer, altså "røde flag", for genindlæggelse og død inden for de første 30 dage efter en indlæggelse med lungebetændelse blandt ældre i Danmark.

Vi udførte tre kohortestudier med brug af de danske registre, hvor vi

identificerede 250.000 personer i alderen 65-100 år, der var udskrevet efter en indlæggelse med lungebetændelse i perioden 2000-2016.

Overordnet fandt vi, at 8 % døde, og 23 % blev genindlagt inden for 30 dage efter udskrivelse.

Blandt en række af "røde flag" fandt vi, at særligt antal af medicinpræparater, antal af komorbiditeter og antallet af tidligere akutte kontakter til sundhedsvæsenet udviste dosis-respons-sammenhæng med risikoen for både genindlæggelse og død. Altså, jo flere f.eks. komorbiditeter, des højere risiko.

Demente i høj risiko for død

Vi fandt, at demens var forbundet med en 129 % højere risiko for død inden for 30 dage, og at denne risiko var endnu højere hos personer med demens og samtidig brug af antipsykotika.

Vi fandt endvidere, at risikoen for genindlæggelse blandt demente var størst i dagene umiddelbart efter udskrivelse, hvilket er u hensigtsmæssigt i en patientgruppe med lav tolerance for hyppige miljøskift.

Slutteligt fandt vi, at depression var et "rødt flag" for både genindlæggelse og død. Dette kan skyldes en

tendens til dårligere egenomsorg og lavere compliance til behandling blandt ældre med depression, hvilket udfordrer overgangen fra hospital til eget hjem for denne patientgruppe.

Målrkning og forventningsafstemning

Hvordan skal vi så bruge disse resultater i den kliniske hverdag?

Man kunne være fristet til at sige, at når personerne med "røde flag" er identificeret, så udfører vi en intervention for at undgå genindlæggelse og død. Vi skal dog huske på, at i denne ældre population vil der være hensigtsmæssige både genindlæggelser og dødsfald, og at det, der er hensigtsmæssigt for den ene ældre, ikke nødvendigvis er det for den næste.

Resultaterne fra disse studier bør derfor bruges til at målrette og informere en forventningsafstemning mellem patient, pårørende og den praktiserende læge for at klarlægge ønsker og mål for pleje og behandling i perioden efter udskrivelse, for på den måde at kunne komme på forkant med begivenhederne i denne høj-risiko-periode.

Det er særligt vigtigt for de af vores patienter, der vifter med deres "røde flag". //



DSAM's ph.d.-cup 2022

For femte gang løb den årlige ph.d.-cup af stablen til DSAM's årsmøde i Kolding. I år var det den sidste dag i september. Tre veloplagte deltagere fra henholdsvis Aarhus Universitet, Aalborg Universitet og Syddansk Universitet skulle formidle deres ph.d.-projekter.

Opgaven var enkel: Formidl dit projekt på fire minutter, ingen PowerPoint, medbring kun en rekvisit, du selv kan bære op på scenen.

De tre deltagere blev af publikum bedømt via elektronisk afstemning. Man skulle vælge sin favorit ud fra en vurdering af, om projektet var relevant for læger, personale og patienter i almen praksis, men også af selve formidlingen. Årets deltagere var velforberejdede og klarede det alle meget flot. Sejren gik til Susanne Boel Graversen fra Aarhus Universitet.

I det følgende kan du læse lidt om, hvad de to andre deltagers oplæg handlede om. Vinderens forskning er beskrevet på foranstående side.

I de kommende numre af Practicus kan du læse uddybende artikler om deltagerens forskning.

Bevægeapparatssmerter hos børn **Negar Pourbordbari, Aalborg Universitet.**

Bevægeapparatssmerter er den største årsag til uarbejdsdygtighed i hele verden. Halvdelen af børn og unge rammes af bevægeapparatssmerter. Over halvdelen af disse har smerter flere år efter smertedebut. Der er et videnshul om denne patientgruppe fra almen praksis. Dette er på trods af, at disse børn netop søger hjælp hos deres praktiserende læge.

Psykiske og sociale faktorer spiller en stor rolle i opretholdelsen af det biologiske substrat af smerten ved at påvirke smerteopfattelsen. Bevægeapparatssmertens fundament forstås derfor bedst i bio-psyko-sociale rammer.

Piger med knæsmertter er blandt dem med dårligst prognose. Smerteepisoder der varer under en uge ad



Sidste års vinder af ph.d.-cuppen, Jonas Fynboe Ebert, overrakte pokal og blomster til dette års vinder, Susanne Boel Graversen. Ved siden af de to står ordstyrer Frederik Martiny og de øvrige deltagere Negar Pourbordbari og Anders Elkær Jensen. Foto: Sine Barrett-Madsen.

gangen, psykiske symptomer og forbrug af smertestillende øger alt sammen risikoen for langvarig smerte.

Børn med langvarige bevægeapparatsmerter tvivler på sig selv, de mangler en at dele deres smerteoplevelse med, de efterspørger synliggørelse af deres smertetilstand (f. eks. i form af bandage eller gips), og de føler sig udfordret i at acceptere deres kroniske smertetilstand.

Dette understreger, at bevægeapparatsmerter rammer dybere end blot en smertesensation eller en aktivitetsbegrænsning.

Hjerte-kar-risiko: tilbage til fremtiden

Anders Elkær Jensen, Syddansk Universitet.

Mit projekt har handlet om at kommunikere risiko for hjerte-kar-sygdom til patienter med forhøjet blodtryk. Mange af vores patienter med forhøjet blodtryk er ikke

behandlet ned i niveau svarende til nationale guidelines. De ændrer ikke deres livsstil, de holder ikke op med at ryge, eller de spiser ganske simpelt ikke den medicin, der er udskrevet til dem.

Det ville vi forsøge at ændre på ved at vise patienterne deres risiko for hjerte-kar-sygdom i stedet for kun at fortælle om den. Vi lavede et mixed methods-studie, hvor en interventionsgruppe fik stillet et onlinebaseret interaktivt værktøj til rådighed, som man kunne bruge til at informere patienterne om deres risiko for hjertekarsygdom.

Vi har endnu ikke slutresultaterne fra studiet, men de kvalitative resultater viser, at patienterne følte, at de havde fået en bedre forståelse af deres sygdom ved at se på udviklingen af deres risiko i fremtiden. Slutresultaterne skal vise, om den bedre forståelse resulterer i lavere blodtryk og dermed lavere risiko for hjerte-kar-sygdom. //



Velbesøgt medlemsmøde om professionsetik

DSAM's udkast til en professionsetik dannede bagtæppe for en række centrale spørgsmål på medlemsmødet i DSAM Nordjylland, f.eks. om hvordan vi tager lederskab i det nære sundhedsvæsen, og hvad vi vil i almen praksis. Der var en livlig debat mellem det inviterede panel og deltagerne fra hele Nordjylland.

OM OPLÆGSHOLDERNE

- Leif Vestergård Pedersen, formand for Etisk Råd, interesseret i almen praksis og aktuelt med i en task-force, der undersøger muligheden for ny honorarstruktur i almen praksis.
- Jonathan Schloss, tidligere PLO-direktør og nuværende direktør i Komponent, kommunernes fælles udviklingscenter, der uddanner kommunale medarbejdere på alle niveauer.
- Luise Jessen Lundorf, praktiserende læge i Vrå med særlig interesse for filosofi og den lægelige dømmekraft.
- Bolette Friderichsen, praktiserende læge i Hobro og formand for DSAM.
- Dorte Munk fra hjemmeplejen i Frederikshavns Kommune.
- Trine Holmdal fra sundhedscetret i Frederikshavns Kommune.

Professionsetik! Det er et ord, der kan forekomme en anelse tørt og til tider svært definerbart.

Heldigvis var der stor opbakning fra medlemmerne til at grave et spædestik dybere. Over 40 deltagere havde trodset den klæbrige augustvarme og var mødt frem for at forsøge at blive lidt klogere på, hvorfor det er vigtigt at have en beskrevet professionsetik i praksis, og hvad det egentlig betyder at have en almenmedicinsk tilgang til patienten.

Praktiserende læge Troels Mengel bød velkommen og introducerede aftenens oplægsholdere, som alle har en holdning til almen praksis, hvem vi er, og hvad vi skal (kunne).

En case om en fåreavler

Den røde tråd gennem hele aftenen

var en specifik case, som var opfundet til lejligheden, om en fåreavler i 60'erne. Casen illustrerede meget fint den holistiske tilgang til patienten, som er fremherskende i almen praksis, og hvordan en konsultation sagtens kan udvikle sig til et komplekst samspil mellem medicinske, psykologiske, pædagogiske og eksistentielle problemstillinger. Midt i en fåremark.

Kort fortalt har fåreavleren lagt sig til at dø i fårefolden – måske fordi han har fået konstateret prostatakræft. Hvad gør den praktiserende læge nu? Hvad er vores ansvar? Hvad er ikke?

