

Practicus

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



November 2023
46. årgang // 267

FOKUS PÅ

DSAM'S ÅRSMØDE 2023 OG POD23

Videokonsultationer skaber nye muligheder for patienters deltagelse, side 30

Om livet "i mellemtiden": en hverdag med foregribelse af kræft, side 32

Overdiagnostik og de vilde ting, side 42

INDHOLD

LEDER

- 3 Rugbrødsarbejdet har spist min tid

DSAM

- 4 Spillet om ansvaret
5 Common trunk - opgaverne i almen praksis
8 Nye ansigter i DSAM's bestyrelse
10 Den ældre skrøbelige patient – ny vejledning
12 POD 2023 – arbejdet bag konferencen
15 Nordisk ledermøde i Helsinki

ARTIKLER

- 18 Risikoen for overdiagnostik og overbehandling er en del af den klinisk tankegang
20 ÅM23: Almen praksis har aldrig haft en bedre fremtid end nu
22 ÅM23: Forventningsafstemning er helt afgørende, når ledelse skal lykkes
23 ÅM23: Skal vi udskrive mindre medicin
24 ÅM23: Bæredygtig klinik: Ryd op i almen praksis
25 Camilla Aakhjær får DSAM's Talentpris 2023
26 Ph.d.-Cup 2023
27 FYAM-prisen 2023
28 Husk din efteruddannelse: Hvad er dine muligheder?
30 Videokonsultationer skaber nye muligheder for deltagelse

- 32 Om livet "i mellemtiden": en hverdag med foregribelse af kræft
35 Grønt tip: Plastikkopper til urinopsamling
36 En dag med praktiserende læge Kamilla Rost

FYAM

- 38 Byd (bedre) velkommen til en ny generation af læger
40 Voxpop fra "Prevening Overdiagnosis"
42 Overdiagnostik og de vilde ting
44 Mød dit FYAM-udvalg

SAMS

- 46 Bliv en stor oplevelse rigere som stud.med. i det grønlandske sundhedsvæsen

DEBAT

- 48 Hvor stor nytte har almen praksis af STPS-tilsyn?
50 Patientens advokat

OPSLAG

- 49 PLU-fonden, ansøgningsfrist
52 Practicus Podcast: Hverdagens dilemma



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

ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR
Ellen Louise Kristensen
redaktoer@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR
Solvej Videbæk Bueno
solvejvidebaek@dsam.dk

REDAKTIONSSSEKRETÆR
Annette Scharff Gehrs
asg@dsam.dk

NÆSTE NUMMER
Nr. 268
Udgivelsesuge: 52

Nr. 269
Frist for artikler: 8. januar 2024
Udgivelsesuge: 10

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

FORSIDEFOTO
DSAM's bestyrelse pr. 7. okt. 2023
Foto: Palle Skov

LAYOUT/TRYK
Jørn Thomsen Elbo A/S
Essen 24, 6000 Kolding
www.jto.dk

OPLAG
4.900

ISSN: 0109-2235

 **Dansk
Selskab for
Almen
Medicin**

Rugbrødsarbejdet har spist min tid

Vi skruer tiden tilbage til 2012. Jeg var relativt ny i klinikken og optaget af at lære mine patienter at kende. Økonomien i drift af egen praksis var jeg mindre optaget af. Det føltes bare godt med "fod under eget bord".

Klinikkens økonomiminister kunne til vores ledelsesmøde berette, at vi havde indbetalt 3 x 8.000 kr. (så vidt jeg husker) til regionerne, fordi vi havde overskredet økonomiloftet.

Skal vi betale penge tilbage for allerede leveret arbejde? Ja, det skulle vi.

Nu står vi her så igen. Vi ved godt, hvor overskridelsen kommer fra. Konsultationer om medicin i restordre og de nødvendige medicinændringer, som det medfører. Afsluttede patienter fra en hospitalspsykiatri i knæ, og konsultationer om berømt væggtabsmedicin, hvis navn er tatoveret på danskens nethinde. Fra rugbrødsarbejdet i klinikkerne med andre ord. Patienterne har haft mere brug for os. Og det kan man så se på statistikken.

Det er et paradoks, at vi kan se virkelig mange patienter og ikke har tid til de andre opgaver. Jeg har for eksempel ikke fået brugt alle mine kursusmidler i år, kun nogle af dem. Det gik helt i stå under corona, og jeg er ikke tilbage på tidligere tiders kursusaktivitet. Selv om der udbydes mange flere kurser. Jeg har nået ca. halvdelen af mine patienter på bostederne, selv om jeg gerne ville have nået dem alle. Og jeg har deltaget i et enkelt forsknings-

projekt, selv om jeg har fået flere invitationer fra dygtige forskere i vores fag.

Hvorfor?

Rugbrødsarbejdet har spist min tid.

Det er sket, selv om det ellers giver fagligt rigtig god mening at gøre noget ekstra for en befolkningsgruppe med særligt behov. Og selv om jeg i dagligdagen sætter pris på at læne mig op ad velgennemført almenmedicinsk forskning, som vi heldigvis har meget af i Danmark. Ny viden flytter noget for patienterne. Og for lægen. Den erfaring har jeg gjort mere end en gang. Hvem har ikke prøvet at føle sig fagligt fornyet efter en tur i kursus-helikopteren?

Vi ser ind i en tsunami af nye opgaver og forventninger til os. Jeg savner prioritering. Vi må ud af dette dødvande, men hvordan?

Det er spørgsmålet. //



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

KLUMME OM KOMMUNIKATION OG PRESSE I DSAM:

Spillet om ansvaret

Spillet om ansvaret: Hvem gjorde det? Hvis skyld er det? Den slags spørgsmål går ofte igen i mediernes dækning af nyheder. Det er ingen undtagelse på sundhedsområdet.

Dykker man ned i nogle af de sager, der har været, er det tydeligt, at medierne gerne vil have placeret et ansvar. Det er godt for selve deres fortælling, men det er også nemmere for modtagerne at forstå, hvis der er en helt og en skurk.

I den forbindelse er DSAM interessant, da de praktiserende læger er nogle af nøgleaktørerne i sundhedsvæsenet, og de sidder med et stort ansvar. Medierne har f.eks. kontaktet os for at få vores kommentar til brugen af Ozempic eller medicinmangel. Og her kan DSAM og dermed lægerne både indtage rollen som helt eller skurk.

Er der en skurk?

Medierne er blandt andet interesserede i at finde ud af, hvem der har skylden for, at der ikke er medicin nok, eller at medicinudgifterne løber løbsk. Der skal placeres et ansvar.

Er det lægernes skyld, at udgifterne bare vokser og vokser, fordi de udskriver for meget medicin? Er det patienterne, der

vil have en genvej til at tabe sig? Eller er det måske lægemiddelindustrien? Men historien om bl.a. de stigende medicinudgifter er ikke som i eventyrerne en sort-hvid historie, hvor der er én, der har skylden. Dertil er problematikken for kompleks. Som DSAM's formand, Bolette Friedrichsen, udtrykte det i september i Dagens Medicin, da hun blev spurgt til forslaget om at ændre på medicintilskuddet i forhold til særligt Ozempic:

”Jeg synes dog, at det er for let at pege fingre ad de praktiserende læger. Novo Nordisk og myndighederne bærer i høj grad også et ansvar for, at vi er havnet i den her uheldige situation.”

I forhold til manglen på medicin er forklaringerne formentlig også mange. Det nytter jo ikke noget, at vi i Danmark har relativt billig medicin, hvis der ikke er noget på hylderne. DSAM har sammen med Apotekerforeningen skrevet et debatindlæg i Altinget, hvor vi blandt andet foreslår, at det Fælles Medicin Kort (FMK) bliver udviklet, så man samtidig kan se, hvilken medicin der er udsolgt.

Og sådan er det ofte, selvom medierne gerne ville det anderledes: Der er ikke altid en skurk og en helt, som man kender det fra eventyrerne. //

Er det lægernes skyld,
at udgifterne bare vokser og vokser,
fordi de udskriver for meget medicin?





BESTYRELSENS KLUMME:

Common trunk – en beskrivelse af opgaverne i almen praksis

I april 2023 udgav DSAM en rapport over opgaver i almen praksis. Formålet var at forklare omverdenen, hvilke opgaver vi løser, hvad opgaverne kræver – og hvad de bidrager med i sundhedsvæsenet.

I en tid, hvor der fra politisk hold udtrykkes tvivl om, hvad vi kan og gør, er det vigtigt at understrege vores professionalisme og fortælle omverdenen, hvad almen praksis er, og hvordan vi arbejder. Kendskab til vores arbejdsmetoder skal forebygge meningsløse opgaver og sikre, at vi kan yde god almenmedicinsk faglighed i vores konsultationsrum, uanset hvor i landet vi arbejder.

I april 2023 udgav DSAM en rapport over opgaver i almen praksis. Formålet var at beskrive alle de forskellige opgaver, som vi løser. Vi ville forsøge at forklare omverdenen, hvad opgaverne indebærer, kræver og bidrager med. Vi ville give de forskellige aktører på sundhedsområdet inkl. politikere og borgere indsigt i, hvad der reguleret sker i almen praksis. Hvad det er, som samfundet og den enkelte borger får i mødet med den praktiserende læge og dennes ansatte. Vi oplever, at vores rolle misforstås, eller at forudindtagede synspunkter kan præge dialog og beslutningsprocesser omkring os og være uhensigtsmæssigt for vores (sam)arbejde. Og det skal vi undgå.

Det var således DSAM's håb, at vi ved nøgternt at beskrive en fælles mængde af vores arbejdsopgaver kunne oplyse om – og være med til at passe på – vores kerneværdier. Nogle har opfattet beskrivelsen omvendt: som en spændetrøje, der dikterede, hvordan den enkelte klinik skulle præstere. Sådan er det selvfølgelig ikke. Det er en opgave for PLO og regionerne at aftale, hvad vi skal levere. Og kun dem. DSAM forholder sig alene til det faglige indhold i vores opgaver.

I DSAM er vi bevidste om, at en af kvaliteterne i almen praksis er vores diversitet; at vi tager farve af vores patientpopulation, og at vi tilpasser os den patientgruppe, som er tilknyttet os. Det er netop en god ting for patienterne, at vi har diversiteten. Sygdomsbilledet er ikke ens i vores klinikker. Opgaven retter sig mod de problemstillinger, som patienter-



Der er - og skal være - variation i, hvad klinikker rundt om i landet giver sin patientpopulation.

ne kommer med, og spidskompetencen for lægen er forskellig. I områder med mange erhvervsaktive fylder stress, belastning og bekymringer, hvorimod der i socialt udsatte udkantsområder er et andet behov med sygdomsbilleder, som er præget af langvarig manglende egenomsorg og kronisk sygdom, og det bliver da lægens spidskompetence i det område. Vores tema til årsmødet i år handlede netop om det fælles omdrejningspunkt, vi har med diversitet, patientcentreret fokus og kontinuitet.

Diversitet udelukker ikke kontinuitet

Der er - og skal være - variation i, hvad klinikker rundt om i landet giver sin patientpopulation. Den enkelte klinik har den fine funktion at være i øjenhøjde med sin egen patientpopulation. Vores særkende er, at vi er bæredygtige i relation til nærhedsprincippet, hvor patienten har nem adgang til sin egen læge i nærområdet, og patienten kan vælge at blive hos den samme læge. Undtagelsen er frasi-gelser, som er sjældne. Ud over diversitet, så medfører listeprincippet også den kontinuitet, som er så givende for patientens helbred. Det er dokumenteret, at kontinuitet i almen praksis har en afgørende positiv betydning for både dødelighed, indlæggelser og brug af lægevagten, som beskrevet i Høgne Sandvik og kollegers hyppigt citerede artikel i BMJ fra 2022.

Når vi nu hylder diversiteten, er det så overhovedet muligt at definere en overordnet fælles mængde for, hvad vi alle forventer som fælles standardniveau på landsplan? Det mener DSAM, at det er. Når aktører uden for almen praksis med indflydelse på almen praksis siger, at de ikke forstår, hvad vi bidrager med, så må vi selvfølgelig kunne beskrive det med baggrund i vores kerneværdier.

Forskellen i patientpopulationerne ændrer ikke ved, at vi alle er læger, som er rundet af den samme uddannelses-tradition og med de samme grundlæggende færdigheder. Forskellen mellem os består mestendels i vores forskellige patientpopulationer. Og det er ikke svært at forklare, at der kan være klinikker, hvor det ikke giver mening at tilbyde hele fælleskataloget. Og derfor er det selvfølgelig også beskrevet i dokumentet.

Hvis man f.eks. kun har ganske få fertile kvinder i sin population, så kan man ikke opretholde øvelse til at anlægge spiral. Og så må man henvise til en kollega eller en anden speciallæge.

Hvad er ikke opgaver i almen praksis?

Vi har et kapitel om opgaver, som almen praksis ikke kan påtage sig. Vi understreger, at opgaver i almen praksis er arbejde med almindeligt forekommende sygdomme, dvs. sjældent forekommende sygdomstilstande skal opdages, men ikke behandles, i almen praksis.

Vi nævner også, at vi ikke skal have opgaver, som ikke kræver lægefaglig vurdering. Det kunne være attester eller erklæringer om noget, som lægen ikke objektivt kan vide noget om. Vi skal heller ikke have receptfornyelser eller ansøgninger om enkelttilskud for behandling, som andre læger har behandlingsansvar for, ligesom vi heller ikke skal give svar på undersøgelser, som andre har bestilt. Henvisninger på vegne af andre forsinker udredningen, og det svækker patientsikkerheden, at det ikke udføres af den læge, der har stillet indikationen. Vi bør heller ikke bruge tid på opgaver af ren administrativ art, f.eks. henvisning til (vederlagsfri) fysioterapi.

Hvad er en konsultation?

I rapporten er der en gennemgang af de forskellige konsultationsformer eller patientkontakter, som typisk sammenfletter sig i en almindelig konsultation i vores hverdag. Det illustrerer meget godt kompleksiteten af indholdet i en konsultation, hvor vi spænder fra forebyggende indsats til diagnostisk "mode" og videre til medmenne-skelig støtte og lindring og tilbage til tovholderfunktion, hvor der måske aftales en plan. Det ser indlysende ud for os, der skifter mellem konsultationstyper dagen lang. Men for andre skulle det gerne bidrage til mere indsigt i vores arbejdsmetoder og opgaver.

De forskellige patientkontakter kunne også have været kategoriseret anderledes, men vi endte med 8 typer:

DE 8 KONSULTATIONSTYPER

- **Akut opstået helbredsproblem:** en kortere konsultation med afgrænset problemstilling (f.eks. akut urinvejsinfektion, andre infektioner, små skader), men det kan også være akutte støttende krisesamtaler og akutte psykiatriske tilstande, dvs. kontakter, der kan tage meget længere tid.
- **Diagnostik og udredning** af et eller flere symptomer, som kan have stået på i kortere eller længere tid. Her skal de raske bekymrede filtreres fra dem med sygdom. Her er tale om vores special-kunnen i det prædiagnostiske rum.
- **Behandling** af allerede diagnosticerede tilstan-de, små operationer, blokader, manuel behan-dling, herunder samtaleterapi.

- **Kronisk sygdomsopfølgning** for patienter med flere kroniske somatiske og eller psykiatiske sygdomme, der sikrer kontinuitet og styrket egenomsorg med os som tovholder. Vores kunnen i multimorbiditet kommer her i spil.
- **Forebyggende konsultationer:** svangre- og børneundersøgelser, smear og prævention. De skaber tryghed og kontinuitet for familierne og støtter sundhed helt fra barndommen.
- **Koordinering og tovholderfunktion:** Almen praksis deltager i koordinering med kommunalt personale, sygehuse og speciallæger. Heri ligger bl.a. koordinering med hjemmepleje for sårbare patienter, konference med specialist, håndtering af (desværre) afviste henvisninger, opfølgning på indsendte prøver, læsning af epikriser, indberetning til databaser og registrering i FMK, ansøgning om medicintilskud.
- **Sygebesøg** med diverse undertyper, som er aftalt i overenskomsten.
- **Socialmedicinsk arbejde og attester** ligger uden for overenskomsten, men de er taget med for at give det fulde billede af vores opgaver.

Vores udstyr

Der er lavet en liste over standardudstyr, som findes bredt, og om særligt udstyr (specialudstyr), der findes i nogle klinikker, men ikke i alle.

Vi har udarbejdet listen ved at rådspørge læger i mange dele af landet og har på den måde forsøgt at få et jævnt billede af diversiteten og få kogt en bouillonterning ned til denne fælles standard.

Der kan være standardudstyr på listen, der ikke er i ens egen klinik, eller der er nævnt procedurer, som man ikke selv udfører. Nogle har ikke udstyr til hudstansbiopsi eller fluorescein og blålys-lampe. Men hvem af os har ikke en graviditetstest eller en vægt og højdemåler i sin konsultation? For ikke at tale om en synstavle og et stetoskop? Det har vi alle, tror jeg.

Tanken var, at denne rapport skulle bruges konstruktivt til at vise vores professionalitet til samarbejdspartnere og andre, som ikke har deres hverdag i almen praksis.

KORT VERSION AF STANDARDLISTEN:

- Blodtryksapparat. Stemmegaffel. Monofilament. Reflekshammer. Termometer. Spirometer/peakflow, EKG-apparat. Fasekontrast-mikroskop. Tympanometer.
- Varmeskab. Remedier til urindyrkning med resistensbestemmelse. CRP-apparat. Blodsukkerapparat. Hæmoglobinapparat. Graviditetstest. Urinstix. Vægt og højdemåler. Synstavle. Otoskop. Udstyr til øreskylning. Pulsoximeter. Strep a-test. Diverse remedier til podning.
- Obstetrisk stetoskop eller Doppler. Katetersæt. Udstyr til småoperationer og stansebiopsi. Autoklave ved brug af flergangsudstyr.
- Forbinding. Immobiliserende bandager. Udstyr til ledpunktur og blokadeanlæggelse. Udstyr til fjernelse af fremmedlegeme i øjne med analgesi, flourscein, saltvand etc. Diverse remedier til vaccination og til fjernelse af pacemaker.
- Akuttaske med adrenalin, iltflaske, rubenballon med maske. Remedier til IV-behandling. Adgang til hjertestarter.
- Udstyr til fjernelse af implanon. Tredelt leje med elevationsmulighed. CU-spekter mv. Spiralbække med andenæb, uterussonde mv.
- Stetoskop. Udstyr til blodprøver.
- Kamera til klinisk foto/teledermatologi. Udstyr til videokonsultation.
- Indrapportering til kliniske databaser. Psykometriske test (MDI, ASS, urskivetest, MMSE eller BASIC). Brug af overblikskonsultation. Krise- og støttesamtaler.

Jeg vil opfordre læsere, der måske ikke kan se sig selv i alle de nævnte typer af standardudstyr og lægeopgaver, til at spørge sig selv, om det måske er tid til at udvide kapaciteten og få en færdighed tilbage i sit klinikliv. For mit eget vedkommende kan jeg sige, at processen har fået mig til at anskaffe et EKG-apparat. Det har været fagligt spændende for mig og hele klinikken. Jeg holdt mig tilbage bl.a. på grund af faglig usikkerhed. Men umiddelbart var mit øje for mønstergenkendelse intakt, og det giver nyt kryderi i hverdagen lige at skulle vurdere et EKG.

