

# Practicus

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



Marts 2024  
47. årgang // 269

FOKUS PÅ

## LÆGERNES TRIVSEL

Hvordan skal vores fremtid se ud?

Almen praksis i Danmark, Norge og Sverige samt i

England, Portugal og Belgien, side 8-9 og 26-31

Farvel til Sara Krabbe, side 10-11

Presentisme - et begreb vi bør kende, side 40-41

# INDHOLD



// s. 8

## LEDER

3 Lægens Bord

## DSAM

- 4 Kommunikation og presse: Travlheden sætter aftryk
- 5 Bestyrelsens klumme: Faglig ledelse i almen praksis
- 8 Almen praksis i de nordiske lande
- 10 Farvel til Sara Krabbe
- 12 Sundhedstopmøde 2023 – forspil til politiske forhandlinger

## ARTIKLER

- 15 Trivsel og udbændthed hos læger i almen praksis
- 18 Fremtidens læger skal ikke frygte udbændthed
- 20 Ph.d.-cup 2023: Diagnostisk pækkeforløb: Har jeg kræft?
- 22 Ph.d.-cup 2023: Børn og vold
- 24 Sundhedstjek på botilbud
- 26 Erfaringer fra et forskningsophold i England
- 28 General practice in Portugal: How does it differ from Denmark?
- 30 Praksisinspiration fra Belgien
- 32 Vil du opleve almen praksis i et andet europæisk land?
- 33 Grønt tip: Tag cyklen til hjemmebesøg
- 34 En dag med Tue Flindt Müller
- 36 Kommende praktiserende læger ønsker egen klinik og faglige fællesskaber

## FYAM

- 38 FYAM mener: Fremtidens familielæge
- 40 FYAM-klummen: Presenteisme – et begreb, vi bør kende
- 42 Nytårskur med fokus på innovation i almen praksis
- 44 FYAM-internatmøde: Ledelseskampagne og Praksis Plus

## SAMS

- 45 Færdiguddannede læger kan være en stor motivationsfaktor

## DEBAT

- 46 Hvordan løser vi svaghederne i almen praksis?
- 48 Tanker fra stolen: Hvad er det, der slider på vores trivsel?
- 49 Lægens bogstaver: Pas dig selv – sig nej!
- 50 Kommentar og svar til Tanker fra stolen, 267

## OPSLAG

- 51 Let's meet at NCCP 2024
- 52 DSAM's årsmøde 2024



**PRACTICUS UDGIVES SOM MEDLEMSBLAD  
TIL MEDLEMMER AF DSAM**  
Stockholmsgade 55  
2100 København Ø  
Tlf. 7070 7431  
[www.dsam.dk/practicus](http://www.dsam.dk/practicus)

**ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR**  
Ellen Louise Kristensen  
[redaktoer@dsam.dk](mailto:redaktoer@dsam.dk)

**FYAM-REDAKTØR**  
Solvej Videbæk Bueno  
[solvejvidebaek@dsam.dk](mailto:solvejvidebaek@dsam.dk)

**REDAKTIONSSEKRETÆR**  
Annette Scharff Gehrs  
[asg@dsam.dk](mailto:asg@dsam.dk)

**NÆSTE NUMMER**  
Nr. 270  
Frist for artikler: 21. februar 2024  
Udgivelsesuge: 19

Nr. 271  
Frist for artikler: 6. maj 2024  
Udgivelsesuge: 28

**MANUSKRIPTER SENDES TIL**  
[practicus@dsam.dk](mailto:practicus@dsam.dk)

**CITAT**  
Tilladt med kildeangivelse

**FORSIDEFOTO**  
Colourbox

**LAYOUT/TRYK**  
Jørn Thomsen Elbo A/S  
Essen 24, 6000 Kolding  
[www.jto.dk](http://www.jto.dk)

**OPLAG**  
4.900

ISSN: 0109-2235

 **Dansk  
Selskab for  
Almen  
Medicin**

# Lægens Bord

**M**ens vi venter på Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger, har aviser og debatsider på elektroniske medier været fyldt med synspunkter om fremtidens sundhedsvæsen. Situationen er kritisk. Senest har kommissionens formand Jesper Fisker udtalt, at "Vi står på en brændende platform" (Politiken 18-2-24).

