

Practicus

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



December 2022
45. årgang // 263

A photograph of two men standing against a blue background. The man on the left is older, with thinning hair, wearing a dark suit and a white shirt. He is smiling and holding a large bouquet of orange tulips and smaller orange flowers. The man on the right is younger, wearing glasses, a dark suit, a patterned shirt, and a dark tie. He is also smiling and has a white lanyard with a badge around his neck. The bouquet is wrapped in clear plastic and has a small tag attached.

FOKUS PÅ LÆGEDAGE OG MAHLERPRIS LEDELSE OG UDDANNELSE

Faglig visitationsstandard for akutarbejdet i lægevagten, side 10-11

Diagnosekulturen giver os et fælles sprog for lidelse, side 15-17

FYAM-kolumnen: Livsbalance, side 42-44

INDHOLD

LEDER

3 Nytårsønsket 2023

DSAM

- 4 Er manglende debat en dårlig ting?
- 5 Bestyrelsens klumme: Kvalitet med omtanke
- 6 Seneste nyt fra vejledningsområdet
- 8 Bestyrelsens ordførerskaber

ARTIKLER

- 10 Faglig visitationsstandard for akutarbejdet i lægevagten
- 12 God ledelse i almen praksis er vejen til bedre bundlinjer
- 15 Diagnoseskulturen giver os et fælles sprog for lidelse
- 18 Hvor god er du til at kode?
- 20 Vælg klogt!
- 23 En kæmpe kapacitet for faget og for selskabet
- 24 Primærsektoren med Holland som forbillede?
- 26 Kan man tillade sig at sende borgeren tilbage i telefonkøen?
- 28 Danske børn og unge med bevægeapparatsmerter...
- 31 Mahlerprisvinder har kæmpet for de laveste i hierarkiet
- 32 Portalen ind til Lægedage har lukket sig ... indtil næste år
- 34 En milepæl er nået – men rejsen var vanskelig
- 36 Kaffe og karrieresnak

FYAM

- 38 FYAM sætter fokus på ledelse med ny kampagne
- 39 KBU-læger har taget temperaturen på almen praksis
- 42 FYAM-klummen: Livsbalance

SAMS

- 45 Lægelivet på en ø

DEBAT

- 46 Flere praktiserende læger – eller hvad?
- 47 Selvejende praktiserende læger – mellem offentligt og privat
- 48 Ja tak til opportunistisk screening med PSA

BOGANMELDELSE

- 50 Bruk av teori i kvalitativ forskning

OPSLAG

- 19 WONCA-Europe 2023
- 44 POD-konference 2023
- 51 PLU-fonden, ansøgningsfrist
- 52 Vær velkommen 2023



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

ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR
Ellen Louise Kristensen
redaktoer@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR
Jonas Fynboe Ebert
jonasebert@dsam.dk

REDAKTIONSSEKRETÆR
Annette Scharff Gehrs
asg@dsam.dk

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

Nr. 265
Frist for artikler: 3. april 2023
Udgivelsesuge: 24

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
Claus Boesen

OPLAG
4.850

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

Nytårsønsket 2023

”Flere læger til almen praksis” har stået øverst på vores ønskeliste i mange år. Nu ser det ud til, at det ønske omsider kommer til at gå i opfyldelse.

I øjeblikket bliver lægen smurt tyndt ud nogle steder. Kontinuitet mellem læge og patient er svær at få. ”De ressourcestærke må klare mere selv”, lyder det.

Vi ved godt, at de ældre, dem uden for arbejdsmarkedet og de psykisk syge ikke skal klare mere selv, men hvem skal så? Er der i det hele taget nogen, som pr. definition er ressourcestærke? Altid?

Det spritnye Sundhedssektorens Prioriteringsråd, som er initieret af Lægeforeningen, har måske et svar.

Det er de praktiserende læger, som er indgangsporten til det øvrige sundhedsvæsen. Vi er gatekeeperne, og al prioritering starter hos os. Og slutter også hos os. Nogle gange med det konkrete og håndgribelige udtryk for det sekundære sundhedsvæsens prioriteringer: ”afvist”.

Kritikken kan hurtigt komme til at lyde, at der ikke er folkevalgte i Sundhedssektorens Prioriteringsråd – altså politikere med hånden på kogepladen og økonomisk ansvar for netop at prioritere, bl.a. i udbuddet af behandlinger og altså også i udbuddet af praktiserende læger.

Uden politisk legitimering kan Sundhedssektorens Prioriteringsråd netop ikke prioritere. De 20 rådsmedlemmer fra forskellige interesseorganisationer har hver især gode grunde til at prioritere ”sig selv” frem for ”de andre”. Men incitamentet til at gøre det omvendte er lidt sværere at få øje på. Så vi ender måske nok med en række gode råd til

dem, der kan prioritere. Men formentlig kun om, hvad de skal vælge til – og ikke, hvad de kan vælge fra.

Mit nytårsønske er, at sundhedsvæsenets omdrejningspunkt – patienten – holdes i fokus. At lægen og patienten må tage udgangspunkt i patientens dagsorden i konsultationen, at lægens faglighed og patientens prioriteter, graden af sårbarhed og ønsker til det levede liv er det, som har betydning. Og mit nytårsønske er, at det må gå meget hurtigt med at få de ekstra 2.000 praktiserende læger tilført. Vi mangler dem.

Godt nytår! //

Patienten skal
holdes i fokus.



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:

Er manglende debat en dårlig ting?

Kreativiteten er stor, når det kommer til at få de praktiserende lægers og deres personales opmærksomhed på Lægedage i Bella Centeret. Midt i den tilhørende udstilling var et revisionsfirma gået all in og havde kørt et ældre folkevognsrugbrød ind på pladsen. Her stod de klar til at rekruttere nye kunder til biksen. Andre lokkede med fyldte chokolader, kuglepenne, kopper og slik. I år var reklameæsker med lakridser det helt store hit, når det kom til kommunikation i spiselig form.

Rekruttering af nye medlemmer DSAM havde som vanligt en stand på

Lægedagetorvet, hvor alle kunne komme forbi til en pausesnak om DSAM og faget. Rigtig mange praktiserende læger bakker op om DSAM via deres medlemskab.

I år var fokus på at få de sidste med. Derfor kunne nye medlemmer vinde en kurv med lækkerier – og faktisk fik vi hele 15 nye medlemmer alene i Lægedageugen, så indsatsen virkede. Vinderen blev en læge fra Odense, som blev superglad for kurven.

Mere end pausesnak

Men Lægedage er jo så meget mere end reklamestande, pausesnak og kurser. Ud over al den gode, spændende læring er der også masser af debat. Især i åbningssessionen, hvor formand for DSAM, Bolette Friderichsen, åbnede ballet med en flot brandtale.

Her sagde hun bl.a.: ”Vi vil gerne gøre gavn. Men vi er ikke glade, når vi defensivt hele tiden skal redegøre for, hvorfor vi ikke gør dit eller dat, som står i en retningslinje. Vi er glade, når patienterne kan forlade os lidt mere glade og trygge og med tillid til egen kropsfornemmelse, også uden det helt store subspecialiserede uddannelsesprogram. Det kan almen praksis stadig levere. Vi er de bedste til at undgå at lave nye patienter, til at stop-

pe lidt op og se an. Til at beskytte sundhedsvæsenet mod sig selv. Vil samfundet støtte os i det?”

Herefter blev der lagt op til en debat, hvor moderator Nynne Bjerre Christensen stillede spørgsmål til panelet, som ud over DSAM's og PLO's formand bestod af to fungerende sundhedsordførere, Kirsten Normann Andersen fra SF og Per Larsen fra de Konservative, og Anders Kühnau, formand for Danske Regioner.

Er manglede debat en dårlig ting? En sundhedsjournalist roste i en kommentar i Dagens Medicin formandens tale og kaldte den for ”stærk”, men ærgrede sig over den ”manglende debat” efterfølgende. Journalisten gættede på, at det var fraværet af Sundhedsstyrelsen, sundhedsministeren og hospitalsledelse, som skabte for meget enighed i panelet.

Spørgsmålet er, om en vis enighed blandt politikere og læger er skidt? Selvfølgelig lever en debat stærkere i nærværet af kritik og uenighed. Men på den anden side husker vi stadig det politisk betændte klima for 10 år siden – og set med de øjne er større gensidig enighed om løsningerne for fremtiden i almen praksis måske en god ting?

Vi ses i næste Practicus! //



Stor opfindsomhed hos udstillerne på Lægedage.
Foto: Sine Barrett-Madsen.



BESTYRELSENS KLUMME:

Kvalitet med omtanke

Aret går på held og giver som sædvanligt anledning til refleksion over, hvad 2022 bragte med sig. Vi slap ud af coronarestriktionerne for at træde ind i en mere usikker verdensorden med krig blot 2.000 km fra Danmark ... der kom flygtninge, som skulle hjælpes med at konvertere deres medicin til danske præparater og forstå det danske sundhedsvæsen.

Vi ser desværre også effekten af ufreden hos vores mest socialt udsatte patienter, der – med de stigende priser på dagligvarer – holder op med at tage medicin for at have råd til mad og varme. Og vi ser fortsat skyggerne af coronapandemiens lange og noget ensomme tid for børnene foran skærmene; vores små patienter kommer nu hyppigere med tegn på øget mistrivsel.

Trods disse triste begivenheder har vi i DSAM fortsat arbejdet med at synliggøre vores fags faglige kvalitet.

Som næstformand og kvalitetsordfører har jeg i år blandt andet været med til at forberede overgangen til et nyt og opdateret diagnosesystem for almen praksis, ICPC-3. Hospitalerne udskifter om få år ICD-10 til ICD-11, og vores nuværende diag-

nosesystem, ICPC-2, vil ikke kunne oversætte diagnoser fra ICD-11. Så vi skal have et nyt. Vi skal undgå fejloplysninger i patientens journal. Derfor er det vigtigt, at overgangen sikres, så en patient, der udskrives fra hospitalet med f.eks. diagnosen atrieflimmer, ikke tildeles diagnosen urininkontinens eller noget andet misvisende i vores journaler. Et stort og nødvendigt arbejde venter forude.

... vi har brug for at
kunne vise omverdenen,
hvor godt vi i
virkeligheden passer
på vores patienter.

Vi skal også undgå forstyrrende fejlkilder i vores egne data i vores IT-systemer. Når man læser årsrapporten fra RKKP om diabetes, ser det aktuelt ud, som om vi ikke passer vores patienter godt, da kun ca. 55 pct. af

de praktiserende læger har fået indberettet diabetesdata fra almen praksis. Det er næppe blot 55 pct. af os, der laver årsstatus for vores diabetespatienter. Det er nok snarere vores data, som er ufuldstændige. Vi har brug for, at systemhusene gør det let og enkelt at lægge resultaterne på den rigtige "hylde" (IUPAC-kode), og at vi kan lave RKKP-indberetning uden anden aktiv indsats fra os end godkendelse – og uden et øget tidsforbrug.

Det er rigtigt ærgerligt, at vores kvalitet ikke kan dokumenteres optimalt endnu, for vi har brug for at kunne vise omverdenen, hvor godt vi i virkeligheden passer på vores patienter. Og ikke kun til RKKP. Laboratorieværdier og diagnoser er to af de parametre, som kan bruges til at vise vores kvalitet, men det skal ikke være den enkelte læge, der skal slette ubrugelige IUPAC-koder eller sikre, at data kommer igennem til rette sted.

Vi vil gerne kunne vise, hvor gode vi er – til diabetesbehandling, til minoritetsgrupper, til de socialt udsatte og til børnene. Vi favner dem alle og følger dem i både gode og tunge tider.

Må 2023 blive lysere end 2022 for os alle! //



Seneste nyt fra VEJLEDNINGSSOMRÅDET

Et opdateret politikpapir, flere vejledninger, ny habilitetspolitik og en ny version af "Håndbog for kliniske vejledninger" er på vej.

Efter en coronapræget periode er der nu igen mange vejledningsgrupper, som er i gang med at kondensere viden på udvalgte områder som en hjælp til os alle i dagligdagen. I DSAM's vejledningsteam forsøger vi at bidrage til fremdriften ved at følge gruppernes arbejde og løbende se på, hvordan vi bedst bistår dem.

Politikpapir i 2. udgave

Politikpapiret blev opdateret i sommeren 2022 på baggrund af de første erfaringer med at implementere det. Politikpapiret er ambitiøst og foreslår overordnet konkrete områder for patientcentrering eller patientinddragelse. Det er slet ikke enkelt for vejledningsgrupperne at skrive kort og præcist med klare forslag til svar på problemstillinger og spørgsmål, som opstår i dagligdagen i almen praksis.

Principperne fra realistic medicine indebærer en tilgang, der lægger vægt

på dialogen med patienten om fordele og ulemper ved forskellige behandlingsmuligheder. Fælles beslutningstagning vil efterhånden blive et fast element i DSAM's vejledninger, men det er foreløbig ikke noget evidens-tungt område at bevæge sig ind i.

Vejledninger og FAQta-ark på vej

Vi ser frem til at udgive flere vejledninger i løbet af det næste halve år. En vejledning om "Den ældre skrøbelige patient", en vejledning om "Osteoporose" og et FAQta-ark om "Demens" er alle tre ved at nå slutfasen, som er høringsprocesserne.

I slutfasen har vi både en præhøringsfase og en offentlig høringsfase, så samarbejdspartnere, interessenter og kolleger får mulighed for at kommentere på det udkast, som foreligger. Vi modtager i reglen mindst 10 høringssvar, som vejledningsgruppen skal vurdere, og måske skal væsentlige bemærkninger enten indgå eller udgå. Det kræver en vis omhyggelighed og ikke mindst drøftelser.

Inden udkastet når til høringsfasen, har der været review ved to almenmedicinere og en fagspecialist fra området, ligesom bestyrelsen i DSAM har godkendt udkastet. I sekretariatet har den almenmedicinske redaktør kommenteret, og der er læst kor-

rektur og evt. sprogrevideret ved vores eksterne konsulent.

Især denne slutfase kan være en udfordring for vejledningsgrupperne, da de har leveret varen, men der er mange tilbageløb med ekstra tjek og godkendelse af justeringer. En vis portion tålmodighed skal der til.

Bedre vilkår for godtgørelse af tid

Vi er afhængige af solide faglige kræfter, der vil påtage sig opgaven med det konkrete vejledningsarbejde. Der er praktisk hjælp at få i sekretariatet,

OM VEJLEDNINGERNE

- DSAM's vejledninger finansieres af et særskilt budget.
- Overenskomsten om almen praksis dækker nogle af udgifterne til vejledningerne.
- De trykte vejledninger bliver sendt ud til alle praktiserende læger.
- Nogle vejledninger udgives kun elektronisk, hvis formålet er hurtige opslag, mulighed for fordybelse via links eller andre vejledninger, eller hvis der er brug for hyppig opdatering.

men det er vejledningsgrupperne, der leverer rugbrødsarbejdet. Når formanden er valgt, nedsætter vi omhyggeligt en vejledningsgruppe. Det er den faglige interesse, der er drivkraften. Honoraret er fortsat symbolsk og bliver udbetalt ved udgivelsen, men der er kommet bedre vilkår for at få mødegodtgørelse, når vejledningsgrupperne mødes.

Habilitetspolitik – drøftelser af interessekonflikter

I sekretariatet havde vi brug for at finde ud af, hvordan vi skulle håndtere situationen, når potentielle arbejdsgruppemedlemmer meldte om økonomisk engagement i lægemiddelindustrien. Det var hver gang en vurderingssag, og bestyrelsen blev inddraget. Flere ting blev diskuteret: Hvor skulle grænsen gå? Skulle der være en beløbsgrænse? Hvilke konsekvenser skulle det få, hvis man lå over beløbsgrænsen?

Bestyrelsen drøftede emnet i 2021, og en ny bestyrelse drøftede emnet igen i 2022 på baggrund af et nyt oplæg fra sekretariatet. Det stod klart, at der var holdninger, som havde rykket sig. I sommeren 2022 endte bestyrelsen med at godkende en linje, som ligger i tråd med Sundhedsstyrelsens og andre faglige aktørers, da mange har fået en skærpet habilitetspolitik i retningslinjearbejdet.

I habilitetspolitikken accepteres enkelte undervisningsgange og oplæg samt medvirken i projektarbejde, hvor der er honorar for tidsforbrug. I den ideelle situation er det dog bestyrelsens opfattelse, at man helst skal vælge at frasige sig honoraret. Politikken har den konkrete konsekvens, at hvis man har ønsket om at deltage i DSAM's vejledningsarbejde, er det en god idé at sørge for ikke at have værdipapirer m.m. i medicinalindustrien.

Som noget nyt har vi indført et skema til selvdeklarering, som sikrer, at vi kommer rundt om de spørgsmål, som er nødvendige at stille. Skemaet er inspireret af Sundhedsstyrelsens habilitetspolitik og Guidelines International Network (G-N-I), der har publiceret om relevante principper.

Vi er afhængige af solide faglige kræfter, der vil påtage sig opgaven med det konkrete vejledningsarbejde.

Ny version af håndbogen for kliniske vejledninger

De forskellige tiltag for at få vejledninger, der fortsat er brugbare og værdsatte i den travle hverdag i almen praksis, bliver samlet beskrevet i en ny version af "Håndbog for DSAM's kliniske retningslinjer". Håndbogen er et internt hjælperedskab til vejledningsgrupperne, som kommer i en 9. version. Den har været undervejs i et godt stykke tid og er blevet gennemskrevet og redigeret. Vi håber, at de nye vejledningsgrupper får god gavn af den og inspiration til arbejdet. Håndbogen er først og fremmest tiltænkt vejledningsgrupperne, men vi kan naturligvis sende den, hvis andre har interesse i at se den. //





Bestyrelsens ordførerskaber

Ligesom henvendelser til en praktiserende lægeklinik er alsidige og mange, således er også de sager, som DSAM's bestyrelse involveres i. Det

er nødvendigt at sprede arbejdet og kendskabet ud – og helst til de bestyrelsesmedlemmer som har en særlig interesse for netop det emne. DSAM's bestyrelse har i de seneste 6-7 år kon-

stitueret sig med ordførerskaber, og denne øvelse har den nuværende bestyrelse netop været igennem. Du kan herunder se bestyrelsens roller og ordførerskaber. //



Bolette Friderichsen

Formand

Valgt af: Repræsentantskabet



Christina Kjerulff

Næstformand

Valgt af: DSAM Hovedstaden
Ordførerskab: Kvalitet



Troels Mengel-Jørgensen

Kasserer

Valgt af: DSAM Nordjylland
Ordførerskab: Forskning og
Internationalt samarbejde



Marianne Dam Lentz

Medlem

Valgt af: DSAM Midtjylland
Ordførerskab: Uddannelse



Søren Due-Andersen

Medlem

Valgt af: DSAM Sjælland
Ordførerskab: Ulighed i sundhed



Jon Eik Zwisler

Medlem

Valgt af: DSAM Syddanmark
Ordførerskab: Medicin



Merete Hansen

Medlem

Valgt af: Repræsentantskabet
Ordførerskab: IT & Data



Anders Elkær Jensen

FYAM-medlem

Valgt af: FYAM's medlemmer af
repræsentantskabet
Ordførerskab: Kommunerne og det
nære sundhedsvæsen



Thomas Purup

FYAM-medlem

Valgt af: FYAM (født medlem som
formand for FYAM-udvalget)
Ordførerskab: FYAM



Faglig visitationsstandard for akutarbejdet i lægevagten

En ny faglig standard skal sikre et højt fagligt og ensartet niveau i visitationen i lægevagten på tværs af landet. Den nye visitationsstandard er nu tilgængelig på DSAM's hjemmeside.