Efterfølgende får fåreavleren ved den ihærdige og dedikerede almenmedicinens indsats et video-konsultationsforløb i urologisk ambulatorium, men han nægter at køre til storbyen Aalborg for at få behandling hos urologerne. Det må praksis da kunne

klare lokalt, synes han. Hvad skal den praktiserende læge nu stille op – og hvad skal hun ikke? I efterforløbet er der igen problemer, da fåreavleren kræver dosis af sin behandling halveret grundet bivirkninger. Kan almenmedicineren stå inde for den behandling? Og kan hun stå inde for at undlade at behandle sin patient?

Lægens dømmekraft

Casen om fåreavleren blev efterfølgende drøftet ved bordene: Hvad vil det egentlig sige, at lægen bruger sin dømmekraft? Bruger vi den ens? Vi har vores teoretiske og tekniske viden, men hvilke værdier og mekanismer er på spil, når vi træffer beslutninger i disse komplekse menneskelige problemstillinger? Hvordan skal man forklare STPS (eller utilfredse pårørende), hvad der er grundlaget for en given beslutning eller metode, som afviger fra retningslinjerne?

Det absolut centrale – også ud fra en professionsetisk vinkel – må være at gøre det rigtige for den enkelte patient. Snakken giv livligt. Som én af oplægsholderne muntert bemærkede: Hvis der er to praktiserende læger, så er der tre meninger!

Hovedhjørnestenen i velfærdssamfundet

Leif Vestergaard Pedersen roste de praktiserende læger med betegnelsen "hovedhjørnestenen i velfærdssamfundet". Den moderne almene praksis udgør et fagprofessionelt fællesskab, som har fokus på omsorg for patienten. Dette betyder også, at man nogle gange gør noget, som man ikke får betaling for. Det er nok rigtigt. Men hvor går grænsen? Og hvor langt skal vi strække os? Når der nu i nogle tilfælde "ikke findes en ydelse for det her".



Leif Vestergaard Pedersen kalder de praktiserende læger "Hovedhjørnestenen i velfærdssamfundet".
Foto: Troels Mengel-Jørgensen.

Det er os, der skal drive det nære sundhedsvæsen og være med til at drive det fremad. Dette fordrer, at man kan regne med almen praksis. Og det fordrer, at almen praksis stiller krav til kommunerne og især hospitalerne. Men vi skal være enige om, hvilke krav vi stiller. Og hvordan bliver vi det?

Vi må ikke blive små øer

Tidligere PLO-direktør Jonathan Schloss, som med egne ord "bor med læger på hvert gadehjørne" (i Charlottenlund), synes, vi skal sørge for, at almen praksis ikke bliver som små øer, hvor hver klinik selv kan bestemme, hvad de skal lave.

Han præsenterede i sit oplæg sine tanker om Danske Regioners vision for almen praksis 2030. Der er, måske ikke så overraskende, lagt op til, at almen praksis fortsat kommer til at få

ansvar for opfølgning, kontrol og medicinjustering for en lang række kroniske lidelser. Der bliver færre sololæger, for yngre læger vil kompagniskaberne, og der kommer mere og mere klinikpersonale. Borgere i Danmark skal vænne sig til sjældnere at se lægen, men derimod at se en sygeplejerske. Og så skal vi nok i endnu højere grad vænne os til selv at passe vores gamle pårørende i fremtiden. Til gengæld bliver lægemanglen væsentligt afhjulpet i løbet af de næste 5 år – i hvert fald omkring de store byer.

Det fælles mellem patient og læge

Louise Jessen Lundorf som, foruden at have en bachelorgrad i filosofi, er praktiserende læge i Vrå og ekstern lektor på Aalborg Universitet havde medbragt en serie af spændende handouts om den etiske model, hun selv er





Lise Jessen Lundorf satte fokus på, hvordan lægen og patienten skal nå til enighed i et fælles perspektiv og en fælles beslutningsproces. Foto: Troels Mengel-Jørgensen.



Jonathan Schloss: Almen praksis må ikke blive små øer i fremtidens sundhedsvæsen. Foto: Troels Mengel-Jørgensen.

i gang med at skabe og videreudvikle. Louise var god til at forklare kompliceret etik med mere simple ord. Modellen giver en indføring i den kontekst, som patienten og lægen er fælles om, og processen med, hvordan man sammen med sin patient skal nå til enighed i et fælles perspektiv og en fælles beslutningsproces. For hvad er det nu helt præcist, der sker i mødet mellem den almene dømmekraft og vores faglige dømmekraft? Og kan man desuden overhovedet tale om, at praksis er evidensbaseret? Kan der forekomme situationer, hvor omstændighederne tvinger os til at bøje evidensen? Og hvordan forholder vi os etisk til det?

Efter sidste del af casen om fåreavleren fik vi indblik i, hvilke tanker vores to deltagere fra hjemmepleje og sundhedscenter Dorthe Munk og Trine Holmdal havde gjort sig. Vi lærte ordet "psykisk tilsyn", som de fleste var enige om, at fåreavleren godt kunne have brugt i situationen.

Måske kunne et akutbesøg fra hjemmesygeplejersken i tillæg til indsatsen fra den praktiserende læge have givet vores fåreavler den akutte

omsorg og støtte, han trængte til? Og på længere sigt få skabt et bedre netværk omkring ham, så han var mindre belastet.

Professionsetikken styrker fællesskabet

"Den praktiserende læge er den eneste gennemgående læge for vores patienter." Sådan sagde Bolette Friderichsen i sin opsummering, og hun konstaterede, at "i den kommunale sektor er der end ikke læger. Ingen anden sundhedsperson har det indblik og kendskab til patienten, som vi har. Men vi kan ikke gøre alting selv. Vi er i tiltagende grad spilfordelerne, heldigvis oftest sammen med den kompetente patient". Og hun fortsatte med at stille spørgsmålet: "Hvordan kan professionsetikken hjælpe os til at prioritere vores ressourcer og aktivere andre aktører efterhånden som der bliver brug for det?"

Schloss har selvfølgelig ret i, at PLO skal være en troværdig aftalepartner, men det er PLO også. Men PLO kan ikke aftale sig til, hvilke sociale og helbredsmæssige problemer vores patienter vil møde i en ukendt fremtid.

Og mange kaotiske forløb passer på ingen måde ind i aftalestrukturerne.

Er vi øer? Nej, men den enkelte klinik må nødvendigvis også selv prioritere sine ressourcer og tilpasse sig efter behovene i klinikkens population, hvad det lokale sundhedsvæsen tilbyder, og hvad lægen i særlig grad er dygtig til og glad for og dermed kan aflaste andre aktører mest muligt.

Er der da fri leg? Nej, men der er mange rigtige løsninger på et givet problem. Derfor vil der vedvarende være brug for vores fagfællesskab til at styrke og udvikle dømmekraften. Professionsetikken styrker fællesskabet.

Alt i alt illustrerede de fire oplæg meget fint, at fælles forventningsafstemning mellem flere aktører i sundhedsvæsenet i sidste ende kan give et rigtigt fint forløb for den "svage" eller "sårbare" patient. Eller som Bolette Friderichsen konkluderede: "Aftenens møde var et dejligt eksempel på, hvordan fagfæller kan udvide hinandens horisont i god dialog med repræsentanter for det omgivende samfund." //



Hypertension i almen praksis

– fortælling fra en workshop på Nordisk Kongres 2022

I juni var vi til Nordic Congress of General Practice (NCGP) 2022 i Stavanger. Her deltog vi i en inspirerende workshop, som omhandlede kritisk gennemgang af guidelines for forebyggelse af hjerte-kar-sygdomme. Det er en trend, at blodtryk som behandlingsmål bliver lavere, og en større gruppe patienter bliver dermed sygeliggjort. Evidensen for de aktuelle guidelines blev fremlagt, og vi diskuterede daglige udfordringer i mindre grupper, hvor vi blev opmærksomme på store skandinaviske forskelle i diagnosticering af hypertension i almen praksis, og hvornår vi egentlig vælger at måle blodtryk.

Hvornår måler vi blodtryk?

I Danmark findes ikke noget systematisk screeningsprogram for hypertension, men oftest opdages det ved en tilfældighed, f.eks. opportunistisk blodtryksmåling ved symptomer som hovedpine, svimmelhed, åndenød eller brystmerter, eller hvis lægen får mistanke om, at patienten har en øget risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdom.

Opportunistisk blodtryksmåling

hos højrisikopersoner er god klinisk praksis, men der findes studier, der indikerer, at helbredstjek eller screening for hjerte-kar-sygdom hos den almindelige befolkning hverken nedsætter dødeligheden eller sygeligheden ved hjerte-kar-sygdom og faktisk kan medføre mere skade end gavn. Ved screening af hypertension er der risiko for betydelig overdiagnostik og efterfølgende overbehandling. Desuden kan labelling-effekten af diagnosen "forhøjet blodtryk" på raske personer have negative psykosociale konsekvenser.