Vi bliver flere og flere danskere, om lidt runder vi 6 millioner. Vi bliver ældre og ældre. Fysiske og psykiske livsstilssygdomme æder sig ind på flere og flere af os. Der bliver brug for alle gode lægekræfter, hvis vi skal nå det hele.

Stress rammer mange, og vi er ikke selv undtaget, desværre.

Men er stress en sygdom, og skal den behandles i almen praksis? Det er spørgsmålet. Mange tror, at vi kan henvise til psykolog, når diagnosen er stress. Det kan vi ikke i dag. Men vil vi gerne kunne det?

Henvendelser fra patienter med stress er stigende. Nogle har komorbiditet og brug for en læges vurdering og intervention. Andre har alene behov for at tale med en psykolog. Hvis vi forestiller os, at vi kan henvise de stressramte til psykolog, så vil det påvirke kontaktmønsteret, og tiden til andre patienter bliver mindre. Sådan er det, når lægeressourcen er begrænset. Det ønsker jeg mig ikke.

De stressede skal have meget bedre hjælp – og de skal have hurtig hjælp. For deres egen skyld. Og for samfundets skyld. Ellers kan vi for alvor tale om en brændende platform. Hvem skal ellers sikre velfærden, hvis ikke det er dem, der er på arbejdsmarkedet?

Vi skal tænke os godt om og hele tiden have fokus på fagligheden. Har de stressede behov for en læge, så skal de kunne komme hos os. Men de fleste har mere behov for samtale om håndteringen af stressorer som dårligt arbejdsmiljø, for høj arbejdsbelastning, problemer i hjemmet eller måske beslutningen om at skifte chefen ud. Vi skal passe på med at blive forsikringsselskabernes "gummitempel". Eller samfundets lette løsning på et ressourcefordelingsproblem. Vi er selv nødt til at udpege de opgaver, som ingen andre end os kan løse. Og det betyder, at nogle opgaver skal køre uden om lægens bord. Måske vi ikke skal være den primære eller eneste adgangsgiver til psykolog, når diagnosen er stress. Her bør arbejdsmarkedets parter også involveres. //



---

*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:

# Travlheden sætter aftryk



**A**ret 2023 har været travlt for både DSAM's bestyrelse og sekretariat. Der har været fuld fart på almen praksis. Alle synes at have en holdning til, hvad de praktiserende læger skal lave i fremtiden, og mange vil vide, hvad de praktiserende læger mener om dette og hint.

Regionerne ønsker mere styring af almen praksis. Kommunerne vil gerne samarbejde. Og regeringen – ja, den afventer Sundhedsstrukturkommissionens arbejde. Det er færdigt engang til foråret. Herefter venter den politiske behandling.

Alle inden for sundhedssektoren vil gerne præge kommissionens arbejde, også i forhold til almen praksis. Det gælder også vores gode kolleger i PLO, og det gælder os selv i DSAM.

Bestyrelsen og sekretariatet har derfor løbende været aktive med forskellige former for debatindlæg gennem 2023 og i starten af 2024.

Vi har skrevet notater og henvendt os til embedsmænd i styrelser og ministerier. I skrivende stund kommer indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde (V) og Moderaternes formand, tidligere sundhedsmini-

ster og nuværende udenrigsminister, Lars Løkke Rasmussen, på besøg hos medlemmer af DSAM's bestyrelse. Det skal være med til give dem en forståelse for, hvilken stor og kompleks opgave almen praksis løfter i sundhedsvæsenet, og hvorfor det er vigtigt, at vi bevarer familielægen og den frie og åbne adgang til almen praksis.

DSAM's formand, Bolette Friderichsen, har f.eks. sammen med sine kolleger fra de norske og svenske selskaber skrevet et debatindlæg om vores tre forskellige systemer for almen praksis, og hvad vi kan lære af hinanden. Indlægget blev bragt i Jyllands-Posten op til jul, og nu vil vores kolleger i Norge og Sverige se, om de kan få det bragt i deres respektive lande. I januar bragte Altinget et debatindlæg fra DSAM om regionernes Excel-ark-styring. Derudover har de kommende speciallæger i almen medicin i FYAM skrevet om deres forventninger til fremtiden.