De fem regioner i Danmark har hidtil arbejdet uden en fælles visitationsstandard i lægevagten. Nogle vagtlæger har fået en påtale fra Styrelsen For Patientsikkerhed for at udskrive vanedannende medicin til patienter, der under falsk CPR-nummer har udgivet sig for at være en anden.

Da lægen arbejder under lægeløftet og skal arbejde med samvittighed og omhu, har mange læger følt sig presset til at udskrive smertestillende medicin ved visitationen. Med den nye faglige visitationsstandard vil det være muligt for den visiterende læge at afvise disse patienter med henvisning til "den faglige visitationsstandard for lægevagten", der netop er udkommet på DSAM's vejledningsside.

Det akutte stiller store krav til visitor

Lægen har svære arbejdsbetingelser i lægevagten. Her skal der hurtigt dannes et overblik og træffes beslutninger, og det kan være svært at få et overblik over, hvor man kan tilgå regler og oplysninger på en hurtig og effektiv måde. Samtidig kan det være svært at danne sig et samlet overblik over samarbejdspartnerne i akutarbejdet, og hvordan vi håndterer de forskellige patientgrupper, som vi møder i lægevagten.

Arbejdet i lægevagten kræver speciallægekompetencer i almen medicin, hvis man skal kunne navigere kor-

rekt under travlhed. Hvis der ikke visiteres korrekt, går det ud over både patienterne og kollegerne. Lægevagten kan sande til med patienter, som ikke bør ses af lægevagten, og det kan give lange ventetider i telefonen og forsinke patienter med akut behov for lægehjælp, ligesom mange kommer til at vente længere på konsultationer og besøg. Det medfører et stressende arbejdsmiljø. En mangelfuld visitation kan også føre til højere belastning af et i forvejen presset sundhedsvæsen, der er underbemandet med både læger og sygeplejersker.

Målet er mere ensartet visitation

Formålet med en fælles faglig visitationsstandard for akutarbejdet i lægevagten er at sikre, at de praktiserende læger og vagtlæger, der visiterer, har et højt fagligt og ensartet niveau i visitationen på tværs af de regionale lægevagtsordninger.

Den nye visitationsstandard kan også være med til at forventningsafstemme de opgaver, som lægevagten bør løse: Lægevagten tager sig af akut opstået sygdom, som ikke kan vente til egen læge er tilbage på førstkommande hverdag.

Målet med en fælles visitationsstandard er:

- At alle patienter får en ensartet visitation for samme problemstillinger på tværs af regioner.
- At alle vagtlæger har de samme rammer at visitere efter.
- At patienter, der kontakter lægevagten, oplever et sammenhængende sundhedsvæsen.

Derudover er ønsket at skabe et overblik over, hvilke visitationsmuligheder der er i de regionale lægevagter, og hvordan vi arbejder sammen med vores samarbejdspartnere i lægevagten, idet samarbejdet mellem sektorerne er

en kernekompetence i visitationen af akutpatienter.

Den nye visitationsstandard er ikke en detaljeret instruks i behandlingen af konkrete sygdomme eller symptomer, men en overordnet elektronisk vejledning, som supplerer Akuthåndbogen, de respektive regionale aftaler og instrukser på området.

Arbejdsgruppen har været meget respektfuld overfor opgaven. Vi ved, at visitationen i lægevagten er en af de mest udsatte poster, og at det er her, at de fleste klager kommer.

Bidrag fra alle regioner

Fonden for Almen Praksis nedsatte en arbejdsgruppe i foråret 2020 til at udforme en faglig visitationsstandard for akutarbejdet i lægevagten. På grund af coronapandemien og udskiftning af medlemmer i gruppen kom den endelige arbejdsgruppe i gang i maj 2021.

Arbejdsgruppen består af udpegede speciallæger i almen medicin fra de fem regioner, en yngre læge og en administrativ medarbejder fra Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), PLO og DSAM. Det var vigtigt for arbejdsgruppen, at alle regioner havde en stemme og indflydelse på, hvad en visitationsstandard skal indeholde.

På et indledende møde tegnede arbejdsgruppen rammerne for, hvad der er vigtigt at have med i en visitationsstandard, og hvad man som visiterende vagtlæge har brug for af nyttige oplysninger og viden, når man sidder på vagt og visiterer. Det blev hurtigt klart, at der er mange regler, mange patientgrupper og flere samarbejdspartnere, som vi skal håndtere på en hurtig og smidig måde, så ventetiden minimeres i telefonen. Vi gjorde os også klart, at så snart vi havde lavet visitationsstandarden, ville noget allerede være forældet, fordi verden omkring os forandres hele tiden. Derfor har vi valgt at lave visitationsstandarden i en elektronisk form, så man som vagtlæge hurtigt kan finde den

på nettet, slå op og forvente få den nyeste viden på området.

Kræver tværfaglige kompetencer

Det stigende antal ældre borgere og patienter med multisygdom og polyfarmaci giver en mere kompleks patientpopulation. Det er en særlig udfordring i lægevagten, fordi vagtlægerne har kontakt med patienter, som de ikke kender i forvejen. Det kan også være en særlig udfordring, hvis visitator ikke har en dagligdag med almenmedicinske akutte fremmødekon-sultationer.

Sundhedsstyrelsen udgav i oktober 2020 anbefalinger for organisering af den akutte sundhedsindsats i Danmark for de næste 10 år. Heri præciseres det, at den borgerrettede telefoniske visitation i vagttiden vedrørende somatisk og psykisk sygdom, der ikke er livstruende og tidskritisk, med fordel kan varetages i et tæt tværfagligt samarbejde, som omfatter speciallæger i almen medicin eller speciallæger med tilsvarende kompetencer og sygeplejersker med relevant erfaring og kompetencer.

Sundhedsstyrelsen anerkender, at de kompetencer som alment praktiserende læger erhverver sig gennem daglig erfaring ved at visiterer patienter med både akutte og ikke-akutte symptomer i egne klinikker, giver den erfaring, der kræves i en lægevagt, hvor vi møder patienter, som vi ikke kender på forhånd.

WHO har udarbejdet anbefalinger for kvalitet i sundhedsydelser og akutarbejdet, der skal sikre ordentlige arbejdsforhold for dem, som arbejder i akutområdet.

Derfor er det enormt vigtigt for arbejdsmiljøet, at vi bruger de rigtige kompetencer på de rigtige pladser i lægevagten, så lægevagten bliver et smidigt sted både for patienterne og for de læger, sygeplejersker og paramedicinere, der arbejder i lægevagten.

Efter intenst arbejde og besvarelse



af mange spørgsmål, to høringsrunder og en endelig godkendelse i regionerne og PLO, er visitationsguiden nu lagt på DSAM's hjemmeside, hvor den vil fungere som et opslagsværk, når du sidder og skal visiterer i lægevagten. Brug 10 minutter på at lære den at kende, så du ved, hvad du kan få svar på, næste gang du sidder med et visitationsproblem.

Vi håber, at I vil tage godt imod den nye visitationsstandard! //

ARBEJDSGRUPPEN:

- Charlotte Voglhofer (formand for arbejdsgruppen), praktiserende læge i Region Sjælland
- Carsten Kvist, kontorchef i Region Nordjylland
- Daniel Derman Rotenberg, praktiserende læge i Region Syddanmark
- Gitte Søndergård, overlæge i 1813 i Region Hovedstaden
- Lise Høyer, praktiserende læge i Region Midtjylland
- Rasmus Køster-Rasmussen, yngre læge (nu speciallæge i almen medicin), Region Hovedstaden



God ledelse

i almen praksis er vejen til bedre bundlinjer

Læger i almen praksis har typisk en dobbeltrolle: De er en central del i det daglige patientarbejde og skal samtidig fungere som ledere. De befinder sig primært i "maskinrummet" sammen med patienterne og personalet.

Itakt med at mange klinikker vokser og som følge af de mange udefra kommende krav, bliver den enkelte praksis en stadig mere kompleks virksomhed. Antallet af medarbejdere vokser, og forandringer i den daglige opgaveløsning er mere reglen end undtagelsen. Disse forhold indebærer et større behov for intern organisering og ledelse. Men i en travl hverdag kan det være svært at finde tid til netop disse ledelsesopgaver.

God ledelse er nemlig et centralt middel til at skabe en bedre praksis både socialt, fagligt, trivselsmæssigt og økonomisk. Derfor er det afgørende, at der også i almen praksis afsættes tilstrækkelig tid til ledelsesopgaverne. Hvis I er i et kompagniskab med flere ejerlæger, er betydningen af velstruktureret og samstemt ledelse uvur-

derlig. For mange (uenige) kokke risikerer som bekendt at fordærve maden, og forskellige udmeldinger og modsatrettede meldinger fra ledelsen skaber unødigt støj og mistrivsel blandt personale, hvilket på sigt også kan gå ud over patientbehandlingen.

Fra vores mangeårige arbejde med organisations- og ledelsesudvikling i almen praksis er det vores oplevelse, at mange læger ikke har formel lederuddannelse og ikke føler sig særligt fortrolige med eller kompetente til ledelsesopgaven. De fleste har en meget stærk lægeidentitet og en markant svagere lederidentitet. Mange efterspørger i den forbindelse hjælp til at få udviklet og anvendt et brugbart og relevant ledelsessprog, ligesom de efterspørger metoder til, hvordan man leder i hverdagen.

Som ejerlæge bør man spørge sig

selv: I hvilken grad identificerer du dig også som leder? Vores oplevelse er, at der i rigtig mange lægehuse er et markant behov for både en prioritering af og en opkvalificering på ledelsesdelen. Det handler om, at man også begynder at se sig selv som leder og forholde sig til sig selv som leder. Lægen skal som leder – ud over at lede konsultationsprocesserne – også fungere som:

- leder af hele klinikken
- leder for personalet
- leder af eget arbejdsliv
- leder af klinikkens samspil med omverdenen.

God ledelse er nøglen til at skabe værdi for både patienterne, personalet, lægerne og dermed for den samlede arbejdsglæde og trivsel, hvilket også vil afspejle sig på den økonomiske bundlinje.



Hvis lægerne ikke påtager sig ledelsesrollen, skal ledelsen nok blive varetaget alligevel – om ikke andet så uformelt. Ofte ser vi ”ledende sekretærer” eller uformelle ledere blandt personalet. Det skaber ofte uro, mistrivsel, dårligt samarbejde og dårlige resultater. Det er derfor vigtigt, at lægerne tager ansvar for ledelsen og afsætter tid til både den strategiske, den taktiske, den operationelle og den daglige ledelse.

De forskellige ledelsesrum

Ledelse er mange ting og kommer til udtryk på mange forskellige måder, i forskellige situationer og på forskellige niveauer. Det handler både om de strategiske, dvs. de langsigtede overvejelser om de grundlæggende for-tællinger om og fremtiden for jeres praksis, men også om

dagligdagens udfordringer, f.eks. i form af, hvorledes I håndterer ”skæverter” i praksis. Hvis banen ikke er kridtet op, har medarbejderne ikke en ramme og en kurs at navigere efter, og så gør de det, de tror er bedst, eller det, de har det bedst med. Det er jo ikke sikkert, at det klinger med klinikkens bedste.

”Hvor ska’ vi hen, du?” Det spørgsmål skal ejerlægerne kunne svare på. Det er de strategiske retninger, der udgør fundamentet for al anden ledelse i praksis. De strategiske beslutninger bør sætte rammerne for personaleledelsen, driftsledelsen og den faglige ledelse. Alligevel er det ofte den strategiske ledelse, som lægerne vier mindst opmærksomhed – og det er en tendens, som genfindes inden for mange brancher. I en travl hverdag, hvor driften presser sig på, kni-

LEDELSESNUM

Strategisk ledelse:

Eksempler på centrale spørgsmål: Hvad er det for et sted, vi grundlæggende ønsker at være? Hvordan skal det vise sig i praksis? Hvilke værdier er centrale for os? Hvilke tendenser/ændringer ser vi i vores omverden, som vi skal reagere på? Hvad er vores vision og mål for det næste år?

F.eks. på et døgnsseminar 1-2 gange om året

Taktisk ledelse:

Hvordan arbejder vi konkret med at realisere vores strategiske mål? Hvordan ser planen ud? Hvordan får vi konkret værdierne til at gennemsyre vores praksis? Hvordan får vi realiseret vores vision? Hvordan følger vi op på det, vi har sat i gang?

F.eks. 3 timer hver 2. måned

Operational ledelse:

Hvordan går det med driften og den løbende planlægning?

Hvordan håndterer vi ”her og nu-problestillinger” og sikrer mindre kurskorrektioner

F.eks. på et ugentligt Kaizen-ledelsesmøde

Ledelse i marken

– den daglige ledelse:

Ledelse er også at ”se”, at ”iagttage”, at ”lytte” og at være rollemodel.

Hvordan intervenserer vi ved tilsyneladende ”skæverter”? Og hvordan anerkender og roser vi, når ”det, vi ønsker os” rent faktisk udspiller sig?

ber det med tid til de mere strategiske drøftelser og beslutninger.

I forbindelse med den strategiske ledelse er det også en god idé sammen at drøfte fordeling af og forventninger til ledelsesopgaverne. Hvad lægger vi eksempelvis vægt på i vores personaleledelse? Hvilke forventninger har vi til den personaleansvarlige? Og hvad består den faglige ledelsesfunktion primært i?

AMOR-modellen er et simpelt, men meget brugbart værktøj til at definere funktionerne:

- Hvad har du **A**nsvar for?
- Hvilket **M**andat har du (magt, manøvrerum)?
- Hvilke konkrete **O**pgaver skal løses? Hvilke mål det næste år?
- Hvilke **R**essourcer har du til rådighed? Tid, budget...

En fælles forventningsafstemning bidrager til fælles fodslag i ledergruppen, tydeliggør funktionerne og kan dermed medvirke til at kvalificere praksis.

Som konsulenter er det vores klare erfaringer, at det betaler sig at afsætte tid til ledelsesopgaven – eller sagt med andre ord; det er dyrt at underlede sin praksis og endnu dyrere helt at lade være. Manglende koordination, mistrovsel, konflikter, stresssygemeldinger m.m. opstår i kølvandet. Det koster både på den økonomiske, den sociale, den trivselsmæssige og den kvalitetsmæssige bundlinje. Ydermere er det også vores erfaringer, at god ledelse i stigende grad er et centralt parameter i forhold til at tiltrække og fastholde attraktive medarbejdere – og at ledelse ikke mindst bidrager til, at man kan skabe en god balance i arbejdslivet og dermed højne mulighederne for at skabe en mere bæredygtig praksis. //

God ledelse er nøglen til at skabe værdi
for både patienterne, personalet,
lægerne og dermed for den samlede
arbejdsglæde og trivsel.





Diagnosekulturen giver os et fælles sprog for lidelse

Danskernes mentale helbred skranter. Og der er ingen simple svar på, hvorfor udviklingen går den vej. Men hvis vi prøver at forstå fænomenet, kan vi måske tegne konturerne af årsagerne og se nogle mulige løsninger.

Vores mentale sundhed er i frit fald, og vi står over for en krise, når det gælder psykiske lidelser. VIVE rapporterede om det i 2018, og Den Nationale Sundhedsprofil fra 2021 viste, at næsten hver fjerde kvinde i alderen 16-34 år har en form for psykisk lidelse, mens det gælder ca. 13-14 pct. af mændene i samme aldersspænd. Der kan ikke være nogen tvivl

om, at det står skidt til med de unges mentale helbred – og generelt med danskernes mentale sundhed.

Flere af de alment praktiserende læger, jeg taler med, møder et stigende antal mennesker, der kommer til dem med deres psykiske mistrivsel. Det store spørgsmål er selvsagt: Hvorfor? Hvorfor får flere det sværere, og hvorfor ser vi denne fortsatte stigning af psykiske lidelser? Vi har talt om det længe og forsøgt mangt og meget, men udviklingen går kun én vej. Der er selvfølgelig ikke noget simpelt eller ligetil svar på, hvorfor problemet eksisterer, ligesom der heller ikke er en simpel og ligetil løsning på problemet. Men vi kan forsøge at forstå fænomenet og derigennem måske tegne konturerne af roden til lidelsen og mulige løsninger, gennem de beslægtede begreber om præstationssamfundet og diagnosekulturen, der begge har fyldt i debatten de senere år. Men hvad er det så?

Et præstationssamfund fyldt med påbud

Anders Petersen arbejdede i årevis på analysen af, hvad han kaldte 'præstationssamfundet' – et samfund med en hel række nye og specifikke idealer og normer, vi alle er underlagt. For det første medfølger der et enormt fokus



Peter Clement Lund til DSAM's årsmøde: Diagnoser er blevet hverdagssprog og en del af individets selvforståelse.
Foto: Palle Skov.

Stof til eftertanke på DSAM's årsmøde. Foto: Palle Skov.



på individets frisættelse. Det vil sige, at hver enkelt af os, i princippet, nu kan gøre, hvad vi vil, men at vi dermed også selv bærer ansvaret – både for de sejre, vi opnår, og de nederlag, vi oplever. Sammen med denne frisættelse følger der idealer, som jeg tænker, at de fleste læsere er bekendte med: Vi skal hele tiden være hurtigere, bedre, mere modstandsdygtige osv. – altid være 'employable'. Vi skal altid realisere os selv – være den bedste og mest autentiske version af os selv – ved netop at præstere og hele tiden at være i gang med at vinde noget. Hvad vi præsterer, er ligegyldigt, bare vi er i gang, og vi tugter os selv for at kunne leve op til disse krav. Der er ikke andet at kritisere end en selv og ens manglende evner.

Vi lever ikke længere i et disciplinærssamfund fyldt med forbud, men i stedet i et præstationssamfund fyldt med påbud, som vi selv er ansvarlige for at leve op til: *"... præstationsselve skal opfattes som et råstof, der kan udvindes mere og mere af. Og tørrer kilden til råstoffet ud, opstår problemet: Så er udviklingspotentialet dødt. Derfor må det for enhver pris holdes i live. Det sørger den allestedsnærværende konkurrence for."* Derfor er det selvfølgelig ikke svært at forestille sig, hvad kon-

sekvensen af dette er – nemlig at flere lider under disse idealer. Anders skrev gentagne gange om depressionen som den yderste konsekvens af dette, men der skal ikke herske nogen tvivl om, at andre psykiske lidelser på sammenlignelig vis kan være bundet til præstationssamfundet, og at disse også er tæt forbundne til et andet væsentligt begreb: diagnosekulturen.