Tanken var, at denne rapport skulle bruges konstruktivt til at vise vores professionalitet til samarbejdspartnere og andre, som ikke har deres hverdag i almen praksis. Formålet var at understrege en nogenlunde ensartet kvalitet, uanset hvor borgeren bor i Danmark, men det er PLO, der forhandler vores aftaler, så "Opgaver i almen praksis" er et dynamisk papir, som vil kunne ændre sig i takt med tiden og de behov, som vores patienter har. //



Nye ansigter i DSAM's bestyrelse

I forbindelse med DSAM's efterårsrepræsentantskabsmøde i Kolding har DSAM fået tre nye bestyrelsesmedlemmer: Maria Krüger, Helene Larsson og Cees Stavenuiter.

Maria Krüger er valgt af repræsentantskabet, mens Helene Larsson og

Cees Stavenuiter er udpeget af hver deres regionsbestyrelse.

Ud over de tre består bestyrelsen af Bolette Friderichsen (formand), Christina Kjerulff (næstformand og ordfører for kvalitet), Troels Mengel-Jørgensen (ordfører for forskning og internationalt samarbejde), Søren Due-

Andersen (ordfører for ulighed i sundhed), Anders Elkær Jensen (ordfører for omdømme) og Thomas Purup (ordfører for FYAM).

Redaktionen på Practicus har bedt de tre nyvalgte bestyrelsesmedlemmer om at præsentere sig selv. //



MARIA KRÜGER Hvem er Maria?

Jeg er 47 år og praktiserende læge i en kompagniskabspraksis på Frederiksberg, hvor jeg nedsatte mig i 2016. Jeg er desuden plejehjemslæge.

Jeg har altid været meget aktiv fagligt, og min fagpolitiske interesse og interessen for at gøre en forskel blev nok for alvor vakt under konflikten i 2013, hvor jeg var med til at arrangere demonstrationer og lave happenings på Folkemødet på Bornholm for at bevare familielægen.

Hvorfor har du valgt at være aktiv i DSAM?

Vi har brug for et stærkt fagligt selskab, fordi mange aktører har interesse i løbende at lægge flere opgaver ud til os. Krav og forventninger til vores faglighed og serviceniveau øges konstant, og der skal derfor findes en meningsfuld balance mellem samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen, myndigheder samt patienter og på den anden side fastholdelse af vores integritet og fokus på kerneopgaver. På grund af den store efterspørgsel på vores ydelser kan vi opleve at blive udfordret både tidsmæssigt og fagligt. Det er derfor vigtigt, at vi fortsætter med at have fokus på dét, som giver faglig mening for vores fag, så vi udvikler os i den rigtige retning og ikke henimod at blive et redskab for andre aktører. Jeg mener, at vi skal

være synlige og italesætte vores kerneværdier og stå fast på dem.

Hvad vil du bidrage med i DSAM's bestyrelse?

Jeg vil bidrage med fagligt engagement, og jeg vil gerne være med til at sætte en dagsorden, så vores værd i almen praksis bliver synligt for vores politikere. De skal vide, at vi er helt uvurderlige i det samlede sundhedsvæsen, at vi har et familielægesystem, som er helt unikt, og at det bygger på vores selvstændighed og ægte engagement. Det vil jeg gerne være med til at italesætte i DSAM's bestyrelse.

Jeg tror, at én af udfordringerne for almen praksis i nær fremtid bliver at vise beslutningstagerne, at vi nu rent faktisk er så gode, som vi påstår.

Maria er ordfører for medicin. //



HELENE S. GRAM LARSSON Hvem er Helene?

Jeg er 57 år. Jeg blev speciallæge i almen medicin i 2006, og jeg er uddannet i det gamle Vejle Amt. Jeg har været medejer af en kompagniskabspraksis i Glesborg i Norddjurs Kommune fra 2006 til 2017, men jeg stoppede med at drive egen praksis i 2017, da jeg manglede kolleger, og der var for meget arbejde. Siden 2017 har jeg derfor været freelancelægevikar med jobs på Langeland, Læsø, Thy, Grindsted og Fur. Jeg har valgt at bruge mig selv, mine ressourcer og min erfaring for-

trinsvis i udkanten, hvor lægemanglen er tiltagende. Herudover kører jeg ca. fem lægevagter på Djursland om måneden, og det har jeg gjort gennem nogle år.

Hvorfor har du valgt at være aktiv i DSAM?

Jeg vil gerne forsøge at støtte arbejdet med at holde den faglige fane højt og udbrede kendskabet til vores pejlemærker og kerneværdier. For mig er kerneværdien det tætte samarbejde med patienten. Samtalen, mødet og kendskabet til patienten.

Jeg håber, at min erfaring og mit kendskab til den daglige kliniske hverdag i udkanten kan være med til at styrke DSAM.

Jeg vil også gerne forsøge at være talerør for de af vores kolleger, der er mest pressede pga. lægemangel i deres områder, og som ofte har svært ved at deltage i møder, kurser og an-

dre undervisningssammenkomster – ofte med afstand, tid og manglende overskud som forhindringer.

Hvad vil du bidrage med i DSAM's bestyrelse?

Jeg brænder for lægedækningsproblematikken og for at kæmpe mod den tiltagende skævvridning af sundhedsvæsenet. Udkantsområderne får dårligere og dårligere vilkår. Derudover skal der også fokus på politikerne og deres ikke-eksisterende forståelse for vores kliniske hverdag, og så er overdiagnosticering og kontrol også noget, der skal fokus på. For mig er kerneydelsen samtalen, mødet med patienten, hjemmebesøget og arbejdet med palliation. Og her vil jeg gerne arbejde for, at rammerne for grundigt basalt almenmedicinsk arbejde er i orden.

Helene Larsson er ordfører for psykiatri og lægedækning. //



CEES STAVENUITER Hvem er Cees?

Jeg er 57 år, og jeg arbejder i en klassisk landpraksis i et kompagniskab på Sydfyn, og jeg forventer selv, at jeg har en række gode år tilbage som læge. Ud over at drive praksis har jeg også arbejdet 23 år i lægevagten, arbejdet i KLU og været praksiskonulent på OUH og Svendborg Sygehus. Min hustru og jeg bor en halv times cykling fra praksis i en gammel skole med jord til, hvor vi driver lidt landbrug.

Hvorfor har du valgt at være aktiv i DSAM?

Egentlig kan det godt undre mig, at der gik så mange år, inden jeg valgte at blive aktiv i DSAM, for selskabets kerneværdier og ånd taler jo i den grad til mig og den person, jeg er. DSAM skal komme med fagligt input til et mere bæredygtigt sundhedsvæsen. Her er det alle pengene værd at reducere overaktivitet og overdiagnostik, da det giver højere kvalitet og efter min overbevisning også større arbejdsglæde. Dette kan vi dog ikke gøre alene som læger – det er et samfundsfænomen, vi står overfor.

Derudover mener jeg, at polyfarmaci er et vigtigt emne at arbejde videre med, og i samme åndedrag vil jeg nævne, at det ligger mig nært at forbedre vores indsats over for de multi-

syge. Overblikskonsultationen kan give et godt fagligt grundlag her.

Sidst, men ikke mindst, vil jeg nævne, at det er vigtigt at kigge på grøn omstilling – ikke bare for at opnå CO₂-reduktion, men også fordi klimaændringer vil medføre nye udfordringer for folkesundheden.

Hvad vil du bidrage med i DSAM's bestyrelse?

Jeg vil gerne bidrage til, at DSAM står som et holdepunkt, når sundhedssektoren skal udvikles, og jeg synes, at vi læger og DSAM har en vigtig rolle at spille i debatten om blandt andet overdiagnostik og et bæredygtigt sundhedsvæsen.

Cees Staveniuter er ordfører for bæredygtighed og uddannelse. //



Den ældre skrøbelige patient – ny vejledning fra DSAM

En ny og revideret vejledning fra DSAM om "Den ældre skrøbelige patient" er netop udkommet. Arbejdsgruppen har fokuseret på, hvordan symptomerne viser sig hos den ældre patient.

Den næste patient i dit program er Lene. Hun er 75 år og kommer til årsstatus for blodtrykket. Du kender hende som en frisk og rørig dame, der dog mistede sin mand for tre år siden. Lene kommer ind i din konsultation ifølge med sin søn. Hun bevæger sig langsomt, og sønnen griber ud for at støtte hende, da hun sætter sig, men hun verfer ham af.

Hvad er der sket? Er det virkelig kun et år siden, I så hinanden sidst? Eller var der noget med, at hun ikke kom sidst på grund af noget andet? En indlæggelse? Du bruger lige et øjeblik til at sunde dig. Skal du fortsætte med den planlagte konsultation eller italesætte elefanten – eller sønnen – i rummet?

Når vi møder ældre patienter i almen praksis, står vi ofte i en situation, hvor vi skal skifte spor og gøre tin-

gene anderledes, fordi omstændighederne eller patienten har ændret sig.

To ældre patienter på samme alder kan være meget forskellige, og den enkelte patient kan opleve pludselige funktionstab.

Hvordan viser symptomerne sig?

Du skulle meget gerne her i september have modtaget DSAM's nyeste vejledning, "Den ældre skrøbelige patient", i din postkasse. Vejledningen er en revideret og kortere udgave af "Den ældre patient" fra 2012.

I stedet for at skrive om de mange enkelttilstande, der kan ramme ældre mennesker, har vi i arbejdsgruppen valgt at beskrive, hvad der er specielt for den ældre patient i almen praksis.

Vi kom til den konklusion, at det specielle er, hvordan symptomerne viser sig hos den ældre patient, og hvordan man skelner de friske ældre fra dem, der er i risiko for at opleve et større funktionstab.

Den ældre krop er skrøbelig

Den ældre krop er mere skrøbelig og har mindre reservekapacitet i forhold til sygdomme og medicin. Jo flere sygdomme og jo mere medicin, desto sværere kan det være at finde balancen. Så selvfølgelig skal der være fokus på medicin og dosering heraf, men også



afmedicinering har fået et afsnit i vores vejledning.

Da vi i almen praksis arbejder for at give mest til dem med størst behov, har vi i vejledningen forsøgt at udfolde begrebet skrøbelighed, *frailty*.

Skrøbelighed er et syndrom, som forsøger at objektivisere den tabte reservekapacitet hos den enkelte ældre patient. Kroppens evne til at modstå belastning bliver nedsat med alderen, så selv små påvirkninger, f.eks. en mindre operation eller ny medicin, kan få store helbreds-mæssige konsekvenser.

Det var vores erfaring i arbejds-

Clinical Frailty Scale (CFS)

	1	MEGET GOD FORM	Mennesker der er robuste, aktive, energiske og motiverede. De motionerer typisk regelmæssigt og er blandt dem i bedst form for deres alder.
	2	GOD FORM	Mennesker uden aktive symptomer på sygdom , men i mindre god form end kategori 1. Ofte motionerer de eller er meget aktive en gang imellem , f.eks. på bestemte årstider.
	3	KLARER SIG GODT	Mennesker med velkontrollerede sygdomsproblemer , selvom de indimellem har symptomer. Ofte er de ikke regelmæssigt aktive udover rutinemæssige gåture.
	4	LEVER MED MEGET MILD SKRØBELIGHED	Denne kategori markerer en begyndende overgang fra komplet uafhængighed. Mennesker der ikke er afhængige af andre til daglige gøremål, men som ofte har symptomer, der begrænser aktiviteterne . En almindelig klage er at føle sig "langsom" eller træt i løbet af dagen.
	5	LEVER MED MILD SKRØBELIGHED	Mennesker der ofte er mere tydeligt langsomme , og har behov for hjælp til komplekse daglige gøremål (Instrumental Activities of Daily Living – økonomi, transport, hovedrengøring). Typisk vil mild skrøbelighed i stigende grad hæmme indkøb, gåture alene udenfor, madlavning, medicin og begynde at begrænse let husarbejde.
	6	LEVER MED MODERAT SKRØBELIGHED	Mennesker der har behov for hjælp til alle uden-dørs aktiviteter og med at holde hus . Ofte har de problemer med indendørs trappegang og behøver hjælp til at gå i bad og kan eventuelt have brug for minimal hjælp til påklædning (stikord, let støtte ved behov).
	7	LEVER MED SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til egenomsorg , uanset årsag (fysisk eller kognitiv). Alligevel virker de stabile og ikke i høj risiko for at dø inden for ca. 6 måneder.
	8	LEVER MED MEGET SVÆR SKRØBELIGHED	Fuldstændig afhængige af hjælp til personlig pleje og nærmer sig livets afslutning. Typisk vil de ikke engang komme sig efter let sygdom.
	9	TERMINALT SYG	Mennesker der nærmer sig livets afslutning. Denne kategori gælder mennesker med en forventet levetid på < 6 måneder , som ikke lever med svær skrøbelighed i øvrigt (Mange terminalt syge mennesker kan stadig motionere helt indtil livets afslutning).

Figuren viser den danske version af *Clinical Frailty Scale*, version 2.0. Genoptrykt med tilladelse fra udgiver og de danske oversættere.

gruppen, at vi observerede det gradvise funktionstab, men at vi sjældent agerede på det. Hvis vi i almen praksis kan have endnu større fokus på skrøbelighed, kan vi forhåbentlig blive bedre til at individualisere behandlingen, at udfase medicin, der ikke længere gavner, og at tænke på fysisk velvære og genoptræning, når dette kunne være indiceret.

Skrøbelighed er et syndrom, som forsøger at objektivisere den tabte reservekapacitet hos den enkelte ældre patient.

Clinical Frailty Score kan måle skrøbelighed

Vi har gennemgået mange skemaer til at måle frailty score for at sikre, at det både var et skema, der var valideret på dansk, og at det kunne bruges i almen praksis. Og som i øvrigt støtter de kliniske observationer, vi gør os i hverdagen.

Valget faldt på værktøjet Clinical Frailty Score (CFS). Efter arbejdet med denne vejledning er det blevet os bekendt, at selvsamme score-skema nu bruges på en række afdelinger i sekundærsektoren. Der er altså håb om, at vi bruger samme "sprog" over sektorgrænser fremover, når vi taler om skrøbelighed.

CFS skal ikke bruges som et screeningsværktøj, men bruges på klinisk indikation. Det vil sige, at det bruges, når lægen eller personalet tænker, at der er sket et fald i funktionsniveau.

Et bredt udsnit af praktiserende læger

Arbejdsgruppen var sammensat af et bredt udsnit af praktiserende læger for at gøre vejledningen så allround som muligt. Vi har forsøgt at finde deltagere fra så mange regioner som muligt og har også haft repræsentanter med fra både DSAM og FYAM.

Det har været sjovt og fagligt spændende at være med til at skrive en vejledning. Det specielle for "vores" vejledning har været, at den ikke er organspecifik. Vi har derfor været vidt omkring i vores diskussioner i arbejdsgruppen om, hvad vi ville have med, og hvad vi måtte udelade – både fordi det ikke var specifikt for den ældre patient, men også for at gøre vejledningen kort og læsevenlig.

God læselyst! //

ARBEJDSGRUPPEN BAG VEJLEDNINGEN:

- Marianne Dam Lentz, praktiserende læge i Aarhus, formand for arbejdsgruppen
- Anne Holm, praktiserende læge og adjunkt ved Københavns Universitet
- Anne Søndergaard, praktiserende læge i Aarhus
- Karen-Dorthe Bach Nielsen, praktiserende læge i Ebeltoft
- Janne Unkerskov, praktiserende læge i Albertslund
- Karolina Lewandowska, praktiserende læge i Viby Sjælland
- Marie Balsløv Lillevang, hoveduddannelseslæge i almen medicin, Region Syddanmark
- Merete Mølberg, praktiserende læge i Skævinge



Preventing Overdiagnosis-konferencen 2023

– arbejdet bag konferencen

Overdiagnosticering har længe været en bekymring inden for sundhedssektoren. Det er en problemstilling, der berører millioner af mennesker globalt og har betydelige konsekvenser for patienter, folkesundhed, sundhedssystemer, samfundet og klimaet. I august samledes knap 400 læger og forskere fra hele verden i København til den niende udgave af konferencen "Preventing Overdiagnosis", hvor deltagerne dykkede ned i forskellige aspekter af dette komplekse emne.

Og den store deltagelse vidner om, at det er et emne, der for alvor har fanget dagsordenen hos såvel sundhedsprofessionelle som politikere.

Den første konference fandt sted i 2013, hvor omkring 200 læger og forskere mødtes om emnet i USA. Siden har der været syv andre konferencer. Og at gå fra at være et forum på omkring 200 forskere til nu omkring 400 mennesker er en meget glædelig udvikling.

"At stå der i salen den første morgen og byde velkommen til så mange mennesker, der bakker op om emnet, og som arbejder med det hver især

hjemme hos sig selv, det er ganske overvældende. Vi er gået fra en mindre gruppe af specielt interesserede læger og forskere, der har fattet interesse for overdiagnosticering til at sidde næsten 400 mennesker samlet i København. Det er fantastisk", lyder det fra John Brandt Brodersen, professor ved Københavns Universitet og medarrangør af konferencen sammen med DSAM.

Ud over de knap 400 deltagere var

der desuden 10 medlemmer af komitéen bag arrangementet og 11 personer, der var tilknyttet som hjælpere ift. blandt andet det praktiske og kommunikation.

De mange deltagere kom fra 27 forskellige lande: Kina, Argentina, Østrig, Australien, Belgien, Brasilien, Canada, Danmark, Finland, Frankrig, Tyskland, Storbritannien, Island, Indien, Israel, Irland, Japan, Sydkorea, Holland, New Zealand, Norge, Polen, Sin-



Bolette Friderichsen, formand for DSAM, i intens snak om, hvordan man som læge arbejder med overdiagnosticering.
Foto: Jan Tüch Hallelsen.

Den store deltagelse
vidner om, at det er et
emne, som for alvor
har fanget dagsordenen
hos såvel
sundhedsprofessionelle
som politikere.



Preventing Overdiagnosis-konferencen gav mulighed for, at deltagerne kunne netværke og dele erfaringer med kolleger fra hele verden - her under velkomstreceptionen på Københavns Rådhus. Foto: Jan Türrch Kallesen.

gapore, Spanien, Sverige, Taiwan og USA.

En anden ting, der også illustrerer, at overdiagnosticering er blevet mere interessant for medier og politikere, er selve omtalen af begrebet. En søgning på medieovervågningssitet Infomedia giver således 52 danske omtaler for begrebet "overdiagnosticering" i 2019 og ikke mindre end 110 omtaler for samme begreb fire år senere, her i 2023.

En søgning på Google giver godt 5.700 hits på søgeordet "overdiagnosticering", mens en tilsvarende søgning på den engelske udgave af begrebet "overdiagnosis" giver mere end 3,4 millioner hits.

Planlægningen

Planlægningen af konferencen i København startede allerede før, at den sidste konference i Calgary sluttede for et år siden, men især det seneste år har været meget intenst ift. planlægning, keynote speakere med videre.

Bag konferencen står professor John Brodersen og DSAM. Konferencen var sidst i Danmark i 2018.