Ingen status uden at nævne Ozempic og Wegovy. I Danmark rundede man 100.000 brugere af Wegovy i 2023, og i udlandet er præparatet ved at blive indført. BBC Scotland og svensk TV4 har været forbi Maria Krüger, medicin- samt data- og it-ordfører for DSAM, for at høre mere om de danske erfaringer, og til februar kommer italiensk tv (RAI) også på besøg for at tale med Maria.

Senest har medierne været forbi for at høre, hvad det betyder for patienterne og almen praksis, hvis Medicintilskudsnævnets anbefaling om, at man fremover skal søge om enkelttilskud til Ozempic, bliver virkelighed.

I alt blev det til knap 500 omtaler af DSAM i pressen i 2023. Interessen vil nok være der en rum tid endnu. Vi er klar! Og vi glæder os i sekretariatet til fortsat at servicere pressen og understøtte bestyrelsen i dens arbejde. //





## BESTYRELSENS KLUMME:

# Noget om faglig ledelse af almen praksis

### Hvad kommer 2024 til at bringe?

Vi ved, at Sundhedsstrukturkommissionen skal levere et fagligt oplæg med 3-4 forskellige muligheder for, hvordan fremtidens sundhedsvæsen skal organiseres. Herunder som en bunden opgave:

**En organisering og styring af almen praksis, der understøtter øget patientansvar og styrket opgavevaretagelse, herunder en afvejning af fordele og ulemper ved forskellige organisatoriske løsninger.**

Jeg er glad for "organisering", "øget patientansvar" og "styrket opgavevaretagelse". Men når det kommer til styring, så ville jeg foretrække, at man havde talt om ledelse. Dansk almen praksis er stadig altovervejende selvstændige praktiserende læger, og de er i høj grad selvstyrende. Det skal samfundet være glad for. For dermed kan vi tilpasse os de nødvendige ændringer, vi står overfor med vores patienter og det lokale omgivende sundhedsvæsen. Vi slipper med et minimum af pseudoarbejde og bruger stadig hovedparten af vores tid sammen med patienterne, og vi kan vælge at

købe os til løsninger, vi ikke selv er så gode til, samtidig med at samfundet sparer op til flere niveauer af DJØF-funktionærer til at styre os.

De tre skandinaviske fagvidenskabelige selskaber har lavet en opgørelse over, hvordan almen praksis fungerer i de tre lande, og rådet fra Norge og Sverige til Danmark er helt klart: Bevar den selvstændige læge. Det fungerer bedst mhp. kontinuitet, kvalitet og samfundsøkonomi. Vi har indsendt redegørelsen "Almen praksis - Hvad kan Danmark lære af Norge og Sverige?" til Sundhedsstrukturkommissionen og også lavet en forkortet version til en kronik i Jyllands-Posten. Her lyder det i redegørelsen på side 3:

**"Erfaringerne fra Norge og Sverige er, at de steder, hvor almen praksis er ejet af lægerne selv, der bliver de drevet mere effektivt, end der, hvor det offentlige driver klinikken."**

### Kædeansvarlig?

Men Danske Regioner har været ude med et udspil, hvor de tilbyder sig selv som "kædeansvarlig" – et nyt ord, der

betegner, at de vil tage styring over almen praksis, kommunal sundhedspleje og sygehusvæsen. Det skal foregå uden forhandling med PLO og kommuner, når Danske Regioner ønsker opgaver flyttet ud af deres sygehuse eller nye forebyggende tiltag etableret i primærsektoren. Det begrundes med, at ellers risikerer man, at der stilles økonomiske krav, hver gang nye opgaver skal løses. Så tænker man, at det ville være nemmere bare at kunne diktere. Det fremgår tydeligt af skrivelsen "Et samlet sundhedsvæsen for patienterne", som Danske Regioner udgav i 2023. Her lyder det på side 7:

**"Således efterspørger både almen praksis og kommuner, at hhv. regionerne og staten definerer deres opgaver og betaler dem 1:1 for de opgaver, som de forventes af udføre".**

### Vi er fastlandet

Jeg er alvorlig bekymret for, at de tager fejl, hvis de tror, at topstyring er mere effektivt. Hvis opgaver ikke er forhandlet hjem, er der intet ejerskab

For mig at se er det Danske Regioner og deres sygehuse, der er en ø, som ikke er forbundet med fastlandet. Ikke os. Fastlandet er almen praksis og kommunerne – for herfra afsluttes man aldrig, og her er det levede liv.

