

Practicus

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



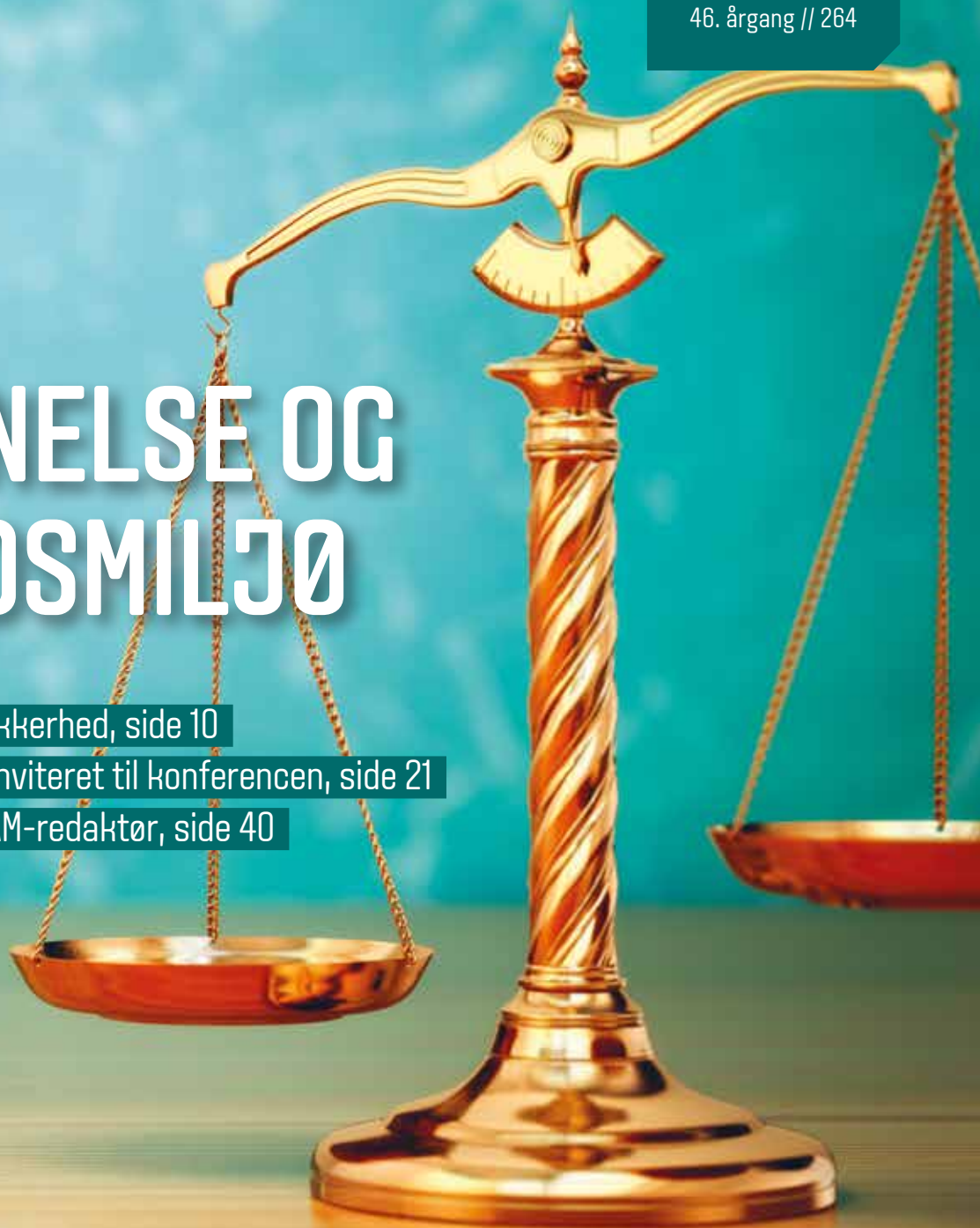
Marts 2023
46. årgang // 264

FOKUS PÅ UDDANNELSE OG ARBEJDSMILJØ

Temadag om patientsikkerhed, side 10

Overdiagnostik, du er inviteret til konferencen, side 21

Practicus søger ny FYAM-redaktør, side 40





INDHOLD

LEDER

- 3 Sæt sundhedsmedarbejderen i centrum

DSAM

- 4 Vi skal prioritere: Vores valuta er intelligens, tid og nærvær!
6 Semaglutid til vægttab hos voksne

ARTIKLER

- 8 Vægtneutral sundhed - medlemsmøde i Hovedstaden
10 Temadag om patientsikkerhed - Hvad kan vi lære ...?
14 Hvad påvirker klinikpersonalets trivsel og arbejdsglæde?
18 Social prescribing kan tage det værste pres ...
21 Overdiagnostik skader folkesundheden ...
24 Balancevægten
26 Tværfagligt samarbejde kan optimere behandling
28 Videreuddannelsen har fået det store gennemsyn
30 Supervision: rammer, regler og relationer
34 Lægepraksis fejrer 150 år på samme sted i Skødstrup
37 Hej - og velkommen til!

FYAM

- 38 Internatmøde 2023 i FYAM
41 FYAM på Lægedage
42 Klager rammer yngre læger hårdt

SAMS

- 44 Grublerier blandt medicinstuderende

DEBAT

- 46 Viden er fandeme ikke et synspunkt, men ...
48 Regeringens sundhedspolitik - en ny gang bullshitbingo?

BØGER

- 49 Snart er vi alle patienter

OPSLAG

- 5 DSAM på Folkemødet 2023
5 WONCA Europe 2023
20 DSAMs årsmøde 2023
36 PLU-fonden, ansøgningsfrist
40 Er du vores nye FYAM-redaktør på Practicus?
52 Podcast: Ekkokardiografi i almen praksis?



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

Nr. 266
Frist for artikler: 28. juli 2023
Udgivelsesuge: 38

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
Colourbox.dk

OPLAG
4.850

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

Sæt sundhedsmedarbejderen i centrum

Mange var valgløfterne før valget i efteråret 2022 – især om hjælp til et blødende sundhedsvæsen. Personaleflugt, sygemeldinger, urimeligt lange ventelister og flere opgaver til primærsektoren var bare nogle af de problemstillinger, som den nye regering skulle finde løsninger til i det nye år.

I det seneste årti har den politiske debat handlet om ”patienten i centrum” og behandlingsgaranti. Det har blandt andet resulteret i milliarddyre supersygehuse uden egentlige arbejdsrum til lægerne, uden vagtværelser og uden konferencerum, fordi lægerne skulle være så tæt på patienterne som muligt. Måske gav det mening for planlæggerne, som nok aldrig har arbejdet på en sygehusafdeling, men for personalet på gulvet har det været nedslående at være vidne til.

Til gengæld har det knebet noget med at få fokus på medarbejderen i sundhedsvæsenet. Det har kostet dyrt på personalefronten. I dag mangler vi medarbejdere inden for stort set alle faggrupper – både på sygehusene og i almen praksis. Den 3. februar kom så en ny akutplan med 11 punkter.

Ud over valgløfterne om honorering af merarbejde og smidiggørelse af autorisation for udenlandsk arbejdskraft er der lovende toner om bedre rammer for at få et arbejdsliv med vagter i sundhedsvæsenet til at hænge sammen med et familieliv.

Set med almen praksis-brillerne på er forslaget om at udvide sygehusets behandlingsansvar til 72 timer et skridt i den rigtige retning. Det vil kunne aflaste primærsektoren

ved genindlæggelser. Derudover skal sundhedsklynger prioriteres i samarbejdet mellem kommuner og almen praksis.

Desværre har der været mest fokus på at inddrage den private sygehussektor til at afvikle puklen efter covid-19. Man kan frygte, at de mange kroner, der flyder ud til privathospitalerne, vil lokke endnu flere af det udhungrede sundhedsfaglige personale derud – til bedre arbejdsvilkår uden nattevagter og underbemanding. Og jeg bebrejder dem ikke.

Arbejdsvilkårene er pressede i akutmodtagelserne og sengeafdelingerne. Her står unge læger ofte med et (for?) stort ansvar. Og sundhedspersonalet har så mange patienter, at akutte forværringer af sygdomme desværre ofte opdages for sent. Sådan er dagligdagen. Og det koster liv.

Skal vi ikke kræve bedre vilkår for alle medarbejdere i sundhedsvæsenet? Det kan ikke være rigtigt, at der skal lig på bordet, før der sker en forandring. Det er ikke muligt have ”patienten i centrum”, før sundhedsmedarbejderen har det godt. Hvis trivslen skal løftes varigt, kræver det mere end en akutplan. //



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



BESTYRELSENS KLUMME:

Vi skal prioritere: Vores valuta er intelligens, tid og nærvær!

*Jeg kan vælge
Jeg kan vælge at lade være
Kan jeg vælge ikke at vælge?*

*Jeg vælger hver dag med patienten i hånden:
Hvilken vej skal vi gå? Hvor skal vi hen?
mod livet eller mod døden
mod lindringen eller mod helbredelsen*

*Bør jeg stoppe op og trøste
give mig tid til samtalen
tid til opbygningen af vores fællesskab,
når vi nu skal vælge patientens vej sammen
i det, der indimellem gælder liv og død*

I DSAM-regi vælger jeg at blive bedre til at vælge klogt med de andre selskaber i "vælg klogt" (www.vaelgklogt.dk) for at sikre, at tiden bruges rigtigt og ikke skader mine patienter.

Jeg vil gerne, at vi som læger tør deltage i prioriteringsdebatten, og jeg håber, at politikerne tør være med til at kigge på, hvad sundhedsvæsenet ikke skal tilbyde.

I DSAM-regi vælger jeg som ordfører for IT og data at fokusere på udviklingen af de gode IT-løsninger, der kan understøtte vores daglige arbejde og ikke bare fylder en database med information. Jeg holder fast i, at jeg ikke vil ordinere alene efter en app. Fra min stol vil jeg sikre, at de rigtige får tiden i vores klinikker.

Jeg vil have tid til at tale med min patient. Skal Anne, som har fået et smartwatch, der siger, at hun er syg med hjertet, have behandling for sin afli? Jeg laver en CHA2DS2-

VASc, men det meste af tiden blev brugt på snak om sygeliggørelse og pludselig at blive patient. Hun ender med at følge guidelines, men jeg er sikker på, hun følte sig set som menneske – selv med recepten i hånden.

Skal, skal ikke? Sammen tager vi beslutningen. Det er mig, der har fagligheden. Men det er Anne, der skal tage pillen. En app kunne have sagt det samme – have sat fakta ind i de enkelte bokse, men ingen kunne have haft samtalen... med glimt i øjet... snakken om pludselig at blive gammel og sygeliggjort af et ur, som hun havde fået for at føle sig tryk.

Jeg prøver at arbejde for, at almen medicin får lov at vise, hvad almen medicin kan. Fundamentet er særligt kontinuitet og kendskab til historien. Jeg kender baggrunden for, at Jørgen ikke har en bil og derfor ikke kan komme før kl. 13, når bussen kommer ind, og han er stået op.

Jeg håber, at vores arbejde i bestyrelsen kan være med til at sikre, at vores lægetid bliver brugt bedre og med fokus på arbejdet med den enkelte patient.

I DSAM-regi vælger jeg at være med til at begrænse almen medicin til almen medicin. Når de andre specialer ikke har ressourcerne, bliver opgaven ikke per automatik til en almenmedicinsk opgave.

Min valuta er intelligens, tid og nærvær, men også faglighed og kendskab til det enkelte menneske. Hvad er bedst på individniveau?

Jeg håber, at vi i 2023 får lov til at sikre, at ressourcerne bruges på de rigtige, at tech-giganterne ikke får lov til at dræbe mit nærvær i praksis, og at I, mine kære kolleger, får bedre tid til at holde fokus på kerneopgaven i almen medicin: samtale og kontinuitet! //

DSAM på Folkemødet 2023

På Folkemødet i juni 2023 deltager DSAM med fire skarpe debattører fra DSAM's bestyrelse. De er med i forskellige sundhedsfaglige debatter og giver almenmedicinsk input til de udfordringer, sundhedsvæsenet står overfor. I delegationen fra DSAM deltager:

- **Bolette Friderichsen**, praktiserende læge i Hobro, formand for DSAM.
- **Søren Due Andersen**, praktiserende læge i Store Heddinge, bestyrelsesmedlem og ordfører for ulighed i sundhed.
- **Merete Hansen**, praktiserende læge i Thy, bestyrelsesmedlem og ordfører for it og data.

- **Marianne Dam Lentz**, praktiserende læge i Aarhus, bestyrelsesmedlem og ordfører for uddannelse.
- **Thomas Purup**, uddannelseslæge i fase 2, formand for FYAM.

DSAM er også selv vært for en debat i Akademikernes telt fredag, den 16. juni, kl. 13.30-14.15: Hvordan samarbejder sundhedsvæsenet bedst om de svageste patientgrupper?

De patientgrupper, som har det sværest, har brug for, at både praktiserende læge, kommune og hospital organiserer et godt samarbejde, så de kan få den bedst mulige behandling.

Derfor ønsker DSAM med udgangs-

punkt i patienter med KOL at rejse en debat om, hvordan sundhedsaktører bedst muligt organiserer sig i det nære sundhedsvæsen, så man får færre (gen)indlæggelser og bedst hjælper patienterne med deres udfordringer.

Hvordan kan vi bedst optimere samarbejde, behandling og opgavefordeling og få nye ideer til, hvordan vi skaber færre indlæggelser og bedre livskvalitet for patienter med KOL? Er der andre måder at gøre det på? Kan man i fællesskab udtænke nye strategier? Og hvordan kan der fra politisk hold støttes op om patienterne? //



28TH WONCA EUROPE CONFERENCE
SQUARE Convention Centre, Brussels
7-10 June, 2023

MAKING CHOICES IN PRIMARY CARE

Logos: Wonca, DOMUS MEDICA, SSMG 50 ans, GUARANT INTERNATIONAL

www.woncaeurope2023.org | [#woncaeurope2023](https://twitter.com/woncaeurope2023)



Semaglutid til vægttab hos voksne

Mange patienter ønsker semaglutid som middel til vægttab, men den helbredsmæssige gevinst er tvivlsom, og midlet er dyrt.

DSAM udsendte i slutningen af januar et nyhedsbrev om semaglutid med henblik på vægttab hos voksne.

Da der for tiden er mange patienter, der henvender sig i almen praksis om dette, har redaktionen fundet det relevant at opdatere og opfriske pointerne her i Practicus.

Herunder opsummeres den viden, vi har på området, og DSAM's anbefalinger til, hvilke emner man kan inddrage i dialogen med patienterne.

Hvad ved vi om semaglutid?

Vi kender semaglutid fra det antidiabetiske middel Ozempic (op til 2,0 mg/uge). Semaglutid er for nylig markedsført som Wegovy (op til 2,4 mg/uge) med henblik på vægttab. Der er publiceret flere studier om dette, og de mest interessante for almen praksis

er de randomiserede studier STEP-1, STEP-4 og STEP-5.

STEP-1 viste, at folk med BMI > 27, som fik 2,4 mg semaglutid ugentligt i tillæg til slankekost (500 kcal reduktion) og motion (150 min/uge), kunne opnå et vægttab på godt 14 pct. af udgangsvægten (ca. 12 pct. sammenlignet med placebo).

I STEP-4 fik alle deltagere samme livsstilsindsats med slankekost og motion i tillæg til 2,4 mg semaglutid, som i STEP-1. Men efter uge 20 blev deltagerne randomiseret til placebo eller fortsat semaglutid i høj dosering (Figur 1). Studiet viste, at selv om man fortsætter med slankekost og motion, tager man på igen, når man stopper med medicinen. Dette studie er særlig relevant for almen praksis, hvor vi oplever, at mange patienter forestiller sig, at de blot skal tage medicinen "som starthjælp" i 6-12 måneder, hvorefter de selv kan vedligeholde eller fortsætte vægttabet.

Langsigtet virkning er uvis

STEP-5 var et randomiseret studie blandt 272 personer med BMI over 30 eller BMI over 27 og komorbiditet og

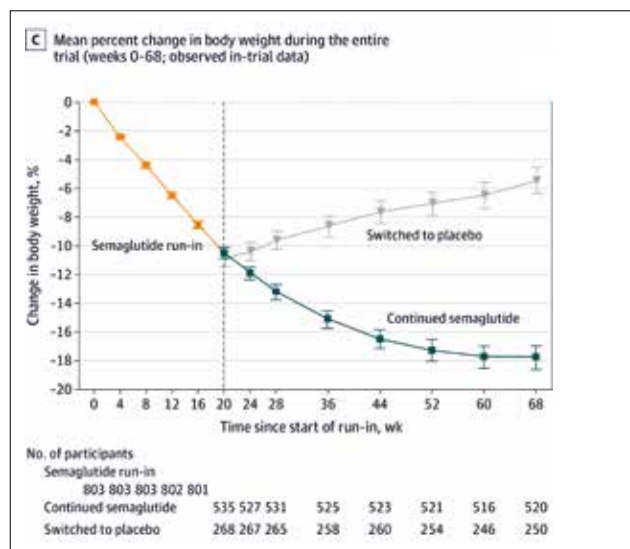
tidligere forsøg på vægttab og to års opfølgning, hvor alle patienter fik diæt (reduktion på 500 kcal/dag) og motion (150 min/uge).

Halvdelen af patienterne i semaglutidgruppen havde tabt mindst 15 pct. af deres udgangsvægt efter to års behandling (mod 7 pct. i placebogruppen). I alt 23 pct. af patienterne tabte sig under 5 pct. (mod 66 pct. i placebogruppen).

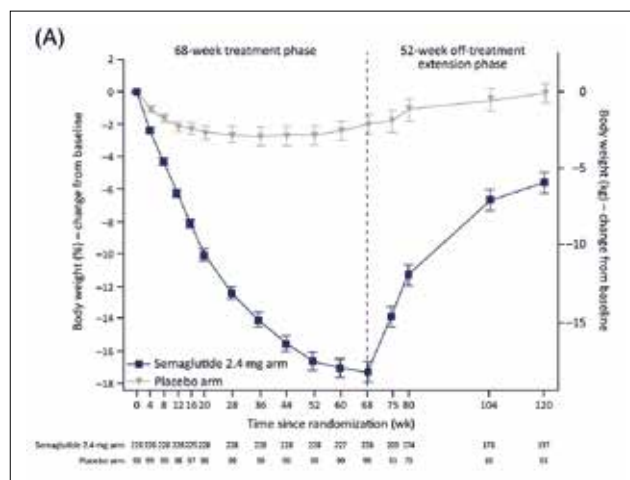
Foreløbig har ingen langtidsstudier vist, om farmakologisk opnået vægttab påvirker risikoen for hjerte-kar-sygdom eller dødelighed. Vi ved dog fra studier af vægttab, som er opnået ved livsstilsindsatser, at der ikke er nogen effekt på forekomsten af hjerte-kar-sygdom.

Vi ved ikke noget om virkningen af semaglutid ud over to år, når man tager den i høj dosis mhp. vægttab, men vægten synes dog at stige igen efter omkring to år. Det er uvist, om man reelt kan opretholde det store observerede vægttab i længden, selv om man fortsætter med at tage medicinen.

STEP-1-studiet fulgte nogle af deltagerne i yderligere et år. I dette opfølgningsstudie stoppede både medi-



Figur 1: Selv om man fortsætter med slankerkost og motion, tager man på igen, når man stopper med medicinen. Kilde: doi: 10.1001/jama.2021.3224



Figur 2: Her ses en 9 måneders opfølgning på en subgruppe i STEP-1-studiet, som fik et ekstra stort vægttab, og hvordan det gik dem, da de stoppede med medicin og slankeindsats. Kilde: doi: 10.1111/dom.14725

cin og støtte til livsstilsindsats efter 68 uger. Herefter sås en gradvis vægtstigning (Figur 2).

Det vil sige, at semaglutid sammen med diæt og motion kan være ganske effektivt til vægttab hos personer med BMI over 30 eller BMI over 27 og komorbiditeter. Det er dog tvivlsomt, om man kan opnå samme store vægttab i almen praksis, hvor der ikke er samme støtte til højintensive livsstilsindsatser som i studierne.

Ikke tilskudsberettiget

Lægemedelstyrelsen og Medicintilskudsudvalget har vurderet, at præparatet ikke skal være tilskudsberettiget, da den helbredsmæssige gevinst er tvivlsom, og prisen høj (op til 35.000 kr./år).

Det er uvist, om man nedsætter risikoen for hjerte-kar-sygdom hos mennesker, der ikke har diabetes. Derudover ta-

HVAD KAN MAN SIGE TIL PATIENTERNE?