De praktiserende læger følger allerede flertallet af patienterne med høj risiko for hjerte-kar-sygdomme. Derfor vil man ved screening først og fremmest indfange personer med lavere absolut risiko, hvor behandling giver en mindre fordel end i højrisikogruppen.

Hvordan måler vi blodtryk?

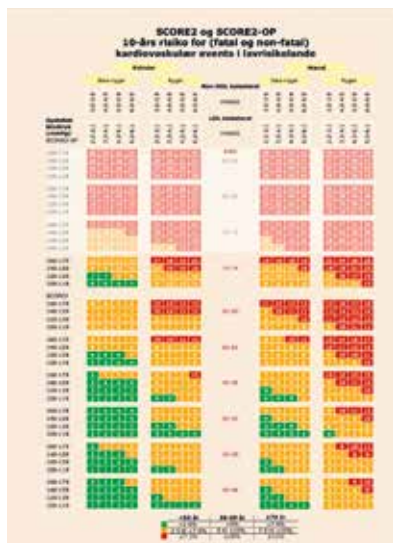
Internationale guidelines anbefaler konsultationsblodtryk til både at screene og stille diagnosen hypertension. I Danmark anbefales måling af blodtryk i konsultationen kun til scree-

ning. For at stille diagnosen hypertension anbefales af flere faglige selskaber (DSAM, DCS, DASH) at bruge enten hjemmeblodtryksmåling eller døgnblodtryksmåling. Alternativt kan en ukonfronteret blodtryksmåling foregå i klinikken (uden sundhedspersonale til stede ved måling).

Ved konsultationsblodtryk (med sundhedspersonale til stede ved måling) risikerer man, at patienter med white coat-hypertension bliver overdiagnosticeret. Undersøgelser viser, at det er muligt for størstedelen af patienterne at undgå den såkaldte white coat-effekt, hvis blodtryksmåling udføres fuldautomatisk i et roligt rum efter fem minutters hvile og over fem minutter, hvor sundhedspersonalet ikke er til stede.

Ved hjemmeblodtryksmåling skal patienten selv initiere hver måling samt aflæse og forholde sig til målingerne. Der er risiko for, at dette giver et element af det, som man også ser ved white coat-hypertension, hvilket kan give højere blodtryksværdier og derved risiko for overdiagnosticering.

Det er vores opfattelse, at hjemme-



I Danmark, som vurderes som et lavrisiko-land, bruger vi justeret risikofraterificering, jf. SCORE.

blodtryksmåling er den hyppigst anvendte målemetode i Danmark for diagnostik af hypertension samt efterfølgende behandlingskontrol og -opfølgning. Vores kollegaer i gruppearbejdet fra hhv. Norge og Sverige bruger deri-

SÅDAN DEFINERES ET FORHØJET BLODTRYK

"Grænsen mellem normalt og forhøjet blodtryk er ikke skarp, idet sammenhængen mellem risikoen for kardiovaskulær sygdom og blodtrykket er kontinuert uden nogen tærskelværdi. Hypertension er defineret ud fra vedtagne blodtryksgrænser, mens behandlingskrævende hypertension afgrænses ud fra en samlet risikovurdering og forventet gevinst af behandlingen, og den afhænger af komorbiditet, dvs. individuel vurdering, og ikke kun af blodtrykket. Behandlingsmål er således ikke det samme som definitionens grænse for forhøjet blodtryk." (fra DSAM's vejledning om hypertension: Hvordan defineres et forhøjet blodtryk?)

mod døgnblodtryksmålinger til at stille diagnosen hypertension. Den primære årsag til dette kan tænkes at være, at døgnblodtryksmåling er på ydelseslisten i Norge, mens den i Danmark ligger i sygehusregi. Der er desværre ingen specifik takst til honorering af brugen af døgnblodtryksapparater i dansk almen praksis, og det kræver oplært personale i både brugen af udstyret og tolkning af resultaterne.

Undersøgelser har vist, at hjemmblodtryksmålinger giver blodtryksværdier, der korrelerer bedre med organskader (øjne, hjerte, nyrer, hjerne, blodkar) sammenlignet med konsultationsblodtryk, og at det ambulante døgnblodtryk har en højere prædiktiv værdi for hypertension sammenlignet med konsultationsblodtryk.

Hvordan tolker vi blodtrykket?

Der findes mange guidelines med forskellige anbefalinger til, hvornår der er indikation for forebyggende medicinsk behandling hos raske med øget risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdom. Guidelines har haft en tendens til at sænke behandlingsmål for behandling af hypertension, og i løbet af de seneste årtier er WHO's grænser for hypertension i flere omgange flyttet fra et blodtryk på $\geq 160/95$ mmHg til $\geq 140/90$ mmHg. Det har medført, at en større andel af befolkningen potentielt kan få diagnosen hypertension og tilsvarende farmakologisk behandling. De amerikanske kardiologers organisationer har inden for de seneste år sænket grænserne for normalt blodtryk til 130/80 og opfundet begrebet pre-hypertension for et systolisk blodtryk på 120-139 mmHg og et diastolisk blodtryk på 80-89 mmHg.

SCORE anbefales af Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Dansk Cardiologisk Selskab (DCS) og det europæiske selskab af kardiologer (ESC) som risikovurderingsværktøj, for alder, rygestatus, blodtryk og kolesterolalt, til prædiktation af en per-

FAKTA OM HYPERTENSION

- Hypertension er oftest (90-95 %) af ukendt ætiologi.
- Tilstanden bliver påvirket af livsstil: stress, kost, motion, rygning, søvn og alkohol.
- Det er en selvstændig risikofaktor for udvikling af hjerte-kar-sygdom over længere tid.
- Hypertension giver sjældent symptomer, medmindre blodtrykket er meget højt (og normalt blodtryk er et omdiskuteret begreb).
- En dansk undersøgelse fra 2006 estimerer, at omkring en femtedel af alle voksne danskere har hypertension.
- Prævalensen stiger med alderen, og cirka halvdelen af alle patienter over 60 år har hypertension.

sons samlede risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdom.

Kritik af diagnostiske grænser

Evidens for behandling af hypertension har ikke været entydig, og behandlingseffekten har også varieret. Tidligere studier har vist gevinst ved behandling af blodtryk på 150-170/90 mmHg, men andre har ikke kunnet påvise reduceret dødelighed eller sygelighed ved behandling af et systolisk blodtryk på 140-159 mmHg. Den nyeste metaanalyse finder en effekt af medicinsk behandling ved et systolisk blodtryk på over 140 mmHg, men ingen gevinst ved at behandle blodtryk på 120-139 mmHg.

I workshoppen blev de diagnostiske grænser for hypertension kritiseret, for ud over at guidelines bør baseres på den bedste evidens, så bør de også tage højde for et rimeligt ressourceforbrug. En norsk undersøgelse har vist, at hvis man følger de europæiske guidelines for behandling af hyper-

tension, ville det kræve en enorm ressource af læger, som vel at mærke kun havde tid til at tage sig af patienter med hypertension.

I vores gruppearbejde og plenum var vi enige om, at den individuelle vurdering for og imod behandlingsindikation for den enkelte patient er en konstant udfordring (og glæde), vi sidder med som alment praktiserende læger.

Man skal være kritisk

Det var tankevækkende at høre om forskellig praksis for, hvornår vi måler blodtryk, og hvilke målemetoder vi bruger. Forbedret diagnostisk praksis kan medvirke til at undgå både overbehandling og unødvendig medicinering. Foredragsholderens hovedpointer var at være kritisk over for guidelines og rekommandationer samt at

spørge om evidens og modargumenter før implementing af nye guidelines. Det er uansvarligt at lave guidelines, som potentielt involverer hele den voksne befolkning og medfører øget arbejdsbyrde i en i forvejen travl almen praksis – især hvis de ikke er bygget på stærk eller pålidelig evidens. //



PRACTICUS // artikel

Af: Annette Gehrs, redaktionssekretær - asg@dsam.dk



Forskere hædret på Nordisk Kongres 2022

Professor Esperanza Diaz fra Universitetet i Bergen, Norge, blev hædret med Friderichs mindelegats nordiske pris for sit store bidrag til forskning vedrørende migranter og migranter i sårbare situationer.

Esperanza Diaz blev nomineret til prisen af en række kolleger fra alle de nordiske lande.

Hun blev specialist i almen praksis i Spanien i 1999 og i 2003 også i Norge. Indtil 2018 delte hun sit arbejdsliv mellem forskningen og lægeklinikken. I 2020 blev hun udnævnt til professor i almen medicin og er nu leder af Pandemic Center ved Institut for Global Folkesundhed og Primærpleje, Universitetet i Bergen.