En kultur af diagnoser

Grundlæggende betyder dette, at vi nu lever i *"en kultur, hvori diagnoser cirkulerer og bruges af såvel fagpersoner som lægfolk til at begribe stadig flere former for lidelse, afvigelse og ubehag"*. Vi kan se det på mængden af individer, der får diagnoser, den stigende mængde af nye psykiatriske diagnoser og det højnede mediefokus på diagnoser. Derudover betyder det også, at vi nu lever i en verden, hvor vores fælles sprog for lidelse er blevet erstattet af et diagnostisk ét – vi taler sjældnere og sjældnere om vores problemer ud fra moralske, religiøse eller sociale perspektiver, men i stedet ud fra et psykiatrisk perspektiv. Diagnoser er simpelthen blevet hverdagsprog; de er blevet en del af individets selvforståelse og er blevet betydningsfulde på stort set alle niveauer af sam-

fundet. Et af de helt store spørgsmål, når vi taler om psykiatriske diagnoser, handler om, hvordan vi forstår dem – altså om vi, gennem videnskaben, opdager nye essentielle lidelser, der eksisterer i personer, eller om de er fuldstændigt diskursivt skabt. Finder vi nye lidelser, ligesom vi finder nye arter ude i naturen? Eller eksisterer de først, når vi skaber eller konstruerer dem i manualerne? Dette er, så at sige, yderpunkterne i diskussionen. Som med så meget andet findes svaret nok et sted imellem disse positioner.

Vi bliver nødt til at forstå diagnoser både som dybt forbundne til den omkringliggende kultur og kontekst, og som udtryk for specifikke lidelsesformer. Der eksisterer med andre ord en kompleks relation mellem det menneske, der lider, og de miljøer, de eksisterer i, eller de sociale praksisser, hvori de indgår. Diagnoser svarer, så at sige, på noget ude i virkeligheden – de svarer på en reel erfaret lidelse, som personer har. En lidelse, der må og skal ses ift. den verden, der afføder den. Og samtidig må vi også forstå svaret, vi giver lidelsen, ud fra den verden. Hvad vi gør med lidelse, er et udtryk for, hvilken verden vi lever i.

En normal reaktion på en syg verden

Hvad skal vi så bruge alt det her til, kan man med rette spørge? Skal vi give op? Skal vi afstå fra at bruge diagnoser? Svaret er, som alt andet, komplekst. På den ene side er der et behov for diagnoserne, for hvis ikke vi havde dem, så ville lidelserne måske gå os forbi. Men på den anden side er mængden af diagnoser og diagnostiserede stigende, og dette har omkalfatret hele vores forståelse af, hvad lidelse er, og hvad det overhovedet vil sige at være et menneske. Sat helt på spidsen kan man diskutere, om de lidelser, vi ser nu, egentlig er unormale, eller om de er normale reaktioner

på en syg verden, som Jean Améry engang udtrykte sine egne erfaringer med at overleve holocaust: *"Jeg er ikke traumatiseret, min psykiske tilstand stemmer helt og holdent overens med virkeligheden"*.

Selvfølgelig kan vi ikke bare ignorere lidelserne hos personer med reference til, at samfundet gør dem syge. Men vi bliver nødt til at være påpasselige med diagnoser og vores brug af dem. Set ud fra ovenstående perspektiver afføder præstationssamfundet en række problemer og lidelser hos individet, som kræver et svar. Og det svar er diagnostisk, fordi det vokabularium, vi nu har, når det kommer til lidelse, er blevet overtaget af diagnosemanualerne. Det er selvsagt ikke et tydeligt eller fuldstændigt dækkende billede af årsagerne til stigningen i de lidelser, vi ser i dag – mental lidelse er ikke pludseligt opstået, udelukkende fordi vi nu skal præstere, men vi må og skal anerkende, at det samfund, vi lever i, har en indflydelse på vores velbefindende. At det normative ideal for et velfungerende eller realiseret liv i dag er styret af påbud om konstant vækst og fleksibilitet, hvilket betyder noget for de lidelser, vi ser – og det betyder noget særligt for de unge mennesker, der i dag er bærere af en stor del af denne sygdomsbyrde.

Et forandret lidelsesbillede

Så hvad skal I, som alment praktiserende læger, gøre ved det? Jeg har ikke et klart svar, blandt andet fordi jeg ikke bilder mig selv ind, at jeg ved mere om jeres praksis, end I gør. Men spørgsmålet er stadig, hvad et sådant forandret lidelsesbillede betyder for jer? Det tyder ikke på, at opgaven bliver lettere for jer. Flere mennesker vil få mentale lidelser, der vil komme flere krav fra patienter om at få stillet diagnoser, der vil komme flere krav fra myndighederne om det, og der vil, i sidste ende, komme flere diagnoser.

Det store spørgsmål, vi kan stille

os selv, er, om vi har lyst til at leve i en verden, hvor så mange af os bliver diagnosticeret med psykiske lidelser, eller om vi – og her er det grundlæggende sociologiske krav på spil igen – skal gentænke den måde, vi er i verden på? Mere praktisk og anvendeligt er rådet måske også, at I, som det frontpersonale I nu engang er, skal være varsomme med diagnoserne og brugen af dem, og I skal være optaget af og kritiske over for de diagnoser, I bliver introduceret for. Det mest prægnante eksempel på en form for fremskridt kan vi finde i det, som jeg har beskæftiget mig mest med de sidste år, nemlig diagnosen 'Prolonged Grief Disorder'. Her taler vi om en diagnose, der er blevet implementeret i ICD-11, og som lige om lidt skal ud at virke i Danmark også. Men den kunne egentlig have gjort det langt tidligere, hvis ikke det havde været for den enorme kritik og debat, der opstod i kølvandet på den. Virakken om den diagnose viser, at der rent faktisk er noget at gøre – der er muligheder for at modsætte sig det pres, der er, for at diagnosticere stadigt flere facetter af tilværelsen.

Individuelle løsninger på strukturelle problemer

Det er selvfølgelig glædeligt, at der nu er blevet indgået en aftale om, at psykiatrien skal løftes med 500 millioner årligt, men samtidig er det også problematisk, fordi der for det første ikke er nok midler til at løfte den enorme byrde, som psykiatrien står overfor, men også fordi det ikke nødvendigvis løser det grundlæggende problem, vi står overfor. Det samme kan man sige om de enkelte diagnoser. De virker, og de kan hjælpe folk, men

de er også problematiske, fordi de, i sidste ende, er individuelle løsninger på strukturelle problemer. Og derfor står I, som alment praktiserende læger, over for en kæmpe opgave, når patienter kommer til jer med den her slags problemer, og derfor bliver vi nødt til også at have den her diskussion, som går ud over de enkelte kriterier for diagnoserne, hvordan de registreres, om de er ægte eller ej, og i stedet handler om, hvad der skal til, for at vi ikke behøver at stille så mange diagnoser. //

Referencer kan fås ved henvendelse til forfatteren: pclement@ikp.aau.dk.





”Hvor god er du til at kode?”

En FYAM-læges refleksioner over sessionen ”Nu kommer det Fælles Diagnosekort” ved DSAM’s årsmøde den 30. september 2022.

”Om jeg kodede over 80 pct. af alle mine kontakter i konsultationen?” Lige på og hårdt, som den slags forelæsninger fra studietiden, hvor søvnen trækkes ud af kroppen, når man bringes frem i rampelyset. Jeg skal blankt erkende, at min baggrundsviden, før jeg valgte parallelsessionen

”Nu kommer det fælles diagnosekort (FDK)” var mangelfuld, også lig visse forelæsninger i studietiden.

Jeg skulle dog blive positivt overrasket over min uvidenhed. Faktisk kom jeg med en forventning om at skulle høre, hvordan FDK skulle implementeres og om generel brug af IT-løsninger i vores kliniske hverdag. Jeg har personligt været meget interesseret i de muligheder, teknologien kunne bibringe vores fag og arbejdsliv til bedre organisering og kvalitetsarbejde. Men til tider har jeg også været nervøs for, at vi blev overhalet ”indenom” af private aktører med sundhedsløsninger og tilbud, som kunne

skabe et delt patientlandskab – dem som kunne, og dem som ikke kunne.

Men til min overraskelse er det fælles diagnosekort dog ikke noget i den nærmere fremtid; det er her allerede! Det overraskede også flere af mine medtilhørere, skulle jeg mene. Selvom vi hørte, at ideen bag projektet blev skabt omkring 2013, havde det ikke ramt mig som noget nært forestående. Men efterfølgende kom den første relevante pointe; hele projektet bag FDK kommer fra praktiserende læger til brug af praktiserende læger. Her sidder vores speciale altså for bordenden, når form og brug skal udarbejdes til et IT-redskab, som skal forbedre vores kliniske hverdag. Og dette mener jeg er en særegen og vigtig pointe; for hvis vi i almen praksis skal være en væsentlig del af patientbehandlingen, skal vi vide, at teknologi – og brugen af den – også er det.

Samtidig åbner det for en anden



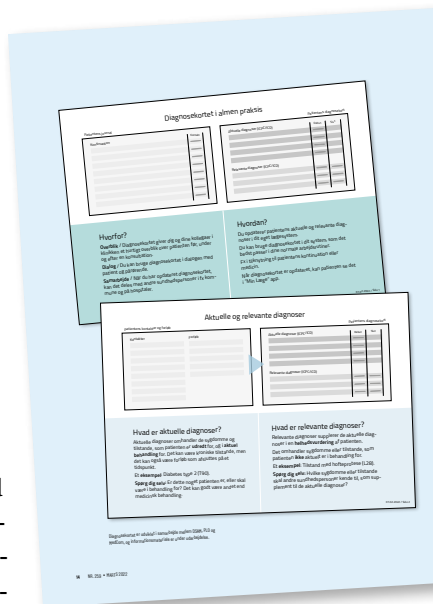
essentiell pointe: Vi skal øge graden af deling med hinanden – læge og læge imellem. Det drejer sig både om den bedre mulighed for at bruge FDK i f.eks. lægevagten, men også når vi skal forske i almen praksis og lave kvalitetsarbejde i egen klynge og klinik. Og personligt kunne et diagnoseoverblik, som er bekræftet af egen læge, lette megen diagnosegæteri ud fra det Fælles Medicinkort (FMK) i lægevagten en sen aften på landevejen i Midtjylland.

For dette modul er ikke blot til den nidkære koder; det er også et dialogværktøj for læge og patienter. Det skal arbejde sammen med patientens app "Min Læge" og forhåbentlig tydeliggøre, at vi er fælles om diagnoserne, at også patienten har høj medindflydelse, og vi sammen er åbne over for dette i læge-patient-forholdet.

I FDK var indtænkt et system til rangering af diagnoserne, fra de aktuelle til de relevante og senere afsluttede. Det fælles diagnosekort skal styres af de praktiserende læger og ikke være et land, hvor kollegaer fra sekundærsektoren har meget at gøre.

Og derfor håber jeg afslutnings-

Læs eller genlæs artiklen om diagnosekortet i Practicus 259, marts 2022



vist, at denne artikel har spredt budskabet om FDK lidt længere ud – også til dem der, som jeg, nær ikke havde ænset det. Jeg kunne ønske mig et system, som var komplet integreret i arbejdet i min hverdag, og som sikrede mig, min patient og mine kollegaer på sygehuse og i kommuner det fulde

overblik over vores fælles patienter. Med et afprøvet FMK-modul og nu det nye FDK-modul er jeg sikker på, at vi som praktiserende læger kan få et endnu bedre overblik til gavn for patienter og samarbejdspartnere. //



28TH WONCA EUROPE CONFERENCE

SQUARE Convention Centre, Brussels
7-10 June, 2023

MAKING CHOICES IN PRIMARY CARE



WONCA
World Organisation of General Practitioners



DOMUS
MEDICA



SSM
Société Royale des Médecins de Famille



GUARANT
INSURANCE

www.woncaeurope2023.org | #woncaeurope2023



Vælg Klogt!

I 2019 kom Danmark med på listen over lande med et "Choosing Wisely" program.

Choosing Wisely-initiativet udspringer fra USA, hvor det i 2012 blev lanceret med baggrund i et ønske om at begrænse brugen af unødvendig diagnostik og behandling.

Initiativet har til formål at fremme dialogen mellem patient og sundhedsfaglige personer – så håndteringen af den enkelte patient baseres på bedst

mulige evidens, og hvor fordele og ulemper drøftes.

I dag er Choosing Wisely-initiativet udbredt til mere end 25 lande.

Vælg Klogt i Danmark

Susanne Axelsen, formand for Lægevidenskabelige Selskaber og overlæge på Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling på Aarhus Universitetshospital, er leder af den danske Vælg Klogt-organisation. Bag formanden står et hold af administrative medarbejdere og en styregruppe, som består af et persongalleri, der er udpeget af de Lægevidenskabelige Selskaber, Danske Patienter og Danske Regioner.

Indtil nu er der publiceret anbefalinger inden for lænderyg, blodprøvepakker, anæstesi-tilsyn, medicinafhængning og antibiotikabehandling af urin- og luftvejsinfektioner.

Læs evt. mere om de enkelte anbefalinger her: <https://vaelgklogt.dk/> anbefalinger.

Undgå unødigt brug af antibiotika

Tidligere på året spurgte DSAM, om jeg ville deltage i udfærdigelsen af en Vælg Klogt-anbefaling. Udgangspunk-

tet for anbefalingen var at undgå unødvendig brug af antibiotika til behandling af øvre luftvejsinfektioner. Processen blev styret og koordineret af Vælg Klogt-sekretariatet, som udfærdigede et baggrundsskriv om emnet og udsendte invitation til relevante aktører.

I juni 2022 blev der afholdt en online workshop med deltagelse af både klinikere og forskere fra almen praksis og hospitalsafdelinger (mikrobio-

VÆLG KLOGT

Vælg Klogt arbejder med fire kriterier, når der skal udvikles en anbefaling for en procedure, undersøgelse eller behandling:

1. Den skal forekomme relativt ofte i det danske sundhedsvæsen.
2. Den skal være unødvendig eller medføre en belastning af patienterne, som kunne være undgået.
3. Den skal være understøttet af evidens eller af bred konsensus i fagkredse.
4. Den skal være anvendt oftere end skønnet nødvendigt (overforbrug).

loger, ØNH-læger) og repræsentanter fra patientforeninger. Efter oplæg om henholdsvis ”Patienter som aktører i det unødvendige forbrug af antibiotika” og ”Antibiotikabehandling i almen praksis” blev deltagerne fordelt i mindre grupper for at drøfte et præliminært udkast til en anbefaling og komme med forslag til justeringer.

Efterfølgende var der mulighed for at kommentere yderligere på de fremkomne forslag via e-mail.

Slutteligt blev der opnået enighed om følgende anbefaling:

Inddrag patienterne i overvejelserne

I Danmark udskrives langt størstedelen af antibiotika i almen praksis (ca. 75 %). En stor del af disse patienter henvender sig med symptomer på en luftvejsinfektion.

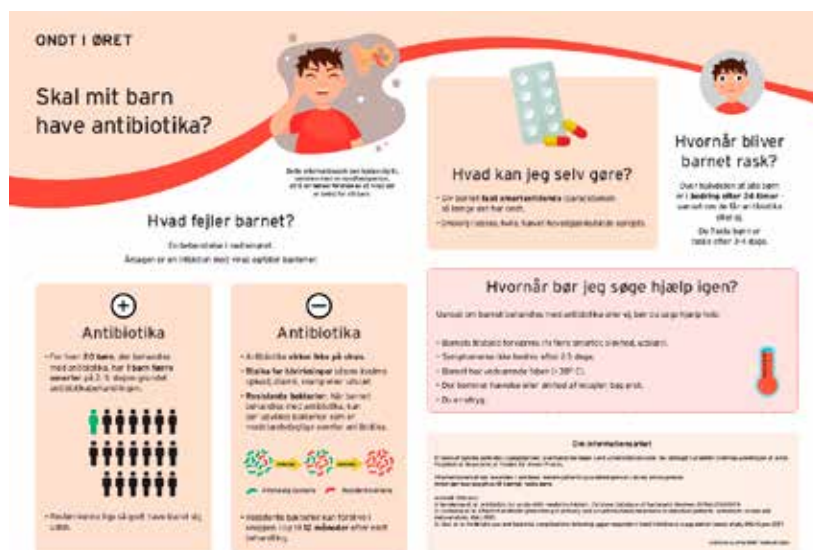
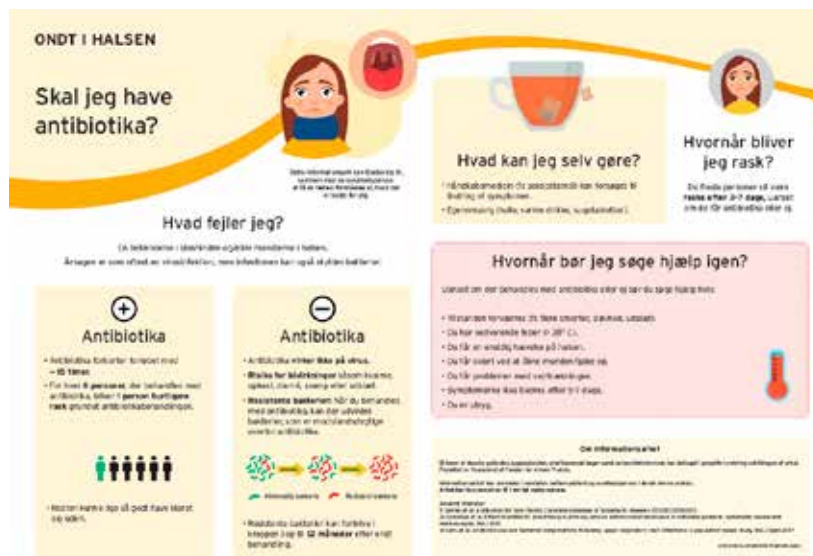
Internationale studier har vist, at antibiotikaforbruget kan reduceres, hvis patienterne inddrages i overvejelserne om behandlingen. Derfor har vi – et team af praktiserende læger, sygeplejersker og forskere – udviklet et sæt beslutningsstøtteredska-ber til brug ved konsultationer med patienter, som henvender sig med sympto-mer på:

- akut mellemørebetændelse
- akut halsbetændelse
- akut bihulebetændelse
- akut bronkitis.

Redskaberne indeholder information om fordele og ulemper ved antibiotika-behandling, egenomsorg, forventet symptomvarighed og råd om, hvornår fornyet kontakt skal overvejes.

Beslutningsstøtte

I Danmark tilses mange patienter med luftvejsinfektioner af praksispersonalet i almen praksis og ikke nødven-



digvis af lægen. Beslutningsstøtteredska-berne er derfor udviklet til at kunne anvendes af både læger og prak-sispersonale.

De fire beslutningsstøtteredska-ber er skabt i overensstemmelse med in-ternationale rekommandationer for udvikling af beslutningsstøtteredska-ber og den danske tjekliste fra Vi-

VÆLG KLOGT ANBEFALER...

... at man undgår at give antibiotika til øvre luftvejsinfektioner såsom bihule-, mellemøre- og halsbetændelse, når der ikke er klare tegn på bakteriel infektion.



denscenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet.