"Der er tale om en planlægning, der har været i gang i et par år. Vi har haft

nogle idéer til, hvor vi ville hen med konferencen, og derudover foregår der et parallelt arbejde, hvor vi både tænker på den førstkommende kongres og den efter. I vores tilfælde altså Calgary 2022 og så København i 2023," forklarer John Brodersen til Practicus om selve planlægningen.

Selve planlægningen omfatter i virkeligheden tre forskellige dele. Der er selve det videnskabelige indhold, der er logistikken omkring begivenheden i forhold til sted, forplejning og lignende, og så er der det sociale, som også er vigtigt for en konference, forklarer han videre.

"Arbejdet med det praktiske i forhold til lokation begyndte for to år siden sammen med DSAM, og derudover har der været månedlige møder i den videnskabelige komité, hvor vi har arbejdet med at definere de overordnede temaer, og hvem der skulle have de forskellige præsentationer. Det er et stort arbejde, og lige til nærmest sidste dag måtte der justeres i programmet", uddyber han.

Et vigtigt princip i planlægningen af konferencen er også, at den skal være fri for sponsorer. Samtidig skal den også kunne holdes i et prisleje,

der giver flest muligt en chance for at deltage. For at holde prisen nede har arrangørerne således trukket på deres netværk af venner og bekendte, og de har mødt stor velvilje fra Københavns Kommune ift. blandt andet en velkomstreception. Det er f.eks. venner og bekendte af John Brodersen, der har hjulpet med underholdningen i form af musik.

Forløsningsen

At arbejdet netop har været så intenst i nogle perioder for arrangørerne bag konferencen betyder også, at glæden ved at arrangere konferencen var stor.

"Det er jo som at arrangere en stor fest eller noget i den retning. Der sker så mange ting hele tiden, og man skal også huske at nyde det undervejs. Så at stå der mandag morgen til åbningen, der blev jeg helt rørt af at se, at nu var vi i gang. Og nu er jeg på den anden side igen, og hverdagen er ved at melde sig," slutter John Brodersen.

Konferencens indhold

Konferencen, der strakte sig over tre intense dage, var forankret i målet om at identificere årsager, incitament, drivkræfter og mekanismer til over-



John Brodersen, professor ved Københavns Universitet og en af hovedkræfterne bag konferencen, byder velkommen til mødedeltagerne. Foto: Jan Türrch Kallesen.

På den ene side kan
selvscreening, selvtest
og hurtig adgang til
sundhedsinformation
være en god ting,
men omvendt er det
også nødvendigt at
forholde sig til de
potentielle risici ved
selvdiagnose og dens
indvirkning på
overdiagnosticering.

diagnosticering og udforske potentielle løsninger. Forskellige overordnede temaer strukturerede konferencen.

Ét tema, der blev præsenteret, var "Incentives, drivers and causes of overdiagnosis", hvor oplægsholderne søgte at kaste lys på de komplekse mekanismer, der kan presse sundhedssystemer og sundhedsprofessionelle til unødvendige diagnoser.

Et andet vigtigt tema var "How does consumer testing and self-screening contribute to overdiagnosis?". På den ene side kan selvscreening, selvtest og hurtig adgang til sundhedsinformation være en god ting, men omvendt er det også nødvendigt at forholde sig til de potentielle risici ved selvdiagnose og dens indvirkning på overdiagnosticering.

Kliniske løsninger og beslutningstagning

Konferencen søgte også at fremme kliniske løsninger og bedre beslutningstagning for at mindske overdiagnosticering. Dette tema satte fokus på vigtigheden af det kliniske arbejde og samarbejdet mellem læger og patienter for at undgå unødvendige diagnoser.

Herudover blev det også debatteret, hvor grænserne mellem sygdom og overdiagnosticering går, og hvordan

man måske kan blive bedre til at inddrage patienterne. Et af flere bud på årsager til overdiagnosticering kan være medierne og de sociale medier, der skaber en forståelse for, at diagnoser og selvtestning kan være vigtigt.

Et måske for nogle overset emne i forhold til overdiagnosticering er bæredygtighed og miljøpåvirkningen fra blandt andet sundhedssystemet. Ved at få reduceret overdiagnosticering kan man få reduceret sektorens CO2-påvirkning af kloden betragteligt.

Den næste konference

Konferencen "Preventing Overdiagnosis" er en vigtig begivenhed, der samler førende eksperter og praktikere for at udforske overdiagnosticering. Gennem plenumsessioner, oplæg og præsentationer blev en bred vifte af perspektiver delt, og der blev udstukket veje fremad.

Den videnskabelige komité bag konferencen arbejder nu på et fælles statement, som opfølgning på konferencen. Det fælles statement bliver på et tidspunkt præsenteret i British Medical Journal (BMJ).

Den næste konference er planlagt til 1.-3. september 2025 i Oxford, England. //



Nordisk ledermøde i Helsinki

Almenmedicinske ledere fra hele Norden mødtes i august til fælles seminar i den finske hovedstad, Helsinki.

Deltagere i det fælles seminar var ledende personer fra de nordiske landes videnskabelige selskaber og faglige organisationer – DSAM og PLO fra Danmark – og fra de yngre dele af selskaberne. Rammen for mødet var et svensk-finsk kunst- og conferencecenter i en lille forstad til Helsinki, Espoo, som er kendetegnet ved smuk natur. Og naturligvis en sauna. Vi var jo i Finland.

Der var fem workshops – hvert land stod for én hver. Alle havde gjort sig umage med at lave en spændende og

interessant præsentation med både kolde fakta, data, landeberetninger og ny viden. Efter hvert oplæg var der gruppearbejde, hvor erfaringer blev delt på tværs af landegrænser. Det gav anledning til spændende refleksioner og diskussioner. Vi drøftede blandt andet: udbrændthed, bæredygtighed, digital kommunikation, klynge- og kvalitetsarbejdet samt organisering af primærsektoren.

Hvad får organisationerne ud af at deltage?

Først og fremmest et enestående netværk blandt meget viden og spændende personer i Norden, der er førende inden for felter, som vi i organisationerne kan drage nytte af.

Dernæst får deltagerne en symfoni af ny viden om fakta og forskellige måder at organisere sundhedsvæsenet og almen praksis på. Derudover bliver deltagerne opdateret om den nyeste forskning og de seneste undersøgelser i Norden.



Hele "den nordiske familie" på gruppebillede. Foto: privat.



Privatfotos: Det sociale program bød bl.a. på en sejltur.



Den danske delegation på nær Troels Mengel-Jørgensen.

Når vi hørte om situationen i de andre nordiske lande, var det tydeligt for den danske delegation, at andre aktører tilegner sig styringen, hvis almen praksis ikke har styring og kontrol – med risiko for, at udviklingen bliver u hensigtsmæssig. Det bekræftede os i, at det er godt, at DSAM og PLO er tæt på det politiske niveau og har indflydelse på beslutningsprocesser vedrørende almen praksis.

Vi blev også bekræftet i, at vi i Danmark har et enestående fokus på patientens rettigheder, herunder fortroligheden i relationen mellem læge og patient, og at vi er langt, når det gælder den digitale dagsorden. Der

var stor interesse for at høre om åpen "min læge". Også når det gælder organisering af primærsektoren, blev der spidset ører, da DSAM's forslag til "Opgaver i almen praksis" blev drøftet. Denne rapport er for nylig blevet udgivet af DSAM som indspil til Honorarstrukturådet, der i foråret fremlagde et forslag til en forenkling af honorarstrukturen for almen praksis.

Flere lande var også i gang med at formulere et fælles ståsted: Hvor skal vi hen? Og hvem er vi? Og her kunne vi fra DSAM fortælle, at vi med professionsetikken, der blev vedtaget i 2022, har været igennem denne pro-

ces, og at vi har en dugfrisk beskrivelse af, hvad vores opgave er i forhold til samfund, patient og professionen selv.

Vi deler en lang række udfordringer med de øvrige lande: Kontinuiteten er truet, rekrutteringen til faget og organiseringen af primærsektoren er under forandring – for blot at nævne et par stykker. Selv om hvert nordisk land har egen organisering og tradition, er det inspirerende at lære af hinanden. I den danske delegation blev vi bl.a. klogere på kampagner i form af podcasts, som er lavet for at øge health literacy i Norge og udbrede digital dermatoskopi i Sverige.

OM NORDISKE LEDERSEMINARER

- Nordisk lederseminar finder sted hvert andet år – forskudt for året for de nordiske kongresser.
- Det land, som er vært for den kommende kongres, organiserer og er vært på lederseminaret.
- På seminaret udvikles gode relationer, og erfaringer udveksles med vores nordiske kolleger.



Executive Board samlet til bestyrelsesmøde.



Den afgående (til højre) og den tiltrædende formand (til venstre) for NFGP.



Den smukke finske natur var lige uden for døren.

Det internationale perspektiv

Roar Maagaard gav en indføring i, hvad der sker på den internationale scene. Han fortalte blandt andet om industrifinansiering af internationale kongresser, som er til diskussion i internationale fora – og det er heldigvis noget, som vi kan sige os fri for hertilands.

Ny formand for NFGP er dansk

På seminaret blev det samtidig fejret, at Roar er blevet ny formand for Nordic Federation of General Practitioners (NFGP) pr. 1. september 2023. Han afløser islandske Johann Sigurdsson, der træder tilbage efter 6 år på posten. Roar blev hyldet af hele selskabet og fik disse ord med på vejen i en tale af Bolette Friderichsen: "Med Roar har NFGP fået en formand, der er dygtig, og som både er en erfaren kliniker og organisationsmand. Han er en stærk ambassadør for vores fælles pejlemærker. Han er flittig, har overblik og er behagelig at omgås. Samtidig har han årtiers erfaring med nordisk og internationalt arbejde".

Stærkt sammenhold blandt de yngre læger

Nordic Young General Practitioners (NYGP) er en sammenslutning af yng-

re læger på tværs af de nordiske lande. I front er 10 gæve yngre læger – fra Danmark bl.a. FYAM-medlem Anne Mette Torp – der også deltog i lederseminaret. De fortalte om en spændende undersøgelse, som de er ved at gennemføre på tværs af de nordiske lande blandt alle uddannelseslæger. Formålet er at få viden og data om, hvad der får uddannelseslæger til at blive i almen praksis.

FYAM er blevet meget aktiv på de sociale medier i de senere år og har allerede over 500 følgere (primært uddannelseslæger) på Instagram. Ud over at være NYGP-repræsentant er Anne Mette også SoMe-ansvarlig i FYAM, så der blev flittigt delt guld, så dem derhjemme også kunne følge med. Du kan også følge med på @FYAM.

Fokus på bæredygtighed

Aftenen før lederseminaret var der møde i Executive Board. Her blev det bl.a. besluttet at nedsætte en gruppe, der skal arbejde på en fælles nordisk bæredygtighedspolitik. Dette arbejde er allerede startet i Danmark med Niels Saxtrup i spidsen og repræsentanter fra DSAM's interessegruppe Grøn Praksis. //

DELTAGERE FRA DANMARK

- Bolette Friderichsen, formand DSAM
- Roar Maagaard, formand for internationalt udvalg og formand for NFGP
- Niels Saxtrup, medlem af DSAM's repræsentantskab
- Troels Mengel-Jørgensen, medlem af DSAM's bestyrelse, ordfører for internationalt samarbejde
- Anne Mette Torp, repræsentant for NYGP
- Mireille Lacroix, næstformand PLO
- Niels Ulrich Holm, bestyrelsesmedlem PLO
- Jonas Heltberg, chef for Politik, Analyse og Kommunikation, PLO
- Sanne Bernard, sekretær i DSAM og for NFGP
- Louise Hørslev, sekretariatschef DSAM og direktør i NFGP

NÆSTE NORDISKE KONGRES:

11.-14. JUNI 2024 (TURKU, FINLAND)

Temaet er "General Practice – the bedrock of healthcare; respecting the core values".

Mogens Vestergaard, praktiserende læge og medlem af Sundhedsstrukturkommissionen, er en af keynote-speakerne på kongressen i Turku. Sæt kryds i kalenderen allerede nu.



Mit mål er at fastholde begreberne overdiagnostik og overbehandling i min kliniske tankegang

Der var stor tilslutning til konferencen om overdiagnostik i København i august 23. Praktiserende læger har en vigtig opgave i at være med til at begrænse overdiagnostik, men vi kan ikke gøre det alene. Og der er stærke kræfter, som trækker i en retning mod endnu mere overdiagnostik og overbehandling. Fagligt velfunderede guidelines er en del af løsningen.

Kan du fortælle lidt om dig selv?

Jeg hedder Jonas Hald, er 51 år og har været praktiserende læge i en kompagniskabspraksis i Viborg i 15 år.

Hvorfor er du taget til POD 23?

Det er jeg, fordi jeg dagligt oplever at sidde i kliniske situationer, hvor overdiagnostik og overbehandling er vigtige og relevante temaer. Så når en international conference om disse emner bliver afholdt i Danmark, synes jeg, det var oplagt at deltage.

Hvad bidrager en conference som POD med i sundhedsvæsenet og i almen praksis?

I første omgang er den med til at fastholde fokus på, at overdiagnostik og overbehandling findes og foregår, og at den aktuelle udvikling i både samfund og sundhedsvæsen må forventes at medføre en tiltagende problemstilling for borgere, patienter, beslutningstagere og ikke mindst os, der arbejder "i frontlinjen", altså det uvisiterede sundhedsvæsen, almen praksis. Dernæst er det altid givende og

spændende at komme til internationale konferencer og opleve at vi, trods vores samfund og sundhedsvæseners meget forskellige indretninger, ofte møder og sidder med mange af de samme problematikker i vores hverdag.

Hvad er dine vigtigste konklusioner eller erfaringer fra POD23?

At stærke kræfter ser sundhedsydelse som en eftertragtet vare. Der er en stor og tiltagende leveringsdygtig (bekymrings)industri, som kan udgøre en trussel mod den saglige, relevante og meningsfulde anvendelse af de begrænsede sundhedsressourcer, og at det næppe er nok, at "vi" som sundhedsprofessionelle gør en indsats for at trykke den anden vej. Der skal en bredere indsats til, herunder politisk, for at yde det relevante og sagligt begrundede modtryk.

Hvordan inddrager vi viden om overdiagnostik i vores daglige arbejde?

Det er både let og svært, mener jeg. I enhver ordination af såvel diagnostisk test som enhver ordination og henvisning, ja endda i ethvert givet råd, er det min holdning, at der ligger muligheden for at overveje relevans, kvalitet og konsekvens. Men det er jo i en idealverden, hvor man ikke er synkront presset af mangel på tid, måske allerede er blevet afbrudt et par gange i sin konsultationsproces og, medgivet karikeret, måske har en konsultation med en patient, der har googlet sig frem til "bare at skulle henvises til en ekstra scanning – for lige at være helt sikker på at være rask". Alene at forsøge at fastholde bevidstheden om begreberne overdiagnostik og overbehandling som en del af sin kliniske tankegang vil være mit mål.

Selvom jeg nok må erkende, at det nok ikke altid er tidsmæssigt muligt i min hverdag, vil jeg prøve at bruge gpe-



Superfikt og pompes koncert af Zepolski Strygerne til åbningen af POD 23 på Københavns Rådhus. Foto: Jan Turek Hallesen.

vidence.org, som er et spændende (gratis) online evidensbaseret støtteværktøj til risikovurdering.

Hvilke oplæg var de mest interessante på konferencen – og hvorfor?

Jeg synes faktisk, at flere af både keynote-sessionerne og de mindre gruppesessioner fra flere sider belyser den hovedpointe, jeg tager med hjem. Nemlig at den megatrend, som kan kaldes *"healthism"* repræsenterer en enorm udfordring for samfund og sundhedsvæsen.

Svend Brinkmann havde i sit oplæg en fin metafor med hundefangeren: Tidligere kørte hundefangeren (sundhedsvæsenet) rundt for at fange de få løse hunde ud fra behov. I dag er det hundene, der jagter hundefangeren for at komme ombord (og få en undersøgelse og gerne en diagnose). Alexandra Jønsson talte om *healthism*, hvor sundhed er blevet en livsstil og en måde, vi markerer at tage individuelt ansvar for at "være den sundeste udgave af os selv". Vores bedsteforældre tænkte på en sund person som en, der heldigvis ikke havde brug for sundhedsvæsenet. I dag anses det for sundt at opsøge regelmæssige *"physicals"*. Denne *"empowering"*, et ord som af de fleste opfattes positivt, har en potentielt indbygget trojansk hest for flere industrier for at kunne påføre befolkning og samfund nogle "behov". Det medfører en stor sandsynlighed for, at "Brinkmanns hunde" vil jage og end-

da kræve endnu flere hundefangere for at være sikre på, at også præ-prosygdom påvises. En meget konkret og nok snarlig supplerende udfordring vil blive allehånde former for sundhedsapps. Nogle kalder dem ligefrem "digitale biomarkører", hvor man via sin mobiltelefon kan selvteste og derigennem få påvist en mulig øget risiko for "noget", hvorefter man så tilrådes at søge lægelig rådgivning, supplerende udredning og måske ligefrem forebyggende behandling.

Jeg tager dog også med mig hjem, at vi som praktiserende læger i Danmark misundes af mange kolleger verden rundt, fordi vores faglige selskab, DSAM, ofte inviteres med og høres ved udarbejdelse af forskellige guidelines.

Hvilke nøglebudskaber fra POD23 burde enhver sundhedspolitiker kende?

At folkeundersøgelser/screeninger inden de implementeres skal være fagligt velbegrundede. Det er utroligt dyrt at undersøge alle, hvis formålet er at bekræfte, at de raske er raske, og samtidig at identificere tidlige og måske klinisk ubetydelige sygdomsstadier, som man så er nødt til at forholde sig til, udrede og måske (over)behandle.

Det er altid populært at indføre noget, som befolkningen oplever som trykthedsskabende og "sundt", men politikerne skal tænke sig om og insistere på relevant faglig belysning af

alle aspekter af sådanne tiltag, herunder ikke mindst helt basalt overveje det tidsforbrug, som et tiltag koster. En oplægsholder viste en beregning fra England, der demonstrerede, at alle engelske almenmedicinere skulle arbejde 27 timer i døgnet året rundt, hvis de nuværende guidelines for almen praksis skulle følges slavisk.

Skal man bruge sine efteruddannelsesressourcer på konferencer eller hellere tage på kursus?

Begge dele kan noget, men i forhold til konferencer: Tag afsted, deltag aktivt, gå til en session eller et oplæg, som du umiddelbart ikke synes lød interessant. Stil et spørgsmål og gerne med udgangspunkt i din hverdag "hjemme i klinikken".

Hvor meget betyder det sociale på en conference som POD?