Det var hendes optagethed af muligheden for, at migranter er overrepræsenteret i coronapandemien, hvilket desværre har vist sig at være korrekt, der fik hende til at engagere sig i pandemien som forskningsfelt og etablere et tværfagligt pandemicenter, hvor visionen er at generere evidens for bedre beredskab med et særligt syn på dem, der har den højeste medicinske og sociale risiko.

Den fornemme pris uddeles hvert andet år og tildeles fremtrædende forskere som en anerkendelse af deres indsats indenfor det almenmedicinske område og som støtte til deres videre arbejde. Med prisen følger 100.000 kr.

Også en gruppe danskere blev hædret

Paper of the year blev uddelt for tre år, og det var en dansk artikel, der løb med prisen for 2020.

Paper of the Year 2020: Elisabeth Assing Hvidt, Jens Søndergaard, Maja Klausen & Anette Grønning

Not just an information-delivery tool. An ethnographic study exploring Danish GPs' perspectives on and experiences with the relational potential of email consultation Scand J Prim Health Care, 2020; 38:411-420. //



Professor Esperanza Diaz, Norge, blev hædret med Den nordiske pris. Foto: Sanne Bernard.

Elisabeth Assing Hvidt modtog prisen for Paper of the Year 2020. Foto: Sanne Bernard.





On the edge

– landing in the digital future

Keynote speech at the Nordic Congress of General Practice in Stavanger.

When I started my career as a general practitioner at the turn of the millennium in Finland, health records were kept in cardboard folders, and medical evidence was found in books that fitted in my coat pockets or on a shelf of my consultation room. The telephone was the only available remote consultation tool.

Twenty-three years later, digitalisation has dramatically changed both the way in which GPs work and the way in which patients seek help. Today, the books in my consultation room have changed into searchable digital databases. An electronic health record (EHR) with clinical decision support is taken for granted. GPs are able to follow the journey of their patients in secondary care and with other providers through integrated data systems. Patients can request a renewal of their prescriptions and follow the data related to their health

care through patient portals. Moreover, more and more remote options are available for communication; from video consultations to online chat conversations and encrypted e-messages. We have landed in the digital future, whether we like it or not.

In my keynote speech at the Nordic Congress in Stavanger, I tried to highlight the impact of digitalisation in the work of a GP and the future challenges of this development in an even more digitalised world. As the framework of my presentation, I used the recently published “Core values and principles of Nordic general practice”.

Core values to guide us

Core value 1 refers to the continuity of care. There is a very strong body of scientific evidence to support this value. eHealth has the potential to provide new fluent means to maintain continuity, but it could also be used against continuity if the system is not built to support this purpose.

Core value 2 prompts GPs to make a timely diagnosis and avoid unnecessary tests. In Finland, digital evidence-based guidelines for health care professionals and EHR-integrated clinical decision support are considered

as everyday tools for all GPs doing clinical work. Finnish physicians make over 200,000 evidence-based medicine guideline clicks every day. However, strong evidence is still missing on the positive impact of clinical decision support on patient outcomes.

Core value 3 encourages prioritisation of those with the greatest needs for health care. However, digitalisation is in itself a source of inequity. The low digital literacy of some patients and the low capacity to use digital tools are realities. To prevent inequity, face-to-face contacts should be available for those who find it difficult to deal with digital tools. Digitalisation should facilitate, not complicate, contacts with health care.

Core value 4 refers to person-centred medicine, emphasising dialogue. In the digital world, the amount of information decreases as one moves from face-to-face consultation to asynchronous e-messages. In particular, the loss of clinical examination, the loss of intimacy and the restricted possibility to observe the non-verbal expressions and movements of patients may restrict the GPs’ diagnostic thinking and their understanding of their patients.

Core value 5 recommends that GPs remain committed to research. Research evidence on digital health is increasing rapidly. Earlier this year, a systematic review assessed the evidence on the effectiveness of teleconsultations in primary care. It pointed out some situations that are suitable for in-person consultations. Examples are situations with high-risk patients, situations with patients who cannot communicate adequately through a telephone or video conference, and situations when clinical examination is necessary. Yet, patients with chronic conditions who need follow-up and patients having difficulties with travelling to a health centre may be suitable patient groups for teleconsultations. In a Norwegian study carried out during the pandemic lockdown, GPs highlighted follow-up contacts and previous knowledge of the patient as the most suitable situations for video consultations. Suitability also varied considerably across the reasons for encounters. This may all signify that teleconsultations will have a restricted suitability within the entirety of the primary care consultation system, although they are the primary consultation channel in some places. Strong evidence of the effectiveness, safety and costs of new consultation methods is still missing.

Key questions for the future of eHealth are the following: What leads eHealth to provide added value to health care? And what makes eHealth attractive to both professionals and patients?

eHealth to complement other services

There are good examples of eHealth interventions which could hold added value by providing new insights and information that would otherwise not be available. In Finland, the *terveyskirjasto.fi* website provides care infor-

mation for the general public by presenting reliable basic information of medical conditions and their care.

Both clinical decision support for health care professionals and apps for patients may stimulate action when it is needed. The triage and timeliness of care could be facilitated by electronic symptom checkers. In Finland, the *omaolo.fi* service is a national e-Health service based on research evidence and used for assessing the symptoms of diseases and suggesting appropriate care.

eHealth should be evaluated, for example by using the six domains of health care quality that have guided development initiatives in other parts of health care system. When it comes to medical devices, regulations prompt us to investigate safety issues. The patient approach and usability aspects are quite easy to study, but the effectiveness of the tools is a much more

difficult and resource-intensive topic to study.

Research and practical experience have indicated that digital services are not a replacement; they are to complement the traditional services. We have already landed in the digital future; it is a future of blended care. We should gain evidence of the optimal blended care system in primary care and share it. Critical questions for the future are: How do we retain our core values and principles in the digital world? How can we utilise digitalisation to sustain these values and principles?

As GPs, we must be involved in this development. We can do so by highlighting the core values that serve as the foundation of our academic discipline and by saying them out loud.

For referencer kontakt venligst forfatteren. //





Hjerte-kar-sygdom og type 2-diabetes:

Kan vi individualisere den forebyggende behandling bedre?

Nyt studie gør op med mantraet om, at alle patienter med type 2-diabetes har en høj risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdom.

Studiet skal være med til at afklare, om en CT-skanning af hjertet kan identificere patienter med høj og lav risiko og på den baggrund kunne målrette den forebyggende behandlingsintensitet. Derfor bærer studiet navnet "Steno INTEN-CT".

TYPE 2-DIABETES – EN "KARDIOVASKULÆR SYGDOMSÆKVIVALENT"?

I 90'erne og 00'erne opstod et stigende og massivt fokus på den tætte sammenhæng mellem type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom. Tilmed opstod konceptet, at "diabetes er ækvivalent med allerede at have hjerte-kar-sygdom". Dette fokus har helt sikkert haft betydning for, at risikoen for at dø af hjerte-kar-sygdom er faldet i de sene-

ste 10-15 år, ikke mindst pga. en stor indsats fra både den primære og sekundære sundhedssektor.

I Danmark har vi også leveret vigtige videnskabelige bidrag om, hvordan risikoen kan nedbringes, eksempelvis med Steno 2-studiet, som viste, at livsstilsintervention og intensive multifaktoriel medicinsk behandling var beskyttende hos diabetespatienter med albuminuri.

RISIKOSTRATIFICERING

I de senere år er det blevet mere tydeligt, at konceptet om diabetes som "kardiovaskulær sygdomsækvivalent" ikke dur! Diabetespatienter har i gennemsnit en forøget risiko sammenlignet med baggrundsbefolkningen, men risikoen fordeler sig ikke jævnt i gruppen. Den erkendelse afspejler sig også i guidelines, hvor der er kommet et større fokus på at opdele diabetespatienter i risikogrupper. Desværre er vores nuværende metoder til at risikostratificere upræcise (f.eks. blodtryk, albuminuri, kolesteroltal), hvilket kan bevirke, at den enkeltes reelle behov for forebyggende behandling

fejlvurderes og leder til underbehandling eller overbehandling.

En grundlæggende udfordring i fremtidens diabetesbehandling er derfor at blive bedre til at risikostratificere. Måling af koronar forkalkning ved hjælp af en hjerte-CT-skanning (en "kalkscore") har vist sig at kunne forbedre risikoestimering eklatant. Metoden er forholdsvis billig, nem at udføre og uden stor belastning for patienten (f.eks. lav stråledosis). Overordnet udsiger en kalkscore en sikker prognose over de følgende mange år, særligt hvis den er 0 (meget lav risiko), eller hvis den er høj (over 100).