- Afsæt god tid, og tag en grundig snak med patienten:** Fordel gerne dialogen ud på flere konsultationer, så patienten får tænkt sig om. Hvorfor ønsker patienten et vægttab? Er det et helbredsmæssigt mål, et æstetisk mål, mulighed for en ønsket operation eller noget fjerde?
- Spørg til indre dialog:** Fortæl om selvstigmatisering. Plant ideer om kropssaccept og kærlig selvomsorg. Man kan godt være tyk og sund.
- Giv faktuelle oplysninger:** Medicinen virker ved at give øget mæthedfølelse. Det har en vis effekt på kropsvægten og på nogle af de fysiske gener ved høj vægt.
- Nævn mulige risici:** Der er en risiko for, at man ikke taber sig eller kun taber sig lidt, selvom man både tager semaglutid og kombinerer med diæt og motion (23 pct. af patienterne i STEP-5-studiet).
- Nævn mulige bivirkninger:** Bivirkninger fra mave og tarm er almindelige og er en hyppig årsag til ophør med medicinen. Kun sjældent ses alvorlige bivirkninger, f.eks. svimmelhed og betændelse i bugspytkirtlen og ved type 2-diabetes lavt blodsukker og forværret eksisterende diabetisk øjensygdom.
- Tal om prisen:** Behandlingen er livslang, hvis vægttabet skal holdes. Medicinen er dyr og er ikke tilskudsberettiget.

TIL PATIENTEN

#25 - Hvis du overvejer Wegovy - så lyt her! Radio Ligevægt har lavet en podcast til alle, som overvejer at starte på den nye vægttabsmiddel Wegovy. I podcasten gennemgår de medicinens effekt, og 7 ting man kan tage med i overvejelserne, før man bestiller tid hos sin læge.



LÆS MERE

A quick guide to the STEP trials



ger mange det meste på igen i løbet af et år, efter man stopper med medicinen.

Man skal være opmærksom på, at alle studier af semaglutid som slankemedicin er finansieret og udført af Novo Nordisk, som også ejer patentet på medicinen. //



Vægtneutral sundhed

– medlemsmøde i DSAM Hovedstaden

“You must unlearn what you have learned”, siger Yoda, den lille vise jedi fra Star Wars. Han blev citeret den 10. januar i Domus Medica i en sal fyldt med læger, der var mødt op for at høre Rasmus Køster-Rasmussen tale om en bid af den varme kartoffel, som vægt og sundhed er, nemlig “vægtneutral sundhed”.

Dette var et foredrag, der udfordrede tilhørernes instinktive viden om vægt og sundhed. Og når man udfordrer netop instinktiv viden, så som vægttabsmetoden “luk-munden-og-let-numsens”, så *skal* vi være kritiske, nogle *vil* stejle, og så *skal* foredraget blive interessant.

Rasmus Køster-Rasmussen er ph.d., speciallæge i almen medicin og adjunkt ved Københavns Universitet, og han har baseret sin forskningskarriere på sammenhængen mellem vægt og sundhed. Denne aften indledte han med at stikke til vores faglighed ved at sige, at vi som læger – ligesom vores patienter – i høj grad baserer vores viden om “sundhed” på vægt og i

mere akademisk sammenhæng på BMI. Han provokerede ved at sige, at vores vurdering af andre mennesker, og hvor sunde, vi *tror(!)*, de er, er enormt påvirket af bl.a. vestlige krops-

You must unlearn
what you have learned.

idealer og damebladssundhed: Hvis du er tyk, så er du usund, og du lægger dig selv og samfundet til last. Hvor ofte ser vi eksempelvis en tyk helt på film? Og hvor ofte tænker vi over so-

davanden i tykke menneskers indkøbskurv ift. tynde menneskers?

Herefter problematiserede Rasmus Køster-Rasmussen, hvordan vi sætter et mål om vægttab med vores patienter for at blive sunde – eller rettere sætter et ukonkret mål, for når patienten gerne vil tabe sig, er målet så at blive tynd eller at blive sund? Typisk vil de gerne være tynde for at blive sunde, og det vil vi gerne hjælpe dem med. Dog kunne han stikke endnu en gang til vores faglighed ved at præsentere resultater fra flere store anerkendte studier, f.eks. LookAhead-studiet, som viste, at der ved vægttab og dermed fald i BMI hos nu tidligere tykke mennesker var minimal positiv effekt på overdødeligheden og på ri-



Vi skal væk fra vanetænhning, vestlige kropsidealer og dameblødssundhed. Man kan sagtens være tyk og sund på samme tid. Fotos: Annette Gehrs.

sikoen for kardiovaskulære events. Andre studier fandt, at der ingen bedring var på livskvalitet efter et vægttab, og at langt de fleste deltagere i forsøg med slankeklure efter en periode vejede mere end før deltagelse i studiet.

Slutteligt rundede Rasmus Køster-Rasmussen af med at beskrive begrebet "vægtneutral sundhed". Det dækker over et skifte fra at have fokus på vægttabsanbefalinger med målet om

at "sundhed = tyndhed", og hvor konsekvenserne for mange patienter bliver en destruktiv tilgang til sundhed og egen krop, til at have fokus på "sundhed = selvomsorg", hvor målet er kropssaccept, nydelsesfyld bevægelse og intuitiv spisning. Med andre ord: I stedet for at slankeklure ender som fiaskoer, og patienterne slår sig selv i hovedet over, at "de ikke bare kan tage sig sammen og tabe sig" og dermed være sunde, skal vi have fokus på sun-

de vaner med motion, der er sjovt, og at spise, når vi er sultne i stedet for af vane. Dét er langtidsholdbart.

Hvis "selvomsorg" er for blødt til dig, så kan jeg personligt anbefale podcasten Radio Ligevægt, som laves af bl.a. Rasmus Køster-Rasmussen. Her bliver du rystet lidt i din grundvold ift. vægt og sundhed med en masse hårde fakta – især med lanceringen af Wegovy i baghovedet. //



Af: Louise Hørslev, sekretariatschef i DSAM, Anette Sonne Nielsen, chefkonsulent i DSAM, og Anne Christina Kjerulff, næstformand i DSAM's bestyrelse - lh@dsam.dk

TEMADAG om patientsikkerhed – Hvad kan vi lære af hinanden?

Godt 40 deltagere med interesse i og viden om patientsikkerhed var midt i januar samlet i Odense til temadag. Formålet med dagen var at styrke kendskabet til hinanden og bane vejen for yderligere patientsikkerhedstiltag til gavn for de enkelte klinikker og klynger.

Historisk blik på patientsikkerhed

Christina Kjerulff fastslog indledningsvist, at det er et ønske, at der på længere sigt kan udvikles en klyngepakke for de ca. 1675 klinikker, der er rundt i landet, så vi sikrer en større ensartethed i arbejdet med patientsikkerhed.

Herefter gav Inge Kristensen et historisk blik på patientsikkerhed i Danmark siden etableringen af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i 2001. En vigtig pointe i arbejdet med patientsikkerhed er at undgå skade. "Vi skal gøre isen tykkere", som Inge udtryk-

te det. Derfor er overbehandling og overdiagnostik også relateret til patientsikkerhed. Det er et emne, som DSAM i øvrigt sætter fokus på som medvært ved Preventing Overdiagnosis-konferencen 2023 i København, der holdes i samarbejde med John Brodersen, professor i almen medicin.

Inge fortalte om trends og megatrends, hvor mental sundhed og multisygdom er noget af det, der i dag popper først op. Samtidig er manglen på hænder i sundhedsvæsenet og skår i arbejdsglæden meget aktuelle problemstillinger, der knytter an til patientsikkerhed. I 2004 kom den første lov om patientsikkerhed med forpligtelse om at rapportere utilsigtede hændelser (UTH) for sundhedspersoner i kommuner og regioner, siden kom der

fokus på læringskultur og dernæst forbedringskultur, og i dag er der både proaktive og reaktive tiltag, som fungerer side om side. Som Christina Kjerulff fastslog i sin velkomsttale, er der mange faktorer, der spiller ind ved en UTH og "arbejdet med patientsikkerhed er cirkulært – vi skal blive ved med at forbedre os."

Protip

Dansk Selskab for Patientsikkerhed udsender nyhedsbreve, f.eks. PS! nyhedsbrev og Fagligt Nyt, om patientsikkerhed med masser af information fra ind- og udland. Du kan tilmelde dig på patientsikkerhed.dk under nyhedsbreve.

Husk løbende opsummering med de involverede parter.
Man kan hurtigt glemme det, der står langt tilbage
i journalen, eller epikrisen fra hospitalet.

Peter Gaardbo Simonsen



Inge Kristensen: "Jeg har glædet mig til at kigge fremad sammen med jer. Hvordan kan vi ikke bare reparere, men også forudså nogle af de ting, der vil opstå?" Foto: Louise Hørslev.



Dennis Staahltoft fra PLO udgjorde planlægningskomiteen sammen med Christina Kjerulff, næstformand i DSAM, og Inge Kristensen, direktør i Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Foto: Louise Hørslev.



Deltagerne kom fra hele landet. Til højre er det læge og risikomanager Marie Dam Heebøll fra Region Hovedstaden, og til venstre Jannik Falhof, praktiserende læge i Grenå og lægekonsulent i KiAP. Foto: Louise Hørslev.

De gode relationer er afgørende for patientsikkerheden

Peter Gaardbo Simonsen, konsulent i Nord-KAP og praktiserende læge i Frederikshavn, holdt et spændende oplæg med udgangspunkt i sit arbejde i klinikken. Han delte klinikkens erfaringer i forhold til at samarbejde med kommune og hospital om de ældre patienter med det formål at reducere polyfarmaci. En vigtig pointe fra Peter var, at "vi skal lære hinanden at kende, vi skal arbejde på gode relationer til dem, vi samarbejder med. Det skal ikke føles som om, vi er vokset fra hinanden. Overgange – både internt i læ-

geklinikken – og mellem sektorerne er de farlige steder, og der skal vi have fokus".

En kronikermodel understøttet af et årshjul sikrer et kontinuerligt fokus på de ældre patienter med kroniske sygdomme. Klinikken har tværfaglig hjælp til at seponere medicin og har opnået en systematisk tilgang, der også har resulteret i en rationaliseringsgevinst med færre uplanlagte kontakter.

Månedens UTH

Lau Bertholdt, klyngekoordinator, konsulent i KAP-H og praktiserende

læge i Rungsted, fortalte om arbejdet med formidlingen af Månedens UTH i PraksisNyt. Hans budskab var tydeligt: "Vi skal have fokus på alt det, der rent faktisk kan forebygges – ikke kun det, der går galt. Alle sundhedsprofessionelle har et ønske om at gøre det bedst muligt for patienterne. Men hvis rammen er ringe – f.eks. pga. af travlhed – er risikoen stor for, at noget kan gå galt".

I arbejdet med analysen af en UTH er det derfor afgørende at se på, om man kan ændre rammerne, herunder it-systemer og arbejdsmiljø. Og i formidlingen handler det om at gøre an-

HVEM TOG INITIATIV TIL DAGEN?

Planlægningsgruppen består af Christina Kjerulff, praktiserende læge og næstformand i DSAM's bestyrelse, Dennis Staahltoft, praktiserende læge og medlem af PLO's bestyrelse, og Inge Kristensen, direktør i Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Herudover bistod organisationernes sekretariater. Claus Rendtorff var desværre forhindret på dagen, men der blev sendt mange tanker til ham undervejs for hans store arbejde i DSAM og for specifikt at initiere idéen om en temadag om patientsikkerhed. Mens Claus var formand for Kvalitetsudvalget i DSAM, pointerede han ofte, at man som kliniker er ansvarlig for både kvalitet og patientsikkerheden, hvilket nødvendigvis må gå hånd i hånd.

visningen så konkret som mulig, så det er noget, man som praktiserende læge kan iværksætte med det samme.

Protip

En af deltagerne fortalte, at hun printer Månedens UTH og bruger den som læring på de faste klinikmøder. Søg evt. månedens utilsigtede hændelse på sundhed.dk (som fagperson), og se læringsartiklerne.

Hverdagen er kompleks

Bettina Thude, forsker og chefkonsulent ved Sygehus Sønderjylland, Lars Gehlert Johansen, læge og konsulent, og Jeanette Hounsgaard, specialkonsulent i Region Syddanmark, gav indblik i, hvordan man kan få et overblik over, hvordan hverdagens rutiner fungerer, og hvor man kan støtte op om det, der fungerer, med det formål at

få mere af det, der går godt. Metoden, som hedder Functional Resonance Analysis Method (FRAM), handler om at minimere kløften mellem "work as imagined" og "work as done". FRAM-analysen ser på rutiner gennem et samlet billede af organisationen og klandrer ikke enkeltpersoner.

Jeanette pointerede: "Når man er afhængig af, at medarbejdere skal huske noget, så er det ikke godt". Opfølgningen på en FRAM-analyse er dialogbaseret og bringer altid nye indsigter. Der blev fremført genkendelige hverdagseksempler på, hvordan forestillinger og antagelser om, hvordan andre arbejder, har stor betydning for patientsikkerheden.

Fra UTH til læring

Lena Graversen, overlæge og enhedschef i Styrelsen for Patientsikkerhed, gav indblik i, hvordan epikriser og UTH'er omsættes til læring på nationalt plan. Lena fortalte om, hvordan hun tager sager op med Lægemiddelstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen. Hun opfordrede praktiserende læger til at rapportere UTH'er. Det kan f.eks. være, når noget af teksten på recepten ikke overføres pga. begrænset tekstlængde eller andre uhensigtsmæssige erfaringer.

Det blev under oplægget tydeligt, hvorfor noget der virker simpelt at ændre – eksempelvis navngivning af lægemidler – tager årevis. EU-lovgivning og industrielle interesser er bl.a. årsager til, at det ikke sker med et snuptag.

Protip

Styrelsen for Patientsikkerhed udsender nyhedsbreve om tiltag, der kan forbedre patientsikkerheden. Du kan skræddersy dit abonnement ved at gå ind på STPS.dk under "Nyheder" og "Abonner på nyheder".

FAKTA OM PATIENTSIKKERHED

Typiske fejl vedrører medicin, infektioner, diagnoser, overgange og kommunikation.

Antallet af indrapporteringer af UTH'er er steget stødt i de seneste 20 år.

Forbedring af patientsikkerhed

De regionale risikomanagere fra alle fem regioner var til stede og fortalte om det fælles materiale, de udgiver, og som er tilgængeligt på sundhed.dk. De regionale risikomanagere står til rådighed for almen praksis og kan f.eks. hjælpe med FRAM-analyser.

På mødet satte de gang i overvejelserne om, hvordan man kan bistå hinanden, når skaden er sket. At være second victim er en belastning, som kræver kollegial førstehjælp, debriefing, supervision m.m. Det blev drøftet, hvordan man som ledelse sikrer sine medarbejdere i sådanne situationer.

Deltagerne fik lejlighed til at arbejde i grupper med, hvordan man kan forbedre patientsikkerhedskulturen. Det kom der mange gode drøftelser ud af ved bordene.

Snacks, snakke og samvær

Pauserne bød på snacks, flere snakke og socialt samvær. For nogle var dagen et gensyn med kendte ansigter, mens andre fik skabt nye relationer og udbygget netværket. Som icebreaker blev der blandt alle deltagere afholdt mesterskaber i sten, saks, papir. Vinderen kunne gå hjem med lidt sødt til tanden.

Ideer til en klyngepakke

Ved slutningen af dagen blev der samlet input til en klyngepakke på patientsikkerhedsområdet, og der var mange forslag til, hvordan kagen kun-



Der blev grinet og smilt under "sten, saks, papir-mesterskabet". Papir vandt over sten i den afsluttende duel. Foto: Louise Hørslev.

ne skæres. Det blev også drøftet, at det vil være oplagt at invitere sit personale med til et klyngemøde om patientsikkerhed. Nogle mente, at mange af de eksisterende klyngepakker allerede har et element af patientsikkerhed i sig – ikke kun KiAP's, men også de regionale klyngepakker.

Ledelse og organisering blev nævnt som vigtige elementer i patientsikkerhedsarbejdet, og dermed er der også allerede nu hjælp at hente, hvis man ønsker at udvikle området i sin klinik. Der er konsulenter i KAP-enhederne, der tilbyder sparring, kurser og klyngepakker.

Forbedret sundheds-IT blev også udpeget som et område, der skal have mere opmærksomhed, da det er væsentligt, at lægesystemerne understøtter patientsikkerheden.

Inge Kristensen påpegede, at et fo-

kus på patientsikkerhed kan være vejen til bedre trivsel, og at vi aktuelt ser flere og flere studier pege på sammenhængen mellem høj kvalitet og god trivsel.

En tilbagevendende begivenhed?

Det var første gang, der blev afholdt et arrangement af denne art. Det er ambitionen og håbet, at det kan blive en tilbagevendende begivenhed for aktørerne i og rundt om almen praksis og derved styrke netværket om patientsikkerhed og kvalitetsudvikling på praksisområdet. Langt de fleste deltagere udtrykte da også stor tilfredshed med dagen, der både havde bragt ny viden, nye relationer og ny energi med sig. //

HVOR KOM DELTAGERNE FRA?

De mange deltagere kom fra hele landet og fra alle relevante grene af patientsikkerhedsarbejdet:

- Alment praktiserende læger med interesse i patientsikkerhed
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Enheden for Kvalitet i Speciallægepraksis (eKVIS)
- Klyngekoordinatorer og klyngebestyrelsesmedlemmer
- Kvalitetsenhederne for almen praksis
- Kvalitet i Almen Praksis
- Praktiserende Lægers Organisation
- Regionale patientsikkerhedskonsulenter og risikomanagere
- Styrelsen for Patientsikkerhed



Hvad påvirker klinikpersonalets trivsel og arbejdsglæde?

En ny undersøgelse har set nærmere på trivslen blandt praksispersonalet. Den viser, at anerkendelse, åbenhed og støtte er centralt for et sundt arbejdsmiljø og vigtigt at huske i en tid med flere komplekse patientforløb og stigende behov for opgaveglidning.

Vi har spurgt praksispersonalet, hvad de oplever som fremmende såvel som hæmmende for deres trivsel og arbejdsglæde i almen praksis. Denne viden kan bruges til at guide dig som praktiserende læge til at implementere tiltag, der fremmer arbejdsglæden og trivslen for dig selv og dit personale. Anerkendelse, emotionel åbenhed og støtte er bl.a. helt centrale elementer til at styrke et stærkt og udviklende arbejdsmiljø, hvor der er plads til smil, glæde og latter, men også til tårer, sårbarhed og komplekse følelser.

Baggrund

Vi har i de seneste år haft stor opmærksomhed på arbejdsmiljøet hos praktiserende læger, da dette er kommet under pres. Flere faktorer spiller ind, såsom den demografiske udvikling med flere ældre, tungere og mere komplekse patienter, nedskæringer på hospitalerne, tarzankulturen – hvor læger stiller store krav til sig selv – og en stigende stresskultur i såvel primær- som sekundærsektoren.

Således viser studier, at stress, udbrændthed og mistrivsel er blevet et stort problem blandt de praktiserende læger. Praksispersonalets trivsel er kun undersøgt i mindre grad. Da vi mener, at dette er særdeles vigtigt for såvel de praktiserende læger som praksispersonalet og patienterne, satte vi os for at afdække: Hvilke faktorer oplever personalet som hæmmende og fremmende for deres trivsel?

Metode og design

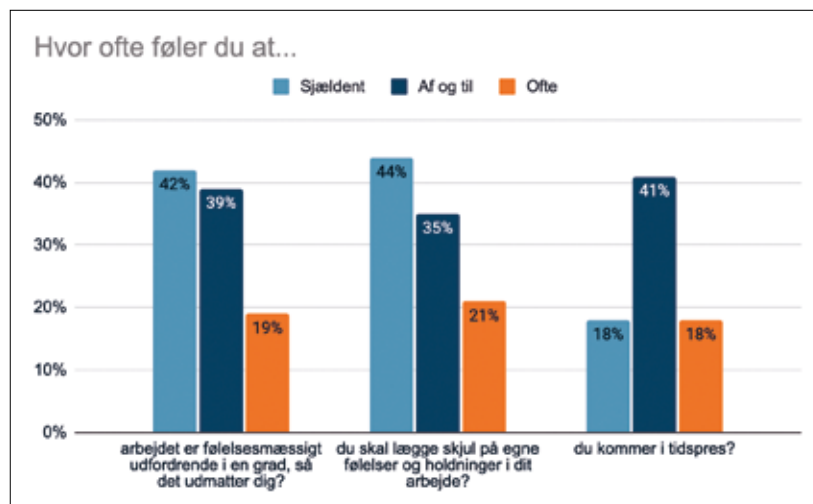
For at identificere faktorer, der påvirker trivsel og arbejdsglæde, udarbejdede vi et spørgeskema på baggrund af spørgsmål fra det validerede spørgeskema Copenhagen Psychosocial Questionnaire. Spørgeskemaet havde både kvantitative og kvalitative spørgsmål og blev testet via fokusgruppinterviews med praksispersonale fra tre forskellige klinikker. I alt deltog 20 ansatte. På baggrund af de kvalitative interviews blev spørgeskemaet rettet til. Herefter blev det endelige spørgeskema delt på Facebook-grupper for praksisansatte.