Der var velkomst på Københavns Rådhus og konferencemiddag i Moltkes palæ. Selvom du måske ikke, ligesom jeg heller ikke er det, er den mest ekstroverte festabe, er det bare om at opsøge samtaler med deltagere fra andre lande. De fleste konferencedeltagere er jo faktisk en meget selekteret population, der netop har valgt at deltage ud fra en interesse med betydeligt overlap med din egen. De fleste forskere elsker at fortælle om det, de forsker i – også til en familielæge fra Danmark. //

DSAM
Årsmøde
2023

Almen praksis

har aldrig haft en bedre fremtid end nu

Er rygning den største enkeltstående risikofaktor for ens helbred, så er kontinuitet i patient-lægeforholdet den største enkeltstående beskytter mod blandt andet indlæggelser og død. Stribevis af studier har dokumenteret dette, især i almen prak-

sis. Klinikkerne er tæt på borgerne, som frit kan bestille en tid hos deres faste familielæge ved behov. Et værn mod ulighed, kunne man mene. Men meget truer kontinuiteten og den lige adgang, f.eks. skæv lægedækning, koncernklinikker der drives af økonomisk gevinst, sundhedsforsikringer, større klinikker med personale og superviserende læger og Hejldoktor. Hvordan skal fremtidens sundhedsvæsen se ud? Hvilken plads har almen praksis? Robusthedskommissionen er kommet med et bud. Sundhedsstrukturkommissionen er i gang, og dermed var scenen sat til åbningen på DSAM's årsmøde: Diversiteten og kontinuiteten i almen praksis udgør patienternes sikkerhedsnet. Hvordan sikrer vi, at der ikke går hul?

Tre gæve mennesker lagde ud med deres bud fra forskellige vinkler og tændte en elan, der smittede af på resten af dagen – fra kaffepausen til dansegulvet og alt imellem de to. Mogens Vestergaard er værd at lytte til, og han er én, der gerne vil lytte. Efter åbningssessionen holdt han salon, og alle input til Sundhedsstrukturkommissionen var velkomne. Kommissionens 9 medlemmer skal dække 8 områder, herunder 'Organisering og styring af almen praksis'. Nedenunder disse 8 områder, i maskinrummet, er det nærmest et krav til arbejdet at få

folk ud af siloerne, tage rejsen ud over faglige og politiske grænser for fordomsfrit at kunne reorganisere sig. Ja, det er vel et krav, når man gerne vil opnå den mest optimale model for det fremtidige sundhedsvæsen, hvis udfordringer vi alle kender: den demografiske udvikling, de alt for få hænder. Derfor blev 'den gode tone' understreget – eller med Søren Kierkegaards ord: 'Alle vil udvikling, ingen vil forandring.'

Prioritering og ulighed

Der i hvert fald 2 vigtige steder i hele sundhedsvæsenet, hvor silotænkning ikke kan klemmes ind, omend man vil det. Det første er prioritering, gerne på et fagligt fundament. Undersøgelser viser, at cirka 30 % af aktiviteten i det danske sundhedsvæsen er uhensigtsmæssig, irrelevant og i værste fald kan påføre patienter mere skade end gavn. Det andet er ulighed. Mogens viste farvede landkort med store overlap mellem lav indkomst, kort uddannelse og lægemangel. I de dele af landet, hvor der er mest sygdom, er der færrest læger. Disse uligheder vil kunne fjernes med politiske prioriteringer og investeringer. Det kræver en differentieret indsats – eller for at citere en anden Søren (Brostrøm, red.): 'Alle skal ikke have alt, og alle skal ikke have det samme'.

Men hvad gør vi så med almen prak-

TRE CENTRALE DEBATOPLÆG

Hvordan får vi kanaliseret økonomi ud til kommunerne til at hjælpe os med at varetage opgaver, som flyttes fra sekundær- til primærsektoren? ved **Christina Svanholm**, praktiserende læge, ildsjæl og drivkraften bag Praksisbussen.

Hvilken rolle skal almen praksis spille i fremtidens sundhedsvæsen, og hvad kan vi lære af Deep End-organisationen? ved **Mogens Vestergaard**, praktiserende læge, primus motor på Deep End-netværket og medlem af Sundhedsstrukturkommissionen. Hvordan får vi tid til at passe vores patienter og opretholde den høje standard med kontinuitet og subspecialisering i vores lille patientgruppe? ved **Leif Vestergaard**, formand for Etisk Råd og formand for Honorarstrukturrådet.



Mogens Vestergaard, Christina Svanholm og Leif Vestergaard til DSAM's årsmøde 2023.
Foto: Palle Skov.

sis? I sit arbejde for Sundhedsstrukturkommissionen møder Mogens politikere og embedsfolk med en overraskende stor bekymring for, om almen praksis kan og vil opløse opgaven. Det velkendte diagram viser, at vi som gatekeeper behandler 90 % selv og henviser de sidste 10 %. Hvis det forskydes til 85 % og 15 %, er der dobbelt så meget at lave i den øvrige sundhedssektor. Dermed er svaret vel: Vi skal. Men at vi kan og vil, hersker der heller ikke tvivl om hos vores repræsentant i Sundhedsstrukturkommissionen. For eksempel er der evidens for, at optimal behandling af multisygdom ofte kræver suboptimal behandling af de enkelte sygdomme (og dermed en grad af afvigelse fra de sygdomsspecifikke guidelines). Det kræver en tovholder, og det er en praktiserende læge. Samarbejde i et netværk, f.eks. Deep-End men også kommunale netværk, kan reducere belastningen og øge kapaciteten. I det lys konkluderer Vestergaard: Almen praksis har aldrig haft en bedre fremtid end nu.

Den dybe tallerken

Men er opgaven så løst? Nok ikke. Det kræver ildsjæle som Christina Svanholm, der kan give tanker vinger og få idéer udført i praksis. Hendes pendlerbus har siden 2017 afhjulpet lægemangel i landets sydligste købstad, Nysted på Lolland. Med et bredt smil og et – måske også lidt tveetydigt – glimt i øjet refererede Christina til Ministeriet for Flade Tallerkener: Når en regering står med et stort uafviseligt problem, som den ikke aner, hvad den skal gøre ved, eller vil undgå at tale om, nedsætter den en kommission for at opfinde den dybe tallerken.

Et konkret sted at begynde er grænsefladen mellem det almene sundhedsvæsen og civilsamfundet. Hvis det almene sundhedsvæsen ikke skal overbelastes (og dermed sluse mere videre til det specialiserede sygehusvæsen), skal der tænkes nyt: Hvad skal den praktiserende læge ikke udføre? Hvilken forebyggelse (primær, selektiv og strukturel) skal der foregå i civilsamfundet, mens vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske?

Kunne læger med mange ældre og multisyge have færre patienter? 'Bare' flere læger er ikke en sikker løsning. Et større antal uddannelsesforløb i almen medicin giver ikke automatisk bedre dækning. En anden af Christinas kæphest er TNT (time needed to treat). Vi er vant til at tænke i NNT (number needed to treat) og NNH (number needed to harm), men skulle vi også kigge på tid og udbytte? Ifølge en BMJ-artikel fra i år skulle en praktiserende læge bruge 27 timer i døgnet, hvis alle vejledninger for forebyggelse og behandling af kroniske sygdomme og akut behandling skulle følges.

Hjørnesten eller perlesten?

Leif Vestergaard kom med et velment, konstruktivt og dejligt provokerende oplæg om, hvordan vi kan forbedre vores omdømme og gøre tingene mere enkle og mere faglige.

Allerførst leder den nuværende honorarstruktur til afgrunden. Den giver problemer og frustrationer. Enkeltydelsesprincippet indebærer endeløse forhandlinger, slører vores faglige opgaver, og de sundhedspolitiske mål bliver alligevel ikke understøttet. Sådan!

Før vi fik pusten igen, stormede Leif videre og udfordrede vores selvfele forståelse om almen praksis som hjørnesten i sundhedsvæsenet, hvor vi er let tilgængelige, behandler 90 % selv, sender resten effektivt videre og tilbyder kontinuitet og høj kvalitet. Hjørnesten eller 3500 egenrådige perlesten?

Når Leif Vestergaard taler med fag- og lægfolk rundt i landet, hører han blandt andet, at patienterne kun må komme med ét sundhedsproblem ad gangen, at almen praksis ikke er tilgængelig, at ingen aner, hvad der laves, eller hvad kvaliteten er, og at almen praksis vender ryggen til samarbejdspartnere. Det er hensynet til økonomien, der styrer. Man kan ikke lave aftaler, der holdes. Ingen vil gøre noget ved drønnertlægerne, og når lægerne rækker hånden frem, er det ikke for at sige goddag – men for at få et honorar!

Vi skal i offensiven

Jeg kiggede mig lige omkring. Ingen var på vej ud af salen – ud over en ældre prostataplager herre. Og det er godt, fordi alle skulle helst være med lidt endnu. Vi kan ikke bare blive fornærmede. Nej, vi skal i offensiven! At forblive faglig herre i eget hus kræver en kæmpe indsats med at svare igen på disse påstande. Vi skal beskrive, hvad almen praksis er (og her er DSAM's rapport om opgaverne for almen praksis helt central), være aktive i kvalitetsarbejde og dele data med resten af sundhedsvæsenet og ikke mindst leve op til de ovennævnte bærende principper. At svare igen med fakta og data er den eneste måde at holde tingene i egen hånd og at afholde politikerne fra at prioritere i almen praksis. //



PARALLELSESSION: PERSONALELEDELSE OG KONFLIKTHÅNDTERING

Forventningsafstemning er helt afgørende, når ledelse skal lykkes

Arsmødet 2023 var mit første. Sikke en oplevelse og sikke et fantastisk engagement fra deltagerne. Jeg havde valgt bl.a. at deltage i sessionen personaleledelse og konflikthåndtering, fordi jeg ligesom mange kollegaer er en smule konfliktsky. Ganske vist har jeg en del års erfaring med bestyrelsesarbejde og konflikthåndtering i den forbindelse, men man kan altid blive bedre. Den smule ledelse, jeg har udøvet i mit virke som læge, har været en ydmyg og meget inddragende form – f.eks. den ledelse, man ud-

øver som nystartet forvagt over for en sygeplejerske med 30 års erfaring inden for specialet. Det er anderledes at være leder i en praksis. Derfor var jeg også nysgerrig på dette.

Oplægget blev holdt af den erfarne Mads Crandal, der er organisationskonsulent ved PLO og har hjulpet mange praksisejere gennem tiden. Sessionen indeholdt flere dilemmaer, hvor cases og egne erfaringer skulle vendes med sidemakkeren. Jeg var så heldig at få indblik i en anden gren af almen medicin, idet jeg talte med vinderen af Ph.d.-cuppen, Troels Græs-

holt-Knudsen, der kunne berette om ledelse inden for forskningsmiljøet. Nogle af eksemplerne på, hvad der kan gøre personaleledelse svært, var den nære relation, man nemt kan udvikle med sine ansatte, når man er en lille enhed. Det kan gøre det enormt svært at distancere sig og træffe beslutninger, hvis der er noget, som ikke fungerer. Netop dette kunne jeg virkelig se mig selv i. En anden problemstilling, der blev taget op, var, når man "arver" personale fra tidligere ejer. Her blev det fremhævet, hvor vigtigt det er, at man får forventningsafstemt, så alle ved, hvad de skal.

Endvidere blev der drøftet cases om, hvorvidt sygeplejerskens tid var givet godt ud ved at lave øreskylninger. Dette skabte debat, og diversiteten imellem praksisopbygning blev meget tydelig. Nogle af deltagerne havde kun sygeplejersker ansat, mens andre også havde sekretærer eller social- og sundhedsassistenter ansat i deres praksis.

Pointerne fra sessionen vil jeg tage med mig og anvende i mit nye virke som formand for DSAM Nordjylland og i mit fremtidige virke som praktiserende læge. //



Stort engagement og spændende debat til session om ledelse i almen praksis.
Foto: Palle Skov



PARALLELSESSION: AFMEDICINERING

Skal vi udskrive mindre medicin?

Professor Anton Pottegaard og praktiserende læge Bo Gerdes præsenterede på årsmødet en session om afmedicinering (deprescribing).

Anton Pottegaard blev interesseret i afmedicinering, da han for 10-15 år siden var ansat som farmaceut på et københavnsk plejehjem og rendte rundt på etagerne i det store hus, hvor mange af beboerne fik statiner. "Hvad er det, vi har gang i?", tænkte han.

Undersøgelser viser, at indflytning på plejehjem er forbundet med stigende medicinforbrug. Det er et paradoks, når vi ved, at indflytning på plejehjem er en markør for lav restlevetid. Så hvorfor sker der ikke en afmedicinering? spurgte Pottegaard ud i salen.

Deprescribing is the planned and supervised process of dose reduction or stopping of medication that might be causing harm, or no longer be of benefit. Deprescribing is part of good prescribing – backing off when doses are too high, or stopping medications that are no longer needed. Kilde: deprescribing.org

Hvilke barrierer er der?

Undersøgelser viser, at det kun er en tredjedel af patienterne, der svarer ja til, at de kunne finde på at bede deres læge om en samtale om medicin. En plejehjemsbeboer siger i et kvalitativt studie: "Lægen har udskrevet min medicin, så den må være vigtig". Omvendt svarer næsten 90 % ja til, at det er en samtale, de kunne tænke sig at tage, hvis de blev spurgt.

Men det kan godt være svært. For det med at skrive medicin ud, gør vi jo med højre hånd, det kan vi bare, som Bo Gerdes udtrykker det. Men at stoppe den igen er noget, vi gør, med venstre hånd.

Og så er der også det med, om patienten kan føle sig opgivet, hvis vi begynder at tale afmedicinering. Men barrieren ligger mest hos os. I et studie svarer 83 % af geriatrike patienter ja til, at de gerne vil have en samtale med deres læge om forventet restlevetid.

Hvordan kommer vi i gang?

Pottegaard foreslår, at vi bruger ordet "behandlingspause" i stedet for "behandlingsstop". Erfaringen viser også, det er bedre at tale om bivirkninger og virkning end om behandlingsbyrde, da mange patienter ikke oplever det at skulle tage piller som en byrde. En til-

gang kunne være at sige: "Lad os prøve at holde en pause med den hér medicin og se, hvordan du så har det."

Hvordan identificeres patienterne?

Relevante patienter kan løbende identificeres af klinikpersonale og læger. Afmedicinering kan også være en del af årsstatus. Plejehjemsleger kan tage stilling ved indflytning og ved gennemgang af medicinen.

Hvordan understøttes afmedicinering?

Vi har flere muligheder for at understøtte afmedicinering, f.eks. seponeringslisten, materiale fra Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF), polyfarmaceutvejledningen fra Sundhedsstyrelsen og DSAM's kommende kliniske vejledning om afmedicinering. Geriaterne og de kliniske farmakologer vil også gerne inddrages mere. //



PARALLELSESSION: BÆREDYGTIG KLINIK

Ryd op i almen praksis

Baggrunden for sessionen var, at DSAM gerne vil udarbejde et politikpapir om bæredygtighed i almen praksis. Derfor var der tre korte indlæg om bæredygtig sundhed, som skulle inspirere deltagerne til den efterfølgende workshop.

Almen praksis er født bæredygtig. Vi er det sted i sundhedsvæsenet, hvor sundhed koster mindst, og vores rolle som gatekeeper er helt essentiel i forhold til bæredygtighed. Vi skal bare huske at stoppe op ind imellem og reflektere: Er en given behandling nød-

vendig? Er patienten bedst tjent med at blive henvist videre? Kan vi være med til at forhindre unødvendige indlæggelser af vores skrøbelige ældre patienter? Måske skal vi blive bedre til at sige til patienterne (og samfundet), at det at gøre "ingenting" faktisk sommetider kan være den rigtige behandling; det bedste for dem. Nogle gange skal tiden have lov at gå; nogle gange forsvinder symptomer af sig selv.

Bæredygtighed kan også ses i forhold til CO2-forbrug og klimadiskussion. Den kliniske aktivitet bidrager faktisk med 80 % af CO2-forbruget i

sundhedssektoren. Hvis vi i almen praksis kunne være med til at nedbringe noget af den kliniske aktivitet (både i vores egne klinikker, men jo især også i sekundærsektoren), kan vi bidrage rigtig meget til mere bæredygtighed – også i forhold til CO2-forbruget.

Det var virkelig fedt, at man havde valgt, at workshoppenes deltagere måtte komme både med bud inden for vores egen kliniske hverdag, men også med input til de politiske lag.

Vi er oppe imod samfundets krav om tidlig og bedre diagnostik og patienternes ønsker/krav om udredning og scanninger. Jeg glæder mig rigtig meget til at læse DSAM's fremtidige politikpapir.

Men allerede nu har jeg fokus på bæredygtighed hjemme i min egen klinik: Er vi gode nok til at benytte gode øvelsesfilm på sundhed.dk, så ikke alle vores patienter med bevægeapparatslidelser sendes til fysioterapi? Har jeg fået taget stilling til behandlingsniveauet for mine skrøbelige ældre patienter, så den usikre social- og sundhedsassistent ikke bliver utryk en sen eftermiddag i weekenden? Husker jeg at seponere unødvendig medicin? Afslår jeg tit nok helbredsundersøgelser af ellers sunde og raske mennesker?

Listen er lang. Og jeg kan i hvert fald sagtens starte hjemme i min egen klinik. //

Asthildur Arnadóttir (billedet), Bolette Friderichsen og John Brodersen Hastede lys over emnet bæredygtig klinik.
Foto: Palle Skov.



Dansk Selskab for Almen Medicin • Stockholmgade 55, 2199 København Ø

DSAM
Årsmøde
2023

Camilla Aakjær

får DSAM's Talentpris 2023



Ganske overvældende og fantastisk – sådan beskriver Camilla Aakjær Andersen det, efter at hun har fået DSAM's Talentpris 2023. Camilla får prisen for sin store indsats for at få implementeret brugen af ultralyd i praksis. I indstillingen af Camilla hedder det blandt andet: "Talentprisen skal tildeles CAA på grund af hendes utrættelige arbejde med at indføre point-of-care-ultralyd (POCUS) i almen praksis. CAA er af den faste overbevisning, at POCUS hører hjemme i almen praksis, men at implementeringen skal hvile på et solidt videnskabeligt grundlag."

For Camilla har det videnskabelige netop også været en rettesnor for hendes indsats, og det betyder noget, at den forskning, som hun har lavet om ultralyd, også kan bruges af hendes kolleger efterfølgende.

"Min drivkraft er at skabe noget, andre kan bruge. Jeg underviser og forsker i brugen af ultralyd, og mit mål er, at praktiserende læger skal vide, hvornår det er en god idé at inddrage POCUS i konsultationen, og hvornår det er uhenigtsmæssigt, så jeg er stolt over den anerkendelse af det arbejde, der ligger i at få talentprisen," siger Camilla.

Camilla pointerer dog, at hun gerne vil dele æren med blandt andre de læger, der helt tilbage i 2014 vakte hendes interesse for emnet, heriblandt professor Martin Bach Jensen og ildsjælene i Dansk Almenmedicinsk Ultralyds Selskab (DAUS). I 2015 begyndte hun på en ph.d.-uddannelse på forskningsenheden i Aalborg. Det betød, at hun afbrød sin uddannelse som almenmediciner for at hellige sig forskningen. Hun vikarierer dog i Lægehuset i Frederiks for at holde kontakt med virkeligheden i klinikken. I udlandet er brugen af ultralyd mere udbredt end i Danmark, men med Camillas og andres arbejde er der formentlig flere danske læger, der vil få øjnene op for, hvad ultralyd kan.