til dem i almen praksis. Og hvis økonomien ikke følger med, når der dikteres nyt merarbejde, så bliver opgaven hurtigt uløselig – og så bryder primærsektoren sammen. Men Danske Regioner er sygehusejere, og de har primært sygehusperspektivet. Meget af det, vi laver i almen praksis, er usynligt for dem, når det ikke vedrører indlæggelser på sygehusene: værdien af krisesamtaler, vejledning om syge småbørn, mennesker i jobcenterforløb, småskader og infektioner, beroligelse og oplysning om helbredsbekymringer og symptomer.

Det er som om, at de ikke har forstået, hvor meget samfundsmæssig værdi, vi skaber hver dag i almen praksis, når vi bruger vores almenmedicinske faglighed, hele det medicinske kompendium, hele vores person og mere til. Men de kan godt se, når vi henviser eller indlægger, og det vil de gerne begrænse. De kalder os en ø, der ikke er integreret, og de siger, at vi trænger til, at de hjælper os med at undgå flere indlæggelser. For mig at se er det Danske Regioner og deres sygehuse, der er en ø, som ikke er forbundet med fastlandet. Ikke os. Fastlandet er almen praksis og kommunerne – for herfra afsluttes man aldrig, og her er det levede liv.

### Det er ikke uklart

I Danske Regioners "Fremtidens almen praksis – udvikling og nye rammer" fra 2023 lyder det på side 4:

**"Der er en lang tradition for en tæt faglig udvikling og dialog omkring sygehusene. Det omfatter også en faglig ledelse forstået som funktioner, der sikrer, at opgaven defineres, at der tilstræbes faglig læring og datadrevet udvikling på tværs af sygehusene, og at der i fællesskab sker en forbedring af den samlede kvalitet i sundhedsvæsenet.**

**I det arbejde er almen praksis i dag fraværende. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) gør et stort arbejde for at udvikle det faglige grundlag for almen praksis, men det er uklart, hvordan retningslinjerne omsættes i praksis – ikke mindst når det gælder samspillet med det øvrige sundhedsvæsen."**

Det kan godt være, at det er uklart for Danske Regioner, hvordan retningslinjerne omsættes. Men hermed afslører de en uvidenhed, der varsler ilde, hvis de skulle overtage det faglige ansvar. For os, der står i det, er det ikke uklart. Den praktiserende læge har en opgaveportefølje, der er så omfattende og bred, at det ikke kan lade

sig gøre at koge det ned til nogle flowcharts, som vi så kan blive styret og kontrolleret efter.

Vi arbejder i et komplekst felt, hvor vores baggrundsviden om patienten spiller ind, når vi træffer beslutninger sammen med patienten og de pårørende. Mange af de ting, vi gør, er baseret på erfaringer, og vi trækker på viden fra et utal af kilder hver dag: vejledninger, lægehåndbogen, kursusmateriale, originallitteratur. Som læger har vi også forskellige spidskompetencer og interesseområder ud over det basale. Det betyder, at vi kan aflaste andre aktører på forskellig vis. At forestille sig, at man kan "styre" det flow med kagebogsopskrifter... Ja, så har man ikke forstået vores arbejde. Selvfølgelig kan man være en udmærket almenmediciner i et ansættelsesforhold, sådan som vi ser det i mange andre lande. Men også her må almenmedicineren indhente sin faglige viden fra mange kilder, og også her må dømmekraften bruges dagligt, og instrukserne jævnlige droppes, når virkeligheden ikke er beskrevet i retningslinjerne.

Hvor meget af vores faglige dygtighed og kvalitet afhænger af vores selvstændighed? Tror de virkelig, at vi ville være bedre læger, hvis vi var uselvstændige læger?

### Fagligt engagement er uvurderlig kvalitet

Almen praksis har stærke institutioner inden for kvalitet og efteruddannelse, som vi alle sammen deltager i. Stadig flere deltager også i forskning i deres klinikker. Der er til enhver tid flere hundrede praksislæger, der del-

tager i udviklingsarbejdet med kliniske vejledninger, praksiskonsulentordninger, lokalt og centralt arbejde i DSAM og PLO, klyngerne, arbejdsgrupper i RKKP og SST og flere andre faglige sammenhænge.