Vi inkluderede 385 besvarelser fra følgende faggrupper: sygeplejersker (57 %), sekretærer (26 %), social- og sundhedsassistenter (7 %), praksismanagere (5 %), bioanalytikere (2 %), farmakonomer (2 %) og anden (1 %).

Alle regioner var repræsenteret i besvarelserne, lige så vel som de forskellige typer af praksis (kompagniskabs-, samarbejds-, solo- og partnerskabspraksis).

Kompetence beskytter mod stress

I alt 89% angiver, at de i høj grad føler sig kompetente til



Figur 1: Oversigt over, hvor ofte personalet føler følelsesmæssig udmattelse/psykisk pres.

at løse deres opgaver, og 80 % angiver, at deres arbejde kræver selvstændig stillingtagen til problemstillinger. Tankevækkende er det dog, at 10 % i mindre/lav grad føler, at de har kompetencerne til at løse deres opgaver. Således ved vi fra stressforskning, at oplevelsen af at være usikker på, om man er kvalificeret til sit arbejde, influerer negativt på selvværd og selvtilid og bidrager til oplevelsen af stress og belastning.

Tidspress stresser kroppen

På spørgsmålet om, hvorvidt personalet oplever at komme i tidspres, angiver 18 %, at de ofte oplever tidspres. I alt 41 % angiver, at det sker af og til, mens kun 18 % oplever, at de sjældent kommer i tidspres (se figur 1).

Tidspres er i sig selv en faktor, der stresser kroppen. Stressforskning viser, at det ligeledes kan opleves belastende både fysiologisk og psykologisk at skulle skjule sine følelser. Af de adspurgte oplever 21 % ofte at skulle lægge skjul på deres følelser og holdninger, mens de er på arbejde, mens 35 % af og til oplever dette. Desuden

angiver 19 %, at arbejdet i praksis ofte er følelsesmæssigt udfordrende i en grad, hvor det er udmattende. Se de kvalitative data for uddybende kommentarer fra personalet på billede 1, næste side).

Autonomi og medindflydelse

På spørgsmålet om, hvorvidt klinikpersonalet oplever medindflydelse i relation til, hvilke typer af opgaver de løser, finder vi en polarisering mellem grupperne. I alt 54 % svarer, at de i høj grad oplever indflydelse og fleksibilitet. Mens 46 % af respondenterne derimod kun i nogen eller i lav grad oplever medindflydelse. Forskning viser, at indflydelse på arbejdet kan reducere oplevelsen af stress, og derfor er det yderst u hensigtsmæssigt, at så stor en andel kun i ringe grad oplever medindflydelse.

I relation til spørgsmålet om, hvorvidt ledelsen er imødekommende over for personalets behov for fleksibilitet og ønsker for work-life-balance, oplever 27 % i lav grad, at ledelsen er lydhør, mens 19 % angiver i nogen grad, og 54 % oplever lydhørhed i høj

grad. Også her ser vi altså en tendens til polarisering, hvor ca. 46 % i mere eller mindre grad savner lydhørhed i relation til deres work-life-balance, og ca. 54 % oplever en høj grad af lydhørhed. Se uddybende kommentar fra personalet på billede 2.

Efterspørger anerkendelse

Langt størstedelen af personalet anser deres arbejde som menings- og betydningsfuldt. Således angiver 94 %, at de i høj grad anser deres arbejde som værende af stor betydning for klinikens drift og kvalitet. Kun 3 % føler det modsatte. Vi ved fra forskning, at oplevelsen af meningsfuldhed er en beskyttende faktor mod stress, hvilket måske er en af grundene til, at en stor del af personalet udholder så stort et arbejdspress. Nyere stressforskning viser, at anerkendelse og ros reducerer vores stressoplevelse og fysiske stresssymptomer, mens manglende anerkendelse eller utilstrækkelig grad af anerkendelse fremmer stress-symptomer såsom hjertebanken, hovedpine, utilstrækkelighedsfølelse, smerter og angstsymptomer. I alt 62% føler, at de anerkendes af deres ledere for det arbejde, de udfører. Desværre beskriver hele 38 %, at de enten kun i nogen eller lav grad oplever at få anerkendelse af deres ledere, hvorfor denne gruppe vil være i særlig risiko for at blive ramt af stresssymptomer.

Feedback og konstruktiv kritik

Undervisning, positiv feedback og konstruktiv kritik benyttes ofte af dygtige ledere som værktøjer til at fremme færdigheder, trivsel og udvikling af medarbejdere. Cirka hvert femte (19 %) beskriver, at de aldrig modtager konstruktiv kritik fra deres ledere, og 33 % angiver, at dette kun sker 1-3 gange om året. Disse fund er stærkt bekymrende, idet vi altså har

Billede 1: Om tidspres, følelsesmæssig udmattelse og at lægge skjul på følelser og holdninger



en stor gruppe, som muligvis ikke udvikler sig tilstrækkeligt fagligt. I alt 40 % angiver, at de aldrig eller kun 1-3 gange årligt modtager positiv feedback fra deres ledere. I den anden ende af spektret ser vi, at 15 % angiver, at de ugentligt modtager konstruktiv kritik, og ca. hver fjerde (24 %) oplever at få positiv feedback ugentligt (se figur 2).

Det generelle mønster er således, at der er en stor gruppe, som trives

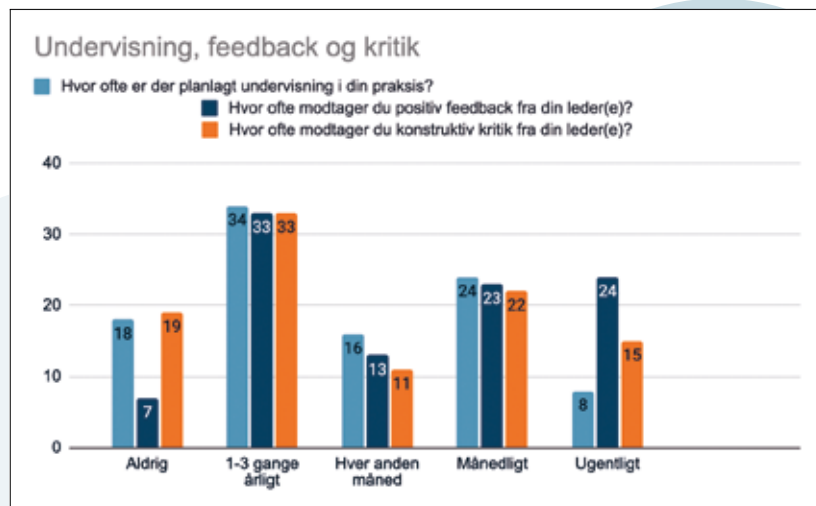
og har det godt, og som oplever deres ledere som kompetente og anerkendende, mens en næsten tilsvarende gruppe oplever forskellige grader af mangler og svigt fra deres ledere, der ikke ser/imødekommer deres behov i tilstrækkelig grad. Derfor kan det heller ikke undre, at kun lidt over halvdelen svarer, at de vil anbefale en kvalificeret bekendt at søge en stilling i samme praksis som dem selv.

Vejen til positiv udvikling

I denne undersøgelse finder vi, at der er en tendens til, at en stor andel af praksispersonalet scorer højt på risikofaktorer, der bidrager til en lavere grad af robusthed over for stressfaktorer, idet de bl.a. ind imellem/ofte føler sig presset på tid, er følelsesmæssigt udfordret og føler, at de mangler medbestemmelse, og samtidig scorer de lavt på de faktorer, der beskytter mod stress, f.eks. anerkendelse, ros og positiv feedback. Denne gruppe efterspørger mere anerkendelse fra deres ledere og er generelt mindre tilfredse med deres arbejde.

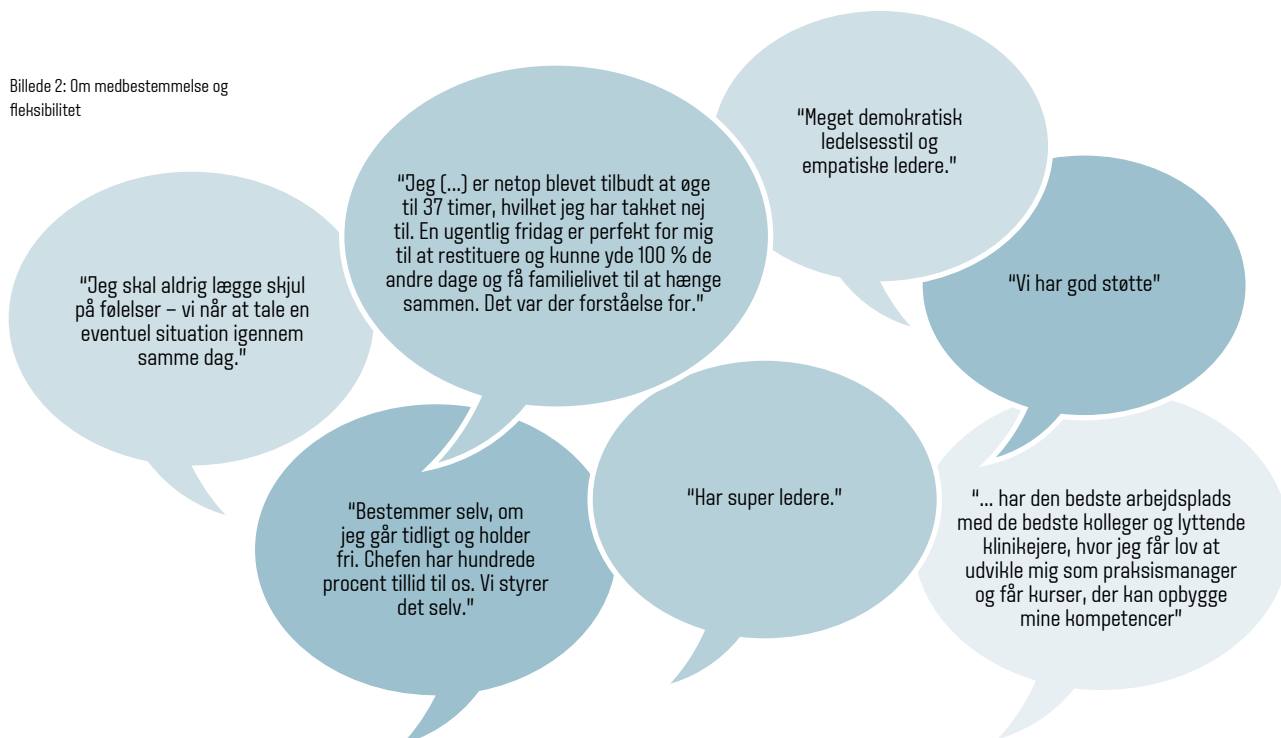
En stærkere holdånd

Man kan spørge sig selv, om der er tale om en slags *reverse causation*. Kan det at arbejde under ledere, der er stressede, udbrændte eller på randen til udbrændthed, medvirke til, at personalet også bliver presset og udbrændt? Det kan medføre, at der kan ske en kaskadeeffekt i praksis, hvor arbejds-



Figur 2: Oversigt over, hvor ofte personalet modtager undervisning, feedback og konstruktiv kritik.

Billede 2: Om medbestemmelse og fleksibilitet



miljøet er hæmmet af stigende krav, der i nogle tilfælde bliver mødt af dårlig ledelse, fordi overskuddet i mange tilfælde halter blandt lederne selv. Vores resultater understreger vigtigheden af sammenhold og emotionel sammenhængskraft mod udviklingen af en stærk holdånd. Måske er denne vifølelse særligt vigtig i de klinikker, hvor presset er stort, da det ellers kan resultere i mange u hensigtsmæssige emotionelle konflikter.

Gør, hvad der er muligt

De faktorer, vi har undersøgt, bidrager på forskellig vis til stemningen i praksis. Når det går godt, kan man åbent dele f.eks. sorger, glæder, tidspress og svære følelser, fordi man har oplevelsen af at blive bakket op og anerkendt af sin ledelse. Som praktiserende læge er stemningen også afgørende for, om man selv går glad og positivt stemt på arbejde hver dag og har overskud til at være respektfuld, åben og nysgerrig og konstruktiv kritisk over for sit personale – eller om man føler et indre pres, der gør, at man har mindre overskud til anerkendelse, empati og nærvær med andre, hvilket

kan ramme både ansatte og kolleger men også familien derhjemme.

Vores anbefalinger til ledere i almen praksis på baggrund af studiet er samlet i de to bokse. Der er al mulig grund til at forebygge stress og udbrændthed hos personalet – og hos sig selv. //

FAKTORER, DER BIDRAGER TIL STRESS/UDBRÆNDTHED OG HÆMMER TRIVSEL

- Manglende anerkendelse og feedback, når opgaver løses på en god måde eller ved behov for forbedring
- Manglende eller mangelfuld undervisning og supervision
- Øget opgaveglidning uden medfølgende kompetenceløft
- For stort fokus på indtjening
- Lav grad af indflydelse på work-life-balance, ferieplanlægning, kalender
- Tarzan-kultur, hvor lederne fremstår urørlige og usårlige, skaber distance

FAKTORER, DER FREMMER TRIVSEL OG REDUCERER STRESS/UDBRÆNDTHED

- Anerkend og værdsæt personalet for deres arbejde og den betydning, som deres arbejde har for hele praksis
- Få talt om oplevelser, der er følelsesmæssigt udmattende, f.eks. utilfredse patienter, alvorligt syge, pressede kolleger, at man selv er presset
- Vis interesse for dit personales velbefindende og trivsel, og vær opmærksom på stemningen
- Alsidige opgaver og faglig udvikling, som er tilpasset individuelle kompetencer og personlighed
- Hensyn til balance mellem arbejdsliv og privatliv med mulighed for fleksibilitet i arbejdstiden og medindflydelse på egen kalender
- Gå forrest, vær ærlig og autentisk – også hvis du selv en dag er sårbar – og bidrag til, at stemningen er tryk, udviklende og med et godt vækstmiljø



Social prescribing

kan tage det værste pres fra det etablerede sundhedssystem

Dedikerede læger fra bl.a. The Culm Valley Integrated Centre for Health har vist vejen for det britiske sundhedsvæsen, NHS, og gjort *social prescribing* til en integreret del af fremtidens sundhedsvæsen.

Allererede på parkeringspladsen får jeg indtryk af en klinik, som ikke er helt almindelig. Lange rækker af velpassede højbede med grønne vækster møder mig, og jeg passerer et flot indgangsparti med bronzeindfattet relief. Jeg ser lige ind i centerets café til børn og voksne, der hygger sig bl.a. i den slidte Chesterfield-lænestol. Ved gavlen er det lille loppemarked, hvor lokale sælger overskud af bøger og børnetøj, og man kan også købe klinikens stiklinger.

Professor Michael Dixon tager imod. Vi er i Cullompton, en idyllisk lille landsby i Devon, og min gode ven James har kørt mig hertil. Ligesom Dixon er han praktiserende læge i klinikken. Dixon har afsat formiddagen til mig. Senere skal han fejre sin 70-års fødselsdag sammen med hustruen, Joanna, og familien.

Michael Dixon er kendt blandt fagfæller, først og fremmest fordi han sammen med sine kolleger i Cullompton har praktiseret *social prescribing* – længe før det blev en fast del af tilbuddet i NHS. Mange vil kende til andre pionerer. Den vel nok mest berømte er fra Londonforstaden Bromley by Bow.

Men nu er jeg *in the countryside*. Den skinbarlige idylliske virkelighed genkendes fra DR's Antikkrejlerne, *The Antiques Roadtrip*, på en solfyldt fredag sidst i maj. Dagen før er jeg landet på en flyveplads i Bristol, omgivet af grøn-

ne marker og en ufatteligt masse snehvide får. Jeg har lejet en MG og fået en vis erfaring med venstrekørsel, men jeg er taknemmelig for, at James ledsager mig på turen til Cullompton.

A walk on the wild side

Michael Dixon har været praktiserende læge her i næsten 40 år. Han arbejder ikke længere på fuld tid i klinikken, men engagementet er usvækket. *Social prescribing* er det ene hjertebarn, som hans arbejde i særlig grad har kredset om. Betydningen af kontinuitet, gode relationer og tillid mellem mennesker er fundamentet. Han har markeret sig som samfundsdebattør og rådgiver for de britiske sundhedsmyndigheder og som *health advisor* for The Prince of Wales, den nuværende King Charles III. Et andet hjertebarn er *complementary medicine*, et lidt mere kontroversielt emne at beskæftige sig med – særligt når man som ham også hylder *evidence-based medicine* og ikke ønsker sig tilbage til "de gode gamle dage". Dixon kalder begge dele for "a walk on the wild side". Men vi må ikke springe den over. På Hippokrates tid var det "The art of medicine". Så hvorfor ikke også i dag?

Som landsbylæge i mere end en generation har han været vidne til store landvindinger i vores fag. I de første år var landsbylægen "sundhedsvæsenet" og blev derfor blanded ind i alt lige fra store trafikulykker, selvmord og barnefødsler til kirurgiske indgreb i skæret fra den medbragte lommelygte. Foruden alt det almindelige lægearbejde – og med ansvar for patientflokkens døgnnet rundt i to-tre skiftet vagt.

Over årene blev han også vidne til et sundhedsvæsen, som er ved at bukke under for arbejdspresset. Nogle af NHS-reformerne har været kontraproduktive og har sat lægens



Her står jeg sammen med Michael Dixon. Dixon er medformand for National Social Prescribing Network og formand for det britiske College of Medicine, som han var med til at stifte i 2010. Selskabet beskæftiger sig med både traditionel og alternativ medicin. Han har tidligere været formand for NHS Alliance og NHS Clinical Commissioners, hvis formål bl.a. er at påvirke prioriteringer i det primære sundhedsvæsen. Derudover er han gæstprofessor ved University College London og University of Westminster. Foto: Privatfoto.



"Knowledge is useless unless it is put into practice." Citatet tilhører lægen og forfatteren Anton Chekhov. En kopi af hans have er opført i Culmpton. Jeg præsenteres bl.a. for "Rosemary if your memory is getting bad". Foto: Ellen Louise Kristensen

kendskab og relationen til patienten ud af funktion: *pay per performance*, guideline-tyranni og myndighedskontrol frem for tillid. Derudover har der været faldende tilgang af unge læger til almen praksis. De vil ikke eje klinikken, men ansættes. Og ikke på fuld tid.

Tilbage til fremtiden

Kongstanken er, at tætte relationer kan forebygge sygdom og understøtte menneskers resiliens. Derfor er centret bygget op med lægekonsultationer, praksismanager og café i stueetagen, fysioterapeuter, socialrådgiver, hjemmesygeplejerske, jordemoder, ambulancetjeneste på førstesalen og med lokaler til netværksgrupper og *complimentary medicine*. I dag er der *memory cafe* for en gruppe demente, og snakken går livligt i det lille rum, hvor alle kender hinanden.

Jeg hilser også på én af de lokale, som passer stedets højbede og have. Der er planlagt en udvidelse, så flere borgere kan være med i *the patient gardening club*.

En kvinde møder os, og efter en hurtig høflighedsfrase foreslår hun Michael Dixon, at der arrangeres et møde: *Let's talk Menopause*. God ide! Der laves en kalenderaftale på stedet. Og to måneder senere sender James kopi af invitationen til mig.

Jeg møder en anden af Dixons kolleger, Daisy Robinson. Hun leder *The Culm Valley Young people Link Worker programme*. I næste uge skal hun og en kollega til møde på skolen og tale med de store elever om forebyggelse af kriminalitet. De har også været ude at

tale om sundhedsuddannelser. Og de bliver godt modtaget.

Social link worker

Det hedder egentlig *social prescribing link worker*. Det er et af de store aftryk på NHS, som Dixon har været med til at sætte: Hvis en patient har behov for en særlig indsats eller støtte til egen-

TIME TO HEAL; TALES OF A COUNTRY DOCTOR

– en klassisk erindringsroman, som er tilsat forfatterens usmykkede mening om et sundhedsvæsen i forfald, hans tanker om, hvordan almen praksis og resten af NHS kan gentænke sig selv, og fortællinger fra hans mange år som praktiserende læge i Devon.



omsorg og netværk, kan patienten henvises til en *social link worker*. Sammen finder de frem til, hvad behovet er. Så formidles kontakten til sociale tilbud, fritidsaktiviteter eller andet i nærområdet. I den spæde start i Cullompton havde de en *health advisor*, hvis opgaver siden har inspireret til nutidens *social link workers*.