Udviklingsprocessen bestod af flere trin. Først blev en styregruppe etableret. Den bestod af patienter, praksissygeplejersker, praktiserende læger og eksperter på området. Så blev der udført i alt syv interviews (2 patienter, 1 sygeplejerske, 3 læger) for

at få afdækket behovet for information og støtte til at afklare værdier og præferencer. Derefter blev der foretaget en systematisk litteratursøgning for at identificere den nyeste videnskabelige evidens. Herefter blev der udfærdiget prototyper på hver af de fire beslutningsstøttereds-kaber, og de fire prototyper blev vurderet af sty-

regruppen. Efter fire runder med kommentarer og efterfølgende justeringer var der enighed om indholdet af de fire værktøjer, og de blev afprøvet af brugerne i almen praksis (2 sygeplejersker og 1 læge) og siden justeret igen på baggrund af brugernes feedback. Derefter blev værktøjerne afprøvet i "den virkelige verden" med patienter og sundhedspersoner, som ikke tidligere havde været involveret i projektet (2 almen praksis med 3 læger og 4 sygeplejersker). Efterfølgende blev deres erfaringer delt med projektleder MPH. Afslutningsvis blev de fire endelige beslutningsstøttereds-kaber udarbejdet.

De fire værktøjer blev derefter professionelt layoutet (Nygaard Grafisk). Det blev prioriteret for at sikre, at de fire værktøjer fremstår overskueligt og med gode illustrationer.

Beslutningsstøttereds-kaberne bør være let tilgængelige for både sundhedspersoner og patienter, så de nemt kan anvendes i selve konsultationsprocessen. Derfor er de fire værktøjer tilgængelige i tre udgaver:

- Et A3-lamineret ark, som kan anvendes i selve konsultationen.
- En papirblok, som indeholder et 2-siders informationsark, som patienten kan få med.
- En pdf-version, som let kan distribueres elektronisk.

En stor fordel ved denne simple distributionsform er, at værktøjerne let kan udbredes og implementeres nationalt – eventuelt ved at være tilgængelige via en hjemmeside.

I nærmeste fremtid skal de fire beslutningsstøtteværktøjer afprøves i en større skala for at få afklaret, hvordan værktøjerne bedst muligt implementeres i dansk almen praksis. //



En kæmpe kapacitet for faget og for selskabet

For bedre at kunne koncentrere sig om sin praksis op-
hører Anne Møller ved årets
udgang som lægefaglig kon-
sulent i DSAM med ansvar for høring-

er og udpegninger. Det er en stilling, der har krævet, at man forstår faget rigtigt godt for at finde de rette folk. Det er lykket for Anne, både når hun har skrevet udkast til høringssvar, og når hun har fundet de rette folk til de mange poster.

Før hun blev lægefaglig konsulent, var hun medlem af DSAM's bestyrelse, og hun kender derfor både sekretariatets arbejdsgange såvel som det politiske liv i DSAM. Det er dog blot meget få af de titler, meritter og opgaver, som Anne har varetaget for faget og selskabet.

Anne er en dygtig kommunikator, og det har vi haft stor gavn af i corona-taskforcen, hvor hun bl.a. har stillet op til TV-debatter, ofte nærmest uden varsel. Og så er hun en rigtig dygtig læge for sine patienter – med en høj faglig standard, engagement i sine patienter og kollegialitet både lokalt og i det hele taget. Det er egenskaber, som er højt værdsat hos DSAM.

Anne vil altid gerne hjælpe. Og da hun fortalte, at hun desværre måtte forlade posten som lægefaglig konsulent i DSAM, sagde hun også med det samme, at hun ville blive, indtil

vi havde en afløser godt på plads. Vi er afhængige af at have gode folk, og det er særligt sårbart i et lille sekretariat, når en vigtig post står tom... selv i en kortere periode. Så tak for det, Anne!

Anne er en multikunstner. Hun er hurtig til at sætte sig ind i nye komplicerede opgaver og at gennemskue, hvordan en sag hænger sammen. Det har vi haft stor gavn af i selskabet. Men det er ikke kun fagligt, at hun er en kæmpe kapacitet. Hun påtager sig også gerne lige et dirigent-hverv, f.eks. til repræsentantskabsmødet, hvor det at organisere er i fokus.

Anne er ofte på farten. Sideløbende med ansættelsen i DSAM har Anne været ansat på Forskningsenheden for Almen Praksis i København, hvor hun bl.a. er leder af SOFIA-projektet. Hun er bestyrelsesmedlem i en fond. Og for nylig blev hun optaget i Kraks Blå bog.

Anne har selvfølgelig også lært sin efterfølger godt op. Det er Anne Holm, som vi præsenterede i sidste nummer af Practicus, og som vi glæder os meget til at samarbejde tæt med.

Anne giver heldigvis ikke helt slip på DSAM. Hun er nemlig udpeget til medlem af den videnskabelige komité for Preventing Overdiagnosis-konferencen, der holdes i København næste år, og hvor DSAM er medvært. //





Af: Mette Amalie Nebbsbjerg, Katrine Bjørnshave Bomholt, Ida Bergholdt Jul Christiansen, Linda Huijbers, og Morten Bondo Christensen, alle Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus - man@ph.au.dk

Primærsektoren med Holland som forbillede?

Organiseringen af lægevagten er under pres og forandring i flere regioner. Det er derfor nærliggende at stille spørgsmålet: Hvordan gør man i andre lande med et sundhedsvæsen, der ligner vores?

Forskningsgruppen "Forskning i den akutte primærsektor" ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus var i september måned på inspirationstur i Holland med samarbejdspartnere fra Præhospitalet i Region Midtjylland.

I Holland oplever man de samme problemer som i Danmark: øget arbejdsbyrde, mangel på sundhedsfagligt personale, en aldrende befolkning. Det er alt sammen med til at øge presset på sundhedsvæsenet. De har vanskeligt ved at få dækket vagterne i lægevagten blandt de praktiserende læger. Det medfører, at mange udlover økonomisk

belønning for at overtage vagter, og at vikarer typisk varertager nattevagterne. Da Holland i sin tid gennemførte deres nuværende organisering af lægevagten, lod de sig bl.a. inspirere af Danmark. Men i de senere år har Holland været et foregangsland i Europa, når det kommer til organiseringen af den akutte sektor og lægevagten.

Det var derfor nærliggende at tage på en inspirationstur til Holland med henblik på at få nye ideer til fremtidige forskningsprojekter, at danne nye arbejdsrelationer og at få indsigt i organiseringen af den akutte primærsektor.

Programmet bød på spændende faglige oplæg, besøg hos flere forskningsgrupper, rundvisning på den lokale ambulancestation, i lægevagten og på akutafdelingen samt besøg i en dagstidspraksis.

Et stærkt uddannelses- og forskningsmiljø

I Holland er der tradition for tværsektorielt forsknings-samarbejde mellem almen medicin, lægevagten og præhospitalet. Under hoveduddannelsen i almen medicin til-



Fællesbillede foran lægevagten. Foto: Julie Høstrup Vestergaard.

bringer man en dag om ugen på universitetet til supervision, refleksion og undervisning. Man er således i tæt kontakt med universitets- og forskningsmiljøet igennem hele hoveduddannelsen. Der forskes inden for mange af de samme områder som i Danmark, f.eks. mental sundhed, multimorbiditet og digital sundhed.

Hvordan er lægevagten i Holland?

Vi besøgte en lægevagt beliggende på et regionshospital i tæt forbindelse med akutafdelingen og et vagtapotek. Sygeplejersker og (hvad der svarer til) SOSU-assisterer visiterer patienterne i telefonen med hjælp fra et beslutningsstøtteværktøj. Bag disse er der en visiterende alment praktiserende læge, som kan hjælpe ved tvivlstilfælde, og som har ansvaret for at læse og godkende alle visitationsnotater. De sygeplejefaglige visitatorer har mulighed for at anvende video med et system tilsvarende det, der bruges i den danske lægevagt. De kan se patienternes medicinkort og journal fra dagstidspraksis.

Alle sygeplejersker og SOSU-assisterer er ansat direkte i lægevagten, oftest i deltidstillinger. De fleste arbejder også i almen praksis. Læger aflønnes pr. time, uanset hvilken funktion de varetager, og hvornår på døgnet de arbejder. Lægerne har i gennemsnit 3-4 vagter om måneden.

Et af højdepunkterne for rundvisningen i lægevagten var fremvisningen af bilerne til hjemmebesøg. To lægebil-lignende biler køres af chauffører med sundhedsfaglige kompetencer – et hyppigt studiejob for medicinstuderende. Chaufføren er ansvarlig for at pakke bilen med medicin og udstyr.

Hvordan ser en dagstidspraksis ud?

I almen praksis i Holland har man i gennemsnit 2500-3000 patienter pr. læge, hvilket umiddelbart lyder af rigtig meget. Til gengæld findes der i Holland flere specialer i primærsektoren,



På besøg i lægevagten. Foto: Ida Bergholdt Jul Christiansen.

herunder blandt andet plejehjemslæger, misbrugs læger og forsikringslæger. Derfor ses disse patienttyper ikke i almen praksis. Dertil bliver alle forbyggende børneundersøgelser og børnevaccinationer varetaget andetsteds, og svangreomsorgen udføres fuldt ud af jordemødre og i sekundærsektoren. Ja, så lyder det ikke helt så voldsomt!

Vi besøgte en dagstidspraksis i en forstad til Nijmegen. Det var en stor og moderne samarbejdspraksis med en del ansatte: medicinstuderende, SOSU-assisterer, sygeplejersker og en praksismanager til at holde det forkromede overblik. I deres personalestue fik vi et indblik i deres drift og organisering ved en gennemgang af deres årsrapport, som praksismanageren udarbejder hvert år med henblik på at udvikle praksis.

Denne praksis var langt fremme med det tværsektorielle samarbejde. De havde blandt andet aftaler med speciallæger (psykiatere og internmedicinere), der kom på besøg i praksis for at konsultere sammen med den praktiserende læge.

De hollandske læger organiserer sig i større grad i sundhedshuse med

fysioterapi, diætister osv., hvilket giver dem en oplevelse af et tættere samarbejde om patienterne.

Hvad kan vi lære?

Organiseringen af akutte patientforløb i primærsektoren og udfordringer i sundhedsvæsenet er sammenlignelige. Det giver derfor god mening at søge inspiration og samarbejde på tværs af landegrænser.

I Holland er der et stærkt almenmedicinsk forskningsmiljø med tradition for at arbejde tværsektorielt, og under hoveduddannelsen i almen medicin bevares ugentlig kontakt til universitets- og forskningsmiljøet.

I den hollandske lægevagt visiterer sygeplejersker og SOSU-assisterer patienter med adgang til patienternes journaler fra dagstid, og hjemmebesøg foretages i særligt udstyrede biler.

Der er udbredt brug af en praksismanager i almen praksis og et tættere samarbejde mellem primær og sekundærsektoren. Den udbredte organisering i sundhedshuse fordrer samarbejde på tværs af faggrupper og sektorer. //



Kan man tillade sig at sende borgeren tilbage i telefonkøen?

I efteråret 2017 testede forskere ved Aarhus Universitet, om muligheden for at komme forrest i telefonkøen ved lægevagten og 1813 blev misbrugt, og om det øgede borgernes tryghed og tilfredshed. I foråret 2022 testede man i lægevagten, om vagtlægen skulle have mulighed for at sende akutknæpbrugeren tilbage i køen.

Da jeg i 2019 forsvarede mit ph.d.-projekt om akutknappen, fandt jeg, at cirka tre procent benyttede sig af muligheden for at komme forrest i telefonkøen, når de hørte beskeden: "Hvis din tilstand er så alvorlig, at du skal snakke med en læge omgående, kan du trykke 9 og komme forrest i telefonkøen, ellers vent venligst". Vagtlægerne, der talte med borgerne, vurderede, at valget om at bruge knappen var "slet ikke relevant" set fra borgerens perspektiv i cirka 23 % af tilfældene. Resultaterne viste også, at blot det at have muligheden for at benytte akutknappen – uden nødvendigvis at gøre det – øgede både tryghedsfølelsen og tilfredsheden med lægevagten.

Akutknappen blev indført som en mulighed for borgerne i slutningen af 2021. Region Midtjylland og lægevagten havde i fællesskab et ønske om at undersøge, om det ville være relevant

at have muligheden for at sende borgeren tilbage i telefonkøen, hvis vagtlægen vurderede, at muligheden var blevet misbrugt.

Fem gange længere ventetid

Fra marts til juni i 2022 udfyldtes i alt cirka 1850 spørgeskemaer af vagtlæger i lægevagten for borgere, der havde benyttet akutknappen. I løbet af de tre måneder var ventetiden i gennemsnit cirka fem gange længere, end da forsøget kørte i 2017. Det kom derfor heller ikke som en overraskelse, at

cirka 8,5 % havde benyttet akutknappen i 2022 sammenlignet med cirka 3,3 % i 2017. Der var desuden en lineær sammenhæng mellem ventetid og brug af akutknappen.

Vagtlægerne blev bedt om at vurdere, i hvor høj grad borgerens valg om at bruge akutknappen var relevant set dels fra et medicinsk perspektiv med fokus alene på symptomer og dels fra patientens perspektiv, hvor også psykosociale motiver blev medregnet. Vagtlægerne blev desuden bedt om at vurdere, i hvor høj grad det ville være

	Medicinsk perspektiv	Borgers perspektiv	Borger tilbage i kø?
Relevans			
Meget relevant	221 (14,3 %)	311 (20,2 %)	295 (19,1 %)
Relevant	290 (18,8 %)	459 (29,7 %)	279 (18,1 %)
Mindre relevant	420 (27,2 %)	394 (25,5 %)	411 (26,6 %)
Slet ikke relevant	584 (37,8 %)	338 (21,9 %)	410 (26,6 %)
Ved ikke	28 (1,8 %)	41 (2,7 %)	148 (9,6 %)

Tabel 1: Relevant brug af akutknappen og muligheden for at sende tilbage i køen.

relevant at have muligheden for at sende den aktuelle akutknopbruger tilbage i køen, hvis man mente, at denne havde misbrugt akutknappen.

Sammenligner man med resultaterne fra 2017, er der ikke stor forskel på relevansen af akutknopbrugen mellem de to undersøgelser. Dette er særligt interessant, da ventetiden er fordoblet, og brugen af akutknappen som bekendt er mere end fordoblet. Det kunne tyde på, at borgerne ikke misbruger akutknappen på trods af længere ventetid (Tabel 1).

Analysen af sammenhæng mellem relevans og ventetid viste da også, at relevans af akutknopbrug ikke ændredes signifikant med stigende ventetid.

Tilbage i køen?

Ser man på de tilfælde, hvor vagtlægen har svaret, at brugen af akutknappen var "slet ikke relevant" set både fra et medicinsk perspektiv og fra patientens perspektiv, svarer vagtlægerne, at det ville være relevant eller meget relevant at have muligheden for at sende patienten tilbage i køen i cirka 65 % af tilfældene, mens det ville være "slet ikke relevant" eller "mindre relevant" i cirka 25 % af tilfældene, mens 10 % svarede "ved ikke" (Tabel 2).

Hvad der gemmer sig bag de 25 % kan man kun gisne om. Det kan være

	Frekvens	Procent
Meget relevant	165	51,4
Relevant	43	13,4
Mindre relevant	25	7,8
Slet ikke relevant	55	17,1
Ved ikke	33	10,3

Tabel 2: Relevant at sende patient tilbage i køen, når akutknopbrug var "slet ikke relevant" fra både et medicinsk perspektiv og fra patientens perspektiv.



udtryk for en personlig holdning til muligheden for at sende patienten tilbage i køen. Det kan være problemstillinger, der slet ikke hørte til i lægevagten og derfor hellere blot skulle afsluttes end sendes tilbage i køen. Det kan også være, at man finder det spild af tid at sende borgeren tilbage i køen, når man allerede har lyttet til sygehistorien og blot mangler at give et råd. Det er dog meget muligt, at spørgsmålet ikke til fuldkommenhed afdækker holdningen til spørgsmålet.

Det er tidligere vist, at akutknappen øger tryk og tilfredshed hos patienterne, ligesom "slet ikke relevant" brug ser ud til at forekomme i cirka hvert femte tilfælde. Desuden kan tilstedeværelse af akutknappen være med til at forebygge, at akut syge borgere venter uhensigtsmæssigt længe i telefonkøen – især i perioder med lang ventetid – og muligvis kan den også forebygge, at de i stedet ringer 1-1-2.

Det er sandsynligt, at muligheden for at sende patienten tilbage medfører øget tilfredshed blandt nogle patienter, men den kan måske samtidig være med til at forebygge uhensigtsmæssig brug af akutknappen. Det er

Om undersøgelsen

- Undersøgelsen blev udført i lægevagten i Region Midtjylland fra 9. marts til 9. juni 2022 i et samarbejde mellem lægevagten, regionen og Aarhus Universitet.
- Undersøgelsen byggede på en ph.d.-afhandling af Jonas Fynboe Ebert fra Aarhus Universitet og Forskningsenheden for Almen Praksis.
- Ph.d.-projektet var et samarbejde mellem Jonas Fynboe Ebert, Morten Bondo Christensen, Linda Huibers, Freddy Lippert og Bo Christensen.
- En rapport om undersøgelsen kan rekvireres ved henvendelse til forfatteren.

Hovedresultater

- Akutknappen blev i forsøgsperioden benyttet ved cirka 8,5 % af alle ophold, mens den i 2017 blev benyttet af cirka 3,3 %.
- Ventetiden var cirka 5 gange så lang i forsøgsperioden i 2022 sammenlignet med forsøgsperioden i 2017.
- Trods længere ventetider og højere forbrug var relevansen af brugen stort set uændret.
- Vagtlægerne vurderede, at det ville være relevant at have muligheden for at sende borgeren tilbage i telefonkøen, hvis man mistænkte misbrug af akutknappen; det skete i 65 % af de tilfælde, hvor henvendelsesårsagen var "slet ikke relevant" eller "mindre relevant".

nu op til regionen og lægevagten at afgøre, om de vil indføre muligheden for at sende patienten tilbage i telefonkøen ved misbrug af akutknappen. //



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

Danske børn og unge med bevægeapparatsmerter i almen praksis

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

Otte procent af alle konsultationer med børn og unge i almen praksis skyldes muskel- og skelettilstande, hvoriblandt smerte er det hyppigste symptom. Selvom muskelskeletsmerter ses hyppigt, er der kun begrænset viden om lægesøgende børn og unge med muskelskeletsmerter. Unge med mu-

skelskeletsmerter har en øget risiko for at udvikle helbredsproblemer og sociale vanskeligheder i voksenalderen. Ingen studier har undersøgt prognosen for unge, der søger læge i almen praksis på grund af muskelskeletsmerter.

2. Hvad handler dit ph.d.-projekt om?

Mit ph.d.-projekt handler om børn og unge, som søger deres praktiserende læge på grund af muskelskeletsmerter. Vi har karakteriseret denne patientgruppe i Danmark. Vi har derudover identificeret prognostiske faktorer for langvarige smerter på både internationale og danske populationer. Slutteligt har vi afdækket, hvad de unge selv mener, har spillet en rolle i deres langvarige smertetilstand.