Så hvordan kan almen praksis ledes, hvis samfundet ikke skal miste vores kvaliteter, men gerne vil have en aktør, der kan levere høj almenmedicinsk faglighed i alle dele af landet og leve op til indgåede aftaler og forpligtelser? KL og PLO peger på klynge-samarbejde omkring de 22 akutsygehuse. Danske Regioner peger på sig selv, og en masse fantasier peger på AI. Hvad kunne et DSAM-synspunkt være?

### 9 centrale punkter i et bedre sundhedsvæsen

Hvis jeg skulle tage det bedste fra alle de tre nordiske lande, så ville jeg pege på 9 centrale punkter:

- Fasthold de centrale overenskomstaftaler mellem PLO og en national aktør, der godt kan bestå af Danske Regioner, KL og Sundhedsministeriet som i dag, men med større indflydelse fra KL. Her aftales også, hvilke ydelser der kan leveres, og hvilke der skal, herunder pris – både basishonorar og ydelsesstyret.
- Ydernummer skal stadig kunne handles frit mellem lægerne. Men ejerlægen skal have sin hovedbeskæftigelse i sin praksis.

Den praktiserende læge har en opgaveportefølje, der er så omfattende og bred, at det ikke kan lade sig gøre at koge det ned til nogle flowcharts, som vi så kan blive styret og kontrolleret efter.

- Kommunerne skal have hjemmel til at tilbyde forhold, der kan tiltrække, at en læge ned-sætter sig, f.eks. stille transport, lokaler, børneinstitution og ægtefællejob til rådighed.
- Kommunerne skal kunne lave "jobopslag" om forskellige ekstraopgaver, hvor taksterne er aftalt centralt, men opgaveløsningen er fleksibel som i dag (attester, plejehjemslæge, kommunal jobkonsulent). Men ingen aktør kan disponere over vores kalendertider! Vi skal selv kunne prioritere dagens arbejde. Alt andet er ineffektivt, giver pseudoarbejde og lægestress (det store norske gys).
- Alle praktiserende læger bliver frikøbt 1-2 dage om måneden til vores fortsatte fælles udvikling af faget: forskning, kvalitet, gensidig undervisning, arbejdsgrupper, kasketter, klynge (konsulenttakst).
- Praksiskonsulentordningen nytænkes, så aftalerne bliver ligeværdige med de lokale syge-

huses; etablering af en almenmedicinsk "direktørstilling" (på deltid), der er ligeværdig med sygehusdirektørerne – men med funktionstid, så direktøren kommer tilbage til sin praksis på fuld tid igen!

- Bevar vores gode frie refusionsberettigede efteruddannelse. I Norge skal man re-certificeres hvert femte år; det kræver 300 timers kurser, som lægen selv skal betale.
- Korte patientlister med varierende længde (afhængig af området), gennemsnitligt 1.200, med navngiven almenmediciner som ansvarlig læge, men med faglige fællesskaber i lægehuse af forskellige størrelse og bidrag fra uddannelseslægerne.
- Der skal være læger nok alle steder, så vi kan leve op til alle de aftaler, vi herefter kommer til at lave. //



# Almen praksis i de nordiske lande

## - Kontinuitet betaler sig

Hvordan skal almen praksis i fremtiden organiseres? Arbejdet med at besvare det spørgsmål er i fuld gang. I løbet af foråret præsenterer Sundhedsstrukturkommissionen sine tanker om, hvordan sundhedsvæsenet og herunder almen praksis skal organiseres.

**H**vis kommissionen har brug for inspiration til, hvordan man organiserer sig i andre lande, kan man blot kigge på vores nabolande Norge og Sverige.

Danmark, Sverige og Norge minder om hinanden på mange områder og de måder, vi har organiseret vores samfund på – politisk og økonomisk. Men når det kommer til almen praksis, er der relativt store forskelle. Denne gennemgang af almen praksis i Danmark, Sverige og Norge bygger dels på indsamling af data for almen

praksis under Nordic Federation of General Practice (NFGP) og dels en kronik i Jyllands-Posten den 21. december 2023 af Bolette Friderichsen, formand for Dansk Selskab for Almen Medicin, Magnus Isacson, formand for Svensk Förening för Allmänmedicin, og Marte Kvittum Tangen, formand for Norsk Forening for Allmennmedisin.