Time to heal

I Cullompton har de set de gavnlige effekter af *walk-and-talks*, *question-time evenings*, *employment advice* og meget andet. Michael Dixon er i sidste fase af sit arbejdsliv, men han er ikke færdig med at påvirke beslutningstagerne. Overmedikalisering truer sundhedsvæsenet, og der er behov for, at færre skal hjælpes af NHS, hvis ikke det hele skal bryde sammen.

Coronakrisen mobiliserede mennesker til at hjælpe hinanden og viste, at

der kan ske store forandringer på kort tid. Jeg lader Michael Dixon få de sidste ord: "If we want medicine that is more humane and more effective, then we must fight for it, and we must contribute what we can to our communi-

ties to make them healthier and happier... The future health of ourselves, our communities and the planet itself will depend upon us rediscovering a common humanity". //

Tid til refleksion. James Rowbury og Michael Dixon i klinikens cafe. Kontinuitet i patientbehandlingen er værdifuld for patienten. Det er en værdi, som vi skal værne om, og som kan gøres meget mere synlig. Foto: Ellen Louise Kristensen.



PRACTICUS // opslag

DSAM's årsmøde 2023 ?

Tema: Diversiteten og kontinuiteten i almen praksis udgør patienternes sikkerhedsnet – hvordan sikrer vi, at der ikke går hul?

Klinikker, som ejes af internationale virksomheder (stråmandsklinikker), har ikke nødvendigvis de danske patienters helbred eller det danske sundhedsvæsens beståen som primær interesse. De eksisterer for egen indtjening. Der er i stråmandsklinikker mindre grad af kontinuitet og regulær lægefaglig indsats for patienter, sådan som de er organiseret.

Diskontinuitet og begrænset adgang til lægefaglig ekspertise kan øge risikoen for patienter. Særligt de sårbare patientgrupper falder nemmere igennem, og det kan skabe større ulighed i sundhed.

Det sikkerhedsnet, som vi i primærsektoren gerne skulle give patienterne, har huller pga. lægemangel og de politiske tiltag, der skulle afhjælpe det. Men er det de rigtige tiltag? Kom og diskuter, hvordan vi sikrer vores sikkerhedsnet til landets patienter i primærsektoren.

Årsmødet holdes på Comwell Kolding fredag den 6. oktober 2023. Tilmelding åbner den 1. maj, men sæt allerede nu kryds i kalenderen. //





Overdiagnostik

skader folkesundheden – men vi kan ændre det

DSAM er medvært til konferencen Preventing Overdiagnosis, hvor alle læger med interesse for overdiagnostik kan få indblik i det seneste viden og få konkrete tips til at begrænse overdiagnostikken i den kliniske hverdag. Men hvorfor er det nødvendigt med en konference om overdiagnostik?

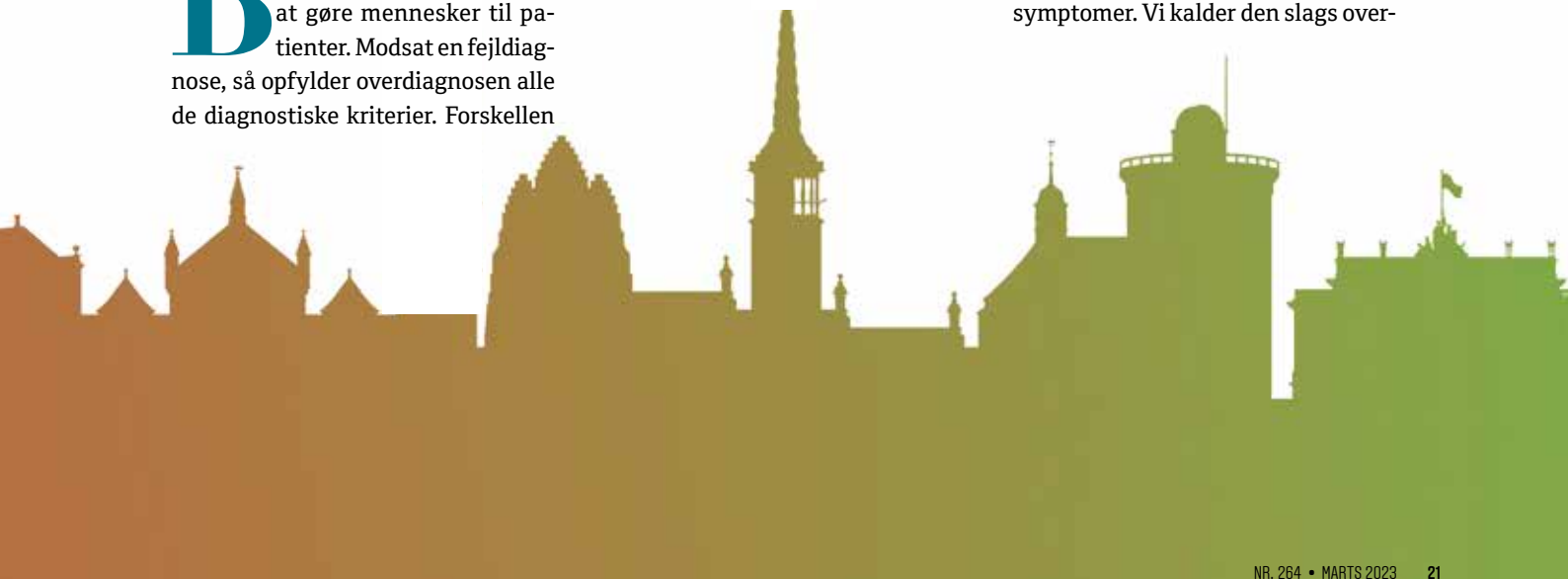
Bredt forstået handler overdiagnostik om unødvendigt at gøre mennesker til patienter. Modsat en fejldiagnose, så opfylder overdiagnosen alle de diagnostiske kriterier. Forskellen

mellem den korrekte diagnose og overdiagnose er derfor ene og alene prognosen: Ved den korrekte diagnose bliver patienten syg og dør måske af den diagnosticerede sygdom, mens hos den overdiagnosticerede bliver personen aldrig syg eller dør af den diagnosticerede tilstand. Dermed er overdiagnostikken per definition skadelig; både her og nu og på langt sigt. Modsat den korrekte diagnose, som kan være gavnlig, fordi den kan føre til en afklaring og forhåbentlig også en bedre prognose pga. virksom behandling, rehabilitering og/eller palliation.

Diagnoser, der ikke gavner

Overdiagnostik handler altså om diagnoser, der ikke gavner. Årsagerne til, at der forekommer overdiagnostik, er mange. For eksempel fokusering på alskens store og små risici, som er fundet ved diverse befolkningsundersøgelser og medikoteknologiens hastige udvikling, samtidig med en øget tendens til defensiv medicin og illusionen om et liv uden risiko.

To eksempler er, når man nedsætter behandlingsgrænser for risikofaktorer, og når man udvider eller udvider kategorier for sygdomme, f.eks. ved at inddrage mildere og mildere symptomer. Vi kalder den slags over-





diagnostik for "overdefinition", og eksempler på diagnoser kunne være forhøjet blodtryk, hyperkolesterolæmi, overvægt og knogleskørhed eller nyere diagnoser som prolonged grief disorder (forlænget sorgreaktion), road rage disorder (vejvrede) og sarkopeni (aldersbetinget tab af muskelmasse).

Inden for forebyggelse af fremtidig hjerte-kar-sygdom er absurditeten meget synlig med en omvendt normalfordeling: Med de eksisterende definitioner på overvægt, forhøjet blodtryk og hyperkolesterolæmi er vi nået til, at kun godt 4 procent af os er "raske" i henhold til de kliniske retningslinjer.

Overdetektion er skadeligt

En anden måde at blive overdiagnosticeret på er det, vi kalder "overdetektion". Her handler det om, at lægen eller sundhedsvæsenet finder noget "unormalt" hos en person, som

personen ikke selv har mistanke om eller har reageret på. Det kunne f.eks. være et tilfældigt fund (også kaldet "bifund") ved en billeddiagnostisk undersøgelse eller et patologisk fund (også kaldet "sandt positivt svar") ved en screening. Og hvis denne person aldrig kommer til at opleve symptomer fra dette fund, og diagnosen heller ikke er årsag til personens død, så er "patienten" blevet overdetekteret.

Per definition er overdiagnostik skadeligt for den enkelte, og det kan være både i form af fysiske og psykiske skadevirkninger og som følge af overbehandling. De fleste, der bliver overdiagnosticeret, vil også blive overundersøgt og blive fastholdt i deres sygerolle. Nogle vil gå i såkaldte overvågningsprogrammer i årevis, f.eks. mænd med prostatakræft med en lav Gleason-score og kvinder med lette celleforandringer på livmoderhalsen, som i begge tilfælde kan ende

med overbehandling i form af henholdsvis antiandrogen behandling og keglesnit.

Livslang kontrol

Når det gælder personer med mildt forhøjet blodtryk og let forhøjet kolesterol, så går disse ofte livslangt til kontrol hos deres egen læge. Flertallet af disse mennesker vil aldrig få gavn af hverken det utal af kontrolbesøg eller den medicin, vi tilbyder dem.

Ud over skaderne ved overvågningsprogrammerne og overbehandling, så forekommer der også en såkaldt labellingeffekt ved at få selve diagnosemærkatet. Der kan også forekomme det, vi kalder en sløjfeeffekt, fordi vi mennesker har en tendens til at opføre os, som omgivelserne forventer af os. En frygt kan derfor være, at det overdiagnosticerede barn med

f.eks. ADHD, begynder at opføre sig som stereotypen på et barn med ADHD, fordi omgivelsernes forventer og belønner denne adfærd.

Det kan skade folkesundheden

Overdiagnostik øger den sociale ulighed i sundhed og skader dermed også folkesundheden. Hvis flere patienter skal deles om de samme ressourcer, så tager overdiagnosticerede "patienter" vigtige ressourcer fra de korrekt diagnosticerede.

Inden for overdetektionen ser man desuden en tydelig tendens til, at det er de rige, raske og højtuddannede, der overdiagnosticeres, f.eks. med prostatakræft, brystkræft, modermærkekræft eller kræft i skjoldbruskkirtlen. Da vi samtidig ved, at en kræftdiagnose øger risikoen for tab af arbejdsevne, senfølger, depressions-symptomer, tidlig pensionering etc., så skader det ikke kun den enkelte overdiagnosticerede "patient", men også folkesundheden og samfundet.

Et presset sundhedsvæsen – 60-30-10

Vores sundhedsvæsen er presset på alle leder og kanter. En af de væsentligste årsager er overdiagnostik. Undersøgelser tyder på, at det, vi går og gør i sundhedsvæsenet, ikke kun er godt.

Undersøgelser viser, at 60 procent af vores kliniske aktivitet er af høj faglighed, 30 procent er af lav faglighed

eller spild, og 10 procent er decideret skadeligt, f.eks. overdiagnostik. Samtidig viser undersøgelser vedrørende CO₂-aftryk, at sundhedsvæsenet bidrager med omkring 5 procent af det samlede CO₂-udslip, og 80 procent af vores CO₂-aftryk kommer fra den kliniske aktivitet. Så vi kan altså både gavne patienterne, klimaet og sundhedsvæsenet ved at undgå overdiagnostik.

Der er nogle få evidensbaserede tiltag, vi som praktiserende læger kan udføre for at mindske eller helt undgå overdiagnostik. For eksempel skal vi ikke bestille en PSA-test til asymptomatiske mænd, og vi skal heller ikke rutinemæssigt bestille en PSA-test til en mand, der som eneste symptom har LUTS. Som praktiserende læger skal vi heller ikke altid behandle tal og skæve blodprøver, men vi skal behandle mennesker patientcentreret og ud fra et helhedsbillede. Det kunne f.eks. være at lade være med at påbegynde farmakologisk behandling hos en rask person, som har et mildt forhøjet blodtryk eller et let forhøjet kolesteroltal, men ingen andre kendte risici for fremtidig hjerte-kar-sygdom. Men vi mangler viden om, hvad vi skal gøre mindre af inden for hovedparten af vores fag. Og netop derfor afholder vi Preventing Overdiagnosis-konferencen. //

OM PREVENTING OVERDIAGNOSIS-KONFERENCEN

I 2013 blev den første internationale konference "Preventing Overdiagnosis" afholdt i Dartmouth i USA. Til næste år har konferencen 10-års jubilæum, hvor DSAM har den store glæde og ære at være vært for konferencen. Konferencen afholdes på hotel Scandic Copenhagen ved søerne (tæt på Vesterport Station) d. 14.-16. august 2023.

Programmet er ved at blive endeligt udformet, men hovedtemaerne bliver disse seks områder:

- Kliniske løsninger og beslutningsprocesser for at undgå overdiagnostik
- Overdefinition: Hvordan præ-sygdomme er en drivkraft til overdiagnostik
- Incitament, drivkræfter, mekanismer og årsager til overdiagnostik
- Overdiagnostik og bæredygtighed
- Overdiagnostik og kommunikation
- Hvordan bidrager selvmonitorering og selvtestning til overdiagnostik?

Deltagelse i konferencen forventes godkendt af PLO som en del af praktiserende lægers efteruddannelse. Ud over ovenstående temaer for det videnskabelige program vil der være to sociale arrangementer: en velkomstreception på Københavns Rådhus mandag d. 14. august med musik, taler og de berømte rådhus-pandekager og en konferencemiddag tirsdag d. 15. august med en 3-retters menu på Moltkes Palæ.

Vil du læse mere om overdiagnostik og konferencen og evt. tilmelde dig? Så gå ind på www.preventingoverdiagnosis.net. Du kan også læse mere i bogen "Snart er vi alle patienter. Overdiagnostik i medicinske og samfundsfaglige perspektiver".
<https://samfundslitteratur.dk/bog/snart-er-vi-alle-patienter>



Balancevægten

I almen praksis har vi én patient ad gangen. Det meste af vores daglige arbejdstid går stadigvæk med at levere gode konsultationer til de mennesker, der søger vores hjælp – én og én ad gangen. Men samfundet vil i stigende grad måle os på, hvordan vi leverer i gennemsnit og i den samlede population. Vi har i mange år hørt om datadrevet kvalitet, om

RKKP og forløbsplansdata, om hvorvidt vi udskriver for lidt eller for meget af forskellig medicin, henviser for mange eller udfører for få spirometri-er pr. læge.

Skiftet af fokus fra det enkelte individ til populationsomsorgen har bidraget til vores viden og bevidsthed om god kvalitet og har åbnet for udvikling af en hel masse nye indsatser digitalt. Vi har nemlig brug for retvisende data, hvis vi skal benchmarke vores indsats, og vi har brug for et digitalt overblik over populationen, hvis vi skal finde lister frem over dem, der behøver en særlig indsats på det ene eller andet område. Det lægger beslag på tid og opmærksomhed, og det stiller nye krav til vores journalsystemer og til tværsektoriel elektronisk kommunikation og dataopsamling.

Men undervejs risikerer vi at miste noget med alt disse målinger. Det er en gammelkendt sandhed, at det, man måler på, vil vokse. Og det skal helst ikke ske på bekostning af noget andet, der måske er mere meningsfuldt. Prøv at tænke din seneste arbejdsdag igennem. I hvor mange af dine konsultationer kan kvaliteten gøres op i tal? Ja, der var vist en årsstatus på T2DM, hvor atorvastatin blev øget fra 20 til 40 mg, og en KOL-exacerbation, der fik den korrekte standardbehandling, men resten handlede om krøllede sygehistorier, diagnostiske udredninger, mennesker med bekymringer eller symptomer, der måske (og må-

ske ikke) hører til i sundhedsvæsenet, eller som er løbet ind i sociale problemer med familie eller job. Mennesker, der har brug for en samtale med deres læge for at få mening i de ting, de oplever, at der sker med deres liv og helbred i øjeblikket.

Det er ikke alt, hvad der kan måles i tal, som betyder noget, og det er ikke alt, hvad der betyder noget, der kan måles i tal.

Meget af det datadrevne giver rigtig god mening. I den seneste tid har jeg kigget på forløbsplansdata, og jeg synes, at vi har et virkelig godt potentiale i FLP. Jeg kan hurtigt se, hvem af mine patienter med lavt eGFR, der får metformin, som bør reduceres, og hvem der både har T2DM og hjertesvigt og derfor bør have SGLT2 eller GLP1-a. FLP kan give mig lister fra DDV over, hvem der mangler vaccination inden for visse sygdomsgrupper. Jeg håber, at vi på længere sigt kan få lister over alle.

I seneste uge var der en mediesag om, at der gives for meget antipsykotika til demente. Det viste sig dog ved nærmere eftersyn, at ca. halvdelen startes op i sekundærsektoren og ikke hos os, og i øvrigt er der ofte tale om kortvarige kure ved delir eller i forbindelse med tryghedskassen. Men jeg fik lyst til at kigge mig selv i kortene og forsøgte så at slå op i mit statistikmodul (Clinea). Her kunne jeg trække en liste over alle vores patienter med demens (P70), der fik antipsykotika

Bolette Friderichsen:
Når vægtskålen tipper,
mister vi fokus på
patienten.
Foto: Thomas
Drivsholm



(Rispedal, Serenase eller Seroquel). Fællesmængden var tre, men desværre var listen langt fra fuldstændig, for ikke alle med en ICD10-demensdiagnose fra sygehusambulatorier fremgik af ICPC-listerne. Måske vil diagnosekortet kunne hjælpe os, når det kommer op at køre overalt. Det kommer dog til at kræve noget tid og energi at få ajourført diagnosekortet med kroniske diagnoser (forløbsdiagnoser) på hver enkelt patient.

Vi skal bevare balancen i kvalitetsudviklingen og ikke lægge alle lodder i den ene vægtskål. De humanistiske aspekter skal have lige så meget kærlighed som de tal-drevne. Vi skal også udvikle vores færdigheder i kommunikation, relationsarbejde, kontinuitet, nærvær, dialog, supervision, kollegialitet, helhedssyn, prioritering og evnen til at sige ”pyt”, når noget ikke er særligt vigtigt. Det gælder for faget som helhed, og det gælder for den enkelte læge, der skal udvælge de nødvendige kurser til egen faglige udvikling. Er der balance? Når vægtskålen tipper, mister vi fokus på patienten. Så glør vi ind i en væg og har mistet kontakten. Og går måske udbrændte hjem.

Vi kender alle fornemmelsen af den ekstraordinært gode konsultation, hvor der er ”hul igennem”. Noget løsner sig, og man får gåsehud, fordi NU snakker vi virkelig om noget, der har stor betydning for patienten. Det er ikke en oplevelse, man kan bestille eller planlægge, men man kan øge chancen for, at det sker ved at have balance i de ting, man lægger i vægtskålene – både hver især og fagets kvalitetsudviklere som helhed. //



Efterlyses: flere klyngepakker og andre kvalitetsprojekter, der styrker de humanistiske aspekter. Og vedvarende fokus på området i efteruddannelsen og forskningen.



Tværfagligt samarbejde

kan optimere den medicinske behandling

OM FORFATTERNE

- **Marie Strøm Zangenberg**, læge, i hoveduddannelse til almen medicin, Region Midtjylland, FYAM-repræsentant i bestyrelsen i DSAM Midtjylland
- **Lise Bakkestrøm Rosenbæk**, farmaceut og regional lægemiddelskonsulent i Midtkraft, Kvalitet og Lægemidler, Region Midtjylland
- **Per Kallestrup**, praktiserende læge i Skødstrup, leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og professor i almen medicin og global sundhed ved Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet
- **Birger Aaen-Larsen**, praktiserende læge, Master of Public Health og overlæge i regionsklinikken Klinik for Almen Medicin i Lemvig
- **Line Due Christensen**, farmaceut, ph.d., postdoc ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus

Polyfarmaci kræver samarbejde på tværs. Det viser et tværfagligt medicinprojekt i regionsklinikken "Klinik for Almen Medicin" i Lemvig.

I 2020 begyndte et kvalitetsudviklingsprojekt om polyfarmaci i regionsklinikken i Lemvig. Klinikken ønskede en medicingennemgang af deres polyfarmacipatienter med det formål at optimere den medicinske behandling. Sundhedsvæsenet er udfordret af den hurtigt voksende gruppe af multisygepatienter. De får ofte flere forskellige lægemidler (polyfarmaci), som kan øge risikoen for bivirkninger, lægemiddelinteraktioner og indlæggelser. Derfor indledte man et tværfagligt og tværsektorielt samarbejde mellem to farmaceuter fra Midtkraft i Region Midtjylland, sygeplejersker fra hjemmeplejen i Lemvig Kommune samt læger og praksispersonale i regionsklinikken.

Kvalitetsudvikling gennem samarbejde på tværs

I regionsklinikken i Lemvig foretog farmaceuterne medicingennemgang for 251 polyfarmacipatienter i løbet af seks måneder. Fundene fra de enkelte medicingennemgange blev vurderet på et møde mellem én af farmaceuterne, én læge fra regionsklinikken, flere hjemmesygeplejersker og praksispersonalet. Hjemmesygeplejerskerne blev undervist af farmaceuterne i emner, som tog afsæt i fundene fra medicingennemgangene. Det unikke i dette kvalitetsudviklingsprojekt var farmaceuternes nærhed og kontinuitet i regionsklinikken og inddragelsen af hjemmesygeplejerskerne i de problemstillinger, som farmaceuterne stødte på under deres arbejde med medicingennemgang.