3. Hvordan er dit studie udført?

Vi begyndte med en systematisk litteraturgennemgang af prospektive kohortestudier om prognostiske faktorer

for langvarige muskelskeletsmerter hos børn og unge i alderen 0-19 år. Dette første studie omhandlede internationale data om prognostiske faktorer for langvarige smerter og afdækkede også prognostiske faktorer for langvarige muskelskeletsmerter blandt danske børn og unge, dog ikke fra almen praksis. Fra 17 almenmedicinske klinikker i hele Danmark rekrutterede vi en kohorte af 100 børn og unge i alderen 8-19 år; ChiBPS-kohorten. De havde alle søgt deres egen læge på grund af deres muskelskeletsmertetilstand, og de besvarede alle et spørgeskema på det tidspunkt, hvor de indtrådte i kohorten. Spørgeskemaet afdækkede demografi, aktivitetsniveau, psykiske symptomer, sociale forhold og biologiske faktorer.

Det andet studie var et tværsnitstudie, hvori vi karakteriserede ChiBPS-kohorten. Alle i kohorten fik desuden efter 3, 6 og 12 måneder tilsendt et kort spørgeskema for at afdække, om de fortsat havde smerter, og hvor-

Om projektet:

- Titel: Prognose og bio-psyko-so-ciale prognostiske faktorer hos børn og unge med muskelskeletsmarter i almen praksis.
- Vejledere: professor Michael Skovdal Rathleff, professor Martin Bach Jensen, professor Jens Lykkegaard Olesen.
- Ph.d.-forsvaret: 5.12.22.



Figur 1: Hyppige karakteristika hos en 12-13-årig dansk pige, der har søgt læge pga. smerter. Hun kan ikke bruge sin krop som normalt. Hun har ondt flere steder og har haft ondt i et år. Hun har smerter hver uge. Hun er den yngste af to børn. I skolen er hendes koncentration påvirket af smerterne, og hun føler sig træt i løbet af dagen. Hun dyrker sport 2-3 gange om ugen, selvom smerterne påvirker hendes fritidsaktiviteter. Hun bruger dagligt 3-6 timer bag en skærm. Hun tror på gud. Når hun går i seng, kender hun årsagen til sin smerte (data er baseret på 100 børn og unge). Kilde: Pourbordbari N. et al., BMC Primary Care, 2022.

vidt deres fysiske aktivitet og velbefindende var påvirket.

Det tredje studie var et prospektivt kohortestudie, hvor vi undersøgte prognosen efter 3, 6 og 12 måneder og prognostiske faktorer for ChiBPS-kohorten.

Vi rundede af med et fjerde studie i form af et kvalitativt interviewstudie, hvor vi udførte semi-strukturerede interviews med 13 unge fra ChiBPS-kohorten. De havde alle rapporteret muskelskelettsmerter seks måneder efter inklusion i kohorten. Formålet med dette studie var at få indblik i de unges egne oplevelser af deres muskelskelettsmerter, og hvad der ifølge dem selv havde en indflydelse på deres prognose.

4. Hvad er de vigtigste resultater?

Vi identificerede 111 unikke progn-

stiske faktorer for langvarige muskelskelettsmerter på baggrund af vores internationale data om børn og unge. Hunkøn og psykologiske symptomer var blandt de hyppigst forekomne prognostiske faktorer.

Blandt de inkluderede 100 børn og unge i ChiBPS-kohorten havde de fleste smerter i knæene (56 %), og de havde haft smerterne i ca. fem måneder (median) inden konsultationen hos egen læge. I alt 63 % havde konsulteret deres praktiserende læge, fordi de ikke kunne bruge kroppen som sædvanligt pga. smerter.

Efter seks måneder angav 36 % aktivitetsbegrænsende smerte, og 42% havde smerter flere steder i kroppen. Børn og unge, som rapporterede, at de følte sig nervøse eller trætte i løbet af dagen, som havde smerteepisoder af

1-7 dages varighed, som tog smerte- stillende medicin, havde vanskeligt ved at falde i søvn eller bære en skoletaske pga. smerter, havde alle en højere risiko for stadig at have smerter efter seks måneder.

I vores interviews afdækkede vi fire temaer vedrørende de unges oplevelser af langvarige muskelskelettsmerter: *den første smerte*, hvor de unge angav deres forventninger til og oplevelser af den første smerteepisode og konsultationen med den praktiserende læge, *andre menneskers reaktioner*, hvor de unge beskrev oplevelsen af at dele deres smerte og have en synlig smerte, accept af smerten, hvor det at opnå et niveau af *accept af smerte* kunne påvirke smerteoplevelsen, og *den langvarige smerte*, hvor de unge beskrev, hvordan det at pres-

	Generelle muskelskeletsmærter	Lænderygsmærter	Nakkesmærter	Knæsmærter
Prognostiske faktorer	• Hunkøn og piger, der ryger • Træthed i løbet af dagen • Fysisk aktivitet vs. ingen • Depressive symptomer	• Større lændemobilitet^a • Længere smertevarighed • Mobning • Rygning	• Hunkøn • Depressive symptomer • Smærter flere steder vs. et sted • Træthed i løbet af dagen	• Højere alder • Daglig smerte • Sport mere end 2 gange ugentligt • Lav livskvalitet
Spørgsmål	• Ryger du (kvinder)? • Er du træt i løbet af dagen? • Er du fysisk aktiv? • Har du et godt mentalt helbred?	• Klinisk undersøgelse • Hvor længe har du haft smerte? • Er du udsat for mobning? • Ryger du?	• Har du et godt mentalt helbred? • Har du smerter mere end et sted? • Er du træt i løbet af dagen?	• Har du daglig smerte? • Dyrker du sport regelmæssigt? • Hvordan har du det i skolen og hjemme?^b

Tabel 1: Fire prognostiske faktorer for fire frekvente muskelskeletsmertelokalisationer til brug i almen praksis. Spørgsmålene er forslag til vurderet prognose for muskelskeletsmerte. ^aVurderes ved klinisk undersøgelse. ^bForslag til vurdering af livskvalitet. Data er baseret på internationale studier, primært fra skole- og sekundærsektorpopulationer. Kilde: Pourbordbari N. Prognosis and bio-psycho-social prognostic factors in children and adolescents with musculoskeletal pain consulting general practice (ph.d.-afhandling), 2022.

se igennem smerten kunne drives af en gevinst, f.eks. at deltage i en fælles oplevelse eller hverdagsaktivitet.

5. Hvordan kan det implementeres?

Studierne i mit ph.d.-projekt har bi-



De fire centrale temaer i afhandlingens kvalitative studie:

- Den første smerte
- Andre menneskers reaktioner
- Accept af smerte
- Den langvarige smerte

draget med at identificere et antal af komponenter i børn og unges langvarige muskelskeletsmærter og deres oplevelse af tilstanden. Vores resultater understreger fælles træk ved langvarige muskelskeletsmærter hos børn og unge, og det indbyder til en multidisciplinær bio-psyko-social tilgang til den individuelle og de omgivelser, som han/hun befinder sig i. Figur 1 viser den gennemsnitlige unge, der søger egen læge på grund af smerter i bevægeapparatet.

Flere smertelokalisationer og psykologiske og sociale faktorer bør anses som behandlingsmål. Vi anbefaler, at lægen stiller spørgsmål til nye begivenheder i familie eller omgivelser, som potentielt kan have påvirket barnet/den unge.

Vores resultater kan hjælpe med at guide klinisk praksis og fælles beslutningstagning vha. evidensbaseret viden om sandsynlig prognose og ikke mindst støtte unge med en dårlig prognose. Klinikerne kan ved hjælp af spørgsmål i den første muskelskeletsmertekonsultation indhente information om den individuelle evidensbaserede prognostiske faktorer for lang-

varige muskelskeletsmærter (tabel 1) og således forbedre sin forståelse af barnets/den unges risiko for langvarige muskelskeletsmærter. Blandt vores resultater er en overvejende andel modificerbare faktorer, som er associeret til prognose for langvarige smerter. Størstedelen af disse faktorer kan indhentes fra stamdata ved hjælp af psykomotoriske tests og undersøgelser, alt sammen i et klinisk almenmedicinsk miljø med henblik på at ændre mulige udfald til det bedre.

Med henblik på optimeret håndtering af unge med muskelskeletsmærter bør en udredning udvides fra fokus på smertelokalisation og smertekarakteristika til et bredere fokus for at give den unge et sikkert rum og tid, så han/hun kan forklare lægen om sine aktuelle smerterelaterede udfordringer. Når vi som praktiserende læger kender den unges udfordringer eller styrker, har vi værdifuld viden, som kan bruges til at støtte deres egen håndtering af muskelskeletsmertetilstanden. //



Mahlerprisvinder har kæmpet for de laveste i hierarkiet

Mahlerprisen går i år til praktiserende læge Jan-Helge Larsen, der i godt 50 år har dedikeret sig til faget almen medicin. Han har utallige gange markeret sig gennem sit arbejde med et af fagets vigtigste redskaber: samtalen med patienten.

Med sit utrættelige arbejde har han sat et betydeligt aftryk på dansk almen praksis gennem flere generationer. "Det er på høje tid," lød det da også fra PLO's formand, Jørgen Skadborg, da han overrakte Jan-Helge prisen på Lægedage.

Patienten i fokus

Startskuddet for flere projekter og mange års arbejde med patienten i fokus lød allerede, da Jan-Helge gik på kostskole for snart syv årtier siden. Her oplevede han, hvordan det føles at være i bunden af hierarkiet og den afmagt, der medfølger: "Jeg fik et etisk kompas, hvor jeg reagerer på undertrykkelse og uretfærdighed".

Dette kompas tog Jan-Helge med videre, da han begyndte at arbejde på et hospital. Han genkendte hurtigt den undertrykkelse, som patienterne,

de laveste i hierarkiet, blev udsat for. Og dét ville han ændre på.

Særligt læge-patient-relationen spiller en afgørende rolle for Jan-Helges virke. Hvis man skal kunne hjælpe patienten godt nok, er det vigtigt at finde ud af, hvorfor de egentlig kommer. Han har derfor udviklet en model, der består af fem kort, man kan "spille" i patientens del af konsultationen. Her er det vigtigt, at man starter med at kvittere – dvs. anerkender patientens fortælling. På den måde får man gradvist tydeliggjort patientens tanker, bekymringer og ønsker.

En rejse af betydning

Jan-Helge er også kursusarrangør og underviser. Han kan i år fejre 30-års jubilæum for undervisning på kurser på den græske ø Kalymnos. Her har 5.000 danske og svenske læger gennem træning i konsultationsproces og videosupervision fået styrket deres kompetencer, når det kommer til læge-patient-relationen.

Denne træning foregår også på medicinstudiet i flere lande, og Jan-Helges tanker når derfor også de kommende kollegaer: "Jeg begav mig ud på denne rejse for at hjælpe de laveste i hierarkiet, patienterne, men under rejsen fik jeg øje på, at vi læger er så forbundne med vores patienter, at kurserne i lige så høj grad hjælper lægerne."

Jan-Helge minder os om at kvitte-

re og resumere, og han og hans enorme indsats anerkendes nu med Mahlerprisen 2022. //



Jan-Helge Larsen fik til stående bifald overrakt æresprisen på dette års Lægedage. Foto: Claus Boesen.

MAHLERPRISEN

Mahlerprisen er opkaldt efter Dr. Halfdan Mahler, der var generalsekretær for WHO i 1973-88. Prisen uddeles hvert år af PLO og DSAM til en praktiserende læge, der har ydet en særlig indsats for at fremme praksissektorens deltagelse i det forebyggende arbejde i Danmark, inden for kvalitetsudvikling eller inden for undervisning, som profilerer almen praksis. Det er 31. gang, at prisen uddeles.



Portalen ind til Lægedage har lukket sig ... indtil næste år

Én gang om året fungerer karruseldøren i Bella Centret på Amager som en portal. Når den har taget en omgang om sig selv, og du undervejs har taget vanterne og halstørklædet af, står du i en anden verden: en verden, hvor der bliver svaret indforstået, når du spørger til sidemakkerens profylakseydelser eller brug af 3201. Så er Lægedage 2022 nemlig i gang.

I år havde Lægedage besøg af omkring 2.450 praktiserende læger og deres personale. De myldrede ind og ud mellem hinanden på vej til et nyt efteruddannelseskursus eller til en stand for at spørge til det nyeste udstyr eller nye produkter på markedet.

Kurserne præsenterer de praktiserende læger og personalet for nye tendenser inden for den almene lægevidenskab. Det gælder både til det medicinske og det pædagogiske arbejde i klinikken. I år bød programmet på 125 forskellige kurser, f.eks. om iskæmisk hjertesygdom eller hæmatologi. Men der var også titler som "Hvad gør du ved skæve prøver?" og "Hvordan bliver vi et TEAM i vores klinik?"

Politisk bekymring for væksten af koncernklinikkerne

I år var det 31. gang, at Lægedage fandt sted. Ligesom flere gange før var den første dag – mandag – dedikeret til et åbningsprogram med punkter, der også ville interessere andre end læger og praksispersonale. Åbningssessionen



bød på politisk debat med Christiansborgpolitikere Per Larsen fra de Konservative, Kirsten Normann Andersen fra SF og Anders Kühnau, formand for Danske Regioner, fra Socialdemokratiet. Egentlig skulle sundhedsministeren kigge forbi, men et folketingsvalg tidligere på måneden kom i vejen. Derfor havde ministeriet meldt afbud, så det ikke blev en fungerende sundhedsminister, der satte kursen for det nære sundhedsvæsen.

Spørgsmålet om koncernklinikkers stigende tilstedeværelse i landskabet for almen praksis fik hurtigt politikerne til at lægge ansigtet i bekymrede folder. Fra Kirsten Normann Andersen lød det undervejs i debatten: ”Jeg er megabekymret for koncernklinikkerne. Det er ikke en sund måde at udvikle almen praksis på, hverken i for-

hold til økonomi eller transparens i kvaliteten.”

Formanden for PLO, Jørgen Skadborg, understregede senere i debatten, at der fra PLO's side ville sættes mange kræfter ind på denne dagsorden. Ikke mindst fordi borgerne på tværs af landet bør vide sig sikre på, at de får en fast læge, efterhånden som der kommer flere praktiserende læger til, hvilket sundhedsreformen har slået fast.

Resten af ugen bød på traditionsrige koncepter som eksempelvis ”Mød formændene” med spørgsmål til PLO- og DSAM-formændene. Og Temasessionen, som i år fokuserede på værdier i almen praksis og professionsetik. Her var bl.a. besøg af en filosof, som udfordrede forsamlingen og satte lægegerningen ind i et større filosofisk perspektiv.

Netværksbar

Som noget nyt blev der gjort endnu mere ud af det sociale, fordi netværket mellem lægerne – som hos mange andre – havde lidt under pandemien. Derfor var der sørget for uformelle og sociale rammer som afslutning på både tirsdagen, onsdagen og torsdagen.

Da vi i Lægedage-teamet fredag aften, trætte og glade, trådte ud ad portalen tilbage til den omgivende verden, blev vi hurtigt enige om, at Lægedage 2023 gerne må komme hurtigt. Vi håber, at alle dem, der deltog, har det på samme måde. Når portalen åbner sig igen til næste år i uge 46, så vil man glad og forventningsfuld gå gennem portalen igen – gerne i selskab med endnu flere af kollegaerne fra almen praksis. //



Øverst i midten: Anders Kühnau, S, formand for Danske Regioner, Kirsten Normann Andersen, MF, sundheds- og ældreordfører, SF, og Per Larsen, MF, sundheds- og psykiatriordfører, K, diskuterede bla. koncernklinikker til Lægedages åbningssession. Øvrige: Ugen bød på mulighed for netværk med kolleger, færdighedstræning og opdagelser på Lægedageforret. Fotos: Claus Boesen.





Status på uddannelse: En milepæl er nået – men rejsen var vanskelig

Endelig speciallæge

Som noget ekstraordinært kunne jeg i år fejre, at jeg blev speciallæge. Det skete helt præcist lørdag den 1. oktober – lige der midt på dansegulvet til årsmødet i Kolding blandt skønne kolleger, viftende flag og god musik. Det ville være svært at forestille sig en bedre afslutning på min uddannelse.

Mens jeg endnu husker det, synes jeg, at der er brug for en kort status over hoveduddannelsen.

I de sidste 4 år har jeg siddet i DSAM's hovedbestyrelse på FYAM-mandatet og har samtidig været en del af Rekrutteringsudvalget, så jeg er nok lidt farvet. Jeg er uddannet i en af de trængte regioner: Region Sjælland. Netop denne region vil være udgangspunktet for mine kommentarer om enkelte dele af hoveduddannelsen (HU).

Hospitalsblokken

Uddannelseslægerne, som jeg talte med, inden jeg selv startede i HU, fejrede som regel den sidste dag i hospitalsblokken

som den største dag i deres HU. "Hvor slemt kan det være?", tænkte jeg. Men efter selv at have været kastet rundt i 2,5 år på 3 forskellige sygehuse i Region Sjælland i 5 forskellige specialer på mere end 5 forskellige afdelinger og med 50 nye samarbejdspartnere hvert sted (og helt sikkert med hver deres måde at håndtere problemstillinger på), så havde jeg efterhånden daglige hovedpiner og havde mistet meget af min lyst til at gå på arbejde. Jo, jeg lærte en masse – både noget om skalp-ph, lidt om CTG-kurver, lægge venflon på nyfødte, være vågen 18 timer i streg, være hjertestopleder, sidde i onkologisk gynækologisk ambulatorium, stå med blå spædbørn på fødestuen. Men når jeg kigger mine kompetencekort igennem, er der intet nævnt om, at jeg som almenmediciner burde kunne ovennævnte.

Jeg lærte også en masse gode ting, som jeg tager med mig. Og havde jeg ikke allerede haft en del af en medicinsk introduktion ville det medicinske ophold have været absolut nødvendigt for min viden om disse patienter, når jeg sidder i praksis. Jeg har lært meget om akut syge på sygehuset. Hvad vi henviser til, hvordan de håndterer henviste, og hvordan jeg

kan behandle for at holde mine patienter længst muligt hos mig. Det er noget, som man kun kan få den nødvendige indsigt i ved at være på et sygehus.

Faserne

Faserne – det er, når vi er i vores speciale i praksis. Og det er vi i fase 1, 2 og 3. Det er her, vi får vores almenmedicinske tankegang og hverdag. Vi bliver præget af vores eget fag. Hvis man ikke regner introduktionsuddannelse med, så er vi 2 år i praksis ud af de 4,5 år af HU.

Jeg har været heldig med mine praksis, der har givet plads til læring, interesseområder og mig. Der har været afsat tid til refleksion over mine patienter på daglig basis og derudover 30 minutter til daglig supervision de fleste steder. Særligt i fase 3 har jeg fået god indsigt i den mere g(l)emte del af HU: praksisdrift. Ledelse og daglig drift er noget, som ikke bare er selvkørende. Det er noget, som ikke læres på de sidste få måneder, hvor man opdager, at det faktisk er en del af uddannelsen og ens kommende hverdag. Det er en del af uddannelsen, som jeg gerne så, at man tog hul på allerede i fase 2 og gjorde mere ud af.