### Danmark

I Danmark regner vi med, at omkring 96 % af lægerne er selvstændige erhvervsdrivende, der selv deltager i patientarbejdet eller er ansat i en klinik. Herudover er ca. 1 pct. regionsdrevne, mens ca. 3 pct. drives af forskellige koncerner. De omkring 4 % af lægerne, der ikke er selvstændige, er typisk ansat som vikarer. Omregnet betyder det, at omkring 250.000 danskere står uden fast læge.

De 96 % selvstændige lægeklinikker omfatter fra en til otte læger, men typisk to-tre. Der er i snit 1.650 patienter pr. læge, som gennemsnitligt har 1,3 praksispersonale til hjælp. Pris

i 2022: 10,5 mia. kr. Det svarer til omkring 8 % af det offentligt finansierede sundhedsbudget. Herudover ingen egenbetaling. Den danske befolkning er på 5,9 mio. mennesker. Det vil sige, at almen praksis koster det offentlige ca. 237 euro pr. indbygger om året.

I Danmark er det politisk besluttet, at der skal være 5.000 praktiserende læger i 2035. Det vil give en gennemsnitlig listelængde på 1.180 patienter, hvis målet om de 5.000 praktiserende læger indfries.



### Norge

I Norge er ca. 80 % af lægerne (fastlegen) selvstændige, mens 20 % er ansatte. Det sidste tal er stigende. De selvstændige læger har gennemsnitligt 0,8 praksispersonale, mens de kommunalt ansatte har 1,2. Den gennemsnitlige patientliste for de norske fastleger er på omkring 987.

I Norge er det organiseret på den måde, at kommunerne har forpligtigelsen til at sørge for den almene medicinske lægehjælp (allmennlegetjenester). Ud over det "almindelige" læ-



geararbejde er alle kontraktligt forpligtet til at levere en dag om ugen til forskellige kommunale opgaver, hvis kommunen ønsker det. Især uden for de større byer kan der være flere kommunale opgaver end i de større byer, hvor der er flere læger. De kommunale opgaver kan omfatte undersøgelser med videre af f.eks. unge og ældre (helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler).

I Norge er der tale om, at ca. 216.000 nordmænd ikke har en fast læge, men derimod en vikar. Prisen for almen praksis er 17 mia. norske kroner. Det svarer til ca. 6 % af sundhedsbudgettet. Omregnet til pris pr. borger giver det ca. 266 euro pr. indbygger om året.



## Sverige

I Sverige er under 5 % selvstændige praksislæger (privatpraktiserende läkare). Hovedparten, nemlig 65 %, er regionalt ansatte.

Resten, omkring 30 %, er ansat i koncerner (vårdføretag), der kan være ejet af udenlandske selskaber.

I alt 75 % af lægerne har deres egen patientliste, men pga. stor lægemangel har kun omkring 25-30 % fast egen læge. Listelængden er gennemsnitligt på 2.200 patienter; den højeste af de tre lande. Patienterne kan frit vælge at konsultere andre lægeklinikker (vårdcentraler) end deres egen. Udgiften til almen praksis i Sverige er 36,5 mia. svenske kroner. I alt omfatter almen praksis ca. 20 % af sundhedsbudgettet, men dette tal rummer også visse dele af rehabiliteringsindsatsen uden for sygehus med videre. Det kan dog være svært at sammenligne de svenske sundhedsudgifter internt i Sverige, da der er forskellige opgørelsesmetoder mellem de forskellige regioner i Sverige, men almen praksis kan også være defineret på forskellige måder.

Sverige er kendetegnet ved at have en mindre grad af læge-patient-kontinuitet end Danmark og Norge grundet ansættelsesforholdene. I Sverige

er der en anbefaling om en listelængde 1.100 patienter pr. læge. Den svenske befolkning er på ca. 10,5 mio. mennesker. Det vil sige, at almen praksis koster det offentlige ca. 303 euro pr. indbygger om året.