Lise, farmaceut ved Midtkraft, fortæller om sygeplejerskernes deltagelse i møderne: "Sygeplejerskerne fra hjemmeplejen skulle selvfølgelig lige finde ud af, hvad det handlede om. Da der var nogle, der havde prøvet det af, opdagede de, at det var helt vildt spændende, og så tror jeg også, det spredte sig lidt som ringe i vandet, at det faktisk var noget, de godt kunne få noget ud af at deltage i".

Det overordnede formål med at inddrage hjemmesygeplejerskerne var at styrke samarbejdet mellem klinikken og hjemmeplejen ved at få et dybere kendskab til hinanden.

Lise uddyber: "Vi ville gerne have, at sygeplejerskerne fra hjemmeplejen begyndte at undre sig". Mange af polyfarmacipatienterne er tilknyttet hjemmeplejen. Det giver derfor god mening at styrke hjemmesygeplejerskernes farmakologiske viden, så de kan reagere hensigtsmæssigt og formidle vigtige oplysninger til den praktiserende læge, som f.eks. monitorering ved uønskede reaktioner, ophørssymptomer eller tilbagemeldingssymptomer.

Fra teori til praksis

Begrænsede ressourcer betød, at regionsklinikken valgte at drøfte de foreslåede medicinændringer med patienterne ved den næste planlagte årsstatus. I nogle tilfælde vurderede de praktiserende læger dog, at ændringsforslagene var så betydningsfulde, at de ikke kunne vente, og her indkaldte praksispersonalet straks patienten til en samtale med én af regionsklinikens læger.

Ændringsforslagene kunne f.eks. dreje sig om udtrapning eller omlægning af morfika, reduktion af antikoagulerende bivirkninger eller interaktioner, udtrapning af protonpumpenhibitorer (PPI), justering af statiner eller udskiftning af et analogt præparat med et andet tilsvarende billigere præparat (se Tabel 1).

Lægemidler	
1.	Protonpumpenhibitorer (PPI)
2.	Statiner
3.	Inhalationsmedicin
4.	Diuretika
5.	Opioider

Tabel 1: De fem hyppigst ændrede lægemidler efter medicingennemgang.

For at gøre status blev der ved årsskiftet 2021-2022 foretaget en ekstern gennemgang af journalerne for de 251 patienter, som indgik i projektet. Her viste det sig, at lægen – med afsæt i medicingennemgangen ved farmaceuterne – havde drøftet medicinændringer med 106 patienter. Ud af de resterende 145 patienter var 20 afgået ved døden, 13 var ikke længere kandidater til medicingennemgang (f.eks. pga. lægeskift), og 112 havde endnu ikke fået gennemgået deres medicin med lægen. Det illustrerer, at travlhed og mangel på ressourcer kan være en barriere for at udføre de gode ambitioner om kvalitetsudvikling i praksis.

Lise pointerer: "Jeg havde nok forestillet mig, at nu har vi gennemgået de her ti patienter, vi har sat to timer af, så på en eller anden måde så løser tingene sig. Dem, I skal have snakket med, dem kan I vel nok lige finde tid til at ringe til. Det kan man selvfølgelig ikke bare".

Projektansvarlig og læge i regionsklinikken Birger Aaen-Larsen understreger dog, at alle patienter efterfølgende har fået en opfølgning på medicingennemgangen.

"Der er jo selvfølgelig ikke noget nyt i, at implementering er svært", siger Lise. "Lægenes tid har været en udfordring, men det hjalp, da praksispersonalet blev en del af møderne, blandt andet fordi de kaldte patienterne ind til konsultationer", uddyber hun.

Hvad har vi lært?

Erfaringerne fra dette kvalitetsudviklingsprojekt viser tydeligt, at det kan være udfordrende at få afsat tid til opfølgning i den travle kliniske hverdag, selvom det er afgørende for at få fuldt udbytte af en medicingennemgang.

Farmaceuterne ved Midtkraft har tidligere været involveret i et lignende projekt, hvor en farmaceut og en praktiserende læge gennemgik medicinen hver for sig og diskuterede fundene lige før konsultationen med patienten. Ved konsultationen diskuterede patienten og lægen sammen ændringsforslagene til den medicinske behandling. Det gav en mere effektiv implementering af ændringsforslagene, men modellen kræver også mere omfattende planlægning.

Desuden viser erfaringerne fra medicinprojektet i Lemvig, at det kan være effektivt at inddrage praksispersonalet i koordinering af patienter. Projektet viser også, at inddragelse af andre sektorer og faggrupper kan styrke samarbejdet på tværs generelt – især inden for lægemiddelområdet.

Alle fem regioner udbyder rådgivning og sparring om lægemidler (se Boks 1). //

Boks 1. Hvor kan du få hjælp til medicingennemgang i din region?

- Region Midtjylland: Lægemiddelkonsulenterne under Midtkraft
- Region Nordjylland: Lægemiddelenheden (LME) under Nord-KAP
- Region Hovedstaden: Medicinkonsulenterne under KAP-H og medicinfunktionen
- Region Syddanmark: Lægemiddelteamet under SydKIP
- Region Sjælland: Lægemiddelenheden



Den lægelige videreuddannelse har fået det store gennemsyn

En ny rapport om fremtidens lægelige videreuddannelse er på trapperne. Meget tyder på, at den almenmedicinske speciallægeuddannelse fremover kommer til at ligne den, vi kender i dag. Men fremover skal flere elementer være fælles mellem specialerne.

Den lægelige videreuddannelse i Danmark blev gennemgående forandret omkring år 2000. I den proces indførtes kompetencestyret uddannelse, de syv lægeroller og en omlægning af specialerne. I almen medicin betød det, at man indførte introduktionsstilling, og at hoveduddannelsen blev forlænget med et år (fase 3), hvor uddannelseslægen har mulighed for at konsolidere sine kompetencer under fortsat supervision og at udvikle sine evner som leder og kommende selvstændig erhvervsdrivende.

I 2007 blev den 1,5-årige turnus ændret til en 1-årig klinisk basisud-

dannelse (KBU), men derudover er de overordnede rammer uændrede siden årtusindskiftet.

Rigtig meget har ændret sig i sundhedsvæsenet siden dengang: Små sygehuse er nedlagt, behandlinger i sekundærsektoren er specialiseret, kommunerne har fået en større rolle, og ikke mindst har de praktiserende læger fået mange flere opgaver. Hvis vi skal sikre, at danske læger også om 20 år har de kompetencer, patienterne har brug for, er det relevant at kigge på, hvordan uddannelsessystemet skal udvikles i de kommende år.

Sundhedsstyrelsen (SST) nedsatte derfor i 2020 fire arbejdsgrupper, der skulle komme med anbefalinger til fremtidens lægelige videreuddannelse i en samlet rapport, som kan danne grundlag for en revision af hele strukturen omkring den lægelige videreuddannelse. De fire grupper arbejdede med fire temaer: 1. Indhold, struktur og lægeroller, 2. Specialer, 3. Dimensionering og 4. Governance.

Arbejdet har været ledet af SST og har haft repræsentanter for bl.a. Lægeforeningen, de Lægevidenskabelige Selskaber (LVS), regioner, universiteter og medicinstuderende. Almen praksis har været repræsenteret i alle fire

udvalg af Gunver Lillevang (gruppe 2 og 4) og mig selv (gruppe 1 og 3). På grund af coronapandemien og folketingsvalg har arbejdet flere gange været pauseret og genstartet, men nu er den samlede rapport ved at være klar.

Næste skridt er, at anbefalingerne skal godkendes af det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse og derefter sendes til Sundhedsministeriet. Der går endnu nogle måneder, før vi ved, hvad det ender med, men jeg vil prøve at løfte sløret for, hvad anbefalingerne indeholder, og hvad det kan komme til at betyde for almen medicin.

Større alsidighed og bredde

De overordnede mål for revisionen er at skabe større alsidighed, dvs. at flere læger får en større bredde i deres

BLÅ BOG

- Praktiserende læge hos Midtbylægerne i Silkeborg
- Uddannelseskoordinator i Region Midtjylland
- Postgraduat klinisk lektor
- Formand for VIA



kompetencer, større fleksibilitet i uddannelsen, og at lægerne har de rigtige kompetencer til at levere behandling af høj kvalitet. Det med bredden er især møntet på sygehuslæger, hvor målet er, at lægerne i højere grad skal kunne behandle patienternes komorbiditeter.

I arbejdet har vi været omkring alle elementer af videreuddannelsen og diskuteret baggrunden for, at vi gør, som vi gør – også sammenlignet med andre lande.

Som eksempel har det været diskuteret, om der stadig skal være en KBU. Hvis indholdet, der er noget alle skal kunne, hvorfor er det så ikke bare en del af medicinstudiet? I Sverige har man afskaffet den kliniske basisuddannelse og i stedet forlænget medicinstudiet med et halvt år. I Norge får man fremover også autorisation til selvstændigt virke lige efter medicinstudiet, men har bevaret en KBU-lignende ansættelse som den første del af speciallægeuddannelsen. Det gør, at danske nyuddannede læger ikke er ligestillet med deres skandinaviske kolleger.

Det er ganske fornuftigt endt med, at det anbefales at bevare KBU'en med det indhold, den har i dag. Universiteterne kan lære de studerende nogle færdigheder, men KBU'en er nødven-

dig, fordi man først kan få erfaring med at have lægeligt ansvar, når man har kitlen og lægeskiltet på. Det forventes også, at alle læger fortsat skal have et halvt år i almen praksis, da alle læger har behov for at have et grundigt kendskab til primærsektoren. Introduktionsstillingerne anbefales også at køre uændret videre.

Fælles kompetencemål

For at opnå målet om øget alsidighed og fleksibilitet anbefales det, at der fremover skal være nogle fælles elementer specialerne imellem, dvs. at hvis nogle beslægtede specialer har opgaver, der overlapper hinanden, så skal det indgå som enslydende kompetencemål i de to (eller flere) specialers målbeskrivelser. Det kunne f.eks. være, at alle eller nogle af de mål, der hører til opholdet på gynækologisk afdeling for AP-læger, også var en del af introduktionsuddannelsen i gynækologi og obstetrik. Det betyder, at specialeselskaberne skal samarbejde om udarbejdelsen af reviderede målbeskrivelser i en større proces, som styres af SST, og hvor andre aktører skal høres tidligere i processen. Specialerne skal også udarbejde en specialebeskrivelse, der fastlægger speciallets kerneopgaver og fælles opgaver med andre specialer i større detal-

jer, end de fleste specialevejledninger gør i dag. Når de overordnede principper er vedtaget, vil det blive fastlagt, hvordan dette konkret skal foregå, og f.eks. hvilke specialer vi i DSAM skal inddrage i målbeskrivelsesarbejdet.

I forhold til specialestruktur er man kommet frem til at anbefale at bevare de nuværende 39 specialer. Der har været arbejdet på, om nogle af laboratoriespecialerne kunne lægges sammen, hvilket ikke fandtes hensigtsmæssigt, men det er et af de steder, hvor man kunne forestille sig en større fællesmængde i uddannelsen.

Fagområder, der indeholder opgaver, der løses af læger fra flere specialer med særlig interesse i et felt (f.eks. palliation og allergologi), vil fremover være mere formaliserede uddannelser efter speciallægeuddannelsen, og SST vil være mere styrende på det område end hidtil, hvor både indhold og uddannelse har været overladt til de videnskabelige selskaber.

I arbejdet har der generelt været fokus på, at primærsektoren kommer til at have større betydning i fremtiden, og at f.eks. akutmedicinere har behov for flere almenmedicinske kompetencer og kendskab til forholdene i primærsektoren.

Overordnet set vil indhold og sammensætning af den almenmedicinske speciallægeuddannelse komme til at ligne det, vi kender i dag, men der ligger et stort og spændende arbejde foran os i DSAM med at revidere hele vores målbeskrivelse. //



Supervision: rammer, regler og relationer

Almen praksis spiller en stor rolle i uddannelsen af yngre læger og medicinstuderende, men uddannelse er en omfattende opgave. Rammer, regler og relationer er centrale fokuspunkter.

I 2021 har ca. 3.200 læger under uddannelse været tilknyttet almen praksis. Det drejer sig om ca. 1.250 KBU-læger, 468 læger i introduktionsstilling til almen medicin og 1.500 læger i hoveduddannelse til almen medicin, hvoraf ca. halvdelen har dagligt arbejde i en sygehusafdeling, men er i almen praksis på månedlige returdage.

Af de ca. 3.400 praktiserende læger i Danmark var 2.460 registreret som tutorer i logbog.net (nu uddannelseslæge.dk) i 2022, og mange flere praktiserende læger deltager i funk-

tionen som daglige vejledere uden at være registreret som tutorer i logbogen.

Almen praksis spiller en stor rolle i uddannelsen af yngre læger og medicinstuderende, og opgaven med at være en god tutorpraksis for uddannelseslægerne i almen praksis bliver kun større.

Uddannelse er ikke bare ophold i klinikken. Når vi som tutorer viser handlekraft, ledelse og ansvarlighed i patientbehandling, klinikdrift og uddannelse er vi derigennem også med til at grundlægge fremtidens praksis gennem vores uddannelseslæger.

Forudsætninger for læring

Forudsætningerne for god læring i praksis er mange. De kan inddeles i fem kerneområder: 1. fysiske rammer, 2. pædagogisk kompetenceniveau, 3. kultur i praksis, 4. organisation og 5. engagement. I denne artikel har vi valgt at samle de fem kerneområder i tre overordnede temaer:

- Rammer: fysiske rammer, organisering af supervision og feedback i praksis
- Regler: fokus, målbeskrivelse og kompetencevurdering
- Relationer: kultur i praksis, engagement og trivsel

TEMA 1: RAMMER

Fysiske rammer

Generelt er vi forberedt, når der kommer en ny uddannelseslæge. Vi kender navnet på den nye læge. Vi ved, hvor langt lægen er i sin uddannelse. Vi har måske sørget for et navneskilt, et stempel, en buket blomster. Men tjekker vi også, om uddannelseslægerummet er ryddet op?

Er de nødvendige remedier til stede for at kunne arbejde? Er der lys i otoskopet? Passer handskerne? Virker printeren? Velfungerende fysiske rammer understøtter følelsen af at være ventet og hørt til.

Organisatoriske rammer

Struktur i dagligdagen er vigtig for at understøtte læringen i klinikken. Som tutorlæger kan vi ikke forvente, at uddannelseslægerne følger op på deres blodprøver, hvis de ikke har tid afsat til det. Uddannelseslægerne kan med fordel have daglige tider afsat til re-

En god introduktion samt gode rammer for supervision og feedback udgør et solidt udgangspunkt for læring i praksis.

fleksion og søgning af viden, til at følge op på egne blodprøvesvar, epikriser for egne patienter og til at besvare mails.

Uddannelseslægen bør løbende have mulighed for at reflektere over egne aktiviteter. Fokus på refleksion, selvmonitorering og evaluering vil gradvist give uddannelseslægen redskaber til at sikre sin egen fortsatte udvikling – også uden systematisk feedback – og dermed sikre egen fortsatte professionelle udvikling.

Daglig supervision

Indholdet i supervisionen justeres efter typen af uddannelseslæge: Hvilke kompetencer skal tilegnes? Hvad er uddannelseslægens behov? Det er vigtigt at have fokus på alle lægeroller, som typisk vil indgå med forskellig vægtning. For de mindst erfarne læger vil den medicinske ekspert og kommunikatoren typisk fylde mere end for uddannelseslægerne i den sidste del af deres hoveduddannelse. Her indgår udvikling af praksis (visions- og værdiseminarer), økonomi (revisormøder og bogføring) og ledelse (personaleledelse, I/S-møder, strategiseminarer) typisk mere end tidligere i forløbet.

Uddannelseslæger er forskellige. Nogle uddannelseslæger skal have at vide, at de gerne må afbryde tutorlægerne. Andre uddannelseslæger skal lære at leve med usikkerheden i deres beslutning, indtil den planlagte supervision finder sted få timer senere.

Code råd om supervision

- Supervisionen skal være til vækst – ikke bryde ned. Intentionen skal være god.
- Lad gerne uddannelseslægen starte.
- Begynd gerne med det positive, men det er ikke nok at rose. Giv konstruktiv feedback.
- Vær konkret: Hvad skal der gøres

mere af? Hvad kan gøres anderledes? Det kræver observation.

- Aftal opfølgning. Bed uddannelseslægen lægge en plan.
- Lyt til din uddannelseslæge. Investér i relationen. Vær respektfuld og anerkendende.

Supervision: Hvornår gør du hvad?

Før den kliniske situation:
Forbered uddannelseslægen inden opgaven

Under den kliniske situation:
Hent uddannelseslægen ind eller Observer lægen i en konsultation/procedure

Efter den kliniske supervision:
Giv feedback - typisk planlagt daglig supervision

Supervisionens karakter

Instruktion: kort direkte rådgivning ved behov for hjælp i aktuel situation

Vejledning/supervision: den daglige og planlagte vejledersamtale

Coaching/mentoring: gennemgang af signifikante hændelser og svære situationer, der berører uddannelseslægen personligt

Feedback – et stærkt værktøj

Feedback kan være udfordrende for både giveren og modtageren, men samtidig er feedback det stærkeste værktøj til at styrke læring. Feedback gør opmærksom på ting, der kan gøres anderledes, men mindst lige så vigtigt: Feedback forstærker det gode, vi allerede gør. Uden feedback bliver vi usikre. Feedback sikrer kompetenceudvikling. Større kompetence giver mestring, og med større mestring følger mere robusthed.

Feedback støtter faglig udvikling,

men det er vigtigt at giver og modtager er enige om formålet med den aktuelle feedback. Feedback kan have tre formål:

- Anerkendelse: Er jeg god nok? Er jeg en del af teamet?
- Udvikling: Hvad er godt? Og hvad kan blive bedre?
- Evaluering: Hvor lang er jeg fra at få godkendt mine mål?

Hvis feedbacken ikke fungerer, kan det være nyttigt at undersøge, om modtager og giver er enige om formålet. Og formålet vil ændre sig undervejs i forløbet.

En ny uddannelseslæge har måske i første omgang brug for at få anerkendelse af de allerede erhvervede kompetencer: Den forstuvende fod tog du dig godt af. Når lægen har været lidt i praksis, bliver formålet den fortsatte udvikling af uddannelseslægens kompetencer (formativ feedback). Tutorlægerne må gerne stille krav til uddannelseslægerne. Løbende i uddannelsesstillingen er der behov for at evaluere, om uddannelsen skrider planmæssigt frem og uddannelseslægen får godkendt sine mål (summativ feedback).

Når feedback er svært

Når feedback er svært at modtage, bliver vi ofte ramt på mindst én af tre triggere, men det kan alligevel være muligt at få noget ud af den givne feedback. Det er umiddelbart lettest at modtage positiv feedback, men det kan være brugbart at huske på, at positiv feedback vedligeholder, men konstruktiv feedback får os til at vokse.

De tre triggere	Udfordring
<i>Sandhedstriggen:</i> Det er ikke korrekt, hvad du siger.	Måske bliver du ramt i den blinde plet. Kan der alligevel være en sandhed i det?
<i>Relationstriggen:</i> Hvem er du, der tror, at du kan tillade dig at sige dette til mig?	Hold fokus på hvad og ikke hvem. Kan feedbacken så måske alligevel bruges?
<i>Identitetstriggen:</i> Feedback opleves som en trussel.	Undersøg, hvorfor du bliver ramt netop her. Ingen kan lytte fra en forsvarsposition.

TEMA 2: REGLER

Fokus for uddannelseslægerne

I almen praksis har vi forskellige typer af uddannelseslæger med forskellige hovedfokus i ansættelserne. I KBU skal uddannelseslægen "lære at være læge" – altså støttes og udvikles fagligt og menneskeligt i overgangen fra lægestuderende til rollen som læge. I introduktionsstillingen skal det afsøges, om specialet passer til lægen, og om lægen passer til specialet. Således er der i både KBU- og introdelen et meget stort fokus på specialevalg. Tutorlægen har en vigtig opgave i at være sparringspartner i forhold til dette.

I fase 1 er der fokus på tilknytning til praksis og til specialet almen medicin, mens hospitalsdelen og fase 2 i samme praksis har fokus på at få udbygget kompetencerne og få overført det, som man har lært på hospitalet, til konteksten i almen praksis. I fase 3 (i en ny praksis) er der foruden videre klinisk udvikling særligt fokus på praksisdrift og ledelse, så uddannelseslægen rustes til selvstændigt at kunne overtage en praksis efter endt speciallægeuddannelse.