"Med udvalgte point-of-care-skanninger får frontlægen bedre muligheder for at diagnosticere og visitere – og

det vil være nødvendigt i fremtidens sundhedsvæsen. Den praktiserende læge vil kunne bruge ultralydsskanning til at se, om patienten har resturin i blæren efter vandladning, om patienten med nyresten har hydronefrose, om patienten med åndenød og hoste har pneumoni, om den gravide kvinde med blødning har en levende intrauterin graviditet og så videre," siger Camilla.

Camilla har været med til at udvikle forskellige retningslinjer for brugen af ultralyd. Hun har også været med til at lave kurser inden for ultralyd. Derudover står Camilla i spidsen for et nationalt overenskomstprojekt, hvor 250 praktiserende læger uddannes til at bruge ultralydsskanning i deres daglige arbejde. //



Talentprisen og den medfølgende check blev motiveret og overbragt til Camilla Aakjær Andersen af DSAM's formand Bolette Friderichsen. Foto: Palle Skov.



DSAM
Årsmøde
2023

DSAM's årsmøde Ph.d.-Cup 2023

Den traditionsrige Ph.d.-Cup blev igen i år afholdt på flotteste vis på DSAM's årsmøde. Fire udvalgte ph.d.-studerende deltog.

De fire forskningsenheder for almen praksis i Aalborg, Aarhus, Odense og København deltog hver med en skarpt forberedt repræsentant ved Ph.d.-Cup 2023. På 4 minutter skulle hver duellant præsentere resul-

taterne fra deres ph.d.-projekt. Med sig på scenen i den store sal måtte de hver kun have en rekvisit, som de selv kunne bære.

Veltilrettelagt formidling af den forskning og evidens, der ligger til grund for vores speciale, er et af fundamentene for, at vi som praktiserende læger kan blive ved med at yde den bedste behandling for vores patienter og fortsat indgå som en eftertragtet holdspiller i vores sundhedsvæsen. De fire nyudklækkede ph.d.-studerende indtog scenen med hver sit interessante og relevante forsk-

ningsprojekt, som de præsenterede på flotteste vis.

Pokalen gik i år til Troels Græsholt-Knudsen fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus for sin præsentation af ph.d.-projektet "Børn, stress og vold".

Læs mere om Troels' projekt og nogle af de andres projekter i de kommende udgaver af Practicus. //



Årets deltagere ved Ph.d.-Cup

- **Troels Græsholt-Knudsen**, Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus: "Børn, stress og vold"
- **Louise Brygger**, Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense: "Sårbare gravide i almen praksis – barrierer for opsporing og samarbejde"
- **Christina Sadolin Damhus**, Forskningsenheden for Almen Praksis i København: "Har jeg symptomer på kræft?"
- **Christian Lund Straszek**, Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg: "Unge med lænderygsmerter i almen lægepraksis: forløb, erfaring, håndtering"



FYAM-prisen:

En rollemodel, som formår at tydeliggøre de valg og prioriteringer, der kræves.

FYAM-prisen ved DSAM's årsmøde 2023 gik til Anne Wold, praktiserende læge i Valby Lægehus.

Da muligheden for at indstille en kollega med et særligt ledelsesmæssigt talent bød sig, var de fire læger Philip Hellmann, Signe Ager-snap, Kim Bartholdy og Astrid Raahe-de Brovn ikke i tvivl. De ville pege på deres tidligere tutorlæge: Anne Wold. Hun er for dem alle en rollemodel, som i sit daglige virke formår at tydeliggøre de valg og prioriteringer, der kræves.

Anne spørger ind, lytter indlevende og tager udfordringer alvorligt, når de opstår. Hun har jævnlige – uden at spørge først – pludselig ryddet eftermiddagen i en kollegas kalender og sendt vedkommende hjem, fordi hun fornemmer, at det er der behov for. Hun kan også finde på at beslutte, at en presset uddannelseslæge først møder kl. 9.30 i en periode, fordi hun kan se, at det er der behov for. Resultatet er et meget trygt arbejdsmiljø – et miljø, hvor alle gør sig umage for at yde sit bedste både menneskeligt over for

hinanden og fagligt over for patienterne.

I begyndelsen af coronapandemien viste hun sig beslutningsdygtig og omstillingsparat. Hun introducerede morgenbriefings, uniformer, skærpede kommandoveje og skiftende hjemmearbejdsdage for at beskytte personalet. Selvom hun også selv var nervøs og i ukendt land, var hun rolig og velovervejet og opnåede fuld støtte til sin strategi.

Dertil kommer hendes norske lune, gode humør og høje grin, der altid skaber en god stemning i klinikken.

Sådan sagde Anne Wold:

Æren tilfalder hele vores klinik, som arbejder sammen i huset med det fælles mål at behandle vores patienter godt, med omsorg og flid. Lægelig ledelse bør bygge på Lægeløftet som platform. Ledelse er at have et blik med helikopterperspektiv; at vurdere rammer, struktur og planlægning, at vurdere trivsel og udvikling. Ledelse er at have et blik vendt indad; mod sine egne grundværdier og forsøge at få dem praktiseret. Ledelse er at give plads til oaser. Er der plads til hvile, leg og hygge i arbejdslivet? Igen til FYAM: Tak for den flotte og fornemme pris! Sikke en stor glæde! //



Anne Wold kunne ikke være med, men hendes tak for prisen blev udtalt flot af de fire unge læger. Foto: Palle Skov.

Om FYAM-prisen

- Prisen blev stiftet i 2013.
- Den uddeles hvert år til en person, som fortjener anerkendelse for sin ekstraordinære indsats.
- FYAM-medlemmer kan indstille både yngre kollegaer såvel som erfarne læger til prisen.
- En arbejdsgruppe i FYAM-udvalget udvælger vinderen efter skiftende kriterier.
- I år var fokus på ledelse i forlængelse af FYAM's kampagne "Speciallæge i ledelse".
- Det seneste år har FYAM modtaget et stigende antal indstillinger.



Af: James Høpner, chef, PLO Efteruddannelse, og Mogens Folkmann Andersen, presse- og kommunikationsmedarbejder, DSAM - jah.plo@dadl.dk

Husk din efteruddannelse:

Hvad er dine muligheder?



Et internationalt perspektiv udmærker det danske efteruddannelsessystem for almen praksis sig på flere områder. For det første ydes der betydelige tilskud til såvel praktiserende læger og uddannelseslæger som praksispersonale gennem overenskomsten, og beløbet kan variere efter forhandlingsresultatet ved overenskomstforhandlingerne.

Samlet tilføres almen praksis godt 100 mio. kr. årligt fra Danske Regioner. Et andet særkende er, at det i vid udstrækning er de praktiserende læger selv, der står for udviklingen og afviklingen af kurserne til både kollegaerne og praksispersonalet. Den største aktør er ubetinget PLO-Efteruddannelse, men der findes også en række andre mellemstore kursusudbydere,

hvoraf Lundbeckfonden, Lægekurserne.dk og Dagens Medicin har et betydeligt udbud. Derudover tilbyder regionerne gennem deres KAP-enheder efteruddannelses tilbud til almen praksis. Fælles for alle lægekursere er, at det er praktiserende læger, som er kursusledere.

DSAM er repræsenteret på efteruddannelsesområdet i det fælles Ef-



Efteruddannelse giver gode muligheder for at få flere kompetencer og udvikle sig selv og sin praksis. Foto: PLO-E.

teruddannelsesudvalg, hvor PLO har formandsposten og DSAM næstformandsposten. I udvalget sidder repræsentanter fra DSAM og PLO samt en observatør fra FYAM.

Praksisnær efteruddannelse

Styrken ved det danske efteruddannelsessystem er, at det er meget praksisnær efteruddannelse, der tilbydes. Netop fordi det er kollegaer, der tilrettelægger kurserne – og ofte også er undervisere sammen med andre speciallæger – bliver læringen let at overføre. Ikke at alt, hvad man lærer på kurset, kan gennemføres dagen efter. Men meget af læringen er hurtigt at omsætte i praksis.

Der er således et bredt udbud af relevant efteruddannelse for såvel praktiserende læger som for uddannelseslæger. Det største udbud er til de læger, der allerede har nedsat sig i praksis. Her tilbydes en frivillig såkaldt selvvalgt efteruddannelse. Men siden 2014 har der været krav om deltagelse i systematisk efteruddannelse. Sidstnævnte er således et obligatorisk efteruddannelsestilbud inden for en række temaer, som PLO og Danske Regioner vurderer som relevante for alle læger. Det omhandler blandt andet temaer som døende patienter, psykiatri og multimorbiditet. For de yngre almenmedicinere er der en række tilbud om kurser inden for praksiskøb og om ledelse af egen praksis. Ved alle kurser er der mulighed for at få dækket en del af kursusudgiften samt udgifter til transport og vikardækning.

Gruppebaseret efteruddannelse

De sidste fem år har der – ud over de mere klassiske kursus- og conferenceformater – også været et tilbud om forskellige gruppebaserede efteruddannelsestilbud. Det er igen tilbud, som er udviklet af kollegaer, der har deres daglige gang i almen praksis. Disse tilbud omfatter gruppekoncepter inden for den obligatoriske og frivillige efteruddannelse. Derudover har der det sidste års tid været mulighed for at tage efteruddannelsen hjem i klinikken med de såkaldte KGE-moduler (KlinikGruppebaseret Efteruddannelse). Det er alt sammen gratis tilbud til lægerne og klinikkerne, hvor de selv står for den konkrete gennemførsel, men får en ”kuffert” med en drejebog, patienthistorier, spørgsmål, fakta-ark og meget andet materiale.

Find kurserne her

Alle tilbuddene om den gruppebaserede efteruddannelse findes på læger.dk under PLO Efteruddannelse. Her findes også de fleste kurser, der er målrettet såvel erfarne som kommende almenmedicinere. Stort set alle tilbuddene fra de større udbydere er godkendt af Fonden for Almen Praksis til at være tilskudsberettigede. Det betyder blandt andet, at en række erfarne kollegaer også har foretaget en faglig vurdering af kursernes kvalitet. //





Af: **Martin Vinther Bavngaard**, ph.d.-studerende, Institutt for Rehabiliteringsvitenskap og Helseteknologi, OsloMet, **Elle Christine Luchau**, ph.d.-studerende, Institut for Sundhedstjenesteforskning, SDU, **Elisabeth Assing Hvidt**, lektor, Institut for Sundhedstjenesteforskning, SDU, og **Anette Grønning**, lektor, Institut for Design, Medier og Uddannelsesvidenskab, SDU - martinvi@oslomet.no



Videokonsultationer skaber nye muligheder for patienters deltagelse

Når den fysiske konsultation omlægges til et virtuelt format, ændres interaktionen mellem læge og patient. Selvom videokonsultationen kan byde på udfordringer, peger nye forskningsresultater også på nye muligheder for patienters deltagelse.

At gå til lægen digitalt viste sig for alvor som en relevant mulighed under den delvise nedlukning af samfundet i forbindelse med COVID-19-pandemien, hvor videokonsultationer blev hasteimplementeret i almen praksis for at mindske smitterisiko. Nu fremgår det af regeringens dugfriske digitaliseringsstrategi, at konsultationsformen er kommet for at blive. Her fremhæves det f.eks., at video både kan

give "en ekstra tryghed til patienterne" og skabe "mere fleksible og moderne rammer for lægens arbejde".

De læger, der har kastet sig ud i brugen af videokonsultationer, kan formentlig nikke genkendende til én ting: De ændrer præmisserne for interaktionen mellem læge og patient, hvilket medfører både fordele og ulemper. For eksempel kan lægen ikke bruge patientens lugt som indikator for 'skjulte' lidelser (f.eks. forskellige former for misbrug), og små – men vigtige – nuancer i patientens ansigtsmimik kan sløres af et dårligt kamera på patientens enhed.

Vi har gennemgået skærmoptagelser af videokonsultationer mellem læger og patienter for at undersøge, hvordan der i denne nye konsultationsform også kan opstå nye muligheder for patienters deltagelse. Dette har vi gjort med afsæt i en medieteoretisk tilgang, som stiller skarpt på de brugsmuligheder, der kendetegner en given kommunikationsform – her videokonsultationer. I det følgende fremhæ-

ver vi tre eksempler på sådanne muligheder. Vi vurderer, at lægens bevidsthed om disse muligheder kan bidrage til at højne værdien af videokonsultationen som et supplement til fysiske konsultationer i almen praksis.

Lettere adgang til lægen

At konsultere lægen digitalt muliggør en lettere adgang til lægen. Vi ved fra eksisterende forskning, at mange patienter værdsætter bekvemmeligheden ved en videokonsultation: I en travl hverdag med forpligtelser til både job og familie sparer de tid og slipper for transporten til og fra lægehuset. Også patienter med kroniske lidelser, der må gå ofte til læge, samt ældre med gang- eller synsbesvær finder videokonsultationen bekvem som supplement til fysisk fremmøde. Men konsultationsformen kan også være fordelagtig for patienter med angst, hvilket vores forskning giver flere eksempler på. Eksempelvis fortæller en patient, at han få timer før sin konsultationstid oplevede et angstanfald og fik omlagt sin fysiske konsultation til en videokonsultation. Det gav patienten mulighed for at deltage på egne præmisser; uden at udsætte sig selv for den angst, der fulgte med at skulle forlade sit hjem. Fordi alternativet var helt at blive væk, opfattede patienten dét at gennemføre konsultationen som en sejr – ikke mindst fordi han herved følte, at han gjorde en aktiv indsats for at forbedre sit mentale helbred. Videokonsultationer kan altså være særligt relevante for patienter med angsttilstande, som ellers risikerer at udeblive fra deres lægekonsultation.

Hjemmet tilbyder patienten ressourcer for deltagelse

Med videokonsultation rykkes samtalen med lægen ud i de omgivelser, som patienten selv har valgt – oftest deres hjem. Selvom den fysiske distance mellem læge og patient kan byde på udfordringer, f.eks. i forhold

til den diagnostiske proces, tilbyder de nye omgivelser også visse muligheder. Udover at kunne befinde sig i et trygt rum får patienter mulighed for under samtalen med lægen at trække på de ressourcer, der er tilgængelige i deres hjem. Vi ser f.eks., at der i en samtale mellem patient og læge opstår tvivl om patientens medicin-doseringer. Patienten griber pludselig sin telefon, rejser sig og vandrer ud mod toiletskabet på sit badeværelse for at finde den pågældende medicin frem. I dette tilfælde er det lige netop, fordi patienten er i sit hjem, hvor hans medicin er lige ved hånden, at han selv kan bidrage til at besvare det pludseligt opståede tvivlstillfælde.

Patienten som lægens medspiller

Videokonsultationen kan også facilitere patientens deltagelse på andre måder, f.eks. ved at involvere patienten som en aktiv medhjælper under lægens fysiske undersøgelse. Et interessant eksempel på en sådan involvering opstår under en mor og datters videokonsultation med deres læge. Datteren klager over ondt i halsen, og lægen vil gerne undersøge hendes svælg for symptomer på halsbetændelse. Ved at bruge én smartphone med lommelygte-funktionen tændt og en anden som lægens 'øje', kan moderen agere medhjælper ved henholdsvis at lyse og filme ned i sin datters hals. På grund af ad hoc-samarbejdet mellem moderen og lægen lykkes det lægen at gennemføre undersøgelsen og stille en diagnose – selv på trods af at være fysisk adskilt fra sin patient.

Nye muligheder kræver dialog

Præmissen for at kunne bruge de ovenfor beskrevne muligheder under en videokonsultation er dog, at både læge og patient er bevidste om dem. Flere egenskaber hos læge og patient kan afgøre dette, heriblandt tekniske kompetencer, kontaktårsagen og ikke mindst opfattelsen af, hvad man kan

FAKTA OM STUDIET

- Datasættet til dette kvalitative studie består af optagede videokonsultationer mellem læger og patienter, og det blev indsamlet fra maj til december 2020.
- Studiet er udført som et tværfagligt samarbejde mellem medie- og sundhedsvidenskabelige forskere og er forankret på Syddansk Universitet.
- Forskningen er publiceret i tidsskrifterne Digital Health og JMIR Formative Research.

og ikke kan i en videokonsultation. Selvom mange patienter er vant til at kommunikere over video, f.eks. med kolleger fra arbejdspladsen ved onlinemøder eller med børnebørnene via FaceTime, er videokonsultationer for mange stadig en ny måde at gå til lægen på, og usikkerheder kan opstå i forhold til, hvordan interaktionen kan eller bør forløbe. Ligeså kan det være svært for lægen at vurdere, hvilke muligheder for deltagelse hver patient har.

Vi foreslår derfor, at patient og læge sammen taler om, hvad videokonsultationen tilbyder af nye muligheder – men også om, hvilke udfordringer de hver især kan opleve. Fra lægens perspektiv er det fortsat nødvendigt at tage hensyn til kvalitet i behandling og den individuelle patients behov: ældre, gangbesværede patienter bør næppe sendes på vandring mod deres medicinskab ud fra devisen om, at det højner deres deltagelse. Men for de patienter, der både kan og vil, kan videokonsultationen skabe grobund for nye måder at deltage på. Lægens opmærksomhed på at drage fordel af sådanne muligheder flugter med praksisprincippet om patientinddragelse, og det kan i sidste ende øge samarbejdet mellem patient og læge. //



Om livet "i mellemtiden": en hverdag med foregribelse af kræft

I den vestlige verden diagnosticerer vi stadig vagere tegn på kræft for at øge overlevelsen. Mange overvåges for selv små vævsforandringer. Det medfører en række etiske overvejelser og betoner kroppens flygtighed for de overvågede. Denne artikel beskriver, hvordan livet former sig, når vi forsøger at kontrollere kræft ved at forvente, at det kommer.

Da jeg mødte Henrik, nåede jeg næsten ikke at sige, "Altså jeg ved jo ikke rigtig noget om dig, bortset fra at du har den her forandring" – før Henrik afbrød mig, "Så ved du mere end mig". Henrik smilede. Og jeg grinede, sådan helt umiddelbart.

Vi havde sat os i sofagruppen, og Henrik havde budt på kaffe og flødeboller. Jeg grinede, fordi jeg blev overrasket, og fordi jeg vidste, at Henrik allerede havde talt med en læge om sin vævsforandring. Men som Henrik indikerede med humor ved at afbryde mig, så er små vævsforandringer helt grundlæggende svære at forstå. Forandringer i lungerne bliver sommetider omtalt som "pletter" eller "skygger". De kan være ubetydelige, aldersrelaterede forandringer eller måske "ar" fra tidligere lungebetændelser. Men de kan også repræsentere en lille lungekræft under udvikling.

De mennesker, jeg fulgte, beskrev ofte hverdagen i et kontrolforløb som et liv "i mellemtiden". Mellemtiden udtrykker en fornemmelse af en ændring fra før til nu og varslar gentagne spørgsmål om, hvad der mon kommer senere. Denne måde at leve på spejler den grundlæggende uvished, som følger af påvisningen af små vævsforandringer.