Supervisionen er en vigtig del af uddannelsen og er lærerig for både tutor og uddannelseslæge. Jeg hører desværre om flere steder, hvor dette ikke er en selvfølge. Det er gode forhold at have en uddannelseslæge, og det er vigtigt at honorere dette ved at opstille de mest gunstige betingelser for, at ens uddannelseslæge kan vokse, og det gør man med god supervision.

Vendepunktet?

Vendepunktet er overvejelserne. Det er der, hvor man har mulighed for at tage en ny retning.

Det lyder godt, at vi skal igennem mange forskellige specialer og får en masse kompetencer, men det slider på alle med de mange skift i de mange specialer. Kan man få disse kompetencer på en anden måde? Kan man skære den del af blokopholdet væk, som ikke giver nok relevans for almen medicin?

Der er store forskelle i Danmarks fem regioner. Man bør overveje at indrette hoveduddannelsen efter regionen, og hvad de har af muligheder for at give os den bedst mulige uddannelse. Det er få steder, jeg har været i Region Sjælland, hvor de rent faktisk

kender vores uddannelseskompetencer og blokopholdets rolle i vores uddannelse. Dette er på trods af, at de kontinuerligt får almenmedicinere til deres afdelinger. Flere steder har været præget af dårligt arbejds- og uddannelsesmiljø, og ifølge mine kolleger er det ikke en undtagelse! Der bliver hele tiden talt om tiltag ift. til at forbedre arbejdsforholdene. Men er det ikke en stakket frist, når det momentvis forsøges at rette op med indsatser? Vi ved jo alle, at indsatser er forbigående. Er der ikke mere fornuft i at bruge mere tid i vores eget speciale end i andre specialer? I Region Sjælland skal man overveje, om de 5 blokforløb skal skæres ned til 3-4 med en varighed på i alt 1,5 år og måske fordeles på en anden måde i løbet af uddannelsen.

I Region Sjælland kunne man måske bedre tolerere fokuserede ophold med særlig læring for øje, f.eks. spiralanlæggelse og gynækologiske undersøgelser i et superviseret ambulatorium. Hvis man ikke kan honorere nok relevant arbejde til os, kunne vi få deltidsansættelser med fokuserede læringsmål, f.eks. i pædiatrien med

ambulatoriefunktion og akutvurdering af børn i modtagelsen, hvor vi sideløbende med deltidsansættelse var i praksis i den resterende tid.

Tutorlæger

Tutorlæger kommer i alle afskygninger. Der er altid nogle, der gør det overmenneskeligt godt, og andre, der måske ikke helt har forstået, hvad det vil sige at være tutorlæge. Mit håb er, at der kommer mere fokus på, hvilke kompetencer der skal læres i praksis, og at man husker på, at man som tutorlæge uddanner ens kommende kollega. Det kan være en af disse kolleger, man kommer til at arbejde sammen med, eller som kommer til at overtage ens praksis, når man skal sælge. Man skal huske på, at man arbejder bedst i trygge rammer, og at tutor er den, der sætter disse rammer. Man skal huske på, at tutorlægen er repræsentant for faget og er med til at præge sin uddannelseslæge. Det er et stort ansvar, som man skal overveje, hver gang man tager en ny uddannelseslæge ind i praksis.

Vi må stå i front for at sikre, at der ikke bare produceres speciallæger. Vi skal lave gode almenmedicinske speciallæger. Det bør være en selvfølge. //



Kaffe og karrieresnak

Almen medicin var stærkt repræsenteret ved årets Karrieredag på SUND, Københavns Universitet.

Den 13. oktober 2022 løb årets Karrieredag af stabelen på Panuminstitutet. Karrieredagen er en årligt tilbagevendende begivenhed for studerende på SUND. Formålet er at informere om speciale- og karrieremuligheder som cand.med.

Repræsentanter fra almen medicin var til stede for at formidle specialet og besvare spørgsmål fra interesserede medicinstuderende, som vi håber at se som kollegaer i fremtiden.

Rift om de studerende

Mikroskopering af vævsprøver hos patologerne, simulering af diverse indgreb hos kirurgerne, plakater, flyers og quizzer med gevinster – og endda slushice og popcorn hos reumatologerne. Indsætterne var mange for at lokke de medicinstuderende til de specialespecifikke stande på Karrieredagen. Overalt stod yngre læger og speciallæger og fortalte entusiastisk om deres fag.

Duften af baristakaffe fra Kalles Kaffes mobile kaffebod trak folk til

den almenmedicinske stand, hvor faget var stærkt repræsenteret af både yngre læger i forskellige faser af speciallægeuddannelsen, PLO'er og læger fra Forskningsenheden for Almen Medicin.

Overvejelser hos stud.med.er

En af de studerende, som kun lige er begyndt at tænke på, hvad der findes af specialer på den anden side af medicinstudiet, er Anders Willén på 3. semester. Anders var også til Karrieredag sidste år, men han følte, at det var lidt tidligt at skulle tage stilling til de forskellige specialer. "Men i år tænkte jeg, at det kunne være en god idé bare at undersøge, hvad mulighederne var og se, om der var noget, der kunne virke fængende, da jeg stadig ikke ved, hvilket speciale jeg vil tage efter kandidaten – selvom jeg stadig synes, det er lidt tidligt at skulle tage stilling til. Derudover er det rart med et afbræk fra læsningen, og det er lækkert med lidt forfriskninger ved de forskellige boder".

Anders ser det som en fordel, at almen medicin indeholder "lidt af det hele". Dog kan de mange børneundersøgelser og syge børn godt afskrække ham, da han – ifølge ham selv – måske ikke har så meget børnetække. Som ulempe ved faget nævner Anders for-

dommen om ikke at kunne løse tingene selv, og han blev positivt overrasket over, at man kun sender ca. 10 % videre til sekundærsektoren. Anders var rundt ved flere andre specialer og var glad for den inspiration, han fik, og han fik også udelukket et par specialer fra listen.

Jesper Happe og Yusuf Ibrahim, begge på 6. semester, var også et smut forbi den almenmedicinske bod. De har begge overvejet specialet. Jesper sætter ord på sine overvejelser: "Arbejdstiderne... i hvert fald er en stor del af det, at der ikke er noget natarbejde. Og også at der er god løn, og at man har egen klinik og står for det administrative selv. Det er en ret positiv ting. Derudover fordi det er et bredt speciale, hvor man kan lidt af det hele. Jeg kan dog godt være lidt bange for, om det bliver den samme trummerum hver dag".

Yusuf supplerer: "Det er en fordel, at man har sine egne patienter, som man møder flere gange i stedet at få nye patienter hele tiden, men en ulempe kan være, hvis man kommer til at overse noget, for man er jo "første linje". Af andre specialer har Jesper og Yusuf overvejet akutmedicin, anæstesi, neurologi eller kardiologi, men som Yusuf siger: "Vi har heldigvis mange år at beslutte os i".



Yusuf Ibrahim og Jesper Happe, medicinstuderende på 6. semester, var forbi borden for almen medicin til en kop kaffe og en snak om specialet. Foto: Malene Gade.

De yngre almenmedicinere Nanna Eriksen og Jesper Grønlund var blandt de læger, som stod parat til at svare på de studerendes spørgsmål. Foto: Malene Gade.



Yngre lægers entusiasme

Nanna Eriksen (introlæge i Søborg) og Jesper Grønlund (fase 1-læge i Vanløse) var blandt de yngre læger, som havde valgt at bruge eftermiddagen til Karrieredag. En fælles årsag til, at de deltog, var glæden ved specialet. ”Jeg synes, at det var spændende at få lov til at videreformidle noget af det, jeg selv har fundet ud af ved specialet til nogle af de unge mennesker, der selv er lidt i tvivl. At kunne fortælle om, hvordan det egentlig er, når man selv har fået lov at snuse til det”, fortæller Nanna. Jesper supplerer: ”Jeg synes jo bare, at det er vigtigt, når man selv er blevet forelsket i noget, så at dele lidt ud af den kærlighed og få andre med på holdet. Jeg synes virkelig, at man kan afklare meget af det for folk, som man selv først fik afklaret, da man kom ud i almen praksis”.

Nanna og Jesper var enige om, at fremmødet havde været stort og spørgsmålene mange og forskelligartede. ”Der er nogle af dem helt tidligt på studiet, som faktisk er overraskende over, at almen medicin er et speciale i sig selv. Og så er der mange, der har nogle fordomme om, at man ikke har så meget tid til patienterne, at patienterne ikke er så syge, og hvor meget man egentlig selv kan klare som praktiserende læge, og om man kan blive ved med at udvikle og videreud-

danne sig som praktiserende læge”, fortæller Nanna. Jesper fortæller, at han har svaret på mange spørgsmål om bredden, og at frykten for at begå fejl også er gået igen som spørgsmål og samtaleemne.

En PLO'ers betragtninger

Tore Brandt, praktiserende læge i Holbæk og praksisuddannelseskoordinator (PUK) i Region Sjælland, var en af de fremmødte speciallæger, som kunne bidrage med viden om livet som speciallæge og praksisejer: ”Der er mange, som gerne vil vide noget om uddannelsens opbygning og så det at arbejde som praktiserende læge, og jeg håber, at jeg har kunnet være med til at give et realistisk billede af, hvad sådan et arbejdsliv kan indeholde”. Tore blev også spurgt ind til eventuelle ulemper i faget: ”Der er nogle, som er lidt bekymrede for mængden af administrationsarbejde, og andre for mængden af arbejdstimer, og jeg møder den fordom, om det bliver for bredt – at man mangler specialiseringen. Det var også en bekymring, jeg selv havde, da jeg skulle til at vælge i sin tid, men det synes jeg ikke, at jeg gør. Jeg synes, at jeg bliver udfordret hver dag, og jeg synes, at jeg lærer nye ting hele tiden om alt muligt interessant. Det passer rigtig godt til mit temperament at have mange ting at skulle vide noget om. Jeg tror, jeg ville kede mig, hvis jeg skulle være superspecialist, hvor jeg skulle lave det samme hver dag”.

Tore har været PUK i otte år, men han har ikke før været til Karrieredag. ”At deltage i arrangementer som dette giver mig god energi og gør mig rigtig positiv i forhold til fremtiden for mit speciale”, slutter han.

Vi håber, at vi fik inspireret, afmystificeret og informeret om specialet. Og vi står klar igen til næste års Karrieredag. //





FYAM sætter fokus på ledelse med ny kampagne til foråret

Mange FYAM-medlemmer efterspørger ledelseskompetencer i hoveduddannelsesforløbet. Hvordan får man størst succes som leder i praksis? Hvordan leder man sig selv – og andre?

Vores medlemsundersøgelser viser, at 85-90 pct. af uddannelseslægerne ønsker at blive praksisejere inden for fem år efter endt speciallægeuddannelse. Men opgaveglidning fra hospitalerne og udviklingen væk fra enkeltmandsklinikker stiller store krav til ledelsen. Spørgsmålet er, om vi er klædt godt nok på til opgaven.

I FYAM sætter vi fokus på ledelse med en ny kampagne i foråret. Ledelse skal have en større plads i hoveduddannelsen, så uddannelseslægerne bliver bedre forberedt til livet som praktiserende læge – uanset om man skal have egen klinik eller ej.

Vi tror på, at god ledelse kan være med til at sikre det gode lægeliv og forebygge udbrændte læger. Men ledelse er svær at indramme. Der findes et hav af forskellige ledelsesstile og kun lidt litteratur på området inden for almen medicin. Tomme floskler om "at finde egen ledelsesstil" og "hvad der virker for dig" er der nok af.

Men hvordan kommer man egentlig i gang med det?

Kampagnens arbejdsgruppe er ved at udarbejde detaljerne, så vi rammer bedst muligt på det rigtige tidspunkt under hoveduddannelsen - bl.a. for at sikre fokus på ledelse allerede i fase 1 og 2. Derfor har vi også allieret os med PLO og deres ledelseskonsulenter. Fælles værdisætning, selvledelse, praksiskøb og -drift er nogle af temaerne. Derudover vil vi sætte fokus på ledelsesrummet i almen praksis og redskaber til at øge læringen ifm. supervision i klinikken.

Det er vores mål at konkretisere ledelse, så alle kan komme i gang med at udvikle egne ledelseskompetencer og skabe refleksion om ledelse i almen

praksis. Nogle uddannelseslæger oplever, at ledelsesmøder er "lukket land" for dem. Men snart er det uddannelseslæger, der skal håndtere disse møder, og derfor er det vigtigt at få indsigt i, hvordan udfordringer kan gribes an.

Vi vil undersøge forskellige tilgange til formidling, herunder evt. en podcastserie om uddannelseslægens vej til ledelse. Vi vil også undersøge, hvilke hjælpemidler der kan benyttes i supervisionen i almen praksis og hjælpe med at sætte fokus på ledelsen i klinikken.

Savner du ledelseskompetencer i dit uddannelsesforløb? Har du gode idéer til kampagnen? Så skriv til FYAM-formand Thomas Benfeldt Purup på fyam-formand@dsam.dk. //



Brainstormingsmøde hos DSAM i København i oktober. Fra venstre: Christian Vøhtz (praktiserende læge og redaktør af Månedsskriftet), James Høpner (efteruddannelseschef ved PLO-e), Mads Crandal (ledelseskonsulent ved PLO-e), Heidi Bøgelund (ledelseskonsulent ved PLO-e), Thomas Purup (formand for FYAM), Katrine Høgenhaven (medlem af Kvalitetsudvalget). Sara Frandsen (YL's Almen Praksisudvalg og styregruppen for efteruddannelse ved DSAM/PLO) var med online.



KBU-læger

har taget temperaturen på almen praksis

De fleste KBU-læger oplever, at omfanget af supervision og feedback er markant bedre i almen praksis end i deres hospitalsophold. Det viser en undersøgelse fra Yngre Læger.

Hvert halve år gennemfører Gruppen af Yngste Læger (GYL) en undersøgelse af den kliniske basisuddannelse (KBU). Og foråret 2022 var ingen undtagelse. Den aktuelle KBU-undersøgelse er en spørgeskemaundersøgelse blandt de læger, der dimitterede fra universiteterne i januar 2021 og færdiggjorde deres kliniske basisuddannelse i foråret 2022. I undersøgelsen blev KBU-lægerne bedt om at tage temperaturen på deres KBU-ophold.

Som forventet har langt de fleste af de adspurgte (hele 95 procent) haft anden del af deres KBU i almen praksis. Ud over mere supervision og feedback rapporterer de nyuddannede læger mindre arbejdsbelastning, mindre overarbejde og mindre travlhed i almen praksis end på hospitalerne. Til gengæld angiver en lidt større andel at være ensomme i løbet af deres ophold i almen praksis end på deres hospitalsophold.

Supervision og feedback

Undersøgelsen viser, at KBU-lægerne oplever omfanget af supervision og feedback markant bedre i den del af KBU'en, der foregår i almen praksis, end den del, der fore-

går på hospitalerne. I almen praksis-delen angiver 71 procent af deltagerne, at mængden af supervision og feedback er passende, mens 17 procent angiver, at de ikke finder den passende.

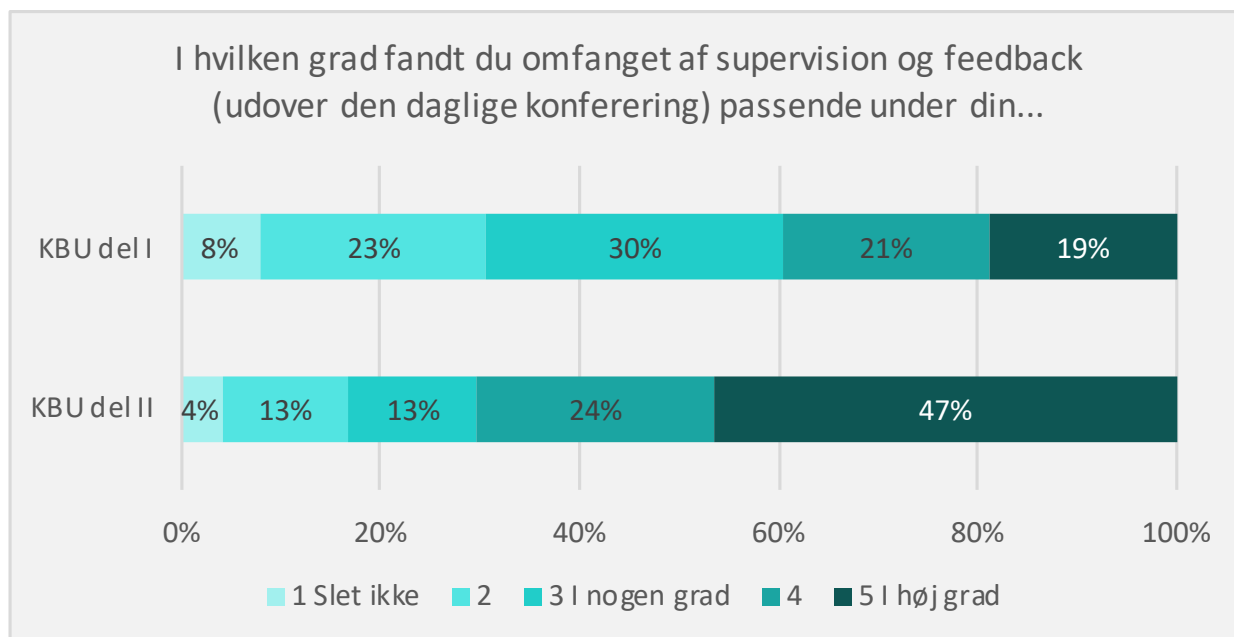
Dette står i kontrast til KBU-lægernes første del, hvor 40 procent af de adspurgte finder mængden af supervision og feedback passende, mens 31 procent ikke finder den passende. Det skyldes formentlig, at mange klinikker i almen praksis har afsat tid til struktureret supervision og gennemgang af patienter dagligt – ud over den ad hoc-supervision, der måtte være brug for.

Travlhed og overarbejde

Undersøgelsen viser også, at der er markant forskel mellem KBU'ens første og anden del, når det kommer til KBU-lægernes oplevelse af travlhed og overarbejde. Blandt de adspurgte svarer næsten halvdelen (45 procent), at der i høj eller meget høj grad var for travlt på deres dagvagter i hospitalsdelen. Det gjaldt derimod kun 18 procent af KBU-lægerne i almen praksis.

Et lignende billede gør sig gældende for mængden af overarbejde. Blandt de adspurgte svarede 25 procent af KBU-lægerne, at der i deres første del i høj eller meget høj grad var for meget overarbejde i hospitalsdelen. Det tilsvarende tal for almen praksis-delen af KBU-opholdet var på 5 procent.