Målbeskrivelse og kompetencevurdering

For alle uddannelsesstillinger i almen

praksis gælder, at det for hver stilling er fastlagt, hvilke kompetencemål der skal opnås. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet målbeskrivelser for både KBU og speciallægeuddannelse, der beskriver dette.

For den enkelte uddannelsespraksis skal der være et uddannelsesprogram, der beskriver uddannelsesstedet, og hvordan det konkret foregår at sikre læring og kompetencevurdering i henhold til målbeskrivelsen i den pågældende praksis.

For den enkelte uddannelseslæge skal der for hver ansættelse udarbejdes en individuel uddannelsesplan, der konkretiserer hvordan de enkelte mål skal opnås, superviseres og kompetencevurderes, herunder en plan for, hvilke mål der fokuseres på hvornår i løbet af de måneder, som er til rådighed. Uddannelsesplanen skal tage højde for, hvad den enkelte uddannelseslæge har af særlige uddannelsesbehov og ønsker.

Den almenmedicinske målbeskrivelse indeholder 84 mål, som alle skal opnås og kompetencevurderes. Kompetencevurdering er en systematisk metode til at vurdere læringsudbyttet og til at vurdere, om et læringsmål er nået. Læringsmål kan handle om færdigheder, viden og/eller holdnin-

ger, og der er således behov for forskellige former for kompetencevurdering for at afdække bredden af de kompetencer, der skal vurderes.

Kompetencevurdering har ofte både formativ (lærende) funktion og summativ (vurderende) funktion. Der er typisk defineret bestemte vurderingskriterier for, hvornår det er "godt nok".

Fem metoder til at vurdere kompetencer

Der er fem kompetencevurderingsmetoder i den almenmedicinske målbeskrivelse (også kaldet KV 1-5), som skal bruges til kompetencevurderingen, og som både tutorlæge og uddannelseslæge derfor skal kende. Alle fem metoder har stor vægt på den formative og lærende del, men de fungerer samtidig også summativt ift. at vurdere, om den pågældende kompetence er opnået.

KV 1: Struktureret vejledersamtale: Denne ligner den klassiske almenmedicinske metode, hvor tutor og uddannelseslæge på baggrund af f.eks. journalnotater eller konkrete situationer har en samtale om emnet, herunder en vurdering af, om de opstillede kriterier er opfyldt.

KV 2: Struktureret observation af en konsultation: Metoden handler om kompetencevurdering og feedback på baggrund af en observeret konsultation. Der er udarbejdet et hjælpeskema til tutorlægen mhp. feedback, som gerne skal gives umiddelbart efter den observerede konsultation.

KV 3: 360° feedback: Denne metode bruges kun en enkelt gang i introduktionsuddannelsen og har fokus på uddannelseslægens samarbejde i klinikken. Der skal udfyldes et feedbackskema af alle læger og praksispersonaler, og tutorlægen samler før en vejledersamtale resultatet mhp. en generel drøftelse uden fokus på enkeltpersoners svar. Ved denne samtale er der særligt fokus på uddannelseslægens oplevelse af den samlede feed-



Gunver Lillevang og Helle Ibsen til DSAM's årsmøde 2022 efter sessionen "Supervision: Fra sniksnak til struktur... og retur".
Foto: Ellen Louise Kristensen.

back, og det aftales, hvad uddannelseslægen fremadrettet kan arbejde med og være opmærksom på i forhold til samarbejde.

KV 4: Struktureret observation af en procedure: Her observerer tutorlægen udførelse af en klinisk procedure og giver efterfølgende feedback og foretager vurdering i henhold til skema herfor.

KV 5: Vejledersamtale mhp. vurdering af refleksionsevne: Metoden kræver, at uddannelseslægen forbereder sig godt til vejledersamtalen, idet vedkommende skal lave og medbringe et mindmap, der dækker overvejelser og problemstillinger i forhold til det emne, som skal kompetencevurderes. Der er udarbejdet hjælpespørgsmål til uddannelseslægen mhp. dette. Til vejledersamtalen fremlægger uddannelseslægen kort indholdet i sit mindmap. På den baggrund følger en samtale med tutorlægen, hvor tutorlægen i henhold til de opstillede vurderingskriterier skal vurdere, om uddannelseslægen i samtalen udviser evne til at reflektere, demonstrerer analytiske evner og er i stand til at indgå i en relevant dialog med passende fleksibilitet i forhold alternative måder at ansøge problemstillingerne på.

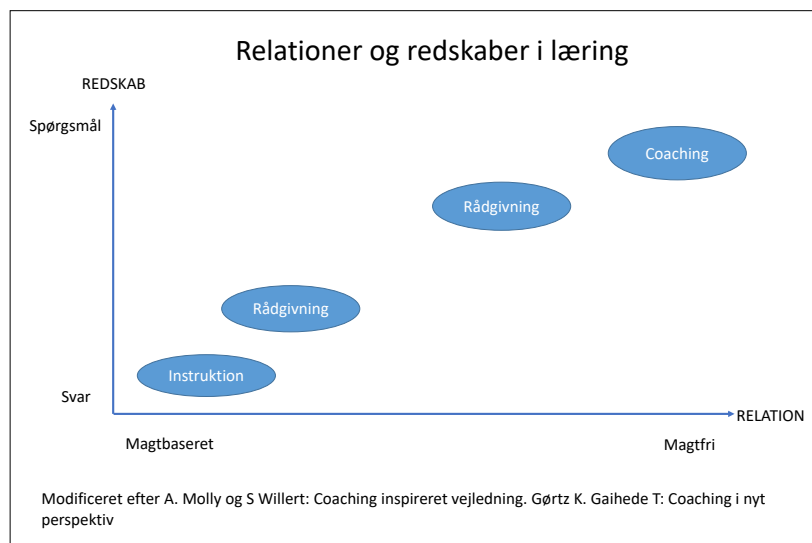
Organisation

Patienter har det med at tage den tid, der er. Derfor er det nødvendigt at prioritere og planlægge den daglige supervision og feedback. Derudover kan der med fordel blokeres længere tid i dagsprogrammet, hvor fokus kan være på kompetencevurdering og godkendelse af mål i logbogen. Blokering af tid ud over den daglige supervision giver også plads til introduktionssamtale, løbende justeringssamtaler, og slutevaluering.

TEMA 3: RELATIONER

Den gode start

Starten i praksis er vigtig: "I begin – I belong". En god velkomst, gode ram-



mer og et introduktionsprogram er med til at øge engagementet og gøre den nye uddannelseslæge i stand til hurtigere at indgå i arbejdet i klinikken. Det reducerer stress og øger tilfredsheden. En god introduktion samt gode rammer for supervision og feedback udgør et solidt udgangspunkt for læring i praksis.

Kulturen i klinikken

Hverdagen i praksis er præget af uforudsigelighed, og klinikken er et team, der skal håndtere de patienter, der nu engang måtte komme. Søgning af viden og reflekterende diskussioner for alle i klinikken er med til at fastholde en lærende kultur. Uddannelseslægen bidrager konstruktivt ved at stille spørgsmål og ved at deltage aktivt i søgning af viden og i diskussioner, og klinikken kan opnå en stor faglig gevinst ved at have skiftende uddannelseslæger.

I enhver vejledersituation er der en relation mellem tutorlæge og uddannelseslæge. Der er forskel på vægtningen mellem spørgsmål og svar og på magtforholdet i relationen. Det ene yderpunkt er "instruktion" med overvægt af svar, og hvor tutor har mere magt i kraft af at kende svarene. Det andet yderpunkt er "coaching" med overvægt af spørgsmål, og relationen

er magtfri. Der er brug for hele spektret i supervisionen i klinikken: hver ting til sin tid.

Engagement og trivsel

Tutorlægen skal have kendskab til uddannelseslægen for at kunne tilbyde den optimale supervision og feedback. Men en god relation mellem uddannelseslæge og tutorpraksis er også af betydning for uddannelseslægenes trivsel, hvilket også er kommet frem i en rapport fra Yngre Læger om trivslen blandt uddannelseslægerne i almen medicin, mens de er i deres sygehusophold.

Husk at invitere uddannelseslægerne med til sociale arrangementer i praksis i den periode, hvor de er i deres sygehusdel. Det er med til at fastholde tilknytningen til klinikken i en tid, der ellers kan være rodløs for uddannelseslægen. Vores uddannelseslæger er forskellige, ligesom vi er forskellige. Når vi har uddannelseslæger, der er meget anderledes end os selv, er det vigtigt at have for øje, at vores egen måde at gøre tingene på ikke er den eneste brugbare. En åben og respektfuld tilgang kan udvikle både uddannelseslæge og praksis. //

Kontakt forfatterne for evt. referencer



Lægepraksis fejrer 150 år

Det er sjældent, at en almen praksis kan fejre 150-års jubilæum. En klinik i det midtjyske har netop nået denne milepæl – endda med beliggenhed på den samme adresse i Skødstrup lidt uden for Aarhus. I den anledning udgav klinikken en bog, der giver indblik i livet som praktiserende læge gennem de seneste 150 år - fra 1872 til 2022.

At portrættere en virksomhed med et forløb på 150 år er en mangefacetteret opgave. Også selvom man har været medaktør gennem de sidste 35 år af årrækken. Der findes jo enkelte patienter, der kan huske 80-90 år tilbage, og udviklingen har på alle niveauer været voldsom for lægepraksis, lægevidenskaben, samfundet og det enkelte individ. Det er næppe muligt at dække alle facetter af den udvikling. Men i 2012 satte vi os i Skødstrup Lægepraksis for at beskrive, hvordan det i vores optik kan have set ud.

Anledningen var blandt andet jubilæet på de 150 år, men også det faktum, at der i disse år sker et generationskifte i almen praksis, ikke blot i Skødstrup, men over alt i almen praksis synes ændringer at være påkrævede. Ud fra de muligheder, som vi havde i form af kildemateriale, egne erindringer og patienters fortællinger, har vi valgt nogle nedslagspunkter, der beskriver en landpraksis' forvandling til en forstadspraksis ved Aarhus.

Det lykkedes os at samle billeder og tekster til bogen "Skødstrup Lægepraksis 1872 – 2022" og få den trykt til jubilæet. En komplet liste over de kolleger, der har været involveret, inklusive et større eller mindre curriculum vitae, er også med. Andre emner kunne godt ønskes belyst, men man kan jo blive ved, og der skal jo også være noget til andre at gå i gang med.

Jernbanen gav nye muligheder

Johan Christian Georg Bencke flyttede i en alder af 24 år til Skødstrup. Han var næsten nyuddannet læge fra Københavns Universitet. Hvorfor han valgte netop Skødstrup, vides ikke. Jernbanen var planlagt og blev etableret i 1877 på forbindelsen Århus-Grenå, hvilket jo gjorde det muligt at komme hurtigt fra Skødstrup til de omliggende byer og Århus. I det tidsrum, hvor man byggede jernbaner over hele landet, startede mange nye lægepraksis i stationsbyerne, da de forbedrede transportmuligheder udvidede patientgrundlaget.

I Skødstrup sogn boede ca. 1.000 mennesker, hovedsageligt på gårdene, men der var også forskellige håndværkere i sognet; tømrere, snedkere, sko-



Bogen har fået flot opmærksomhed i lokale medier. Foto venligst udlånt fra bladet "8541".



Fra 1874 til 1968 var denne bygning og praksis synonyme. De blev endda handlet i samme skøde, inklusive hestekøretøj og liberier til husken. Da der i 1967 skulle være plads til tre læger, måtte man bygge en ny bygning på den anden side af gaden.
Foto: Skødstrup Lægepraksis.



Huset her var kortvarigt lægebolig. Georg Behncke havde lejet et værelse i bedkerens hus i de første 1-2 år.
Foto: Skødstrup Lægepraksis.



mager og banearbejdere. På samme tid var Århus af en størrelse på 10.000 personer, der blev betjent af 17 læger. Uden for byerne var der gennemsnitligt 3.300 personer per læge. Der var en stor befolkningsvækst i årene op til århundredskiftet, hvilket var en følge af bedre hygiejne, lægehjælp og større velstand. Byerne var på den tid præget af pladsmangel, dårlig kloakering og elendig vandforsyning. Det var i tiden efter 1864 med tabet af ca. 30 % af Danmarks område, Sønderjylland. Mange læger fra Københavns Universitet søgte ud i landet, hvor der var frisk luft og rigeligt brug for læger. Der var fri nedsættelsesret. Man lejede et lokale og satte sit navn på døren (se annoncen).

Fra landsbylæge til distriktslæge og kredslæge

Nu var Georgs praksis jo en nul-praksis og kunne næppe brødføde en familie. Men som tiden gik, var det muligt og nødvendigt med en hustru som medhjælp tillige med en ung pige til at hjælpe med husførelsen.

Der var 7-8 kilometer til den nærmeste lægepraksis i Hornslet, hvor der også var apotek. Georg var flittig med patienterne og skrev også en del artikler i Hospitalstidende fra 1873 til 1894. Det blev til i alt 14 artikler. Fra Skødstrup flyttede lægefamilien til Åkirkeby på Bornholm og herfra til Glostrup i 1891, hvor Georg først blev distriktslæge og senere kredslæge.

Forløbet af Georgs karriere er karakteristisk for de følgende læger i Skødstrup, der gennemsnitligt blev i byen 5-6 år. En del kom direkte fra eksamensbordet og drog videre til andre praksis. Mange vendte tilbage til København, hvor de var født. En enkelt var født i Skødstrup (F. Hasle), men han flyttede også videre. Den første læge, som var uddannet fra Aarhus Universitet, var Kai Granlie, der startede praksis i 1947 i kompagniskab med Johs. Christensen og blev i 38 år. Efter 75 år med solopraksis startede den sidste halvdel af perioden som kompagniskab, og det er vi stadig.

Samarbejde og et væld af kilder

Vi er i dag et levende fællesskab med 8 kompagnoner, der hver har en stemme, og vi deler overskuddet ligeligt, dog under hensyntagen til de forskellige aktiviteter, som den enkelte læge har ud af huset.

Lægehusets og lægepraksis' udvikling er i forbindelse med 150-års jubilæet beskrevet i en bog, som er blevet til i et samarbejde mellem alle levende både nuværende og tidligere kompagnoner i huset. Der har været tale om samarbejde, som vi er vant til fra dagligdagen i en kompagniskabspraksis. Der har været talrige kilder til materialet, som er indsamlet over en periode på 35-40 år. En del af lægerne har skrevet artikler, og det har været tilstræbt,

at man havde udadvendt aktivitet af fagpolitisk, faglig eller undervisningsmæssig karakter i de sidste 55 år.

Det har givet mulighed for at gå tilbage og se, hvordan vilkårene og sygdomsbillederne har ændret sig. Vi har blandt andet journaler, som er bevaret fra 1885 til 1888 og senere i en periode i 1960'erne, hvor journalen stadig var håndskrevet. Herefter var journalerne maskinskrivne, og fra januar 1992 har alt journalmateriale været digitaliseret.

En historie fra lægelivet anno 1876

Jeg har siden 1983 været interesseret i historien. Det startede på en juleaften, hvor jeg var på vagt på Hobro sygehus. Der var ikke meget at lave, og jeg kiggede mig omkring i biblioteket.

Her fandt jeg en årgang af Hospitals-tidende fra 1877. Da jeg slog op på en forside af bladet fra 6. juni 1877, stod der "Forgiftning ved hugormebed – ved læge G. Behncke, Skødstrup v. Aarhus". Det var en historie fra det virkelige lægeliv anno 1876. Det var spændende for mig, også fordi jeg er opvokset i Skødstrup. Den artikel måtte jo med i jubilæumsbogen.

Forløbet af skriveprocessen for bogen var noget ujævn, men det lykkedes at komme frem til en historie om sundhed og sygdom i 150 år. Vi har alle lært meget af processen og om hinanden. Det er givende at vide, hvis skuldre man står på. Og det er berigende at få en fornemmelse af, hvordan vilkårene var for praktiserende læger før i tiden. //

PRACTICUS // opslag

PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i maj 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 19. april 2023.

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



Hej – og velkommen til!

Find introduktionsmateriale fra DSAM's Videreuddannelsesudvalg på DSAM's hjemmeside, og giv din uddannelseslæge en god introduktion.

Jeg fik en buket blomster den første dag, jeg startede i almen praksis i min KBU. Alt afhængig af buketstens størrelse, og hvor i landet man køber den, koster sådan én lidt forskelligt. Denne artikel handler ikke om blomsterbuketter, men om hvordan man modtages og introduceres, når man som ny uddannelseslæge starter i almen praksis.

Jeg har endnu til gode at starte i en praksis, der ikke ved, at jeg kommer den første dag – heldigvis for det da. Jeg tror, at nogle af os har prøvet at starte på en hospitalsafdeling, hvor ingen var helt klar over, at man kom. Som medicinstuderende har jeg i hvert fald flere gange oplevet, at afdelingen ikke vidste, at vi sad en ny flok. Og det betyder noget, hvordan man modtages. Det betyder noget, at nogen hilser velkommen. Det betyder noget, at nogen har tænkt over, hvordan man bedst muligt kan introduceres til sin nye arbejdsplads.

Når man som praktiserende læge beslutter sig for at blive tutorlæge og modtage uddannelseslæger i sin klinik, skal man deltage i det regionale tutorkursus. På kurset arbejdes der



Illustration: Colourbox



bl.a. med at skabe en god introduktion til praksis. Det er vigtigt. For god introduktion er selvfølgelig noget andet og mere end en buket blomster på den første dag. Og en god introduktion starter allerede før ens første arbejdsdag. Den starter ofte med, at tutorlæge eller uddannelseslæge griber ud og får aftalt ting af praktisk karakter, men måske også får præsenteret værdier og kulturen i praksis.

I DSAM's Videreuddannelsesudvalg nedsatte vi en gruppe, der skulle arbejde med "den gode introduktion". Gruppen bestod af repræsentanter fra DSAM, FYAM og Yngre Læger. Vi samlede det materiale, der findes i de tre videreuddannelsesregioner, og sammenkogte det til et fælles introduktionsmateriale, der nu ligger tilgængeligt på DSAM's hjemmeside.

Materialet består af et velkomstbrev til alle uddannelseslæger, der starter i almen praksis, et velkomstbrev, som er møntet mere specifikt på fase 3-lægen, og en introduktionstjekliste. Materialet er tænkt som inspiration og kan selvfølgelig tilpasses den enkelte praksis. Forhåbentlig finder I materialet brugbart og relevant. Måske kan det medvirke til at lette introduktionen i jeres praksis? //

FIND INTRODUKTIONSMATERIALET
HER:





Internatmøde 2023 i FYAM

Det årlige internatmøde i FYAM bød på et ambitiøst program, hvor særligt den kommende FYAM-kampagne "Speciallæge i ledelse" var i centrum.

En smuk frostklar lørdag morgen i januar drog FYAM'er fra både øst og vest mod samlingspunktet for årets FYAM-internat: Kongebrogaarden i Middelfart. Gruppen var en god blanding af "garvede" og nye i FYAM-udvalget og spændte uddannelsesmæssigt fra KBU til sidste del af hoveduddannelsen.

Som vanligt begyndte vi internatmødet med et ordinært udvalgsmøde i FYAM. Her diskuterede vi blandt andet FYAM's kommende spørgeskemaundersøgelse om kvalitet i uddannelsen og FYAM's deltagelse ved relevante begivenheder i 2023: WONCA, Folkemødet og "Preventing overdiagnosis conference" i København (PODC).

Kampagnetid: "Speciallæge i ledelse"

Et ambitiøst program var planlagt, herunder arbejdet med to større igangværende projekter.

Første del startede med fornemt besøg af praktiserende læge Christian Vøhtz, som i øvrigt kunne berette om sine egne dage som FYAM-formand og arbejdet med den tidligere "Supervisionskampagne", der – i lighed med vores kommende ledelseskampagne – havde et konkret mål med at forbedre vores uddannelse. Det er en kampagne, som har rykket vores uddannelse i en bedre retning, bl.a. med anbefalingen om 30-minutters daglig planlagt supervision.

Christian er redaktør for "Månedsskift for almen praksis" og skal hjælpe os med et af de centrale produkter i vores ledelseskampagne: en podcastserie i tre afsnit med fokus på uddannelseslægens vej ind i ledelse. Vi blev talt varme på emnet med forskellige cases om ledelsedilemmaer: "Hvad gør man, hvis kalenderne er overfyldte?" og "Er det et problem, hvis to kompagnoner ikke har samme syn på arbejdsliv og work-life-balance?" Og mange andre cases.



Det aktiverede alle fra udvalget, og så var vi klar til det videre gruppearbejde, som herefter fordelte sig mellem udvikling af nye ledelsescases til brug for blandt uddannelseslæger, f.eks. med tutorlægen til den daglige supervision, og udvikling af PR-materiale til kampagnen og formulering af, hvordan vi ønsker, at ledelseskompeterer skal indskrives i den nye målbeskrivelse.