NYE DIABETESMIDLER

Mulighederne for at individualisere behandlingen er også blevet udvidet, idet flere forebyggende præparater er kommet på markedet, ikke mindst sodium-glukose-cotransporter 2 (SGLT-2) inhibitorer og glukagonlignende peptid 1-receptoragonister. De er interessante, fordi de begge virker beskyttende på hjertet uafhængigt af deres effekt på blodsukkeret. Derudover ser deres virkningsmekanismer ud til at være

forskellige. Det vil sige, at ved at kombinere behandling med disse to præparater kunne der være en additiv beskyttende effekt. Omvendt er den hjertebeskyttende effekt af de to medicin-typer overordnet set mest udtalt for patienter, som allerede har udviklet hjerte-kar-sygdom, eller som er i høj risiko for at udvikle det.

FORMÅL MED STENO INTEN-CT

Vi ønsker at undersøge effekten af at screene patienter med type 2-diabetes uden kendt hjerte-kar-sygdom med en hjerte-CT-skanning og tilrettelægge behandlingen efter kalkscoren.

De vigtigste formål er at undersøge, om en intensiveret forebyggende behandling hos højrisikopatienter fører til en reduktion i udviklingen af hjerte-kar-sygdom, og om det er sikkert at tillade en mere balanceret forebyggende behandling hos patienter med meget lav risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdom.

DESIGN AF STUDIET

Studiet er designet som et pragmatisk randomiseret interventionsstudie. Patienterne modtager invitation i e-Boks, og de patienter, som ønsker at deltage, indkaldes til en samtale (samtykke) og en undersøgelse med en hjerte-CT-skanning. Herefter vil patienterne blive randomiseret til enten ikke at få svar på skanningen (kontrolgruppe) eller at få svar på skanningen og modtage en behandlingsplan på baggrund af kalkscoren (interventionsgruppe).

Uanset lodtrækningen får patienterne besked, hvis der findes behandlingskrævende hjertesygdom.

STUDIEBASEREDE ANBEFALINGER

Alle deltagere og deres praktiserende læge får besked på, om de er i kontrolgruppe eller interventionsgruppe. Sidstnævnte gruppe får endvidere rådgivning om den studiebaserede anbefaling om at intensivere eller nedtrappe behandlingen.

Patienterne i interventionsgruppen med høj risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdom inviteres til et eller flere studiebesøg med det formål at starte/fortsætte behandling med Forxiga (SGLT-2-inhibitoren dapagliflozin) og Ozempic (GLP1-analogen semaglutid), begge dele som vederlagsfri open label-studiemedicin. Under deres besøg vil studiets læger også gennemgå deres blodtryksmedicin, kolesterolsænkende medicin og hjertemagnyl og i dialog med patienten justere i behandlingen.

ALMEN PRAKSIS' ROLLE I STENO INTEN-CT

Både patient og egen læge modtager grundig vejledning i de nye anbefalinger, og egen læge kan i udgangspunktet justere i både studiemedicinen (Forxiga og Ozempic) og i den øvrige forebyggende medicin efter egen faglig vurdering.

Egen læge kan også få sparring eller henvise patienten til endokrinologisk ambulatorium på det sygehus, hvor patienten blev inkluderet.

AFSLUTNING AF STUDIET

Vi estimerer at skulle inkludere 7300 patienter. Studiet er event-drevet, dvs. studiet stopper først, når der har været et bestemt antal tilfælde af hjerte-kar-sygdom. Vi forventer, at det vil ske ca. i 2028, hvor

deltagerne gennemsnitligt har været med i fem år. Udviklingen af hjerte-kar-sygdom i de to grupper følges via de danske sundhedsregistre.

PERSPEKTIVER

Studiet vil ud over at undersøge helbredsgevinster også belyse patienternes oplevelse af at deltage i en screeningsundersøgelse, ligesom de samfundsøkonomiske forhold ved undersøgelsen vil blive evalueret. Steno INTEN-CT vil derfor være med til at besvare, om vi ved hjælp af hjerte-CT bedre kan individualisere den multifaktorielle behandling til gavn for patienten og for samfundet. //

OM STUDIET

- Forskningsgruppen består af endokrinologer, kardiologer og alment praktiserende læger.
- Gruppen ledes af primær investigator Per Løgstrup Poulsen (professor, Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital) og co-primær investigator Axel Diederichsen (professor, Kardiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital).
- Repræsentanter fra almen praksis i styregruppen: Anneli Sandbæk (professor, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet og Steno Diabetes Center Aarhus), Jens Søndergaard (professor, Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet), Susanne Rewentlow (professor, Center for Almen Medicin, Københavns Universitet), Janus Laust Thomsen (professor, Center for Almen Medicin, Aalborg Universitet) og Per Kallestrup (professor, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet).
- For yderligere info, besøg hjemmesiden www.inten-ct.rm.dk





European Young Family Doctors' Movement

– Vasco da Gama Movement har skiftet navn

Et historisk tilbakeblikk

Ideen om et fellesskap for yngre og fremtidige allmennleger i Europa ble unnnfanget for første gang under et prosjekt for yngre leger koblet opp mot WONCA Europe kongressen i Amsterdam i 2004. Prosjektet som var et forsøk på å øke de yngre legers deltakelse i WONCA viste seg å bli en stor suksess! Deltagerne har i ettertid beskrevet en smittsom energi og entusiasme for allmenn medisin, samt en stor iver for initiativtaking blant de yngre legene. Dette har etter hvert blitt kjennetegnet på prekongressene, som arrangeres av og for yngre leger dagene innen en WONCA Europe kongress. I Amsterdam ble det besluttet

å opprette et nettverk for yngre og fremtidige allmennleger i Europa. Repræsentanter fra flere land samt nøkkelpersoner fra WONCA møtte året etter i Lisboa, hvor grunnstenen til organisasjonen ble lagt, og Vasco Da Gama bevegelsen ble stiftet.

Grunnleggerne anså dette initiativet for å være en oppdagelsesreise, da det var første gang man ville forsøke å skape et formalisert nettverk for erfaringsutveksling og samarbeid blant yngre allmennmedisinere i Europa. Det føltes derfor passende og inspirerende å kalle bevegelsen for Vasco da Gama Movement (VdGM), etter den portugisiske sjøfarer som hadde sin hjemhavn i Lisboa.

Kjerneaktivitetene til VdGM

Med årene har VdGM levd opp til ambisjonene. De har lyktes med å skape en organisasjon, som fremmer yngre almen medisiners synspunkter og behov i Europa gjennom representasjon i WONCA Europe bestyrelsen og i alle WONCA Europe nettverk organisasjoner. De har formet et unikt kollegialt vev av forbindelser for erfaringsutveksling på tvers av lande-

grenser gjennom deres meget populære Hippokrates utvekslingsprogram. Og ikke minst står VdGM for prekongressene og for VdGM forum som er blitt hjørnesteinen i deres aktivitet og en stor årlig begivenhet for Europeiske yngre almen leger.

Behov for endring

Det er kanskje ikke overraskende at denne vekst førte etter hvert med seg et behov for et navn og «merkevare», som var representativ for alle medlemslandene. Flere land bemerket at de ikke hadde noen tilknytning til Vasco Da Gama, og at han tvert imot også var kjent for å være en brutal og nådeløs leder som er blitt meget kontroversiell i nåtid. Etter utallige møter og langvarige diskusjoner ble navnebytte endelig besluttet, og i april i år ble det vedtatt at organisasjonen skal hete European Young Family Doctors' Movement (EYFDM).

I rådet og bestyrelsen til EYFDM har vi ambisjoner om å ta organisasjonen til nye høyder. Aktuelt arbeides det på en «re-branding» prosess, samtidig som det er lagt inn en ansøking om å registrere EYFDM som en selv-

Aktuelt arbeides det på en «re-branding» prosess, samtidig som det er lagt inn en ansøking om å registrere EYFDM som en selvstendig organisasjon.

stendig organisasjon. Med dette håper vi å få mer hand-
lefrihet og skape flere muligheter for yngre almen leger
til å delta i utdanning, forskning og ledelses- aktiviteter
i Europa.

Hvordan kan du delta aktivt i EYFDM?

- Meld deg på nyhetsbrevet til EYFDM, hvor det regel-
messig informeres om spennende internasjonale mu-
ligheter og ledige poster
- Meld deg inn i en av arbeidsgruppene (special interest
groups), eller opprett din egen!
- Ta på praksis utveksling i Europa gjennom Hippokrates
eller i resten av verden gjennom FM 360
- Bli en vertspraksis og få besøk av kolleger fra andre land
- Delta på EYFDM prekongress i Brussel i juni 2023 eller
EYFDM forum i Wien i 2024

Les mer: <https://vdgm.woncaeurope.org/about>

WONCA Europe 2022 prekongress og kongress

Heldigvis tok det ikke lang tid innen vi kunne feire nav-
neskifte. EYFDM ble offisielt kunngjort som det nye navn
på fellesskapet for Europeiske yngre allmennmedisinere
i London i sommer under den første fysiske Wonca Euro-
pe begivenhet siden corona pandemiens utbrudd.