I mellemtiden forsøger mennesker at forstå og acceptere, hvordan en vævsforandring og overvågningen af den er både betydningsfuld og ubetydelig. At være i kontrol eller "at blive holdt øje med" bliver både forstyrrende og skræmmende, fordi det relaterer sig til potentiel kræft, men også værdsat, fordi det er betryggende, at der handles imod kræft. I forsøget på at sikre og forlænge livet bliver disse modstridende forventninger en kontinuerlig del af hverdagen.

Hvordan vi kom hertil

Kræft prioriteres højt både politisk og ressourcemæssigt. Omkring årtusindskiftet viste epidemiologiske studier, at Danmark "sakkede bagefter" andre nordiske lande, når det gjaldt overlevelse af kræft. I sammenhæng med mediedækning af "ventetidsskandaler" blev det politisk besluttet at definere kræft som en "akut" tilstand med stor vægt på "rettidig diagnose".

I forsøget på at etablere mere sikker viden reproduceres uvisheden og tvetydigheden hos de mennesker, som tilbydes et kontrolforløb.

LÆS MERE OM LIVET
"I MELLEMTIDEN":

bit.ly/47Kjv3D

bit.ly/46ZEUbq



På besøg hos deltager under feltarbejdet. Privatfoto bragt med tilladelse fra deltager.

Sundhedsvæsenet blev restruktureret med kræftplaner, kræftscreeningsprogrammer og kræftpakkeforløb. Den offentlige debat blev intensiveret, og adskillige kampagner om at søge læge "i tide" blev igangsat. Tilsammen har disse tiltag accelereret patientforløbene og forbedret de diagnostiske resultater.

Men denne tilgang har også udvidet omfanget og rækkevidden af kontrol. Den har rykket grænserne for, hvad vi betragter som "kræft" eller mulige symptomer på kræft. Påvisningen af forskellige former for "forstadier" eller "forandringer" er blevet en mere almindelig del af den diagnostiske proces. Dette skyldes en kombination af flere undersøgelser, bedre teknologi og øget fokus på tidlig diagnosticering. Som konsekvens ser vi nu en voksende gruppe af mennesker, som tilbydes overvågning i et forsøg på at finde ud af, om en specifik forandring vil udvikle sig eller kan betragtes som "ingenting".

Ingen nationale opgørelser viser, hvor mange der tilbydes overvågning efter en påvist forandring. Det faglige selskab for lungekræft anslår, at det er cirka dobbelt så

mange, som der diagnosticeres med lungekræft. Det svarer til op imod 10.000 mennesker, alene relateret til lungerne. Ligesom Henrik, tilskyndes disse mennesker til at rette deres opmærksomhed mod en diffus forventning om kræft og skiftende tvetydigheder.

Centralt for livet "i mellemtiden" er, at regelmæssige CT-skanninger bliver forbundet med både det dramatiske (måske skal jeg dø?) og det ordinære (det går nok, det er dejligt at blive "holdt øje" med). Mellemtiden udvisker dermed grænserne mellem den potentielle krise og hverdagslivet.

Mellemtiden rammesætter således de former for liv, som det er muligt at leve i velfærdsstaten med det stærke fokus på tidlig diagnostik.

En antropologisk tilgang

Med udgangspunkt i etnografisk feltarbejde har jeg siden 2015 undersøgt de sociale og etiske konsekvenser af at blive overvåget for kræft, og hvordan overvågning og risikoen for at udvikle kræft i fremtiden udtrykker sig i hverdagen; i oplevelser, adfærd, relationer og etiske overvejelser.

Kort fortalt indebærer etnografisk feltarbejde at undersøge eksplorativt og i dybden, hvordan mennesker handler og tillægger deres oplevelser betydning. Dette ses i en bredere samfundsmæssig og historisk kontekst.

Gennem feltarbejde i lungeklinikker, hjemmebesøg og interviews med lungespecialister og mennesker i overvågningsprogrammer har jeg undersøgt, hvordan påvisningen af en forandring sætter spor af uvished både i den medicinske praksis og i hverdagslivet. På baggrund af dette materiale udviklede jeg begrebet om livet "i mellemtiden".

Livet "i mellemtiden"

Centralt for livet "i mellemtiden" er, at regelmæssige CT-skanninger bliver forbundet med både det dramatiske (måske skal jeg dø?) og det ordinære (det går nok, det er dejligt at blive "holdt øje" med). Mellemtiden udviser dermed grænserne mellem den potentielle krise og hverdagslivet. Den medfører spørgsmål, der dukker op igen og igen, f.eks.: Hvad betyder denne forandring for mig? Mange af de mennesker, jeg mødte, kæmpede med at finde ud af, hvordan sygdom – eller risikoen for sygdom – potentielt kunne forme deres liv. De stillede spørgsmål til, hvordan overvejelser om mulig sygdom overhovedet skulle være en del af livet.

Mellemtiden rammesætter således de former for liv, som det er muligt at leve i velfærdsstaten med det stærke fokus på tidlig diagnostik. Kræft er i stigende grad til stede i vores liv som en form for forventning – en foregribelse af kræft, som måske (eller måske ikke) vil udvikle sig. Men selve potentialet for, om det kan udvikle sig i fremtiden, kalder på handling i nuet.

Dette skaber en særlig dissonans. På den ene side er man medicinsk (med kontrolskanninger) meget opmærk-

som på risikoen for, at en forandring kan udvikle sig til kræft, og at man under ingen omstændigheder må overse denne. På den anden side bliver denne forandring og den tilhørende opfølgning også nedtonet som "ingenting". I disse modstridende forventninger får kræft en skjult og flydende tilstedeværelse, som noget der jævnlige foregribes.

Med andre ord mistænkes kroppen løbende for alvorlig sygdom. Fortolkninger af kroppen bliver flygtige og tvedydige, altid med mulighed for en pludselig ændring. Henrik får at vide, at han ikke har kræft lige nu, men selv i morgen – eller ved næste skanning – må han måske ændre denne opfattelse. Nutiden skrumper, som den tyske sociolog Hartmut Rosa beskriver. Henrik har mindre tid, hvor han kan føle sig sikker på, at han ikke har en kræftsygdom, der gemmer sig i kroppen.

Svære samfundsmæssige diskussioner

Det politiske og sociale fokus på "tidlig diagnostik" medfører uvished, og den flygtighed, som følger af vævsforandringer, vil ofte skubbe i retning af mere kontrol og flere undersøgelser. Men i forsøget på at etablere mere sikker viden reproduceres uvisheden og tvetydigheden hos de mennesker, som tilbydes et kontrolforløb. For Henrik var det svært overhovedet at benævne kræftforventningens modstridende tilstedeværelse. For andre virkede det som et enormt spild af ressourcer, tid og liv – et hjul, som syntes umuligt at slippe ud af.

I foråret 2023 blev der igen sat fokus på kræftudredning og -behandling, og regeringen afsatte midler til et pilotprojekt, som skal undersøge muligheden for at screene for lungekræft i Danmark. Lungekræft kan være svær at opdage, da den ofte først giver mærkbare symptomer, når kræften er for stor til operation. Lungekræftscreening ses som en metode til at opdage de små kræftkuder, som ikke giver symptomer. Tilbuddet om screening vil dog også medføre mere skjulte effekter, f.eks. påvisningen af et stort antal "tilfældige fund" af små forandringer. De sociale og etiske konsekvenser, som kan følge heraf, og som jeg har beskrevet ovenfor, bør få os til at reflektere over de liv, som den diagnostiske praksis medfører.

I lungeklinikkerne forsøgte personalet at inddrage nogle af disse overvejelser i konsultationerne. Derhjemme blev der også indimellem sat ord på de svære spørgsmål. Men i den brede politiske debat om "tidlig diagnose" indsnævres diskussionen ofte til spørgsmål om "at redde liv". Det udelukker drøftelser af, hvad der er "et godt liv" og "en god død". Og sundhedsvæsenet tilskyndes til fortsat at rette sine indsatser mod en endeløs jagt på stadigt vagere tegn på sygdom. //



Har du forslag til 'grønne' emner fra din hverdag i klinikken? Så skriv til redaktionen: solvejvidebaek@dsam.dk.

Grøn praksis



Plastikkopper til urinopsamling.

GRØNT TIP

Plastikkopper til urinopsamling

Skiftet fra engangs- til flergangsprodukter er afgørende, hvis sundhedsvæsenet skal have en mere bæredygtig drift. Det gælder også de engangskopper til urinprøver, som vi kender fra hverdagen i lægehuset. Måske har I også plastikkrus i venteværelset, så patienterne kan få en tår vand?

Klimamæssigt kan der være store gevinster ved at skifte. Klimaaftrykket varierer betydeligt for forskelligt udstyr i sundhedssystemet, f.eks. for engangs- og flergangskopper (inklusive rengøring af flergangsprodukter og bortskaffelse af engangsudstyr).

Udskifter du engangskopperne med genanvendelige kopper, så reduceres den samlede miljøbelastning til omtrent en tredjedel efter 500 ganges brug.

Klimaaftrykket varierer også inden for de enkelte typer af engangskopper. Plastikkopper (til f.eks. urinprøver) udleder mere CO₂ end papkrus. Men inden for produktionen af plastikkopper og papkrus er der også store forskelle inden for hver kategori. Derfor kan det være værd at undersøge, om der findes et mere miljøvenligt alternativ, selv hvis man foretrækker engangskopper. Flere indkøbsfirmaer har viden om bæredygtighed og klimaaftryk på deres produkter, så måske kan de være behjælpelige.

Hvis man ønsker et mere bæredygtigt alternativ til engangskopper i klinikken, kunne man spørge sine kolleger ved næste personalemøde: Kan vi som klinik håndtere at skifte fra engangskopper til genanvendelige, f.eks. af glas eller stål? Hvad indebærer det af opvask? Er det mere realistisk at skifte til en anden engangskop, f.eks. af en mere bæredygtig type plast? //

Læs med i næste nr. af Practicus, hvor Grønt tip handler om brug af lejepapir.



"En dag med" giver indblik i hverdagen hos forskellige praktiserende læger rundt omkring i Danmark.

EN DAG MED ...

Praktiserende læge Kamilla Rost

Kamilla Rost på 45 år har været praktiserende læge i Kolding siden 2017. Hun overtog 1 ½ kapacitet i praksis efter sin ældre tutorlæge, og året efter købte hendes nuværende kompagnon en anden ældre kollega ud. De er nu 2 klinikejere og en §22-ansat speciallæge til 2 ½ kapacitet med 3600 patienter.



6.00 Vækkeuret ringer. Min mand og jeg står op og går en godmorgenrunde til børnene på skift. De er efterhånden store: en datter på 12 år, en søn på 16 år og en på 19 år.

7.30 Jeg cykler til klinikken. Det betyder meget for mig at kunne cykle til arbejde i al slags vejr.

7.45 Vi siger godmorgen til hinanden og starter klinikken op. Da vi vægter nærhed, relationer og høj faglighed, har vi valgt kun at ansætte sygeplejersker i klinikken. Den ene sygeplejerske er praksismanager. Derudover har vi ansat 2-3 medicinstuderende

og har ca. 1-2 uddannelseslæge. Som mange andre har vi ikke helt plads nok, men det skaber vi ved at være lidt kreative med rummene og være der lidt på skift.

8.00 er den første patient booket på lægeprogrammerne, imens tager en uddannelseslæge og en sygeplejerske telefoner. Formiddagen går med patienter. De fleste kan vi klare på 15 minutter, men ved øget behov får vi 30 min. Det er f.eks. til graviditets- og børneundersøgelser, samtaler og tunge kroniske patienter inkl. tolkesamtaler. Det giver mening for alle, at vi har tid til at kunne tage os ordentligt af det, som tager tid. Pauserne mellem patienterne går med at få ryddet indbakke.

10.00 Da det er torsdag i dag, tager jeg eller min kompagnon ud på vores lokale plejehjem, hvor vi er plejehjemslæger. Det er virkelig et arbejde, som giver mening og har forbygget



Hamilla Rost i sit virke som læge. Til venstre er hun ude som plejehjemslæge og til højre i hun i konsultationen i klinikken i Holding. Foto: privat.

mange misforståelser og unødige indlæggelser, inkl. medicinoprydning.

11.45 Vi giver 15 minutters supervision til vores sygeplejersker, hvis de har nogle spørgsmål.

12.00 Det er tid til at give en videokonsultation eller en lang telefonkonsultation til dem, som ikke kan komme på video. Det giver mening i en travl hverdag for mange.

12.30 Tid til frokost, som vi prioriterer, at alle kommer op til, så vi kan høre, hvordan det går, snakke om løst og fast og få grinet. Det giver en positiv energi til alle, inden eftermiddagens program starter.

13.00 Efter frokost er der 30 minutters supervision til vores uddannelseslæger. Derudover har vi også ad hoc-supervision. Det vil sige, at alles døre er åbne, så man kan spørge løs. Vi vil gerne have uddannelseslæger på forskellige niveauer, så de også kan sparre.

14.15 Min uddannelseslæge beder om hjælp til en ældre herre. Han er henvist fra sårsygeplejerskerne grundet decubitus. Han virker lidt trist. Efter vurdering af såret skimter jeg journalen og ser, at han har haft selvmordstanker.

Jeg spørger ind til, hvordan han har det, og han tilkendegiver, at det hele er så trist, og at han faktisk ikke ønsker at være her mere. Han virker klinisk depressiv. Vi skal have en hurtig opfølgning og sikre os, at nogen kommer hjem til ham og holder øje med ham. Jeg starter ham op i Mirtazepin grundet søvnforstyrrelser og tanke-mylder. Det er en af de patienter, som tager en drejning, og som vi er gode til at håndtere i almen praksis.

15.00 Vi har afsluttet sidste patient og rydder op. Kolding har vagtringe, som hjælper hinanden med at passe telefon og hinandens patienter 1 uge ad gangen kl. 14-16. Onsdag passer alle egen telefon til kl. 17.

16.00 Jeg tager direkte ud til min og min datters hest. Det er mit frirum, hvor jeg kan koble helt af efter en lang dag med mange patienter og mange ting at tage stilling til.

18.00 Laver aftensmad med familien og følger op på dagen. Forhåbentlig kan der lige nås en gang træning i det lokale ProRepubliQ – det er min måde at tanke op.

20.30 Hjemme skal der lige tjekkes mail, for jeg er også praksiskonsulent

på Sygehus Lillebælt. Det er et arbejde, der giver mening for mig, fordi vi som praksiskonsulenter er med til at skabe det gode samarbejde mellem almen praksis og de lokale sygehuse til gavn for vores patienter.

22.00 Godnat og sov godt. I morgen har jeg vagt kl. 16-23. Jeg tager en visitationsvagt én gang om måneden for at vedligeholde evnen til at danne et hurtigt overblik og vurdere patienter, som jeg ikke kender, hurtigt og effektivt. For mig giver det mening af vedligeholde og hjælpe med lægevagten, så længe den eksisterer.

Vi må ikke glemme, hvor privilegerede vi er i vores speciale. Vi har det største udbud af kurser, og vi kan hele tiden videreuddanne os og sørge for at vedligeholde den nyeste viden, hvilket jeg også synes, at vi er forpligtet til, og vi har en frihed, som andre specialer ikke har.

Jeg elsker mit arbejde. Jeg ved, at vi gør en forskel. Men vi skal hele tiden sørge for at opretholde arbejdsglæden, da jeg synes, at vi udfordres hele tiden – det skylder vi os selv og vores patienter. //



FYAM-KLUMMEN

Byd (bedre) velkommen til en ny generation af læger

En ung almenmediciner skriver i hvert nummer af Practicus en FYAM-kolumne om et valgfrit tema.

Hermed en opsang til de af vores kolleger, som til stadighed fastholder gamle usunde skikke.

Jeg er ked af altid at lyde som en sur gammel mand. Men som skribent her i Practicus vil jeg bruge min 'tale-tid' til endnu engang at puste til debatten om at opføre sig ordentligt mod kommende kolleger. Det er mit håb, at dette opråb når længere ud end bare til os yngre læger med interesse for almen medicin.

Jeg er aktuelt på hospitalsdelen af min hoveduddannelse i almen medicin. Måske er det alene derfor, at jeg nu ofte er træt og sur og ikke har lyst til at gå på arbejde. Men måske er det noget andet grundlæggende i vores arbejdskultur, som (endelig) påvirker mig lige så meget som mange andre af mine kolleger.

Under mit hospitalsophold er det gået op for

mig, hvor lidt vi uddannelseslæger – og i det hele taget faget almen medicin – bliver taget seriøst af vores kolleger på hospitalerne. Allerede tidligt på medicinstudiet, lige fra vores ophold under medicinstudiet og op gennem KBU'en og nu i hoveduddannelsen, har jeg bidt mærke i, hvordan der bliver (ned)prioriteret, grinet af og rullet med øjnene over uddannelsessøgende læger – særligt i almen medicin. Og jeg er ved at være rigtig godt træt af det.

Det er utroligt træls at gå på arbejde og se, hvordan speciallæger og ledelse på afdelingerne ikke formår at give os det, vi som minimum har krav på: læring, supervision, venlighed og kollegial støtte. Fra enkelte kolleger er der desværre endda ikke engang et smil eller et godt råd at komme efter. Det bør ikke længere accepteres. Personlig udbrændthed og travlhed på afdelingen kan ikke længere bruges som undskyldning for dette udbredte ledelsesproblem.

Jeg har flere gange tidligere hørt fra mere erfarne uddannelseslæger, at det desværre er sådan, landet ligger mange steder. Undskyldningen er





ofte, at der ikke er tid eller overskud til at lære os de kompetencer, vi skal tilegne os under uddannelsen. Og hver eneste gang har jeg fastholdt et smilende 'rolig nu, så slemt kan det umuligt være, mon ikke det bliver bedre i næste stilling'. I hvert fald siden jeg startede på medicinstudiet for nu 12 år siden, har man snakket om at prioritere uddannelse, være gode kolleger og tage bedre imod næste generation af læger. Alligevel føles det ofte som om, at vi ingen steder er kommet med det.

Så sent som i dag sad jeg til morgenkonference på min afdeling og bemærkede i den dynamik, der desværre stadig er mange steder. Ved langbordet sad speciallægerne med deres kaffe og armene over kors, mens de yngre læger sad langs væggen og vinduer. Ydermere sad fire medicinstuderende i hjørnet, og de blev hverken hilst på eller omtalt under konferencen. Da jeg efterfølgende gik hen til dem for at høre, om én af dem skulle med mig, fortalte de, at ingen af dem vidste, hvem de skulle følge den dag og nærmest undskyldende bad om hjælp til at komme videre med dagen.

Lad mig starte med at sige, at det på ingen måde er okay! Vi viser simpelthen en utroligt dårlig side af os selv og vores arbejde, når vi sidder med armene over kors, drikker vores kaffe og forlader et rum, hvor man ty-

deligt kan se nye ansigter uden at anerkende, at de er der. Man kan i det mindste sige 'hej' til kommende kolleger. Og lad mig derfor fortsætte med at opfordre alle mine kolleger til at leve op til vores fælles ansvar for kommende kolleger og sørge for, at de bliver taget godt imod, føler sig velkomne og ved, hvem de skal følge.

Der er kommet en ny generation af læger, som (ligesom resten af samfundets unge) stiller krav, har ønsker og siger 'nej' til ansættelser, der ikke er indbydende. Der er ikke noget at sige til, at det er svært at rekruttere læger, når de møder modstand lige fra den spæde start.