Præsentationsvideoer om forskellige udvalg

Sidste års oprettelse af en SoMe-gruppe og en Instagramprofil var en del af processen med at udbrede den generelle viden om FYAM. Det var også for at sikre, at alle uddannelseslæger kender til FYAM, herunder at tydeliggøre, hvad vi laver i FYAM-udvalget og i de forskellige stående udvalg under DSAM, hvor FYAM er repræsenteret. Vi håber på den måde at gøre det mindre "farligt" og mere tilgængeligt for de yngre læger f.eks. at stille op til en post ved FYAM-valget eller at kontakte os, hvis man ønsker at engagere sig på anden vis.

Som led i dette arbejdede vi om eftermiddagen med at optage nogle korte videoer, som beskriver, hvad man laver i de for-

skellige stående udvalg. Videoerne vil bl.a. blive delt i nyhedsbreve og på sociale medier op til FYAM-valget, og de vil også blive lagt på FYAM's hjemmeside.

Det sociale i højsædet

Det er en gave at få nye bekendtskaber i form af engagerede FYAM-kollegaer, som man kan dele sine erfaringer med, fra alle dele af landet. Tre havde netop fået hoveduddannelse. Én havde haft sin sidste vagt i akutmodtagelsen. Vi havde en produktiv og vellykket dag – og mange gode grunde til fejring med en velfortjent middag.

Efter en god nattesøvn, en morgenløbetur eller svømning i poolen for de morgenfriske – og en overdådig morgenmandsbuffet med betagende udsigt over Lillebælt – samlede vi op på weekendens arbejde og fik uddelegeret de videre arbejdsopgaver. Derfra gik turen igen hver til sit. Vi glæder os til løbende at dele frugten af vores arbejde med jer. //



FYAM-udvalget på internat. Christian Vøhtz varmede op med oplæg om ledelse. Diskussion af cases udfordrer os i lederrollen; hvem er jeg som leder? Ideer vendes, og FYAM's kampagne "Speciallæge i ledelse" tager form. Fotos: Mie Christiansen.



Er du vores nye FYAM-REDAKTØR på Practicus?

Practicus er en af DSAM's vigtigste kommunikationskanaler. Practicus udgives i dag fem gange årligt, og hovedformålet er at formidle DSAM's arbejde inden for fokusområderne uddannelse, kvalitetsudvikling forskning og internationalt samarbejde. Til bladet er knyttet en redaktion bestående af en chefredaktør, som er almenmediciner, en redaktør, der er yngre almenmediciner, og en redaktionssekretær. Desuden er der et velfungerende samarbejde med en grafiker, en journalist og en sprogmedarbejder. Bladet udkommer i et oplag på 4.850 eksemplarer. Det postomdeles til alle DSAM's medlemmer og findes desuden i en elektronisk udgave.

Practicus udgiver også en podcast, som hidtil er varetaget af den nuværende FYAM-redaktør. Stillingen vil derfor også i større eller mindre grad omfatte denne del.

Posten som yngre redaktør på Practicus bliver ledig i efteråret 2023. Er du medlem af DSAM og FYAM? Har du lyst til at drive og udvikle DSAM's medlemsblad sammen med en engageret redaktion? Så læs med her.

Om dig

- Medlem af FYAM
- Viden om kommunikation og digitale medier
- Gode samarbejdsevner og et stort netværk
- Skarp formidler både på print og i digitale medier
- Skarp til at overholde deadlines
- God til at give feedback.

Om stillingen

Den yngre redaktør skal i samarbejde med chefredaktøren sikre fremdrift og udvikling af bladet. Stillingen kræver en bred indsigt og et bredt netværk i det almenmedicinske landskab, da koordinering og motivering af kolleger til at bidrage til bladet er en væsentlig del af rollen. Det forventes, at du holder en tæt kontakt til FYAM-udvalget og så vidt muligt deltager i FYAM's møder.

Praktiske oplysninger

Stillingen ønskes besat den 1. juni 2023 for at sikre en gradvis overdragelse af opgaverne. FYAM-redaktøren er ansat 5 timer pr. uge med fleksibel arbejdstilrettelæggelse og aflønnes i henhold til PLO's løntabel for bedriftslæger på trin 1. Pr. 1. april 2022 udgør dette 146.260,03 kr. pr. år. Det er en månedsløn på 12.188 kr. og er uden pension og feriepenge. Podcast-arbejdet aflønnes særskilt med en timepris på 500 kr.

Der er ansøgningsfrist mandag den 1. maj 2023, og der afholdes samtaler torsdag den 11. maj. Samtaleudvalget består af chefredaktør Ellen Louise Kristensen, redaktionssekretær Annette Gehrs og sekretariatschef Louise Hørslev. Ønsker du flere oplysninger om stillingen, er du velkommen til at kontakte den nuværende redaktør, Jonas Fynboe Ebert, på jonasebert@dsam.dk. Du er også velkommen til at kontakte chefredaktør Ellen Louise Kristensen og redaktionssekretær Annette Gehrs på practicus@dsam.dk.



FYAM på Lægedage

FYAM var igen i år 2022 til stede på Lægedage. Placeret sammen med DSAM og PLO i loungen centralt på lægetorget – selve hjertet i messen – uddelte frivillige medlemmer i ens grå T-shirts lakridser og FYAM-gadgets til kollegaer og fortalte om foreningen, dens formål og mærkesager.

Lægedage satte i år en perfekt ramme om forpræmien på "Om FYAM"-videoen, som kort og præcist forklarer, hvad FYAM og FYAM-udvalget er – noget, der længe har hersket ønske om at få illustreret kort og let forståeligt. Derudover blev der bl.a. uddelt plakater med "uddannelseslæger i praksis", som er en af FYAM's tidligere kampagner, der var sat i søen for at give almen praksis et redskab til at forklare konceptet for patienterne, da "uddannelseslæge" nogle gange kan være et lidt forvirrende begreb.

Alle har vist prøvet at stå i praksis og skulle forklare en patient, at man som uddannelseslæge skam er færdiguddannet læge, men blot er i gang med en yderligere specialisering inden for almen medicin. Plakaten er en visuel måde at forklare det til patienterne, f.eks. i venteværelset, inden de skal ind til (uddannelses)lægen. Plakaten fås også i digital kopi til den elektroniske opslagstavle.

En anden souvenir fra FYAM-standen var den berømte kop med "Rp. supervision", som de fleste praksisser efterhånden må have mindst én af i skuffen sammen med klinikkens kaffekopper til at minde om, hvor vigtigt det er for klinikkens uddannelseslæger at få fastlagt supervision af mindst 30 minutters varighed hver dag.

Ud over at uddele det flotte gear til både yngre kommende almenmedicinere og enkelte lidt ældre praktiserende læger fik FYAM's frivillige også snakket med nysgerrige forbipasserende om vigtige emner i almen praksis. Det var bl.a. om den forestående FYAM-kampagne om ledelse og om FYAM's engagement i det internationale samarbejde for almen praksis. Nogle nysgerrige praktiserende læger fik deres navne skrevet på en interesseliste i forbindelse med modtagelse af udenlandske yngre almenmedicinere på korterevarende udvekslingsophold via "Hippokrates Exchange".

Det lykkedes også at få enkelte nyuddannede læger – friske fra fad – i tale i løbet af de fem dage, hvor Lægedage løb af stablen. Det er nemlig vigtigt at rekruttere endnu flere (kommende) yngre almenmedicinere til vores netværk og forening, så vi fortsat stærkt, fælles og talrigt kan repræsentere og italesætte yngre almenmedicineres interesser og fokuspunkter. Derfor var vi i FYAM glade for at kunne være synligt til stede på Lægedage.

Hvis du ikke nåede forbi FYAM's stand i 2022, ses vi forhåbentligt på Lægedage i 2023. I mellemtiden kan du følge FYAM på Facebook eller Instagram, hvor der løbende deles nyheder og stemningsbilleder. //



FYAM var stærkt repræsenteret hele lægedageugen. Vi fik skrevet praktiserende læger op til Hippokrates udvekslingsprogram, delt plakater ud om uddannelseslæger, reklameret for vores kommende kampagne om ledelse, vist vores nye film "OM FYAM" og delt de meget populære krus om supervision ud. Her ses fra venstre: Katrine Høgenhaven, medlem i Kvalitetsudvalget, Daniel Staal Nyboe, repræsentant fra FYAM Hovedstaden, Stine Søndersted Clausen, suppleant i Forskningsudvalget. Foto: Mie Christiansen.



FYAM-KLUMMEN

Klager rammer yngre læger hårdt

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

Min veninde fik for nylig et brev i sin e-Boks fra Styrelsen for Patient-sikkerhed. Hun fortalte mig, hvor ondt hun fik i maven, så snart hun så det, og hun begyndte uden videre at tænke 'Åh nej, hvad har jeg gjort galt, og hvem har jeg dræbt?' Hun begyndte at græde, før hun endnu havde åbnet brevet. For det er det, at disse breve gør ved os. De rammer der, hvor det gør allermost ondt – både personligt og fagligt. Og de rammer os alle.

I den seneste tid har der været stort fokus på patientklager i flere af de lægevidenskabelige tidskrifter. Der er skrevet flere artikler om, hvordan klagesystemet fungerer, hvordan patienten kan klage, hvordan klagen modtages og behandles af både lægen og systemet, og hvornår der kan søges erstatning. Men jeg synes, at der har manglet et vigtigt fokus: Hvordan er det for den yngre læge, som får sin første klage?

Min første klage

Jeg fik min første klage i min første KBU-stilling. Eller rettere fik jeg den under min intro-stilling, men det var en klage over en episode, der skete under min KBU. Jeg havde præcis samme mavefornemmelse, som min veninde havde for nylig. Jeg tvivlede på mig selv og ærgrede mig, inden jeg havde åbnet brevet.

Da jeg åbnede brevet, kunne jeg læse mig frem til alverdens juridiske aspekter over klagen, som åbenbart er 'vigtigt' at få at vide før den egentlige klage – patientens udtalelse – læses. Jeg kunne så læse, at min tidligere ledende afdelingslæge (red. nu 'cheflæge'), et par uger før jeg fik brevet, havde vedlagt journalen fra min vagt. Jeg kan huske, at det eneste, jeg på det tidspunkt tænkte på, var 'Hvorfor har hun ikke sagt noget til mig'? Jeg undrede mig i (hvad der føltes som) flere minutter over, at ingen fra afdelingen havde kontaktet mig eller forberedt mig. Syntes de mon, jeg fortjente det? Havde jeg lavet en fejl?

Jeg fik samlet tankerne og læste videre i det 19-sider lange dokument, som beskrev forløbet af min disciplinærsag. Jeg kunne se, at patienten





havde klaget over min journalføring og min væremåde. Jeg kunne også læse, at patienten ikke ønskede dialog. I første omgang kunne jeg ikke huske patienten. Som forvagt i en akutmodtagelse ser man jo rigtig mange patienter, og denne hændelse var sket for ca. 10 måneder siden. Endelig kom jeg frem til kopien af journalen, som min daværende leder havde vedhæftet til Styrelsen for Patient-sikkerhed. Nu kunne jeg huske patienten.

Efter journalkopien kom selve klagen. Jeg hverken kan eller vil gå i detaljer om, hvad eller hvem den omhandlede, men jeg kan fortælle, at jeg blev sur over patientens klage og systemets behandling af mig, da jeg læste den. Tænk, at vi arbejder i et system, hvor alle kan klage frit over hvad som helst. Tænk, at 'min patient' kunne finde på at klage over mig. Og tænk, at systemet ikke frasorterer de klager, der tydeligvis ikke har noget på sig.

Min leder støttede mig

Jeg kan huske, at jeg græd, da jeg efter et par dage med uro i maven endelig fortalte min (på det tidspunkt aktuelle) leder om klagen. Hun var så sød at sætte sig ned og gennemgå den med mig og forklare mig forløbet. Ja, det siger måske sig selv for de fleste, at man er medmenneskelig og omsorgsfuld, når ens yngre kollega kommer trist hen og spørger om råd – men som ung og uerfaren læge er det ikke det, man tror, når første klage rammer.

Vi gennemgik klagen, og hun sagde til mig 'Daniel, det her får patienten

ikke medhold i' og smilede, mens hun gav mig et kram. Jeg tror ikke, at der er nogen yngre og 'uerfarne' læger, der selv kan forestille sig, at ens første klage ikke vindes af patienten. Heller ikke selvom de – set i bakspejlet – er skrevet af en patient i affekt og på et grundlag, der ikke bør kunne klages over og er fuldstændig spild af tid og bureaukrati.

Min patient havde klaget over, at jeg i mit journalnotat havde skrevet, at han truede mig. Det benægtede han i sin klage, at han havde gjort, og han ville have det slettet. Da det skete, talte jeg med flere kollegaer, både før og efter journalnotatet blev skrevet, og de anbefalede mig at dokumentere det – både i journalen og som en arbejdsskade. Og heldigvis for det.

Jeg skulle skrive min udtalelse – hvis jeg altså ville – til Styrelsen for Patientsikkerhed. Selvfølgelig ville jeg det, for efter snakken med min leder havde jeg fået et håb om ikke at tabe klagen. Jeg ringede til juristerne fra Yngre Læger, som dog i mit tilfælde ikke var nogen stor hjælp. De rådgav mig til at lægge mig fladt ned og beklage, at patienten havde haft en dårlig oplevelse, men dog fastholde dokumentationen for min oplevelse af samtalen. Min leder greb heldigvis bolden og sagde 'Sikke noget vås, du skriver et udkast til mig over forløbet uden at beklage, og så kommer jeg med kommentarer i stedet'.

Efterforløbet

Da jeg havde indsendt min udtalelse til styrelsen, gik jeg rundt med en konstant frygt og ond i maven. Jeg var ikke mig selv, når jeg snakkede med nye patienter. Jeg var defensiv i min måde at behandle dem på. Jeg var ked af det hjemme og vrissede af mine venner, når vi talte om arbejde. Min arbejdsglæde var så langt væk, at jeg

ikke kunne finde den. Jeg var irriteret over, at der ikke findes et klagesystem, som er bedre for lægerne.

Sagsbehandlingen skal gå hurtigere. Der bør være en filterfunktion, som direkte afviser klager, der tydeligvis er skrevet i affekt og ikke har sagligt hold i sig. Jeg mente dengang – og det gør jeg stadig – at patienten bør have en lille økonomisk udgift ved at klage.

Efter syv lange måneder kom der svar i min e-Boks. Patientens havde ikke fået medhold.

Nu sidder jeg her to år efter og har modtaget endnu en klage, som heller ikke har fået medhold i patientens favør. Men nu har jeg en del mere erfaring med patienter og klagesager. Og jeg er stadig fortørnet over, at der ikke er et bedre system, der passer på de yngre lægers følelser og arbejdsglæde, når de uundgåeligt vil få deres første patientklager.

Min veninde har modtaget en forløbsklage fra efterladte pårørende, som formentlig ikke har forstået forløbet under patientens sygdomsforløb. Den klage får de nok heller ikke medhold i. Alligevel rammer min venindes første klage hende hårdt. Og ud over os venner i netværket har hun ikke fået støtte eller hjælp fra andre. Hun overvejer, om det er dette job, der er det rigtige for hende.

Snak åbent med dine kolleger

Jeg vil ikke miste gode kollegaer på baggrund af et system, der ikke passer godt nok på de yngre læger. Så kære kolleger: Pas nu godt på hinanden. Spørg ind til hinanden. Og tilbyd en skulder og et lyttende øre, når din kollega får en klagesag. For det er kun et spørgsmål om tid, før du selv får en klage i e-Boks. Og så ville du ønske, at der var nogen, som gjorde det for dig. //



Grublerier blandt medicinstudierende

Tygger du også drøv på dine tanker? Så er du ikke alene. Det viser en ny trivselsundersøgelse fra FADL.

Det er tirsdag aften. Klokken er 23:15. Du har endelig lagt dig i sengen efter en lang arbejdsdag. Du har sat telefonen på "forstyr ikke" og slukket lyset. Du kan mærke, hvordan din krop er træt og klar til at gå i en dyb søvn, og så starter det...

Tanker flyver ind fra højre og venstre og tager form i en tankemølle, som bliver ved med at dreje rundt og rundt og holde dig vågen. En tanke om forskudsopgørelse fører til en tanke om beregninger, som fører til en tanke om den eksamen, som du ikke har fået svar på endnu, som fører til en tanke om den beregning, du ikke kunne løse, som fører til en tanke om, at du dumper til eksamen, som fører til en tanke om ikke at gennemføre medicinstudiet. Disse grublerier fører ofte til et fysiologisk respons i form af hjertebanken og øget sympaticus-aktivering, som i den grad påvirker nattesøvnen.

Trivselsundersøgelsen i tal

Foreningen af danske lægestuderende (FADL) har lavet en undersøgelse, som belyser trivslen blandt de studerende på de fire medicinuddannelser i Danmark. I 2021 deltog 2.928 medicinstuderende i undersøgelsen. Dette svarer til ca. en tredjedel af det samlede antal medicinstudierende i Danmark. Blandt deltagerne i undersøgelsen var 36 % af de studerende i stor risiko for at udvikle stress og depression ifølge WHO's trivselsindeks for stressbelastning og depression. Endvidere fandt man, at hos 61% af de studerende, som havde psykiske problemstillinger, medførte disse fysiske manifestationer, såsom hjertebanken, hovedpine og træthed.

Således var 36 % af deltagerne i FADL's studieundersøgelse 2021 i stor risiko for at udvikle stress og depression. Dette svarer til 1.054 medicinstuderende. Det er tankevækkende, synes jeg. Det gør det ikke bedre, at mange af os prøver at håndtere psykiske problemstillinger og ubehagelige følelser ved at gruble over dem. Dette kaldes inden for psykologien for "ruminering" (fra det engelske *rumin*ation, som betyder at tygge drøv), som visuelt giver et herligt billede af

ens tanker, som cirkulerer rundt i køns mave-tarmsystem. Ydermere kan grublerier føre til koncentrationsbesvær, handlingslammelse, hjertebanken og ødelagt søvn, hvilket forværrer, hvis man også lider af angst eller depression.

I en hverdag, hvor mange studerende føler sig stressede af pres fra

TRE GODE RÅD: SÅDAN MINDSKER DU GRUBLERIER

1. Distraher dig selv: Tænk på noget andet. Læs en god bog. Dyrk motion eller se en film.
2. Find triggertanken: Søg tilbage i tankestrømmen, og find trigger-tanken. (I artiklen her udløses frygten for ikke at kunne gennemføre medicinstudiet – det sidste led i grublerierne – af tanken om forskudsopgørelsen).
3. Skriv dine tanker ned: Skriv alle dine tanker ned på et stykke papir. Dette kan visualisere tankerne og dermed gøre noget usynligt mere håndgribeligt.

Disse grublerier fører ofte til et fysiologisk respons i form af hjertebanken og øget sympaticusaktivering, som i den grad påvirker nattesøvnen.

bl.a. studie, arbejde og privatliv, kan det være svært at søge hjælp til noget, som er usynligt for andre, og som den praktiserende læge måske har svært ved at navigere sig frem til på en 15-minutters konsultation. Så hvordan passer vi på os selv som studerende? Og hvordan giver vi vores kommende kollegaer de bedste forudsætninger for at kunne afhjælpe vores grubleproblematik?

Hvordan stopper du dine grublerier?

Metakognitiv terapi er en nyere psykologisk behandlingsmetode, som ikke beskæftiger sig med indholdet af tanker, men hvad der "trigger" tankerne til at begynde med, såkaldte trigger-tanker. Det vil sige de tanker, som får tankemøllen til at dreje rundt. Det er tidligere nævnt, at det kan være handlingslammende at være i et stadium, hvor man er plaget af grublerier. Metakognitiv terapi beskæftiger sig derfor også med at reducere den tid, som man bruger i tankemøllen.

Det kan være ufatteligt trættende at bruge op mod fem timer om dagen på grublerier, hvor det ville være utroligt givende for den pågældende person at kunne reducere grubleritiden. Derudover er det vigtigt at tale med

venner og familie, når grublerierne bliver for belastende.

FADL's næste studieundersøgelse udkommer i slutningen af januar 2024. Det bliver interessant at se, om trivslen blandt de medicinstuderende er blevet dårligere eller bedre siden sidste undersøgelse.

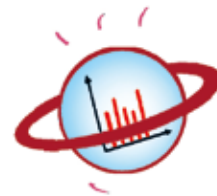
Jeg håber, at denne artikel kan være

med til at sætte fokus på nogle af de problematikker, som er hyppige blandt medicinstuderende. Jeg håber også, at behandlingsværktøjer fra metakognitiv terapi finder vej til almen praksis, så den store mistrivsel i befolkningen kan afhjælpes.