Det var en nærmest elektrisk stemning på prekongres-
sen, hvor yngre leger fra hele Europa var samlet for å dele
viten og erfaring med hverandre. Det var som å delta på
en årlig familiegjenforening hvor alle ble inkludert, uan-
sett om man var en gjenganger eller deltok for første gang.
Med foredrag fra prominente Britiske leger samt over 20
workshops ble det overordnede temaet «primary care in a
Global community» utforsket. Det var meget inspirerende
å erfare, hvordan kolleger fra andre land forsøker å løse
utfordringer som vi har til felles på tvers av geografiske
grenser.

Hvor prekongressen hadde fokus på fellesskap og work-
shops med rom for deltagelse og erfaringsutveksling, var
kongressen et storslått arrangement med betydelig faglig
tyngde. Med det tidsrelevante tema «innovating family
medicine for the future» ble det banet vei for et rikt pro-
gram for de 2500 deltagerne, som var kommet fra over 70
forskjellige land. På kalenderen var det et svimlende an-
tall innslag med «science slams», seminarer og workshops
med den nyeste viten innenfor et bredt spekter av fagom-
råder. Og ikke minst var det rikelig med muligheter til net-

tverksbygning og givende samtaler med kolleger fra hele
verden.

Jeg har kommet hjem beriket med nye bekjenskaper,
en større innsikt i fremtidens almenmedisin og mange nye
ideer om hvordan jeg selv kan innrette meg som allmenn-
lege. Gleder meg allerede til Wonca Europe i Brussel 2023!
Blir du med?

Husk at du kan se høydepunkter fra årets WONCA Euro-
pe prekongress og kongress på FYAM's Instagram-profil. //



Yngre læger fra hele Europa var samlet for at netværke, udveksle erfaringer og for at give
organisationen nyt navn. Foto: privat.

FAKTA OM EYFDM

- Nettverk for yngre og fremtidige almen medisinere i Europa og
en del av den Europeiske regionale gren av Verdens organi-
sasjon for almen leger (WONCA Europe).
- Stiftet i 2005 i Lisboa under navnet Vasco Da Gama move-
ment. Shiftet navn i april 2022
- Bevegelsens første president var danske Birgit Morre Peder-
sen, som også var blant grunnleggerne til VdGM.
- Består av en bestyrelse som utvelges blant EYFDM-rådet.
Rådet er sammensatt av representanter fra 32* medlems-
land.
- I Danmark fordeles postene som representant i EYFDM-rådet
og Hippokrates utvekslingskoordinator mellom den valgte
FYAM-medlem og suppleant i internasjonalt utvalg.
- Yngre almen lege i Europeisk sammenheng er definert som en
lege under hovedutdannelse til almen medisin og inntil 5 år
etter spesialisering.



FYAM-KLUMMEN

Slå et slag for din supervision

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

Får du den supervision, du fortjener? Det er et spørgsmål, vi burde stille hinanden oftere. Vi ved godt, at arbejdsdagen er fyldt med vigtige opgaver, og at vores tutorlæger ofte har et travlt program. Men det betyder ikke, at supervision skal nedprioriteres.

Nu har I måske allerede gættet det, men jeg er den type, der gerne råber op og skridder til handling, når yngre læger ikke får den supervision, der gør, at de bliver bedre i de forskellige relevante lægeroller - eksempelvis medicinsk ekspert, kommunikator eller sundhedsfremmer - som supervisionen jo netop lægger op til.

Måske er det netop derfor, at jeg som ny FYAM-klummeskribent gerne vil markere vigtigheden af, at vi yngre læger får den tid og det rum, der skal til for at få ordentlig supervision. Og det er altså det, denne klumme kommer til at handle om.

Hvad er supervision, og hvorfor er det vigtigt?

Emnet supervision er ikke nyt for mig. Jeg har i nogle år forsket i netop su-

pervision med et særligt fokus på, hvorfor mange finder det svært at overkomme, og hvorfor nogle forsøger at undvige det. Svaret er ikke simpelt, men der er klare indikationer for, hvad man kan gøre for at optimere det. Lad os først få to centrale begreber på plads.

Ad hoc-supervision giver mulighed for at stille simple spørgsmål i løbet af arbejdsdagen, f.eks. om udslæt eller medicin. Denne tilgang bruges, når noget kræver et hurtigt svar, eller hvis man har brug for en erfaren læge, før man kan komme videre med patienten. Typisk kan der bankes på døren til tutorlægen, og det tager højst to minutter at få en afklaring.

Direkte supervision giver mulighed for at tage en længere samtale om en specifik undersøgelse eller et specifikt patient- eller behandlingsforløb, som f.eks. kan være observeret under konsultationen eller optaget på video. Denne tilgang kan bruges, når der skal



godkendes specifikke kompetencer, når man skal samle op på et emne, f.eks. rygundersøgelser, graviditets- eller børneundersøgelser eller ved generel faglig sparring, f.eks. karrierevejledning, snak om ydelseshonorarer og den daglige ledelse i praksis.

Tidligere kampagner fra FYAM

FYAM var tilbage i 2012 ude med kampagnen ”rp. supervision”, fordi mange yngre læger savnede formel supervision. Begreber som bl.a. ”ad hoc-supervision” og ”direkte supervision” blev en del af måden at tale med kollegaer på, såvel som spørgemodellerne ”BOGERD” og ”PQRS” også blev introduceret i værktøjsskassen for nem og hurtig kommunikation. Det var vigtige redskaber, der gav de unge læger nemmere adgang til supervision.

Efterfølgende skete der en generel positiv udvikling, og der kom da også et krav fra DSAM om, at tutorlægerne skal afsætte ”den fornødne tid” til supervision, og der kom en anbefaling om, at dette f.eks. kunne være 30 minutter dagligt. Men denne tidsramme er der - nu 10 år efter - stadig intet krav om. Og lige netop manglen på krav om tid til supervision resulterer i, at nogle uddannelseslæger får langt mindre end 30 minutter dagligt, og jeg har endda hørt eksempler på ingen supervision. Ved flere lejligheder har jeg hørt yngre læger fortælle, at de kun må afbryde deres tutor, hvis nogen er ved at dø, hvorimod andre kun må spørge om små akutte ting og ikke får nogen form for samtale eller observerbar supervision. Det er et problem!

Hvordan bør man supervisere i almen praksis?

Forskning har vist, at yngre læger lærer hurtigere og bedre, når de bliver superviseret. Der er faktisk vist en sammenhæng mellem mængden af

supervision, og hvor hurtigt den yngre læge føler sig fagligt selvstikker.

Min egen forskning har som nævnt mest fokuseret på, hvorfor supervision er svær at gennemføre både for yngre læger og seniorlæger, og hvorfor rigtig mange undgår det. Da artiklen endnu ikke er udgivet, kan jeg ikke afsløre detaljerne, men jeg kan fortælle, at der er specifikke årsager, der kan være fremmende for supervision, mens andre er direkte hæmmende. Vigtigst for supervision er, at der skabes et rum og en mulighed for fri og åben kommunikation, hvor begge parter har lysten til det. Det lyder simpelt. Så hvorfor pokker sker det så ikke i virkeligheden?

Forslag til optimal supervision

I praksisforløbene i fase 1 og 2 er der, i min optik, optimale forhold for supervision. Vi har en positiv og imødekommende tutorlæge, gode kollegaer, der gerne vil bidrage til læring, og to læringsentusiastiske uddannelseslæger (inklusive undertegnede).

Vi uddannelseslæger er så vidt muligt ligestillede med speciallægerne. Vi har samme antal patienter, samme pauser og samme tid pr. patient i kalenderen. Hver læge ser 10-16 patienter dagligt med tre patienter i timen og har derudover administrationstid. Vi uddannelseslæger er fritaget enkelte patientgrupper og opgaver, som vi først senere i speciallægeuddannelsen bør tage, f.eks. spiralopsætning.

Hver dag er der afsat en læge i kalenderen, som fungerer som ”spørgelæge”. Denne rolle går på skift mellem speciallægerne, og ”spørgelægen” har så denne dag færre patienter, så der er tid til at se på prøvesvar, læse epikriser og stå til rådighed for uddannelseslægerne ad hoc-supervision. Nogle gange afbryder vi spørgelægen

fire-fem gange på én dag, mens spørgelægen andre dage måske kun bliver spurgt en enkelt gang.

Der er hver dag efter frokost afsat 30 minutter til supervision i kalenderen, hvor vi enten ser en patientvideo eller snakker om de faglige udfordringer og læringssituationer, der har været i løbet af dagen.

Min tutorlæge har lært mig ikke bare at bruge – men i særdeleshed at udnytte – de værktøjer, der findes i logbog.net (som i november omdøbes til uddannelseslæge.dk). Det er nemlig langt mere end et redskab til kompetencegodkendelse. Man kan bl.a. uploade journalnotater, patientbilleder og de skriftlige opgaver, der indgår i udvikling af kompetencerne, mens tutorlæger kan få adgang til det hjemmefra.