Omkring en tredjedel af KBU-lægerne oplevede, at arbejdsbyrden var større end forventet. Andelen var her igen lidt større på hospitalet, hvor 37 procent af KBU-lægerne op-



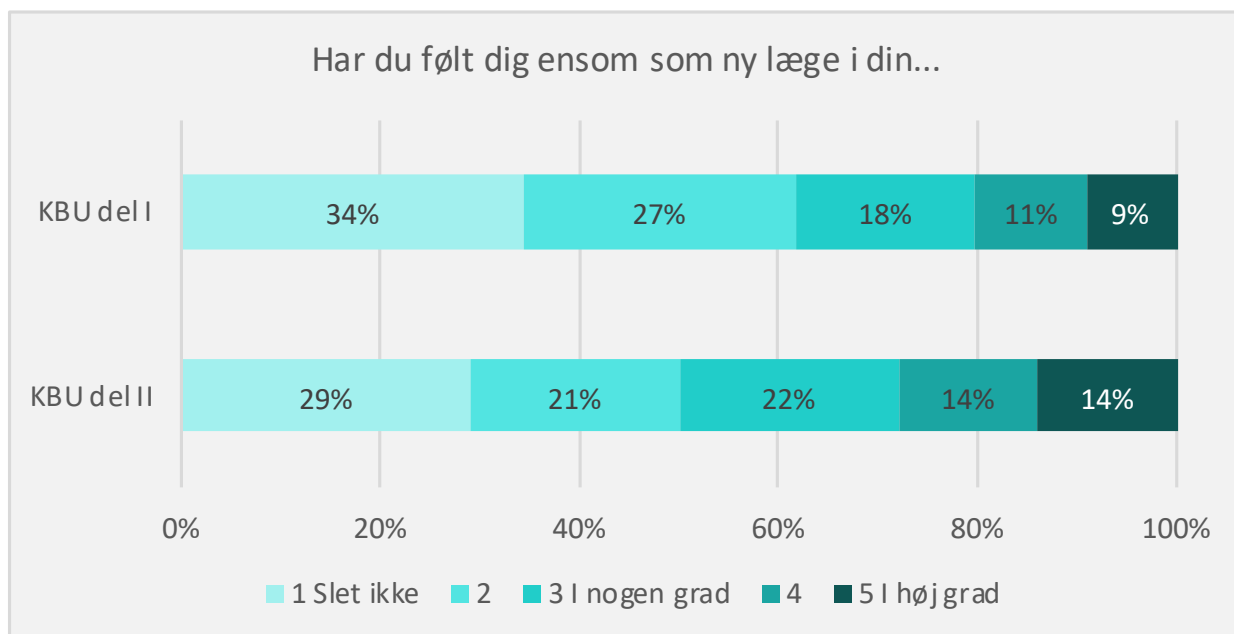
Hele 71 procent af KBU-lægerne svarer, at de i høj eller meget høj grad finder mængden af supervision passende i almen praksis. Dette står i kontrast til deres hospitalsophold, hvor den tilsvarende andel er 40 procent. Kilde: Yngre Læger.

levede større arbejdsbyrde end forventet. Det tilsvarende tal for almen praksis-delen af KBU-opholdet var 29 procent.

Forskelle vedrørende travlhed, overarbejde og forventet arbejdsbyrde kan hænge sammen med, at man i almen praksis har mulighed for i højere grad at tilrettelægge et dagsprogram, der passer til uddannelseslægens kompetencer.

Mere ensomhed

KBU-lægerne i almen praksis oplever til gengæld lidt oftere at føle sig ensom som ny læge. Her peger 28 procent på, at de i høj grad har følt sig ensomme (mod 20 procent på hospitalerne), mens 50 procent siger, at de slet ikke eller ikke har følt sig ensomme som ny læge (mod 61 procent på hospitalerne). Det er et vilkår i almen praksis, at



I alt 28 procent af KBU-lægerne oplever, at de i høj eller meget høj grad har følt sig ensomme i almen praksis. På KBU-lægenes hospitalsophold er den tilsvarende andel 20 procent. Kilde: Yngre Læger.

Om KBU-undersøgelsen

- KBU-undersøgelsen er en tilbagevendende undersøgelse, som gennemføres af Gruppen af Yngste Læger i Yngre Læger.
- Hvert halve år udsendes et spørgeskema til de læger, der netop har færdiggjort deres kliniske basisuddannelse.
- Det overordnede formål med undersøgelsen er at forbedre KBU'en og at hjælpe Yngre Læger med at udvikle tiltag og tilbud, der kan støtte nyuddannede læger i overgangen fra studerende til læge.



KBU-læger i almen praksis oplever markant bedre supervision og feedback end på sygehusene. Desværre angiver 1 ud af 4 at være ensomme under deres ophold i almen praksis. Foto: Colourbox.

man ofte er færre uddannelseslæger samme sted. Så måske kan én af årsagerne være, at man kan mangle en kollega på samme uddannelsesniveau at spejle sig i?

Det er også et vilkår i praksis, at arbejdsgangen er selvstændig. Man har sit eget spor med sine egne patienter og forløb, og man må selv i løbet af konsultationen diagnosticere og behandle. Dette kan måske for nogle også føles ensomt. Som hoveduddannelseslæge og speciallæge i almen medicin er mange medlemmer af DGE-grupper (decentral gruppebaseret efteruddannelse). Ud over at være et fagligt netværk er det også et netværk, der netop sikrer en kollegial følelse og altså mindsker ensomhed.

I Region Sjælland har man i flere år haft noget tilsvarende for KBU-lægerne. De mødes én gang månedligt i sparringsgrupper, hvor de diskuterer dét at være KBU-læge, sparrer om patientcases og skiftes til at undervise. Tilbagemeldingerne vedr. KBU-sparringsgrupperne i Region Sjælland er meget positive, og det tages ofte op som et ønske blandt KBU-læger andre steder i landet. Måske er det et til-

tag, man kunne overveje i andre regioner for at nedbringe ensomheden i almen praksis blandt KBU-lægerne?

Vil du anbefale almen praksis?

På trods af de nævnte forskelle mellem KBU-lægerne oplever på hospitalerne og i almen praksis vil stort set lige mange anbefale deres første og anden del af KBU'en til en kollega.

I alt 78 procent af KBU-lægerne i almen praksis siger, at de vil anbefale deres del to til en kollega, mens 77 procent siger, at de vil anbefale del et til en kollega. Og det er netop ovenstående, der har betydning for, om man vil eller ikke vil anbefale sit ophold i almen praksis. God supervision angives af mange som årsagen til, at de vil anbefale deres ophold. Omvendt er det mangel på supervision og følelsen af ensomhed, der er udslagsgivende for, at andre KBU-læger ikke vil anbefale deres ophold til en kollega.

Langt de fleste KBU-læger kommer gennem almen praksis. Derfor bærer vi i almen praksis et stort ansvar for en god start på lægelivet. KBU-undersøgelsen viser, at det ansvar tager almen praksis på sig. Mange oplever god

supervision og feedback, samtidig med at der opleves mindre grad af travlhed og overarbejde. Desværre peger over en fjerdedel på, at de føler sig ensomme under deres KBU-ophold i almen praksis. PLO har sat fokus på trivsel blandt praktiserende læger. Lad os fortsat arbejde på at sikre god trivsel blandt vores unge kollegaer, så KBU-lægerne klædes godt på rent fagligt, men så de også ser, hvilket alsidigt og godt lægeliv livet i almen praksis er. //

Hvad er Gruppen af Yngste Læger?

Gruppen af Yngste Læger (GYL) er et udvalg i Yngre Læger. GYL består af repræsentanter, der vælges ind fra universiteterne. Fra hver årgang vælges et medlem til GYL blandt de nye dimittender. GYL's primære formål er at skabe forbindelse mellem de nyuddannede og Yngre Lægers politiske arbejde og at sikre ambassadører fra alle årgange.



FYAM-KLUMMEN

Livsbalance

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

Når jeg er vågen om natten, kan der komme nogle timer, hvor jeg får nogle andre tanker end om dagen. Jeg foretrækker ubetinget at sove om natten og har i de senere år primært været vågen om natten for at traske rundt med et barn på skulderen eller tilse patienter på diverse sygehusafdelinger. Denne nat kører jeg på lægevagt. Der bliver tid til refleksioner på de lange ture på landevejen, hvor man kan komme til at tænke på alt fra Joakim von And til arbejds- og livsbalance.

I taxaen

Jeg lukker bildøren bag mig og hilser på min chauffør, som jeg har kørt med et par gange før. Han er en venlig mand, som imponerer ved at huske, at jeg er tilflytter fra København, har en norsk kone og har små børn derhjemme. Foran os ligger ni timer primært på landevejene. Jeg håber på at få en form for indsigt i løbet af natten, og mine tanker kredser om work-life-balance. Hvorfor findes der ikke et godt dansk udtryk for dette? Måske er det for at holde en distance til et emne, som er svært at snakke om: balancen mellem arbejdet – og livet.

En indrømmelse

Jeg ville gerne påstå, at jeg kører denne lægevagt, fordi jeg mener, at vi som almenmedicinere skal holde fast i, at vi dækker primærsektoren i alle døgnets timer. Jeg ved, at vi er de bedste til det. Vi visiterer bedst. Vi ved, hvad som med fordel kan vente, hvad vi kan hjælpe med her og nu, og hvor patienterne ellers skal hen. Jeg ville gerne skrive, at jeg da let lige tager et par nattevagter om måneden ved siden af min fuldtidsstilling. Men sandheden er, at jeg synes, det tærer meget på mig at sidde vågen om natten. Livet som småbørnsfar har gjort mig pinligt opmærksom på, at jeg fungerer bedst, når jeg sover nogenlunde om natten. Grunden til, at jeg nu sidder her, er, at min fase 2-stilling er færdig om fire dage, og denne nattevagt var den eneste måde, jeg kunne få min fjerde obligatoriske vagt.





Hvis ikke vi er til rådighed alle døgnets timer, åbner vi for det private og risikerer at miste patientgrupper. Og hvis vi først mister kontinuiteten, forsvinder en stor del af det, vi kan.

Den spændende lægevagt

Da jeg i sin tid valgte almen medicin, var det blandt andet, fordi det var dagsarbejde, hvor man i perioder med overskud kunne tilvælge lægevagter. Jeg forestillede mig dengang, at perioder med overskud var de fleste. I starten syntes jeg, det var sjovt med vagtarbejdet, og jeg var med på en del lægevagter. Her var ondt i maven meget oftere lig medolecystitis og appendicit, mens den ældre multimorbide, som ikke kunne komme ud af sengen, havde et stroke eller en hoftefraktur. Jeg var også fascineret af de erfarne lægevagter, som i løbet af få spørgsmål kunne spore sig ind på, hvad det drejede sig om. På kort tid kunne de afdække, hvor patienten var i forskellige sygdomsforløb og herefter med få kliniske undersøgelser komme frem til, hvor patienten bedst fik hjælp på det givne tidspunkt.

Tabu: deltid

Jeg kender argumenterne for, at vi solidarisk skal hjælpe hinanden med at dække lægevagten. Hvis ikke vi er til rådighed alle døgnets timer, åbner vi for det private og risikerer at miste patientgrupper. Og hvis vi først mister kontinuiteten, forsvinder en stor del

af det, vi kan. Jeg bliver provokeret, når jeg ser reklamer fortælle folk, at de ikke skal vente til mandag med deres feber. Jeg er brændende imod den overdiagnostik og overbehandling, som følger med disse tilbud. Jeg har også hørt Danske Regioners næstformand sige, at deltid for læger ikke er noget, som passer ind i fremtidens sundhedsvæsen. På trods af dette er det for mig ikke kun inden for lægevagten, at 'liv' i øjeblikket kommer før 'arbejde'. Om fire dage går jeg på barsel. Fire måneder har jeg med min yngste datter. Vi har valgt at bruge 'fraværsretten', så vi kan få en længere sidste barsel. Og på den anden side af barslen: 80 pct. arbejdstid i fase 3. Andre kollegaer har også brugt fraværsretten, er gået ned i tid eller har taget orlov. Hvem ved, hvor mange familier der fungerer bedre, og hvor mange stress-sygemeldinger der undgås?

Arbejdet

Vi nærmer os det første besøg. Vi er laaaangt ude på landet. Jeg har ikke set en gadelygte i de sidste 15 minutters kørsel. Jeg tænker på den pågående folketingsvalgkamp, og hvordan der er mangel på alle typer arbejdskraft. Jeg tænker på "Her er dit liv, Joachim von And", som jeg i øjeblikket læser højt for min ældste datter og søn. Joachim vælger karrieren over kærligheden. Han dygtiggør sig og bliver den bedste inden for sit felt, men undervejs afslår han kærligheden og mister kontakten til sin familie og til

sine rødder. Arbejdet, som tager over, tager det hele. Mindre kan nok gøre det, og jeg tænker på, hvor mange fordele der er ved at være praksisejer – patienterne får kontinuitet, som både giver bedre kvalitet, tilfredshed, færre akutte indlæggelser og længere liv. Jeg vil gerne skabe den gode arbejdsplads og den gode praksis, men det vil kræve meget tid og arbejde.

Den første patient kaster op og har ondt øverst i maven. Hun får blodfortyndende medicin og er svimmel, når hun står op. Jeg finder hende klinisk skrøbelig, kronisk medtaget og meget bleg, men varm og tør og med fine vitale værdier. På mistanke om blødende mavesår tilbyder jeg hende indlæggelse, som hun tager imod. Havde en ortopædkirurg gjort sig de samme fund? Havde en paramediciner eller akutsygeplejerske? Og omvendt: Ville en mere erfaren vagtlæge have kunnet kvalificere sin beslutning endnu mere? Vi triller tilbage mod Esbjergs konsultation, hvor fem patienter venter.

Livet

"I virkeligheden er det jo nok egoisme," siger min søster, da jeg et par dage inden lægevagten snakker med hende om det valg af familielivet, som hun har prioriteret ved siden af sit arbejde som lærer. "Når vi er sammen med vores børn, er vi jo simpelt hen gladere... Det er egentlig mærkeligt, at tidligere generationer ikke har prioriteret det mere." Der er en grad

For mig er almen praksis
ikke kun alle slags
patienter. Det er også
alle mulige slags læger.

af generationskonflikt, og jeg leger
opponent og citerer den midaldrende
overlæge på børneafdelingen, som
fortalte mig, at alle børn er utaknem-
melige, og at vi derfor skal undgå at
indrette vores liv for meget efter vo-
res børn. Min søster svarer: "Vi gør det
jo, fordi flere timer sammen med dem
giver flere øjeblikke, som vi altid vil
bære med os som værdifulde minder.

Jeg tror også på, at vores nærvær gi-
ver dem noget godt, de kan tage med
sig videre i deres liv. Det er jo netop
kun et begrænset antal år, de vil os."

Eftertanker

Der er gået en uge. Dagene er gået med
skoldkoppevirus, som har invaderet
vores hus, og jeg begynder at mærke
afstanden til arbejdslivet. Mine andre
hobbyer og interesser kommer igen.
Men jeg tænker også med glæde på
vores fag – det er spændende, og vi er
privilegerede på mange måder. Egent-
lig ønsker jeg, at flere får muligheden
til at finde den balance, de synes om
– og at vi indser, at den balance kan
rykke sig igennem livet. Det kan være,
når nære er syge, eller vi mister dem,
når vi har små børn, når vi nærmer os

pensionsalderen, eller når vi med el-
ler uden grund er ved at fare vild i li-
vet.

For mig er almen praksis ikke kun
alle slags patienter. Det er også alle
mulige slags læger: musikere, kunst-
nere, filosoffer, iværksættere, fami-
liemennesker. De kan alle være for-
klædt som praktiserende læger. Jeg
har mødt dem. Jeg håber, der er plads
til dem alle i det største speciale – for
vi har brug for dem alle for at kunne
vælge den balance mellem arbejde og
livet, som vi ønsker i forskellige livs-
faser. Vi har brug for dem alle, hvis vi
skal kunne give patienterne i hele lan-
det den tilgængelighed, kvalitet og
kontinuitet, som kræves af det spe-
ciale, som er nøglen til at løse fremti-
dens sundhedsudfordring. //

**PREVENTING
OVERDIAGNOSIS**

2023

AUG 14-16, COPENHAGEN

Call for Abstracts OPEN. Early Bird registration OPEN.
Read more: www.preventingoverdiagnosis.net



Lægelivet på en Ø

Den stigende mangel på praktiserende læger og den politiske aftale 'Flere og bedre uddannelsesmuligheder i hele Danmark' har vi i SAMS Odense valgt at favne på vores egen måde – med en tur til Ærø.

SAMS Odense og Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet ved SDU inviterede i september 20 stud.med.er på en spændende og lærerig tur til Ærø. Turen bød på et besøg på Danmarks mindste sygehus, Ærø Sygehus, og et visit hos Lægehuset i Marstal. Formålet var at vise de studerende øens spændende lægeliv.

Transporttid er brugbar tid

En ting, der kan skræmme mange væk fra arbejdet uden for byerne, er transporttiden. Fredag morgen kl. 07.30 stod vi klar på Odense Station – klar til en lang dag med tog, færge og bus. Vi udnyttede transporttiden på forskellige måder. På udturen blev der socialiseret og knyttet bånd, og vi fik hilst på vores guide; lokalpolitiker Søren Laxy. Transporttiden på øen blev udnyttet til frokostpause med lækre sandwich fra Café KaRo. Turen hjem blev brugt til at koble fra efter en lang og spændende dag.

Mange muligheder som læge på en ø

På Ærø Sygehus fik vi fortalt om den store erfaring og brede viden, der kræves for at være sygehuslæge på en ø, da der oftest kun er én læge på vagt. Besøget bød også på en rundvisning til sygehusets 12 sengepladser og skadeklinik. Ingen af lægerne på sygehuset boede på Ærø, men de kom til øen, når de havde vagt – en vagt, som varede syv dage. Det var alle lægerne glade for, da det gav dem mulighed for at arbejde flere steder. Til forskel boede lægerne fra Lægehuset i Marstal alle på Ærø og var derfor en del af det lille lokalsamfund. Det var noget, de alle nød.

Mere i livet end arbejde

Selvom mange studerende og læger lægger hele deres liv i deres arbejde, skal der også være plads til fritid. Tiden mellem lægebesøgene brugte vi på at nyde Ærøs kulturliv. Vi oplevede de smukke strandhuse i Marstal, HF Søfarts hyggelige fredagsbar og Ærøskøbings charmerende gamle bydel. Inden turen gik hjemad igen, stod den på evaluering over lækker pizza på restaurant AmoreMare.

Ø-livet er unikt

Efter en begivenhedsrig dag sejlede 20 trætte studerende hjem. Mange havde fået en ny opfattelse af de mange muligheder, det giver at være læge et sted, som kræver tålmodighed og muligvis søsygepillér for at komme dertil. //



Flere praktiserende læger – eller hvad?

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.



For få måneder siden vedtog et stort set enigt folketing en sundhedsreform. Et af løfterne var 43 pct. flere praktiserende læger. Om 12 år skal vi være 5000 praktiserende læger. Tolv år! 2600 flere praktiserende læger! Vi lader lige tallene stå et øjeblik. Mens vi konstaterer, at Folketinget og regionerne nøler.