Skal jeg tale videre fra egen erfaring, kan jeg desværre nævne, at samme afdeling ikke hjælper yngre læger med at opnå deres kompetencer. Det skal man selv kæmpe for. Det er der sådan set ikke meget forkert i, men man bør ikke kæmpe mod en mur af opgivenesshed. Min vejleder sagde fra starten af min ansættelse, at jeg ikke ville kunne få lært alle mine kompetencer på dette kvalifikationskort på denne ansættelse - undskyldningen om travlhed kom igen i brug. Jeg fik ikke lov til at få mine uddannelsesdage, ikke lov til at komme på alle fokuserede ophold i intern medicin og ikke lov til at få mere end tre fokuserede emner, jeg kunne forsøge at finde patienter i, mens jeg var her. Og så med den krølle på halen, at hvis min tutor (som jo skal godkende, at jeg har lært det, som jeg skal i ansættelsen) havde et problem med at godkende opholdet, kunne hun jo bare ringe til ham, så han kunne bekræfte, at jeg havde været der.

Dette er bare endnu en grund til, at jeg er en af dem, som glæder mig til en kommende ændring i hoveduddannelsen, så vi får kortere ophold på afdelinger, hvor vi blot ses som arbejdskraft frem for kommende kolle-

ger. Vi er trods alt på hospitalsafdelingerne for at lære, hvordan vi skal arbejde sammen og passe vores fælles patienter, så de ikke bliver indlagt unødigt. Hoveduddannelsen er jo struktureret med kvalifikationskort og kompetencer, fordi vi uden dem ikke lærer netop det.

Jeg tilhører den nye generation af læger, som ikke længere vil acceptere dårlig opførsel blandt kolleger. Jeg tilhører en generation, som prioriterer at være glad i vores erhverv såvel som at have en god balance mellem arbejdsliv og privatliv. Jeg sætter en stolthed i at være smilende, åben og at støtte kommende kolleger - både i daglig supervision, men også i, at de kan føle sig velkomne og som en kommende ressource.

Det er på tide, at vi alle husker, at det er okay at ville noget andet end 'kun' at være læge. At der ikke går noget tabt ved at være venlig over for andre, der ikke nødvendigvis vil gå samme vej som en selv. Vi bør ikke være modstandere af ønsker og krav, som vi ikke selv havde, men være åbne og vise forståelse, for ellers får vi ingen kommende kolleger.

I min optik bør vi alle investere mere i nye kolleger og vise dem vejen til en inspirerende uddannelse og et arbejdsliv, som ikke udbrænder en. Jeg synes, at vi bør være mere åbne for deltidsansættelser og andre måder at strukturere sit liv på. Vi bør kunne have et arbejde, hvor det ikke bare handler om at kunne få hakket kompetencer af på et skema efter endt ophold, men i stedet om at lære at bruge dem som værktøjer i en klinisk hverdag.

Hvis du også føler, at din uddannelse ikke bliver prioriteret, eller at du som medicinstuderende eller yngre læge ikke føler dig velkommen på en hospitalsafdeling, så vær åben for at råbe op. Sig fra. Spørg om hjælp. Bed om uddannelse. Og hjælp andre med at være en god kollega. //



VOXPOP

fra "Preventing Overdiagnosis"

Konferencen 'Preventing Overdiagnosis' blev afholdt i København den 14.-16. august 2023. Flere fra FYAM deltog. Mød nogle af dem her – og få deres reaktioner fra konferencens sidste dag.



**MARIAM GESHLAGH, 35 ÅR,
HU-LÆGE, REGION HOVEDSTADEN**
Hvad har du taget fri fra for at kunne være her i dag?

Jeg har taget 3 dage fri fra min blokstil-

ling på pædiatrisk afdeling ved Herlev Hospital.

Hvorfor har du valgt at tage på conference?

Jeg synes, det er fedt at blive introduceret til nye ideer og nye koncepter og lige få lov at fordybe mig i noget, som er spændende. Jeg synes, at "preventing overdiagnosis" er et nichefelt, som bør blive mere kendt.

Kan du nævne én ting, som har gjort særligt indtryk på dig?

Det, som jeg netop har lyttet til. Hvordan særligt kvinder bliver bombarderet med reklamer fra kommercielle aktører om, at de skal tage ansvar for deres egen sundhed, men hvor budskabet inde under det er, at de bare kommer til at forbruge helsevæsnet mere. Det, synes jeg, har været meget øjenåbnende.

Hvis du skulle anbefale andre FYAM'er noget fra konferencen, hvad skulle det så være?

Man skal prioritere at tage på conference, fordi det er en så flot arena til at få kendskab til andre læger og få ekspanderet sin viden inden for almen

medicin og noget at alt det, som findes derude af forskning. Og så er det bare et fedt internationalt miljø, som man kan få lov at tage del i.



**ASTHILDUR ARNADOTTIR, 38 ÅR,
HU-LÆGE, REGION SJÆLLAND**
Hvad har du taget fri fra for at kunne være her i dag?

Jeg har taget fri fra akutmodtagelsen i Slagelse, hvor jeg har min sidste blok under hoveduddannelsen.

Hvorfor har du valgt at tage på conference?

Det har jeg gjort for at blive inspire-

ret, og jeg er også en del af forskningsmiljøet i Region Sjælland og herinde i København. Så det er for at blive inspireret og møde mine kollegaer. Og jeg havde en præsentation i går.

Kan du nævne én ting, som har gjort særligt indtryk på dig?

Jeg har fået øjnene op for "time needed to treat". Det er den tid, som alment praktiserende læger bruger til forebyggelse hos patienter. Den er ikke integreret i guidelines, og det viser sig, når man regner på det, at den ofte er urealistisk ift. den tid, vi har, når vi sidder sammen med patienterne. Og jeg synes også det har været spændende at høre andre faggrupper som sundhedsøkonomer, filosoffer og sociologer komme og fortælle.

Hvis du skulle anbefale andre FYAM'er noget fra konferencen, hvad skulle det så være?

Kom ud. Deltag i konferencer, mød kollegaer nationalt og internationalt, bliv inspireret, og få nye tanker og idéer med til hverdagen i almen praksis.



MARIA DAHL OVERGAARD, 32 ÅR, HU-LÆGE, REGION MIDTJYLLAND
Hvad har du taget fri fra for at kunne være her i dag?

Jeg har fået fri fra min HU-stilling,

som jeg lige er startet på her den 1. september i Tranbjerg Lægehus uden for Aarhus.

Hvorfor har du valgt at tage på conference?

Jeg fik tilbuddet som FYAM'er om at komme og være med på konferencen i de her tre dage. Det, synes jeg, var en fed mulighed, nu når konferencen er i København. Det er ikke noget, jeg ved specielt meget om, og derfor ville jeg gerne blive klogere på det, og jeg synes, det er et spændende område at få lidt indsigt i.

Kan du nævne én ting, som har gjort særligt indtryk på dig?

Jeg synes, det er svært at nævne én ting. Jeg tror mest af alt, at det har gjort indtryk på mig, hvor bredt det egentlig er, og hvor stort et område [det er], og hvor mange drivkræfter der er bag overdiagnostik. Og hvor meget man på en eller anden måde er en lille brik i et kæmpestort spil, som godt kan være lidt skræmmende egentlig. Det bliver et stort ansvar.

Hvis du skulle anbefale andre FYAM'er noget fra konferencen, hvad skulle det så være?

Det kan være lidt svært, netop det her med, "hvad skal jeg så gøre". Men en af oplægsholderne [Julian Tradwell] i går fremlagde et værktøj – en hjemmeside – som er ret nyudviklet [gpevidence.org]. Et konkret værktøj, hvor man kan gå ind og kigge på, hvis man f.eks. udskriver antihypertensiva til en patient, hvad er så evidensen bag det, og hvor mange skal vi behandle ud af 100, for at vi redder så og så mange fra noget bestemt. Man kan gå ind og kigge på behandlingen af en pallette af kroniske sygdomme [...] og gøre behandlingen mere evidensbaseret.



MATHILDE BAUMANN, 35 ÅR, INTRO-LÆGE, REGION SJÆLLAND

Hvad har du taget fri fra for at kunne være her i dag?

Jeg har taget fri fra min introduktionsstilling i almen medicin i Tølløse.

Hvorfor har du valgt at tage på conference?

Fordi jeg synes, det er vildt spændende og et sådant eksklusivt emne og ikke noget, man sådan ofte støder på i videnskabelige kredse.

Kan du nævne én ting, som har gjort særligt indtryk på dig?

Jeg synes, der har været mange gode pointer. Et af de første store indtryk, jeg fik, var fra Martin Hensher, som er økonom. Han holdt et oplæg, hvor han egentlig på et tidspunkt konkluderede at, hvis vi ikke gør noget anderledes, så kolliderer vores system. Der var ligesom tre veje, det kunne gå. En af dem var et kollaps, en anden var, at vi slutter med overdiagnostik, og en tredje mulighed var, at vi skruer voldsomt ned. Og det, synes jeg, var enormt tankevækkende.

Læs mere om, hvad Mathilde tog med sig fra konferencen i artiklen "Overdiagnostik og de vilde ting", som du finder på de følgende sider. //



Overdiagnostik og de vilde ting

Vi skal gøre mindre i sundhedsvæsenet, end vi tror.

I foråret startede jeg et omfattende behandlingsforløb hos min nye tandlæge, efter hun havde konstateret sammenbidsproblemer ved et årligt rutinetjek. Jeg var overrasket. Mig som aldrig havde haft problemer med mine tænder nogensinde før.

“Den er helt gal. Hvis ikke vi gør noget nu, så vil dine tænder og kæbeled være totalt nedslidte om 30 år. Så vil du forebygge eller vente til problemerne er for store til at gøre noget ved det?”

Uden helt at forstå patologien bag mit tilfælde, men fuld af ærefrygt over hendes ekspertise inden for et område, der var langt fra mit, indvilligede jeg i at starte et forløb for at få rettet mit bid op. På trods af at jeg ikke rigtigt havde nogen symptomer. Hver fjerde uge kom jeg hos min tandlæge, fik lavet billedoptagelser og mål til en bideskinne, som efterfølgende skulle rettes til løbende. Foruden alle de penge, jeg måtte bruge på det, og de bekymringer, som jeg dagligt gjorde mig over mit håbløse tandsæt, tog det også tid væk fra både mit arbejde og min fritid. Gennem hele forløbet var der konstant noget, der nagede mig – en

tanke, der blev stærkere, efterhånden som tandlægeregningerne blev flere og flere: Kunne der mon være tale om overbehandling?

POD23

I midten af august fik jeg mulighed for at blive klogere på netop det og meget andet om overdiagnostik og overbehandling. Jeg tog nemlig til videnskabelig konference i København. På Hotel Scandic, næsten lige ved siden af det gamle københavnske kommunehospital, hvor der i tidens løb garanteret også er udført mange unødvendige og somme tider også skadelige behandlinger, blev Preventing Overdiagnosis 2023 afholdt. Her deltog sundhedspersoner fra hele verden; flest læger, men også bl.a. jordemødre, antropologer, sundhedsøkonomer og faktisk også en håndfuld tandlæger.

Udviklingen skal vendes

Konferencen er et vigtigt bidrag til at kaste fokus på problemet med overdiagnosticering af patienter og især, ja, raske mennesker. Raske mennesker, som får diagnoser og bliver udsat for behandling, som de ikke har gavn af – nogle vil endda opleve skader pga. af overdiagnostikken. Problemet er globalt, og konferencen er med

til at gøre opmærksom på, hvor vigtigt det er, at vi ikke bare har fokus på denne tematik, men også hjælper hinanden med at vende en udvikling. Det er en udvikling, som ifølge økonom Martin Hensher, der som en af de første holdt oplæg på konferencen, kan ende i det globale sundhedsvæsens totale kollaps. Hvis vi altså ikke formår at ændre den kurs, som vi er på.

For overdiagnostik handler også om bæredygtighed og om klima. Der er ikke ressourcer nok til at fortsætte på samme måde: scanninger, lægekontakter, medicin, hospitalsindlæggelser, udstyr (og noget så simpelt som lattergas, som blev demonstreret af Forbes McGain, australsk ”earth warrior” og anæstesiolog). Det kræver enorme mængder af materialer, tid, penge, ressourcer og i sidste ende CO₂, og det bliver tiltagende tydeligt, at balancen mellem forbruget og tilgængeligheden ikke er der. Som jordboer og naturaktivist blev jeg, midt i alle de dystre forudsigeligheder, samtidig lettet over at høre, at omsorg for jordkloden blive italesat i så velrenommeret en forsamling. Christoffer Døwrick, praktiserende læge og professor ved University of Liverpool, fortalte os om mental bæredygtighed og om overbehandling af depression. Hans rationale om at bruge naturen



Mæt af indtryk, en lille smule skræmt,
men også forhåbningsfuld, vil jeg nu
bruge lidt tid på at ligge i min have ved
roden af et træ, ikke føle mig syg,
glemme alt om min tandlæge og mit
måske håbløse sammenbid.

som lise var et smukt jordnært budskab i en kontekst af stor kompleksitet.

Drivkraften er kompleks

Hvad angår drivkraften bag overdiagnostik, er denne også meget kompleks. Der er bl.a. magtfulde medicinal- og tech-giganter, hvis indflydelse kan være svær at gennemskue. Det illustrerede bl.a. Brooke Nickel fra University of Sydney med stor overbevisning i sit keynote-oplæg om feministisk diskurs, som er kapret af kommercielle interesser, f.eks. AMH-test, der uden evidens for gavnlig effekt sælges i massevis, og for nogle kvinder medfører unødvendige livsomlægninger og bekymringer.

Også medier, den videnskabelige diskurs, politikere, patientorganisationer m.fl. har indflydelse på problemet med overdiagnostik. Desuden er der kulturelle aspekter og strømninger uden for sundhedsvæsenet, som driver folk mod diagnoser og behandlinger. Vi blev bl.a. præsenteret for tanker og teorier om diagnosekulturen af vores allesammens Svend Brinkmann.

Det kan vi selv gøre

Den enkelte læge og behandler bidrager også til problematikken - det er klart. Men mange klinikere på konferencen gav forståeligt nok udtryk for, hvor svært det er, selv med den rette indsigt og forståelse af problemet, at kæmpe imod de stærke strømninger og kræfter, der trækker mod mere forbrug, diagnoser, behandling osv. Og hvad kan vi overhovedet gøre, os på gulvet? At sætte fokus på problemet kunne være første skridt. At samarbejde om at ændre kursen kunne være et andet. "Let's form a massive peloton", som spreder det vigtige budskab og tager de små kampe, var Margaret McCartneys, praktiserende læge fra Skotland, afsluttende visionære budskab i sit keynote-oplæg om kliniske løsninger til at afbøde overdiagnostik. Tre norske almenmedicinere og professorer fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Bergen havde nogle lidt mere

konkrete og simple forslag til, hvad man kan starte med at gøre i almen praksis: viden til patienterne på klinikernes infoskærme og i foldere i venteværelserne om "kloke valg hos fastlegen din", hvor det bl.a. fremgår at "ofte er gode råd den bedste behandlingen du kan få", og en podcast om det samme, lavet af læger til patienterne, som kan afspilles, mens man venter på sin konsultation.

Jeg har selv et forslag til et konkret tiltag, som folkene bag konferencen kunne gå videre med: en TED Talk om emnet og med én af de mange karismatiske, veltalende og idealistiske oplægsholdere fra konferencen. Den kunne gå viralt og sprede fokus på de vigtige budskaber - ikke kun blandt læger og conference-deltagere, men også blandt almindelige mennesker og andre akademiske grupper, som jo skal bistå os sundhedsfolk med at vende udviklingen.

Mæt af indtryk, en lille smule skræmt, men også forhåbningsfuld, vil jeg nu bruge lidt tid på at ligge i min have ved roden af et træ, ikke føle mig syg, glemme alt om min tandlæge og mit måske håbløse sammenbid. Og så vil jeg læse Wendell Berry, som blev anbefalet af førortalte Chris Dowrick. Nedenstående digt indgik i en antologi, som blev foræret til alle nyudklækkede læger i Skotland gennem en årrække. Måske gemmer det på en del af løsningen på overdiagnostikken og sundhedsvæsenets forestående kollaps?//

*When despair for the world grows in me
and I wake in the night at the least sound
in fear of what my life and my children's lives may be,
I go and lie down where the wood drake
rests in his beauty on the water, and the great heron feeds.
I come into the peace of wild things
who do not tax their lives with forethought
of grief. I come into the presence of still water.
And I feel above me the day-blind stars
waiting with their light. For a time
I rest in the grace of the world, and am free.
The Peace of Wild Things by Wendell Berry (2012)*



ARTIKELSERIE

Mød dit FYAM-udvalg

Som yngre læge med interesse for almen medicin kan man – som aktuelt 1.500 andre – blive medlem af Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) under Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM).

Practicus har valgt at bringe en artikelserie med personlige portrætter af FYAM-udvalget, så du kan se, hvem der repræsenterer dig og lære dem bedre at kende. I dette blad kan du møde følgende fra FYAM-udvalget:

Pernille Hølmkjær, observatør i FYAM-udvalget, repræsentant for yngre forskere gennem Ph.d.-Forums koordineringsudvalg.

Sara Kaae Frandsen, FYAM-observatør i Yngre Lægers Almen Praksisudvalg og FYAM-observatør i Efteruddannelsesudvalget (DSAM og PLO). //

SCAN QR-KODEN OG
SE VIDEOEN "KORT
FORTALT OM FYAM".



Pernille Hølmkjær, observatør i FYAM-udvalget, medlem af Ph.d.-Forums koordineringsudvalg

Hvem er jeg?

Jeg er 34 år og næsten færdig med et ph.d.-forløb på Afdelingen for Almen

Medicin ved Københavns Universitet. Herefter vil jeg søge en introstilling i almen medicin.

Det har altid været vigtigt for mig at huske på, at vi er mere end vores arbejde, også som læger. Jeg har derfor både igennem studiet og efterfølgende haft fokus på at mødes om "alternativ" aktiviteter, f.eks. gennem Pusterummet og andre sociale sammenhænge.

Personligt bor jeg i Smørum med min mand og 2 børn. Ud over at bruge tid sammen med dem prioriterer jeg gerne at have tid til min bogklub og at spille både brætspil og Dun-

geons & Dragons med en gruppe venner.

Hvorfor almen medicin?

Jeg er en kæmpe fan af de muligheder for medbestemmelse af arbejdslivet, der følger med almen praksis. Der er, trods et højt arbejdspress, en stor frihed til at skabe det arbejdsliv med de opgaver, som er mest spændende for mig. Det gælder også patienterne, som jeg får lov til at følge i længere tid og være tovholder for. Den funktion betyder, at jeg sammen med patienten kan finde frem til den rette diagnostiske mistanke og sende relevant vide-



Sara Kaae Frandsen, FYAM-observatør i Yngre Lægers Almen Praksisudvalg, FYAM-observatør i Efteruddannelsesudvalget

Hvem er jeg?