Kontakt forfatter for evt. referencer. //



Illustration af Henriette Peter.



TANKER FRA STOLEN:

Viden er fandeme ikke et synspunkt, men...

Astrofysikeren Anja C. Andersen blev i et interview spurgt, om hun var troende... lang pause..., hvorefter den i øvrigt veltalende videnskabskvinde lidt spagt svarede: ja!

For mig var det et magisk øjeblik: Denne hardcore saglige forsker bekendte sin tro på mere mellem himmel og jord end de eksakte videnskaber. Befriende ærligt! Stor applaus!

Jeg har altid haft det svært, når nogen er urokkelige i deres "viden". For eksempel ateister, der skråsikkert forkynder, at der intet liv er efter døden, ingen gud... Underforstået, at troende mennesker er naive.

Hvor ved ateisterne fra, at der ikke er noget efter døden? Jeg har lige så svært ved at forestille mig "ingen-ting" som at forestille mig et liv efter døden. Men jeg er ikke troende: Jeg er tvivlende. Jeg føler mig utryg ved mennesker, der ikke

besidder tvivlens nådegave. Ligesådan har jeg det med lægegerning, der udelukkende baserer sig på såkaldt evidens.

Det er klart, at når vi læger iværksætter en behandling, skal der være evidens for, at medicinen virker, at proceduren er virksom, og at der er tilstrækkelig viden om bivirkninger og interaktioner, så risikoen for fejl minimeres. Men evidensbaseret medicin (EBM), er mere end det!

Det er ikke nok at kende symptomer, objektive fund, undersøgelsesresultater og medicinens indikation, før behandling iværksættes. Patientens personlighed, historik og den aktuelle kontekst skal medinddrages i beslutningen. Vi praktiserende læger gør i konsultationen brug af vores dømmekraft!

Troen på, at medicinen hjælper, trygheden og relationen mellem læge og patient kan være afgørende for, om behandlingen virker. Andet end evidensbaseret viden inddrages i afmålt grad – og vice versa.

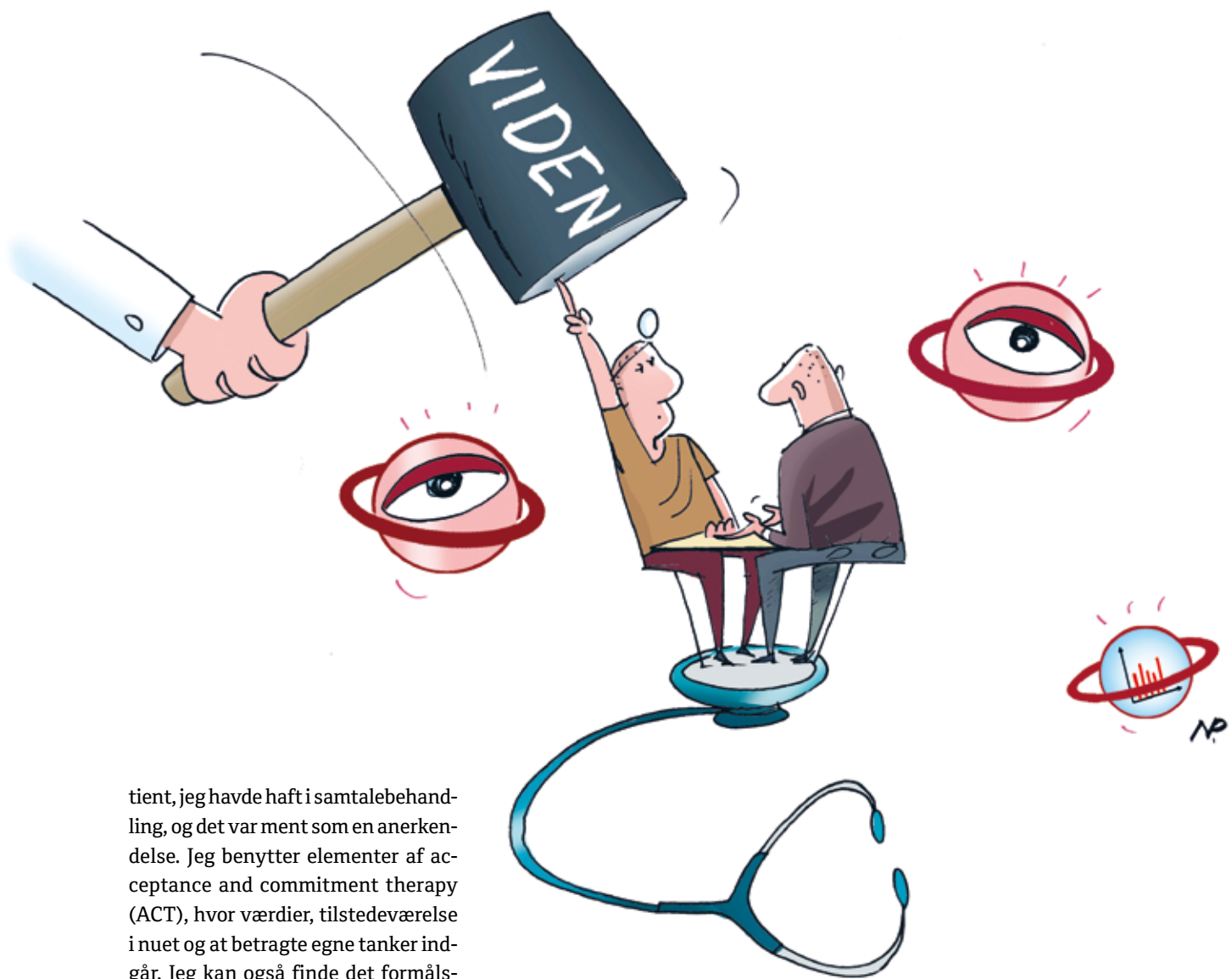
Som praktiserende læge arbejder

jeg i et felt, der rummer usikkerhed. Almenmedicineren er generalist og har ofte at gøre med mennesker, der er fysisk raske, men har en bekymring for at fejle noget. Et symptom er et signal fra kroppen, der tolkes som tegn på sygdom. Det skal undersøges, før sygdom kan udelukkes! Jeg kan ikke altid være 100 pct. sikker på, at det ikke er noget alvorligt, men må stole på min erfaring, faglige viden og statistik for at vurdere det. Stole på min dømmekraft. Og evt. iværksætte yderligere tiltag, når det er indiceret.

Det er mit ansvar kun at lave nødvendige undersøgelser. Jeg må bære en grad af usikkerhed; for flere og flere undersøgelser vil kunne forværre bekymring og prognose. Med andre ord sætter jeg en grænse for, hvor sikker en viden jeg vil opnå.

Jeg opfatter mig selv som en rimeligt stringent fagligt funderet læge, der kender evidensen og er bevidst om det, når jeg bruger mig selv som medicin. Så jeg blev overrasket, da en patient karakteriserede mig som en spirituel læge! What? Det var en pa-





tient, jeg havde haft i samtalebehandling, og det var ment som en anerkendelse. Jeg benytter elementer af acceptance and commitment therapy (ACT), hvor værdier, tilstedeværelse i nuet og at betragte egne tanker indgår. Jeg kan også finde det formålstjenligt at foreslå meditation. Dét er jo ikke særligt håndfast eller håndgribeligt og har tråde til buddhisme, så det er sikkert dér, det spirituelle kommer til. Samtaleterapi baserer sig på videnskabelige undersøgelser – er evidensbaseret – så vi ved, at teknikken virker per se. Men en del af effekten er afhængig af lægens personlige egenskaber, relationen og åbenhed for det uprøvede hos både læge og patient. Som musikeren Peter Bastian formulerede det: at være forundringsparat! Og her er den eksakte viden mindre tydelig. I vores fag er det vigtigt at

forholde sig tro mod den eksisterende viden, men det kan være hensigtsmæssigt at veje sin viden op mod det oplevede og mindre evidente, at turde bruge sig selv og udstille sin tvivl.

For Anja C. Andersen er det afgørende, at hendes fokus i astrofysikken er på det påviselige og reproducerbare. Men for mig er det også trygt, at hun er åben for tro og tvivl. Hun blev dog udfordret i sommer, hvor hun var udsat for en flat earther, der skjult fik lov til at interviewe hende. Hans ab-

surde påstande blev ligestillet med hendes astrofysik og eksakte videnskabelighed. Det var helt urimeligt, og Anja udbrød efterfølgende: "Viden er fandeme ikke et synspunkt!" Dét statement blev et hit – trykt på T-shirts.

Jeg har selv én. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



Den nye regerings sundhedspolitik – en ny gang bullshitbingo?

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.



Vi har fået en flertalsregering i Danmark. Det kunne medføre væsentlige ændringer på sundhedsområdet, som ville kunne redde den synkende skude. Men umiddelbart virker sundhedsudspillet – i det mindste delvist – som en gang bullshit.

En ændring er behandlingsgarantiens midlertidige forlængelse fra 30 til 60 dage. Det er en bydende nødvendighed for at få ro på systemet. Men hvorfor kun midlertidigt? En mere modig tilgang ville være en differentieret behandlingsgaranti. Eller en afskaffelse. Privathospitalerne ville tjene mindre. Men den lægelige videreuddannelse ville bedres, og social ulighed ville mindskes.

Man vil også nedsætte en strukturkommission. Den skal opstille og belyse modeller for den fremtidige organisering af sundhedssystemet, blandt andet med det formål at få nedbragt uligheden i sundhedsvæsenet. Det lyder umiddelbart forjættende, men rent praktisk kan man tvivle på, om det at sammenlægge et par regioner eller at anbefale, at den primære sektor skal tage større sundhedsansvar, rykker noget. Hvor skal hænderne til at udføre arbejdet komme fra? Og hvad ændrer en ny sundhedsstruktur på, at Gini-koefficienten er den højeste i 30 år? Det vil sige, at det er 30 år siden, at der har været større social ulighed i Danmark. Vi

må vente til foråret 2024 for at se, hvad udspillet bliver. Og håbe, at min kyniske tvivl kommer til skamme.

I forhold til problemet med manglende personale i sundhedsvæsenet vil regeringen sikre mere personale, bedre arbejdsmiljø, men også flere til at tage del af vagterne. Igen må man spørge: Hvor skal hænderne komme fra? Arbejdsmiljøet bliver ikke bedre, så længe der mangler hænder, og flere samtidig skal gå i vagt.

Regeringen vil langt om længe nedsætte et prioriteringsråd. Men vil prioriteringsrådet have den faglige indsigt til at stoppe de store mængder af unødvendige og måske endda skadelige undersøgelser og behandlinger, der foregår? Mange af dem foretages for en sikkerheds skyld, eller fordi det plejer vi. Og vil prioriteringsrådet også have indsigt nok til at prioritere, hvordan læger skal arbejde? Hvorfor skal yngre læger på sygehusene selv bestille prøver og undersøgelser? Kunne man ikke have sekretærer til dette? Og hvorfor skal praktiserende læger spille tid med at lave ligegyldige attester til kommunerne og unødvendige undersøgelser af patienter for at kunne få dem henvist? Kigger prioriteringsrådet på det?

Regeringen vil lave akutplan og kigge på psykiatrien. Det er vigtige områder – uden tvivl.

Lad os håbe, at det medfører andet end varm luft i ringbind og DM i bullshitbingo. //



BOGANMELDELSE:

Snart er vi alle patienter

Overdiagnostik har store konsekvenser for patienten og for samfundet. Ny bog giver akademisk indblik og argumenterer for øget opmærksomhed på fænomenet.

For 10 år siden kom en rask borger ind i min konsultation og bad om et helbredstjek. Det drejede sig om Anton, en 60-årig mand, som oplevede, at mange mænd i hans omgangskreds havde fået konstateret blærehalskræft. Det var hans indtryk, at alle på golfbanen kendte deres PSA-tal.

Da han ingen symptomer havde, prøvede jeg at problematisere målingen, men det lykkedes ikke at over-

bevise ham om, at blodprøven ikke skulle tages. Han var blevet bange pga. de mange historier, og ægtefællen havde også presset på for at få ham til at gå til læge. Hun havde sagt ja til alle screeninger, så kunne han vel også få taget en blodprøve. De havde begge set "Knæk cancer" i fjernsynet med deltagelse af flere "kræftoverlevende" og havde forstået budskabet: Det er vigtigt at opdage kræft så tidligt som muligt.

PSA var desværre forhøjet. Måske var han endnu ikke gjort til patient, men han havde en risikofaktor, som gjorde, at han blev henvist til urologisk ambulatorium. Her fik han foretaget prostatabiopsier, som viste kræftceller. Han blev behandlet med stråleterapi og efterfølgende målinger af PSA hver tredje måned. Biopsier og/eller behandling medførte desværre forringet potens og intermitteren-



FORFATTERE: Alexandra Brandt Ryborg Jønsson og John Brodersen

FORLAG: Samfundslitteratur

UDGIVELSESDATO: 05-09-2022

ISBN13: 9788759336496

SIDER: 277

ORIGINALSPROG: Dansk

de urin-inkontinens. Han blev efter nogen tid afsluttet til mig med råd om PSA-måling hvert år, hvilket var svært at overholde, for han var blevet tiltagende opmærksom på symptomer fra urogenitalsystemet. Kun en PSA-måling kunne berolige ham.

Heldigvis forblev PSA ret konstant. Han var meget nervøs, inden han kom til svar, men tilsvarende glad og lettet, når PSA var uændret siden

sidst. I forbindelse med en af blodprøverne blev der også målt et marginalt forhøjet kolesterol og BT 160/100. Han kom i behandling for blodtrykket og ville prøve at dyrke motion og leve lidt sundere. Sidste år døde han pludselig i en trafikulykke, da han var ude at køre på sin nye MTB.

Ved en efterfølgende samtale med hustruen fortalte hun, at det havde påvirket ham meget, at han kunne opleve inkontinens, og det havde gjort, at han havde sagt nej til flere sociale arrangementer og bl.a. var stoppet med at spille golf. Han havde været glad og tryk ved at have mig som læge og for blandt andet at have fundet ud af, at han havde prostatakræft, så han kunne blive behandlet. Han betragtede sig selv som én, der havde vundet "kampen" mod kræften. Jeg vidste desvær-

Overdiagnostik kan ikke forstås isoleret set som et medicinsk problem uden at medtage den kontekstuelle interaktion mellem individ og samfund.

re alt for godt, at det ikke var hele sandheden.

Sandheden var, at han levede sine sidste 10 år som patient – med prostatacancer, inkontinens, dyslipidæmi, erektil dysfunktion og hypertension. Han døde ikke af nogen af diagnoserne, og to af dem var følger efter undersøgelse og behandling på sygehuset. Han var overdiagnosticeret.

Giver akademisk indblik

Hold op, hvor har jeg tænkt meget på Anton, mens jeg læste bogen "Snart er vi alle patienter", som er skrevet af almenmediciner og professor John Brandt Brodersen og antropolog Alexandra Brandt Ryborg Jønsson.

Anton var overdiagnosticeret, for han døde ikke af prostatacancer, hypertension eller dyslipidæmi, men af noget helt andet. Han var formentlig udsat for både overdetektion (når man finder sygdom, som patienten ikke kommer til at mærke eller dø af) og overdefinition (reducerede grænseværdier for risikomarkører som f.eks. PSA, blodtryk og kolesteroltal).

Forfatterne giver et akademisk indblik i det, der kan gå galt, når vi overdiagnosticerer, overdetekterer, overdefinerer, overbehandler, laver labeling eller "patientificering" og epistemologiske fejltagelser. De er alle faldgruber, som kan identificeres i ovenstående case, når man har læst bogen.

Overdefinition eksemplificeres i bogen med en beskrivelse af en undersøgelse fra Norge, der viste, at over 95 % havde mindst en forhøjet risikofaktor ifølge de europæiske guidelines. Alligevel havde man i området

en højere gennemsnitlig levealder sammenlignet med andre europæere.

Det er klart, at det i høj grad er uhensigtsmæssigt både på individ- og samfundsniveau, hvilket der overbevisende redegøres for i bogen med både antropologiske og lægevidenskabelige argumenter.

Jo før, jo bedre?

Bogen sandsynliggør, hvordan mange aktører i samfundet (inkl. vi læger) skubber til de processer, der giver anledning til ovenstående fænomener, og det meget intuitivt logiske i, at patienter og læger tænker: "jo mere viden, jo bedre" og "jo før, jo bedre". Men er det også det? Ikke nødvendigvis – og i hvert fald ikke altid – ifølge forfatterne.

Det beskrives, hvordan overdiagnostik ikke kan forstås isoleret set som et medicinsk problem uden at medtage den kontekstuelle interaktion mellem individ og samfund. Der argumenteres for, at sundhedskulturen er præget af healthism og neoliberalisme, som medfører et forpligtende biomedborgerskab, hvor den enkelte forventes at tage ansvar for egen sundhed – ikke kun for egen vinding skyld, men som en forpligtelse over for samfundet, som det også er eksemplificeret i min case fra virkeligheden.

Hvis overdiagnostik skal undgås, skal alle tænkelige incitamenter og drivkræfter til overdiagnostik så vidt muligt kortlægges.

Pres – et nyt incitament

Det store problem er, at overdiagnostik er svært at identificere på individniveau, da det ofte tidligst kan konstateres, når patienten er død, men det skal forstås på samfundsniveau, hvor medier, politikere, industri og patientforeninger ofte argumenterer for principper eller indfører lovgivning, som kan føre til både overdiagnostik og overbehandling.

Det synes dog som om, at faren for sundhedsvæsenets nedbrydning med både presset økonomi og mangel på arbejdskraft har givet nyt incitament til at se på spildet af ressourcer i sundhedsvæsenet både hos beslutningstagere og sygehusledelse. I hvert fald var jeg til et møde hos den lokale sygehusledelse for tre uger siden, hvor der blev sagt, at man ville fokusere på, at "20-30 % af det, vi laver i sygehusvæsenet, ingen nytteværdi har for patienten". Det er en erkendelse, som nok ikke ville være blevet italesat mange steder i sygehusvæsenet for bare for fem år siden.

Usikkerhed – et grundvilkår

I bogen argumenteres der ikke for, at overdiagnostik og overbehandling helt kan undgås, men at den skal mindskes. Ifølge forfatterne er en af måderne at opnå det, at både læger, patienter – ja, hele samfundet – må erkende, at usikkerhed er et menneskeligt grundvilkår og acceptere den usikkerhed i diagnostikken, sygdomsforståelsen og behandlingerne.



Rammer stor målgruppe

Det har været en fornøjelse at læse bogen. Sproget er varieret og godt, og argumenterne er logisk opbyggede, men den er ikke letlæst. Der er meget viden på hver side. Især de antropologiske betragtninger var udfordrende, men de er meget spændende og er med til at give bogen mere pondus. En DJØF'er vil formentlig nemmere kunne tilegne sig den viden, men have tilsvarende svært ved den mere medicinsk-faglige del.

Bogen er godt delt op i et fantastisk forord af Ole Hartling, en indledning og læsevejledning og herefter otte kapitler, som kan læses individuelt. Derfor er der også en del gentagelser, som dog ikke generer.

Hvert kapitel indledes med en case og en kort introduktion, som opridser, hvad kapitlet handler om, og hvert kapitel afsluttes med en opsamling samt oplæg til refleksion og diskussion. Påstande og argumenter underbygges som oftest af eksempler ud over selvfølgelig en

hel del litteraturhenvisninger (400-500). Dette fungerer godt og gør bogen pædagogisk.

Den vil være fremragende som lærebog og som opslagsværk for praktiserende læger, sygehuslæger og beslutningstagere eller andre med samfundsvidenskabelige interesser. Bogen er yderst samfundsrelevant og fokuserer på mange af de aktuelle udfordringer i sundhedsvæsenet. Det kunne måske være relevant at udgive en pixiudgave til politikere, patientforeninger eller borgere med interesse for emnet. //

**Bogen kan
varmt anbefales.**

Ekkokardiografi i almen praksis?

Til DSAM's årsmøde i Kolding 2022 smed Søren Brostrøm en lille bombe ind i fremtidens almen praksis: en lille ultralydsbombe, som vi også omtalte i podcasten fra årsmødet. Direktøren for Sundhedsstyrelsen forudsagde nemlig, at man i almen praksis om 10-15 år foretager ekkokardiografi.

Det var en overraskende udtalelse, så Practicus Podcast opsøgte repræsentanterne fra Dansk Almenmedicinsk

Ultralydsselskab, DAUS, der heldigvis var til årsmødet og gerne stillede op til en kommentar.

Lyt med, når Practicus Podcast møder næstformanden for DAUS til en snak om, hvordan fremtiden for implementering af ultralyd i almen praksis ser ud, og om den fremtid inkluderer ekkokardiografi.

Practicus Podcast kan høres på alle de store podcast-tjenester og på DSAM's hjemmeside. //



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