Sidst, men ikke mindst, har vi begrebet ”kompetence-torsdag”, hvor der er afsat tid til at vurdere en kompetence og få den godkendt. Min tutorlæge går meget op i, at jeg kan det, kompetencerne angiver eller mere til. Det er hårdt, men det er søreme også givende.

Supervision bør være et krav

Jeg mener, at der ikke længere blot bør være en anbefaling om 30 minutters daglig supervision, men at dette bør være et direkte krav til uddannelsespraksis og tutorlæger. Supervision er et vigtigt redskab for vores uddannelse. Det er vigtigt for vores faglige sikkerhed, og det er vigtigt, for at vi hurtigere og bedre kan visitere og behandle patienterne – specielt for os uddannelseslæger i almen medicin, så vi undgår unødvendige indlæggelser i et i forvejen presset hospitalsvæsen.

Jeg håber, du er blevet lidt klogere på supervision og har stillet dig selv spørgsmålet: Får jeg den supervision, jeg fortjener? //





Fra klinikassistent til speciallæge i almen medicin

Vi har gang i en gratis og særdeles velfungerende rekrutteringskampagne til specialet, når vi ansætter lægestuderende i almen praksis. Denne artikel følger op på artiklen "Medicinstuderende strømmer til praktiserende læger...", som blev bragt på Ugeskriftet.dk den 13. april 2022.

Vi skruer tiden halvandet år tilbage: Jeg er bachelor-studerende på 5. semester og er lige mødt op til "Færdighedskursus" med SAMS. Jeg har aldrig taget så meget som én blodprøve før, men i dag får jeg lov at stifte bekendtskab med det hele; vi skal tage

blodprøver, anlægge elektroder til EKG, analysere urinprøver og meget mere. Det er ligeledes mit første møde med SAMS – et møde, der skulle vise sig at blive ét ud af mange. Jeg husker tydeligt den ekstatiske følelse i kroppen, da jeg fire timer senere er færdig med kurset: Jeg skulle have et studiejob i almen praksis, og det kunne kun gå for langsomt!

Vi skruer tiden frem til i dag: Jeg sidder nu pludselig i bestyrelsen for SAMS og har tilbragt en del timer som stud.med. i almen praksis. Det er et studiejob, som har ændret mit syn på det almenmedicinske speciale gevaldigt. For halvandet år siden havde jeg i den grad mine fordomme og forventninger til det at være praktiserende læge i et lægehus ... med ensomme ældre og p-pille-kontroller på repeat, right?

I stedet for min forestilling om en ensformig hverdag blev jeg mødt af en stor variation i patienter og muligheden for at møde mennesker på deres højeste og deres laveste og subspecialisering i netop det emne, der fanger dig mest. Samtidig blev jeg mødt af muligheden for daglig sparring med kollegaer, både i personale rummet over kaffen, og når jeg pludselig blev i tvivl om behandlingsregimet for en klamydiainfektion. Selvom jeg prøver, tror jeg ikke, at min begejstring for mit studiejob og for mulighederne i almen praksis er mulige at få ned på papir.

Denne oplevelse er jeg dog heldigvis langt fra den eneste lægestuderende, der sidder med. Som det også kan læses i artiklen "Medicinstuderende strømmer til praktiserende læger...", som blev bragt på Ugeskriftet.dk den 13. april 2022, spredtes det gode ry om job som stud.med. i lægepraksis lige nu fra mund til mund som en steppebrand. Af artiklen fremgår det, at antallet af lægestuderende i almen praksis er eksploderet med hele tifold alene gennem de seneste otte år!

Desværre er – og var – jeg heller ikke den eneste lægestuderende med selvsamme fordomme om livet i almen praksis. Det er en kedelig forestilling, som vi i en tid med flere lægedækningstruede områder alle har et ansvar for at påvirke. Det er en udfordring, som vi må klare i flok. At inddrage de studerende i arbejdet i almen praksis er uden tvivl en del af løsningen! //



Illustration:
Björk Sigurdardóttir, SAMS Aarhus

Hvem skal have mindre, for at andre kan få mere?

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.



Som praktiserende læger kender vi alt til at være pressede på tid og ressourcer. Og vi ved, at de sårbare og socialt udsatte kræver tid og ressourcer, hvis vi skal gøre mere for dem. Det virker som et uløseligt dilemma. Måske ligger løsningerne på dilemmaet lige for, selvom sundhedsvæsenet som sådan går en anden vej.

I klyngen Sydvest havde vi nylig inter-natmøde om "Ulighed i sundhed". Der blev diskuteret, tænkt og udviklet. En af de ting, vi igen og igen vendte tilbage til, var naturligvis manglende ressourcer: Hvordan får vi fundet dem, så vi kan give mere til dem, der har mindre? Alle var enige om, at i en presset almen praksis er det svært at finde tid til at prioritere vores svageste patienter højere, medmindre der er noget andet, vi gør mindre af. Og hvad skulle det så være?

Det kunne være, at vi skulle holde op med at gøre ting, der er sparsom evidens for, som er nytteløse eller måske direkte skadelige. Ud over at spare tid ville vi også spare samfundets økonomi og belaste miljø og klodens ressourcer mindre. Choosing Wisely – eller Vælg Klogt, som den danske pendant hedder – er grupper, der har arbejdet med dette. I Danmark har arbejdet været i gang siden 2020. Er der ting, vi i almen praksis kan gøre mindre af, som vil frigøre tid og energi, så vi kan

tage os mere af de udsatte? Ja, måske at vi tager færre "for-en-sikkerheds-skyld"-røntgenbilleder af hr. Hansen med ondt i ryggen (med al det merarbejde, der er i det for os selv) og så får tid til at opsøge hr. Petersen, der ikke har været til læge længe. Kunne vi lave færre kontroller på velbehandlede kronikere? Eller hvad med at tage færre "vi-må-hellere"-blodprøver på patienterne – prøver, som vi så skal bruge unødigt tid til at følge op på? I de fleste klinikker er det sikkert ikke svært at finde ting, vi kan gøre mindre af. Klimaet og samfundsøkonomien ville bedres ved det. Og dem, som har mindst, de sårbare og udsatte i vores klinikker, ville få bedre helbred af det. Om sundhedsvæsenet som helhed er klar til det, kan man være usikker på. Pakker for ditten og datten, forløbsprogrammer og automatiske henvisninger gør intet godt, hvis vi vil undgå for mange undersøgelser. Men jeg ved, at vi i min klinik må i gang med at gøre mindre for nogle, for at andre kan få mere. Hvad med din? //

Er der ting, vi i almen praksis kan gøre mindre af, som vil frigøre tid og energi, så vi kan tage os mere af de udsatte?



TANKER FRA STOLEN:

Tanker om trivsel

Lige nu bør kerneopgaven i almen praksis (AP) være at skabe høj arbejdsglæde hos de praktiserende læger. Alle andre opgaver skal for en stund køres i rutine-”mode”. Dine patienter skal passes, ja – og det kan i en periode gøres enkelt. Det vender jeg tilbage til. Har du ondt i arbejdslivet, skal du vide, at opretholdelse, styrkelse eller tab af arbejdsglæde oftest er resultatet af langstrakte processer. Tallene fra PLO’s medlemsundersøgelse i 2019 taler for sig selv:

- 22,3 % har fortrudt, at de blev praktiserende læger
- 23,2 % ønsker at forlade AP inden for 2 år
- 17,7 % overvejer at gå på pension, før de fylder 63 år.

Så hvordan kan du begynde at genvinde arbejdsglæden i hverdagen, når der findes masser af lystdræbere i arbejdet, såsom udefrakommende instrukser, vejledninger, mangelfulde

epikriser, opgaveglidninger fra sygehuse, omstruktureringer på afdelinger, sommerferienedlukninger, medicinmangel og nye procedurer for vacciner, forslag fra samarbejdspartnere om, hvordan vi skal udrede vores patienter? Du kan selv fortsætte – det er en udtømmelig liste.

Jeg afprøver lige nu en plan. Jeg hviler mig i alt det, jeg trods alt kan – og vender mig mod patienten, som jeg trods alt kender godt. Og siger ”Nej, du skal ikke have en scanning af din albue, som har gjort ondt i en uge; du skal bevæge den forsigtigt”. ”Du skal ikke sidde i en stol og få ondt i bevægeapparatet; du skal bevæge dig. Det er derfor det hedder bevægeapparatet (binker).” ”Det er ingen kunst at blive gammel; kunsten er at udholde det. Slidgigt er en flidspræmie.” Bemærk, jeg har lige været på kurset ”Ondt i skroget” – og udsagnene er inspireret derfra.