Jeg er 31 år og er på gyn-blok i min hoveduddannelse i Region Hovedstaden. Jeg bor i hus midt i regionen med min mand og vores datter. Inden længe skal jeg på barsel med nummer to. Derudover prøver jeg at rumstere lidt i haven, strikke lidt og lave god mad – selvom det er svært mellem vagter og bleskift.

Det frivillige arbejde har altid fyldt noget for mig, både før, under og efter studiet. Det handler rigtig meget om

det sociale, men også om at skabe bedre forhold for medmennesker og kollegaer. Det frivillige er en del af min identitet. Derfor ved baglandet også, at det er noget, som jeg forsøger at prioritere.

Hvorfor almen medicin?

Det var nok først i 8-ugers opholdet på specialefokuseret klinik, at jeg for alvor blev bekræftet. Samtidig fik jeg mulighed for at være med til etableringen af en helt ny klinik, da jeg som stud.med. arbejdede som sekretær/sygeplejeviker. Det var et afgørende år, hvor jeg både forelskede mig i kerneopgaven – at se patienter med alle typer af problemer, fra vugge til grav – men også blev vild med det, der foregår "behind the scenes": ledelse, drift, praktik, drømme og visioner.

Hvad laver jeg i FYAM?

Jeg er nu observatør i Yngre Lægers Almen Praksisudvalg. Det støtter brodannelse mellem FYAM's faglige fokus og Yngre Lægers politiske fokus.

Det betyder meget for mig, at vi ved, hvad hinanden laver, og at vi arbejder i samme retning.

Som observatør i Efteruddannelsesudvalget forsøger jeg at præge efteruddannelsesmulighederne for speciallæger, så det passer med den fremtid, som FYAM'er forestiller sig.

I selve FYAM-udvalget har jeg blandt andet været med til at skabe vores ledelseskampagne og har slået på tromme for et mere åbent og gennemsigtigt FYAM.

Hvad vil jeg gerne fremadrettet i FYAM og i lægelivet?

Jeg er ved at tage fat på at få revideret PraksisPlus. Det er en e-bog, som er lavet til at hjælpe nyuddannede speciallæger, der vil starte praksis. Der blev for 10 år siden lagt et kæmpe arbejde i det. Jeg håber, at det får nyt liv.

Det er nok også det tema, der rører sig i mig som læge. Hvordan dygtiggør jeg mig fagligt, samtidig med at jeg gør mig klar til at starte egen praksis? //

re, men vi kan også i samarbejde beslutte, hvornår det ikke er nødvendigt, og hvornår vi måske skal stoppe med behandlinger. Herudover skaber faget fantastiske muligheder for at få ledelsesansvar, at klare administrative opgaver og medvirke til uddannelse og forskning.

Hvad laver jeg i FYAM?

Jeg er observatør FYAM-udvalget på grund af min post som forperson i "Almenmedicinsk Ph.d.-Forum", som er en interessegruppen under DSAM. Som observatør deltager jeg i udvalgets møder og er med til at skabe en

sammenhæng mellem FYAM og de ph.d.-studerende, som er ansat ved forskningsenhederne og afdelingerne for almen medicin.

Hvad vil jeg gerne fremadrettet i FYAM og i lægelivet?

Jeg vil fremadrettet gerne være et "aktivt" medlem af FYAM, så jeg kan være med til at påvirke og arrangere vores videreuddannelse og være med til at skabe kvalitet og et fedt sammenhold.

Når jeg i 2024 har afleveret og forsvaret min ph.d.-afhandling, vil jeg påbegynde vejen til at blive speciallæge i almen medicin, først med en

introstilling, som jeg stadig har til gode. På længere sigt vil jeg gerne kombinere at have egen praksis i et kompagniskab med 2-3 andre, men også forske og undervise både medicinstuderende og kommende kollegaer. //

Bliv en stor oplevelse rigere

som stud.med. i det grønlandske sundhedsvæsen

Måske har du hørt om medicinstuderende, der tager på klinikophold i Grønland gennem IMCC. Men ved du også, at man nu kan få job som stud.med. i Grønland?

I september sidste år så jeg tilfældigt et jobopslag på Facebook, hvor de søgte en stud.med. til arbejde i Grønland. Jobbeskrivelsen omfattede at hjælpe i laboratoriet med at tage blodprøver og at bistå Steno-afdelingen i Grønland med at lave årskontroller.

Jeg søgte jobbet lige efter afslutningen af min bacheloruddannelse.

To måneder senere ankom jeg til Ilulissat. Jeg blev hentet i en ambulance af en portør i lufthavnen. Det er en normal transportform ved ankomst og afrejse på kysten – alt uden for hovedstaden Nuuk.

Sygehus eller sundhedscenter

På kysten i Grønland er der i de større byer et sygehus, mens der i de mindre

Smuk og vild naturoplevelse venter.
Foto: privat.





Selv en julemand kan få behov for sundhedsvæsenet. Foto: privat.



Nordlys fra første parket. Foto: privat.

byer er et sundhedscenter. Begge har et almenmedicinsk ambulatorium og derudover en lille sengeafdeling med plads til indlagte. Lægerne varetager bredt alle opgaver. Det betyder, at man som stud.med. er ganske tæt på den almenmedicinske del. Derfor kan man tage klinikophold i almen medicin i Grønland gennem IMCC.

De opgaver, man varetager, når man er ansat som stud.med. minder om dem, som man varetager i en almen praksis i Danmark – med mulighed for at hjælpe til på sengeafdelingen. I min tid på Ilulissat Sygehus havde jeg også SPV-lignende opgaver og hjalp til i skadestuen.

Tværfaglighed er nødvendigt

I det grønlandske sundhedsvæsen er mange ansat i tidsbegrænsede stillinger, da en del har bopæl i Danmark. Alle kommer med forskellige kompetencer og rutiner, og det kan være svært for det faste personale at sørge

for stabilitet og fælles arbejdsgange. Jeg oplevede, hvor vigtigt tværfagligt samarbejde er: at der er behov for, at alle deltager og er villige til også at lave andre opgaver end vanligt. For eksempel når læger og sygeplejersker måtte analysere prøver i weekenden – noget, der normalt er bioanalytikerens job. Det var tydeligt at se, hvor vigtige alle faggrupper er, og det var spændende og rart at opleve, at alle blev værdsat af deres kolleger. Jeg synes desværre, at dette ofte mangler på de danske sygehuse.

I Ilulissat var der et godt socialt fællesskab i fritiden, hvilket var rart. De fleste – ligesom mig – rejser derop alene, hvilket betyder, at de fleste gerne vil ud og drikke en kop kaffe eller gå en tur efter arbejde.

Naturen i Grønland er utroligt smuk. Jeg var der i vintertiden med sne og is, hvor jeg oplevede helt ubeskriveligt flot nordlys. Der er mange aktiviteter, man kan prøve om vintere-

ren. Man kan tage på sejltur og fange fisk i lange baner, tage ud i fjeldet på hundeslæde eller snescooter og prøve at stå på langrendsski. Derudover vil jeg klart anbefale at tage med til bingo. Det er en sjov oplevelse. Men husk at tie stille, når spillet er i gang – de mener det alvorligt. Og når man ser på pengepræmierne, er det helt forståeligt!

Jeg kan klart anbefale at søge job i Grønland som stud.med., hvis man har brug for en pause fra studiet, som jeg havde. Der er desværre endnu ingen overenskomst mellem det grønlandske sundhedsvæsen og FADL, hvilket vi må efterspørge. Det er derfor vigtigt at få afklaret kontrakt og løn, inden du laver en aftale. Stillingsopslag og ansøgning foregår ofte på gjob.dk. Hvis du ikke kan se nogen stillingsopslag, men gerne vil derop, så skriv til et sygehus og spørg, om de kunne bruge en stud.med. – det kan de ofte godt. //



TANKER FRA STOLEN:

Hvor stor nytte har almen praksis af STPS-tilsyn?

For nylig skrev jeg et hørings-svar til Styrelsen for Patientsikkerhed om deres udkast til nye målepunkter for tilsyn med almen praksis i 2023. Ud over nogle diskutabile målepunkter

blev der som sædvanligt lagt stor vægt på korrekt journalføring.

Opgaven fik mig til at tænke over, hvad der mon kommer ud af disse tilsyn med vores klinikker. Medfører de bare stress, løftede pegefingre, sanktioner og fine rapporter? Forbedrer de reelt sikkerheden for patienterne?

Vi er i dag udfordret af en stigende ældre patientgruppe og øget efterspørgsel på sundhedsydelser. Der skal leveres flere ydelser på en stadig mere effektiv måde. Samtidig ønsker vi at reducere risikoen for fejldiagnoser og fejlbehandlinger.

Når jeg læser rapporter fra STPS' tilsyn med almen praksis for 2017-2022, finder jeg flere positive læringsmuligheder. Der har været fokus på en række vigtige områder som delegering af lægeopgaver, ordination af venedannende medicin, infor-

meret samtykke, opfølgning på prøvesvar og vurdering af selvmordsrisiko.

Styrelsen for Patientsikkerhed udfører godt 100 tilsyn med almen praksis om året. Men er dette tilstrækkeligt til reelt at hæve niveauet af patientsikkerhed generelt? Eller har vi måske skabt en falsk tryghed om patienternes sikkerhed? Hvorfor går vi ikke mere radikalt til værks for effektivt at forbedre patientsikkerheden? Kunne den betydelige mængde viden, som indsamles gennem disse tilsyn, omsættes til praktisk gavn for alle pa-

FORFATTERBIOGRAFI:

Kaj Sparle Christensen er speciallæge i almen medicin og professor ved Institut for Folkesundhed ved Aarhus Universitet. Han arbejder i praksis en dag om ugen og er desuden ansat som seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Hans primære forskningsområde er diagnostik og behandling af mentale lidelser i almen praksis.

Debatindlæg inspireret af denne
klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



Vi bør aktivt anvende den viden, vi opnår gennem tilsynene, så den øger patientsikkerheden generelt og samtidig forbedrer arbejdsmiljøet i almen praksis.

tienter, f.eks. gennem digitale løsninger?

Forestil dig, at Sundhedsstyrelsen besluttede at lukke FMK for ordination af korttidsvirkende morfika ud over 2 uger, medmindre patienten er terminalerklæret. Eller at man besluttede at begrænse al ordination af vanedannende medicin til højst 4 uger. Overvej engang, hvordan sådanne teknisk-administrative tiltag kunne forenkle vores samarbejde med patienter og myndigheder.

Vi kunne måske også enes om

skriftlige standarder for delegeret lægehjælp, som personalet årligt bliver evalueret i. Forslagene er ikke udtømmende og kræver nok også yderligere overvejelse.

Pointen er, at vi aktivt bør anvende den viden, vi opnår gennem tilsynene, så den øger patientsikkerheden generelt og samtidig forbedrer arbejdsmiljøet i almen praksis. Ved at kombinere nye erkendelser med moderne digitale løsninger kan vi skabe en trygtere og mere effektiv fremtid for både patienter og praksis. //



29TH WONCA EUROPE CONFERENCE

The Convention Centre Dublin
25–28 September 2024

11–14 June 2024 | Turku, Finland

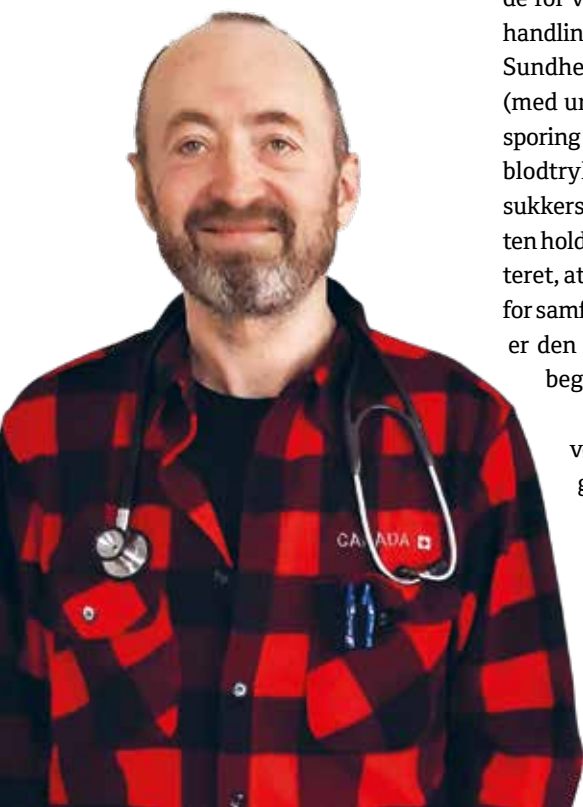
**NC²⁰²⁴
GP**

General Practice – the bedrock of healthcare – Respecting the core values

23rd Nordic Congress of General Practice 2024 | ncgp2024.fi | [#ncgp2024](https://twitter.com/ncgp2024) [#visitturku](https://twitter.com/visitturku)

Patientens advokat

Benny Ehrenreich sidder på 24. år i kompagniskabspraksis på Nørrebro, København. Benny er repræsentant i DSAM og formand for PLO-København samt en erfaren debattør.



Jeg havde en uddannelseslæge, der samlede mine "guldkorn" på en kop til afskedsgave. Der stod blandt andet: "Hvem er patienten?", "Jamen, skal vi behandle?", "For patientens skyld eller STPS' skyld?" En skøn anerkendelse fra en ung kollega!

Det er en fornøjelse at få lov til at præge de nye læger – og et stort ansvar! Jeg har derfor reflekteret videre over mine udsagn, jeg åbenbart som tutor rundhåndet uddeler.

Jeg ser mig primært som advokat for hver enkelt patient, der kommer til mig. Deres liv og aktuelle kontekst er afgørende for valg af behandling – eller ikke-behandling. Kliniske retningslinjer og råd fra Sundhedsstyrelsen virker oftest positivt (med undtagelse af vejledningen om opsporing af overvægt) på gruppeniveau: Når blodtryk og kolesterol tal behandles ned, sukkersygen er velkontrolleret, og patienten holder op med at ryge, er det dokumenteret, at der er sygedage og penge at spare for samfundet. Men for den enkelte patient er den absolutte risikoreduktion måske begrænset.

Jeg læser med udbytte EBM Focus ved DynaMed og GP Evidence (www.gpevidence.org) for at holde mit kritiske fokus på faldgruberne for behandling. Det giver stof til eftertanke, når effekten af en behandling, f.eks. mild hyperten-

sion uden andre svære risikofaktorer, kan beskrives således: "På 10 år vil 10 ud af 100 ubehandlede få en blodprop i hjertet, hjertesvigt eller slagtilfælde, og hvis vi behandler alle 100 med 1 eller flere piller, vil kun 9 rammes af hjerte-kredsløbs-sygdom! Der er ved behandling også risiko for bivirkninger, men det er ikke særligt grundigt belyst hvor tit og hvilke". Vi ved heller ikke så meget om, hvad sygeliggørelsen og eventuelt medicin per se gør for livskvaliteten.

Jeg prøver gerne at formidle denne lidt komplicerede problemstilling, så behandlingen – eller fravalg af behandling – sker på et oplyst grundlag for lige denne patient.

Er der en fordel ved screening? Næppe for den enkelte. For nylig offentliggjorde

Jeg ser mig primært som
advokat for hver enkelt
patient, der kommer til mig.
Deres liv og aktuelle
kontekst er afgørende
for valg af behandling
– eller ikke-behandling.

Vores vigtigste opgave er at være læge for den enkelte patient og at kende denne persons livsomstændigheder og præferencer.



JAMA en meta-analyse, som konkluderede, at der ikke kunne påvises evidens for øget overlevelse ved kræftscreening (bl.a. PSA-måling, mammografi, koloskopi og CT-skanning af lungerne) sammenholdt med ingen screening. Vi bliver heldigvis ikke direkte indblandet i de fleste screeningprogrammer ud over smear-test. Men det hænder, at jeg får et spørgsmål, og så må jeg sige det, som det er: "Jeg ved ikke, om du skal takke ja!"

Jeg havde en patient med svært behandlelig hypertension: Blodtrykket var alt for højt trods 4-stofbehandlet efter justering i hospitalsambulatorium. Hun var ulykkelig over, at jeg, hendes læge, som hun kerede sig meget om, ikke var tilfreds, når jeg målte blodtrykket. I min yngre mere nidkære udgave var målet de kliniske anbefalinger, men de sidste par år, hun levede, udtrykte jeg tilfredshed med det målte, uanset værdien. Hun blev trods alt 88.

Patienter bekymrer sig også om deres alkoholforbrug og kan spørge om en halv flaske rødvin på en aften eller 6 pilsnere til en fisketur er for meget. Jeg spørger selvfølgelig ind til

deres oplevelse, om de følger deres lyst eller har en belastende trang, men jeg finder det ofte rigtigst at svare, at deres forbrug bør de nyde med god samvittighed.

Tilsvarende med fetrygerne eller for den sags skyld rygerne: De får statistikken, som klart er til deres ugunst, men de får ikke den løftede pegefinger, og igen: "Hvis du skal ryge, så gør det dog uden dårlig samvittighed! Ellers stop (og det vil jeg gerne hjælpe med)!"

Jeg har patienter, der eksplicit har formuleret, at de kun kommer til lægen, fordi de ikke får en løftet pegefinger! Hvis de fik det, ville de ikke gide at komme. Det betyder selvfølgelig, at jeg har en del dårligt regulerede diabetikere, hypertonicere og rygere i min praksis og – undskyld – en

del patienter med diabetes eller forhøjet blodtryk, som ryger. Men alternativet for dem ville være helt uregulerede, uopdagede (u)sundhedstilstande og ingen læge.

Alment praktiserende læger har en vigtiguerstattelig funktion i sundhedsvæsenet! Vores vigtigste opgave er at være læge for den enkelte patient og at kende denne persons livsomstændigheder og præferencer. Jeg kan jo ikke vide, hvad der er det gode liv for denne person, men jeg hjælper gerne fordomsfrit med at undersøge det.

Vi har også nogle sideordnede opgaver, der omfatter populationsomsorg, akutfunktion samt tovholder og samarbejdspartner med hospitaler, kommune og andre. Men kerneopgaven er den enkelte patient – især de sårbare og dem med størst behov!

Det afgørende for, at vi kan varetage kerneopgaven, er den gratis, uvisiterede adgang og tavshedspligten. Det er alle forhold, der for tiden er under pres. Lad os værne om dem! //

Practicus podcast: Hverdagens dilemma



Practicus Podcast er ude med en ny podcastserie. Et monopol af praktiserende læger tager stilling til dine og dine kollegaers dilemmaer fra hverdagen i klinikken. På DSAM's årsmøde 2023 gæstede Jørgen Skadborg, Thomas Purup, Christina Svanholm, Anne Mette Torp, Per Kallestrup og Poya Aram podcaststudiet som monopol. Lyt med der, hvor du streamer podcast.

Hverdagens dilemma optages igen ved Lægedage 2023. Har du et dilemma, som du gerne vil præsentere for monopolet? Så skriv til solvejvidebaek@dsam.dk eller find dilemmapostkassen på Lægedagetorvet.



Per Kallestrup (t.v.) og Poya Aram (t.h.) var dagens sidste monopol. I baggrunden ses de to redaktører på Practicus Podcast, Solvej Videbæk Bueno og Jonas Ebert.