Behovet for flere kolleger er stort ingen hemmelighed. I en periode med en betragteligt øget befolkning og flere ældre er antallet af praktiserende læger faldet med 10 pct. Samtidig er kravene til, hvad der skal behandles, kontrolleres og forebygges steget. Det kan aflæses direkte i antallet af kontakter til almen praksis. De er – ikke overraskende – ligeledes steget, nemlig med 5 pct. Og kompleksiteten af disse kontakter er blevet voldsomt høj. Ydermere skubbes flere og flere opgaver i øjeblikket ud til det primære sundhedsvæsen. Buen er spændt hårdt, og mange kolleger oplever, at den er spændt til over bristepunktet.

Borgerne er glade for de praktiserende læger. Vi sikrer kontinuitet og nærhed, og vi ser det hele menneske.

Så en målsætning om flere praktiserende læger er flot. Men hvordan og hvornår ser vi en implementering? Lige nu sidder politikerne på Marienborg og drikker kaffe og taler om tingene. Sund-

hedsministeren er ”fungerende”, dvs. ikke-fungerende. Og regionerne udviser vanligt fodslæberi.

Det er jo ikke, fordi opgaverne og spørgsmålene ikke står i kø: Hvor skal de praktiserende læger komme fra? De skal forhå-

En målsætning om flere
praktiserende læger er flot.
Men hvordan og hvornår
ser vi en implementering?

bentlig være speciallæger i almen medicin. Hvordan og hvornår går man så i gang med at uddanne dem? Hvilke specialer skal have færre speciallæger, hvis vi skal have flere? Hvor skal pengene komme fra? Er der noget, der skal prioriteres bort? Og hvad? Eller skal danskerne betale mere i skat? Hvor skal vores nye og meget velkomne kolleger slå sig ned? Behovet for lokaler vil være enormt.

Jeg er sikker på, at der er utallige flere spørgsmål at stille. Og meget kort tid at stille dem i og til at handle på svarene.

Vi har brug for, at regionerne og Folketingets politikere træder i karakter og kommer i gang med denne enorme opgave nu. //



TANKER FRA STOLEN:

Selvejende praktiserende læger – mellem offentligt og privat

Som praktiserende læger er vi en del af det offentlige sundhedsvæsen. Men vi er også private. Det giver os en unik position til at forstå dilemmaet mellem det offentlige sygehusvæsens tiltagende afmagt og den private sektors fremmarch.

Fra politisk hold er der vedtaget behandlingsgarantier, som det offentlige sygehusvæsen ikke kan leve op til. Det giver et fortrin for de patienter, som de private behandlere ser en fordel i at behandle. Frit valg til at få en ny hofte på privathospital inden for 30 dage. Hvis du har en sundhedsforsikring, kan du tilmed springe køen over til de praktiserende speciallæger.

Der argumenteres for, at disse forsikringer og kapaciteten i den private sektor er en fordel for alle, da der jo – alt andet lige – så bliver bedre kapacitet til de patienter, der ikke har noget privat behandlingstilbud. Men sandheden er jo, at det offentlige sygehus-

væsen står tilbage med en stadigt tungere og mere ressourcekrævende patientgruppe. Samtidig er man bundet af tunge politisk bestemte dokumentations- og bemandingskrav, der umuliggør en fleksibel problemløsning. Personalet søger i stadigt større grad væk – og over i det private med mere attraktive aflønnings- og arbejdsforhold.

Hvordan tegner dilemmaet sig i almen praksis med et blandet offentligt-privat perspektiv? Ja, der er jo fri og lige adgang til almen praksis, så vi kan ikke sortere i, hvilke patienter vi har mest lyst til at se, eller hvad der giver den bedste indtjening. Vi har heller ikke mulighed for at undslå os fra at dække kl. 8-16 på alle hverdage. Men som private har vi stor frihed til at tilrettelægge bemanding og patientbehandling på en hensigtsmæssig måde i egen klinik. Og vi kan lokalt indgå aftaler med kolleger, så vi på udvalgte hverdage kan komme på kursus eller holde ferie.

Dette har hidtil givet en robusthed i almen praksis, men den er nu truet. Af opblomstring af koncernklinikker, der ikke indgår i det lokale kliniksamarbejde, eller som medfører en tungere patientsammensætning i naboklinikkerne. Og af tiltagende tilsyns kontrol og controlling, der pålægger os flere “offentlige” administrationsbyrder.

Jeg håber, at de svære problemer, der kæmpes med i det offentlige, må fungere som advarselslamper, der motiverer politikerne til i højere grad at værne om en selvejende almen praksissektor som grundlag for sundhedsvæsenet.

Godt nytår! //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk





Ja tak til opportunistisk screening med PSA

Først en tak til Bolette Friedrichsen for formandsberetningen, som blev rundsendt til os den 5. oktober. Ligeledes tak til hende for, at hun har påtaget sig formandshvervet. Med hende har DSAM fået den rette person på formandsposten.

I formandsberetningen er der desværre et afsnit der – i mine øjne – er helt i skoven: afsnittet om opportunistisk screening for prostatakræft. Konklusionerne er forføjlede og ikke noget, som DSAM-medlemmer bør følge. Tværtimod vil jeg anbefale, at vi vedkender os, at vi er vores patienters gode støtter. Så når de beder om at få målt deres PSA, bør vi som udgangspunkt komme deres ønske i møde og bestille denne prøve. Navnlig hvis de er over 50 år, men jeg har da taget en PSA på en 32-årig, der var voldsomt urolig for prostatakræft. Selv om han i sagens natur på grund af sin alder ikke var dækket af gældende anbefalinger.

Hvorfor skal vi nu tage en PSA på anmodning? Fordi den, der spørger, naturligvis har gjort sig nogle tanker og har en uro – stor eller lille – ligesom når vores patienter ønsker at kende deres sukkersygetal eller deres kolesteroltal. Fordi PSA er en blodprøve

ligesom alle andre, og prostatakræft er en kræftform ligesom alle andre.

Enhver prøve rummer nogle muligheder for tolkning og for – heldigvis i meget få tilfælde – naturligt at lede til flere undersøgelser og muligvis behandlinger. Der adskiller PSA sig ikke fra andre prøver.

Desuden ved vi, at mænd er knapt så gode til at gå til lægen som kvinder. Når de så endelig henvender sig, har vi som deres læge et ansvar for at komme dem i møde, så de forhåbentlig fremover bliver bedre til at opsøge lægen ved tvivl og uro. Snakker vi dem bort fra deres oprindelige ønske – eller endnu værre – nægter dem en PSA, er risikoen, at vi mister en mulighed for at bedre kontakten til dem, og at vi undergraver deres tillid i læge-patient-forholdet.

Der er ikke solidt belæg for at fraråde opportunistisk screening. Den sparsomme videnskab, der er på det område, har typisk evidensniveau C: ”Den sande effekt kan være væsentligt anderledes end den estimerede effekt”.

Helt jammerligt er afsnittet, hvor der anbefales rektal eksploration. Der er ingen god evidens for værdien af denne undersøgelse. Enhver der står i den lægelige ende af undersøgelsen

ved, at man i bedste fald kan sige noget om en tredjedel af prostata ved undersøgelsen. Hvem vil bestille et røntgenbillede af en tredjedel af lungerne eller en koloskopi af den distale tredjedel af kolon? Og så lade det være tilstrækkeligt grundlag for en klinisk beslutning? Den går ikke. Der er to retvisende konklusioner ved rektal eksploration: ”malignsuspekt” ved et positivt fund eller ”inkonklusiv”, hvis der ikke er positive fund. Rektal eksploration har rudimentær og rituel værdi, og den er direkte vildledende som klinisk redskab, hvis man lader undersøgelsen stå alene.

Afslutningsvis vil jeg her opfordre til, at vi anerkender vores plads i sundhedsvæsenet og naturligvis som almenpraktikere sammen med patienten kan følge en anden vej, end den retningslinjer lægger op til. En almenpraktiker må gerne være uenig med en hospitalsansat speciallæge. Navnlig i dette tilfælde, hvor der er så stor mulig sundhedspædagogisk gevinst ved at gøre det almenmedicinsk rigtige og så spinkel videnskabelig begrundelse for at lade være. //



Svar til Asger Dalmose

Kære Asger

Tak for dit indlæg. Det er altid en glæde at høre fra engagerede kolleger!

Du har helt ret i, at vi skal være meget omhyggelige med at høre, hvad patienterne siger. Også når de bruger andre ord end dem, der står i lærebogen eller en eller anden retningslinje. Jeg har selv taget PSA alene på baggrund af, at manden ønskede det eller var bange og ellers aldrig kom til læge – så fik jeg den der fornemmelse af, at det må jeg vist hellere gøre i dette tilfælde ... og fik ret!

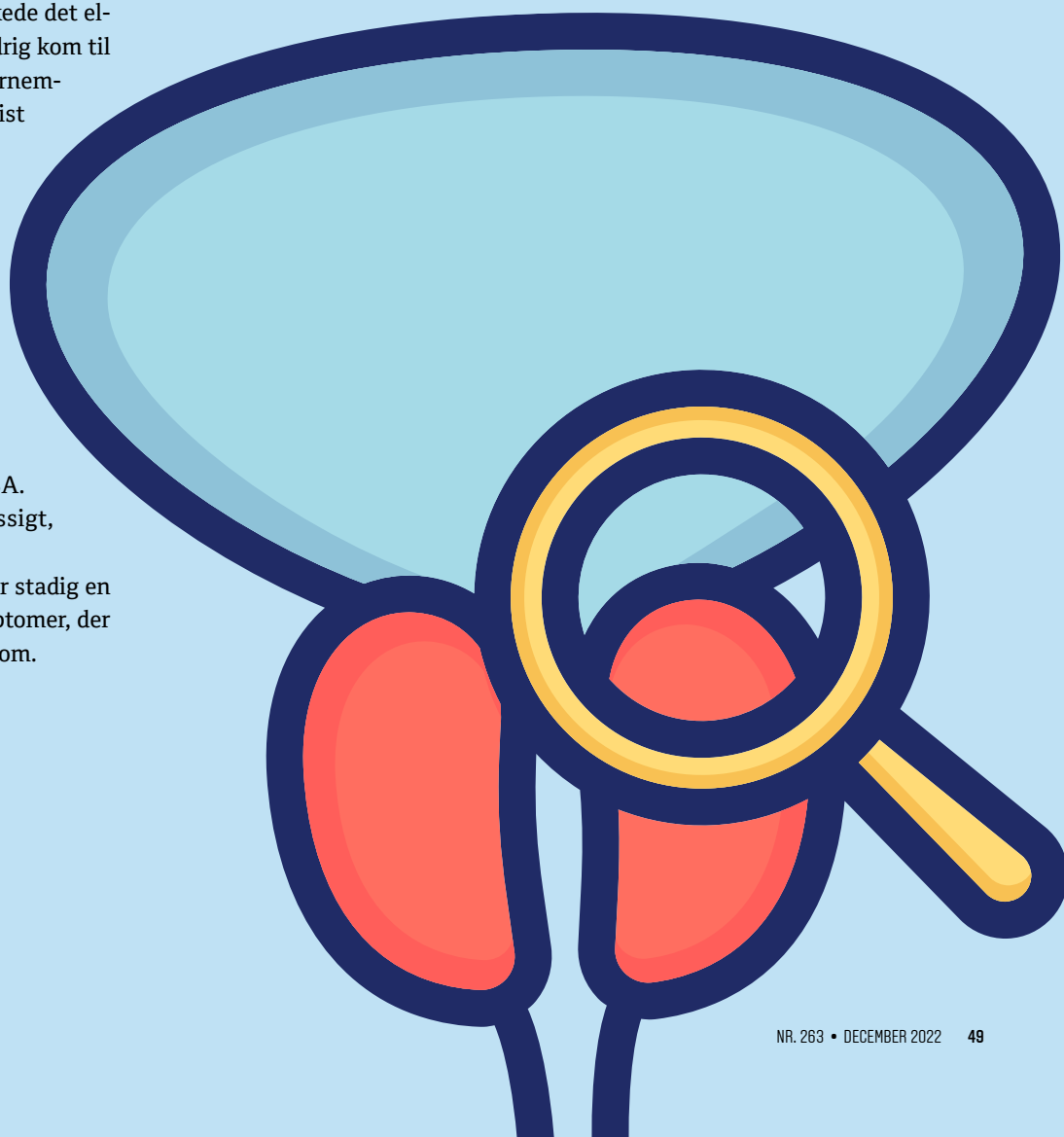
Men det, der er ude at gå her, er, at en patientforening – PROPA – ønskede at køre en borgerrettet kampagne – Let Røven – for at få mænd uden symptomer til at gå til læge og forlange at få målt deres PSA. Det er ikke hensigtsmæssigt, mener jeg.

Rektal eksploration har stadig en plads i udredning af symptomer, der kunne være prostatasygdom.

Nylig evidensgennemgang, som bl.a. John Brodersen og Michael Borre har bidraget til, har givet anledning til en ny indgang til pakkeforløb for prostatakræft, idet der til manges overraskelse IKKE kan påvises nogen sammenhæng mellem LUTS (svag stråle osv.) og c. prostata. //

LÆS MERE

Pakkeforløb for prostatakræft
Kort link: <https://t.ly/SZDy>





BOGANMELDELSE:

Bruk av teori i kvalitativ forskning

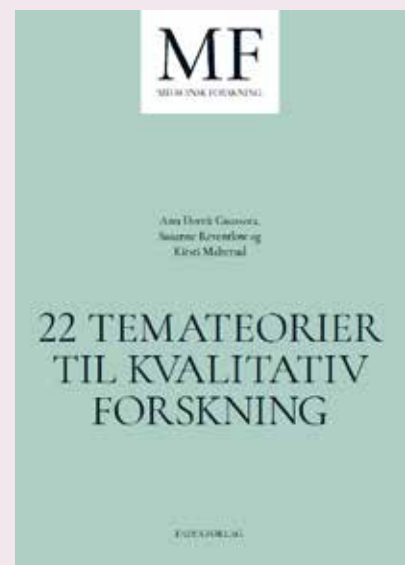
Tenk deg å være klinisk allmennmedisiner, i ferd med å dykke inn i et kvalitativt, praksisnært forskningsprosjekt. Prosjektet er i ferd med å ta form, du har lest innføringer i metode, du orienterer deg i en ny faglig verden. Dette er en bok om tilnærming til teoribruk, som kan utvide tilfanget du har av ideer - og kanskje også ide-tilfanget til veilederen din.

Boka er skrevet av tre meget erfarne kvalitative forskere med bakgrunn i allmennmedisin fra universitetene i København og Bergen. De tre har hatt forskningssamarbeid gjennom en rekke år. Målsettingen med boka er å skape motivasjon blant allmennmedisinske forskere for mer utbredt og forpliktende bruk av teoretiske perspektiver i kvalitative studier. Gjennom to introduksjonskapitler og et sluttkapittel gir de innblikk i hva de legger i dette. De resterende 22 kapitlene, som utgjør hoveddelen av boka, er presentasjon av 22 eksempler på mulige valg av teori.

For å studere og forstå pasienters og legers subjektivitet og interaksjon med kvalitativ metode må forskeren utvikle innsikt i humanistisk vitens-

kapsteori. Men det er ikke presentasjon av et overordnet vitenskapsteoretisk nivå som er målsettingen med boken. Forfatterne vil presentere eksempler på teorier som er relevante for konkrete problemstillinger, forskningsspørsmål og analyser i prosjekt som den kvalitative forskeren står oppe i. Slike teorier kaller de temateorier. Disse teoretiske perspektivene kan løfte en kvalitativ analyse fra gjennfortellinger av intervjuer til relevant fortolkning og syntese ved å trekke inn andre forskeres perspektiver og begreper. Nettopp slike teoribaserte perspektiver kan skjerpe eget fokus på problemformulering og analyse og hjelpe til å se egne resultater i en større sammenheng.

Temateori kan brukes på ulike nivå og med ulike ambisjoner. De kan brukes som inspirasjon og bakteppe og dermed hjelpe forskeren til å se eget prosjekt i en større sammenheng. I andre studier kan den valgte temateorien få en mer fremtredende posisjon i formulering av forskningsspørsmål eller skjerpe analytisk fokus i tolking



ORIGINALTITEL: 22 temateorier til kvalitativ forskning

FORFATTER: Ann Dorrit Guassora, Susanne Reventlow og Kirsti Malterud

UDGIVELSE: København 2022

SIDETAL: 210

ISBN13: 9788793810617

FORLAG: FADL's Forlag A/S

av data. Dersom forskeren har inngående kjennskap og forståelse av et teoretisk perspektiv, er det også mulig å gjøre en mer forpliktende teoretisk analyse basert på dette. På alle disse tre nivåer gjelder det å bruke teori tett opp til egne data. Forfatterne leverer eksempler på bruk av teori på de ulike nivåene og drøfter forutsetninger for bruken.

I 22 kapitler presenteres vi for 22 temateorier som forfatterne har vurdert som relevante og aktuelle for allmennmedisinske forskere i dag. Hvert kapittel innledes med en kort kasuistikk fra allmennmedisinsk hverdag, etterfulgt av presentasjon av en teori/teoretiker som kan gi nyttig perspektiv på forståelse av situasjonen.

Det er naturlig nok ikke snakk om fullstendige presentasjoner av 22 teorier, men disse kapitlene er preget av kompakt og innsiktsfull komposisjon. Du får lyst til å lese mer. Og det er naturligvis nødvendig dersom teorien skal brukes i eget prosjekt. Spesielt interessant er det at hvert av disse kapitlene slutter med ultrakort presentasjon av to tilgrensende, alternative valg av temateori. Dette gir leseren noe å tenke på.

Jeg synes dette er en spennende bok. Den er preget av forfatternes innsikt i forskningsfeltet og forskningsprosessen. Jeg gleder meg over korte og stringente presentasjoner av omfattende teoretiske arbeider, vel vitende at referanselista på slutten av

boka gir guide til videre lesning. Og jeg lar meg ikke plage av at noen av mine egne teoretiske favoritter ikke er nevnt. For dette er ikke mine, men forfatternes valg. Og med til sammen 66 teoripresentasjoner demonstrerer de at det er en stor verden der ute, og denne ideverdenen er til forskerens rådighet. Til sammen har de således levert stoff som gir et utvidet perspektiv på teoribruk i allmennmedisinsk kvalitativ forskning.

Når forfatterne har gjort et slikt omfattende arbeid, synes jeg de kunne ha gitt boka en mer inviterende tittel. For dette er en bok som mange forskere kan ha nytte av, ikke minst i sin startfase. Se selv! //

PRACTICUS // opslag

PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i marts 2023.

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

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

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

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

Ansøgningsskema kræves og udfyldes via DSAM's hjemmeside www.dsam.dk > Forskning > PLU-fonden.

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

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

Ansøgningsfrist: onsdag den 15. februar 2023.

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

DSAM • Stockholmsgade 55 • 2100 København Ø



VÆR VELKOMMEN 2023

Året 2022 rinder ud, og redaktionen ser med glæde og stolthed tilbage på et godt år med mange bidragydere til Practicus. TAK til alle jer! Det er skønt at være med på redaktionen, når vi har så stor opbakning. Lad endelig skrivelysten blomstre videre i 2023.

Og tak til alle jer, der læser og lytter med, når Practicus lander i postkassen eller i podcasten. Enhver respons er meget værdsat.

Ellen Louise - Jonas - Annette