Jeg taler med min patient

om, at vedkommende selv er medskabende af sin egen virkelighed. Et positivt fokus skaber en positiv virkelighed. Det letter også de tunge situationer både for patienten og mig – og der breder sig en særlig stemning i konsultationsrummet, fordi der er mere at hente, når energien øges. Sammen med patienten deler jeg det, der er – og vi tager hver sit ansvar. Det har jeg lært på et andet kursus. Og så øver jeg mig i at gå hjem, når alt det alvorlige er ryddet op, og jeg ikke orker mere. Det betyder, jeg er en gladere og god læge dagen efter. Del dine ideer og metoder til at højne arbejdsglæden, og anerkend dine kolleger. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk





BOGANMELDELSE:

Det skrøbelige menneskeliv

af Inger Uldall Juhl og Lone Vesterdal



Bogen er et forfriskende indslag, der bidrager til et mere realistisk syn på livet, døden og sundhedsvæsenets og lægens rolle.

Lige adgang til velfungerende lægehjælp synes at være under stigende pres, nationalt som internationalt. Professionsværdier diskuteres internt af os selv og af tilgrænsende fag og samfund, og der sættes spørgsmålstegn ved både hævdevundne og gældende videnskabeligt funderede arbejdsgange. Vi aser og maser for at følge efterspørgslen på stadigt udvidede behandlingsmæssige, testmæssige og diagnostiske muligheder, som medfører mere eller mindre meningsfuld kontrol og opfølgning. Teknologi, selvovervågning og kunstig intelligens er fremtidens svar! Nogle af vores patienter køber endda MR-skanninger af hele kroppen, fordi sygdom-

me så kan opdages og helbredes tidligere – helbredelse forventes uanset. Styrelsen For Patientsikkerhed tilsender os krav om hasteredegørelser, og politiet ringer, når vores patienter dør. Klagesager udvides til at omhandle journalføring og faglige indsatser, der ikke er klaget over. Dette pres og disse forventninger skal løses via gerne flere grundigere, dygtigere og mere robuste læger, der frivilligt stiller op og løser ovenstående gordiske knude!

Udgivelsen af bogen "Det skrøbelige menneskeliv" er et forfriskende indslag, der i helikopterperspektiv bidrager til et mere realistisk syn på livet, døden og sundhedsvæsenets og lægens rolle.

I forbindelse med et sommerarrangement i DSAM Midtjylland i juni 2022 (se omtale i september-udgaven af Practicus af Marie Strøm Zangenberg) havde jeg fornøjelsen at overvære et rigtigt underholdende og inspirerende oplæg af bogens to forfattere, og jeg blev der bedt om at bidrage med en boganmeldelse.

Bogen vil kunne læses med udbytte, uanset hvilke syn man måtte have som individ eller læge på nogle af bogens temaer og deres indbyrdes forhold. Det er de store ting, der behandles: Gud, liv, død, tro, håb, tilgivelse, ånd, sjæl, ansvar, ondskab, modernitet, instrumentalisering, taknemmelighed, mening, mod, skyld, angst, taknemmelighed, anerkendelse og transcendens.

Bogen er inddelt i seks kapitler:

1. Sygdom og magtesløshed
2. Stress og selvforståelse
3. Angst og frygt
4. Aldring og tab
5. Død og sorg
6. Skyld og tilgivelse.

Sygehistorier, billeder, skulpturer, myter, religiøse fortællinger, symboler og historiske tekster benyttes til at udfolde emnerne.

Den fælles indledning følges af lægens og præstens vekslende bidrag til emnerne, og til sidst præsenteres en fælles afslutning.

Bogen udfolder dele af både den medicinske og humanistiske side af vores fag. Særligt interessant er nogle af de behandlede modsætninger i præstens og lægens fælles fag (tillader jeg mig at kalde spændet mellem lægen og præstens virke), og det bliver vi aldrig færdige med at forstå.

LIVETS STORE KONTRASTER

Forholdet mellem det synlige/sanselige VERSUS det, der eksisterer herudover!?

Samfundets krav og forventninger VERSUS lægens og patientens forhold og lægens professionelle ageren i samfundet!?

Du skaber dig selv – tanker og handlinger former dig og afgør succes og fiasko – især på arbejdsmarkedet VERSUS "jeg er kun via andre og Gud, og jeg må selv overtage ansvaret for mig selv i disse relationer og er ubetinget god nok!?"

Livet kan stort set erkendes og forklares 100 %, når vi har fået mere viden og tid. Fortvivlelse, sygdom og døden har ofte en årsag og kan ofte minimeres via robust sammenbidthed, især hvis du kombinerer med videnskab, teknologi, livsstil og Folketingets lovgivning/STPS VERSUS livet formes udefra af andre og af Gud: fortvivlelse og sårbarhed er et grundvilkår. Du er skabt af og et redskab for Gud, og du skal fastholde din medfødte trang til at undre dig og være taknemmelig, sundt tilgivende, legende, kreativ, fantasifuld – og finde vej – selv i de sværeste stunder – og hermed blive dig selv!?

Tro skal rationelt begrundes VERSUS tro er en suveræn livsyttring, som ikke kan/skal begribes!?

De medicinske afsnit er velredigerede, oplysende og opdaterede. Men for mig som læge – undskyld, Inger Uldall – er det præstens afsnit, som udfordrer mig mest og kræver mest af mig. For det første anvendes der begreber, som er mig fremmed. For det andet provokeres jeg lidt undervejs – allerede ved læsning af titlen: "Det skrøbelige menneskeliv", uden at jeg helt sikkert kan forstå hvorfor... Måske har mange års oplæring i lægelig forståelse og stræben, hvor mit udgangspunkt er menneskets fantastiske

styrke og evolutionære biologiske og psykiske robusthed, fascineret mig så meget, at min egen og mine nærmestes skrøbelighed virker skræmmende: at vi kun har hinanden til låns, og at dødens uafvendelighed er et usvigeligt sikkert faktum for os alle.

En psykiater lærte mig engang, at nogle bliver læger, fordi lægegerningen lindrer det faktum, at sygdom og død hører livet til! Jeg er på sin vis oplært til – bilder jeg mig ind – at kunne overkomme eller udsætte døden... Måske er jeg ikke den eneste læge med den konstitution. Find selv din egen måde at blive provokeret på ved læsning af bogen, hvis du tør eller finder mod til at turde en dag.

Bogen indeholder et rigtig fint historisk afsnit, som elegant udfolder lægens og præstens forhold historisk og aktuelt. Det er to arketyper, som begge beskæftiger sig med liv og død og alt derimellem. De har samme oprindelige stræben: det velsignede liv med orden, ikke kaos. Med sundhed ikke sygdom. Med frihed, ikke slaveri. Med forsoning, ikke synd. Historisk er det én og samme person, som siden har udviklet sig til to, der har taget hver sin retning og til tider nærmest har fået skabt et konfliktfyldt og fjendtligt forhold og siden opblødning: Hippokrates flyttede sygdomme ud af templet, fordi han mente, at disse ikke skyldtes gudernes vrede. Middelalderlig tænkning genindførte synd som årsag til sygdom. Først efter åndelige lægedom skulle den fysiske lægedom for kroppen afsøges.

Siden følger beskrivelsen af vores fags moderne udvikling, som de fleste af os nok kender bedre.

Det første egentlige sygehus i Danmark, Det Kongelige Frederiks Hospital af 1757, som i dag huser Designmuseum Danmark i Bredgade i København, blev bygget uden vejledning fra kirurger og medicinere, og det ligner Danmarks første store hospitalsbyggeskandale. Her skulle fattige patienter, der fik gratis behandling, finde sig i, at der kom studerende og undersøgte dem i tide og utide. Hvis patienterne døde, kunne man obducere dem og lære direkte af sygdoms- og dødsårsag. I dag er obduktioner stort set afskaffet – mulige teoretiske eller billed-/testverificerede dødsårsager synes nu at være mere interessante! Hospitalets formål var med Guds og lægernes hjælp at gengive de syge arbejdsevnen.

Hvem sagde, at historien har det med at køre i ring? //

Practicus podcast møder Søren Brostrøm til DSAM's årsmøde 2022

Lyt med, når Practicus podcast interviewer direktøren fra Sundhedsstyrelsen ved Dansk Selskab for Almen Medicins årsmøde i Kolding den 30. september 2022. Søren Brostrøm fortæller, hvordan han ser almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet nu og 15-20 år ude i fremtiden.

Er vi fortsat selvstændige erhvervsdrivende? Laver vi

ultralydsundersøgelser af hjertet? Og har vi fortsat ansvaret for den akutte visitation uden for almindelig åbningstid?

Få Søren Brostrøms bud her, og hør, hvad han synes om at være blevet kåret som den mest magtfulde person i det danske sundhedsvæsen, og om hans næste job er som sundhedsminister. //



Jonas Ebert smiler efter et veloverstået interview med Søren Brostrøm i et interimistisk podcaststudie på Comwell Holding. Foto: Jonas Ebert.