## Ejerskabet betyder noget

Når man ser på forskellene mellem de tre lande, er det tydeligt, at ansættelsesforholdene betyder noget; altså er lægen selvstændig eller ansat i region/kommune eller vårdføretag? Det tyder på en højere effektivitet de steder, hvor lægen selv ejer og driver sin klinik, og der er samtidig en større grad af læge-patient-kontinuitet. DSAM har mange gange og på mange måder omtalt, at der findes solid evidens for, at kontinuitet mellem læge og patient er helt afgørende for patienternes helbred og endda for deres dødelighed. Det fortsætter vi med. Kronikken i JP kort før jul sætter en tyk streg under, at den organisering, som vi har i Danmark, samfundsmæssigt er win-win: Effektiv og godt for patienterne. Så håber vi, at Sundhedsstrukturkommissionen har lyttet. //



# Farvel til Sara Krabbe

## DSAM nedlægger Sara Krabbes Legat

**D** SAM's bestyrelse har siden 1981 forvaltet arven efter forhenværende tandtekniker Sara Kirstine Dalby Krabbe, som i sit testamente havde bestemt, at der skulle oprettes et legat under Dansk Selskab for Almen Medicin. Arven – og legatets formue – lød på 421.860,30 kr., og beløbet skulle forblive urørt, mens legatets årlige renteindtægter kunne uddeles i en eller flere portioner efter ansøgning til fremme af forskning, uddannelse og international kontakt i overensstemmelse med Dansk Selskab for Almen Medicins formålsparagraf.

Og der er gennem årene uddelt utal-

lige portioner, sidste gang i 2022. I de senere år er hovedparten af de uddelte portioner gået til studieophold i udlandet og deltagelse i kongresser i udlandet.

### Flere omkostninger end indtægter

Desværre har omkostningerne ved at drive legatet efterhånden oversteget de renteindtægter, som kan uddeles, og bestyrelsen har derfor besluttet at overdrage selve legatsummen til Praktiserende Lægers Udviklings- og Uddannelsesfond (PLU-fonden) i håbet om, at legatet fortsat kan glæde ansøgerne og komme til gavn for almen praksis og i sidste ende patienterne.

Da legatet har glædet utroligt mange legatmodtagere, er det på sin plads at hylde Sara Krabbe en sidste gang. Det gør vi ved at genoptrykke historien om hende. Hvem var hun? Og hvorfor var det netop DSAM, som hun betroede sin formue til?

Det undersøgte Troels Brink, praktiserende læge i Holstebro, på vegne af den daværende bestyrelse tilbage i 1981. Og det er en interessant historie.

Hun var en beskeden kvinde, og vi har desværre ingen fotos af hende. Men her kommer hendes historie – og vores. //



Sådan kunne Sara Krabbes hverdag have set ud: Sygekasselæge Mathias Agerleys lægeklinik fra Augustenborg på Als. Han åbnede klinikken i 1911 og arbejdede der til sin død som 95-årig i 1978. Klinikken kan ses på Steno Museet, Aarhus Universitet. Foto: Kristian Frost.

## Om fhv. tandtekniker Sara Kirstine Dalby Krabbe, Holstebro

I anledning af meddelelsen om oprettelse af fhv. tandtekniker Sara Kirstine Dalby Krabbes legat er jeg blevet bedt om at fortælle selskabets medlemmer om personen bag legatet.

Frk. Krabbe døde i november 1979 i en alder af 77 år. Hun efterlod sig ingen livsarvinger, og hun havde testamenterisk ønsket, at størstedelen af hendes efterladte formue skulle tilfalde DSAM. Jeg er blevet vidende om, at frk. Krabbe allerede i 1969 – i et første testamente – havde betænkt det nystartede ”Selskab for forskning i almen lægepraksis”, og ved en senere ændring af testamentet i 1978 blev DSAM's navn så indføjet.

Frk. Krabbe levede det meste af sit liv i Holstebro, og hun fik – set med vore øjne – en lidt ejendommelig opvækst. Hun var ældste datter af et købmandspar i Struer. Faderen havde senere en lidt omskiftelig tilværelse, – var en tid vognmand i Holstebro, senere gårdmand og sluttede med at bestyre en lille landtelefoncentral. Da frk. Krabbe var 4½ år gammel, ventede moderen sit 3. barn, og det har åbenbart været et kompliceret og belastende forløb for barnemoderen, – det blev derfor arrangeret således, at den 4-årige Kirstine kom i pleje hos en barnløs moster og onkel, Mette og Thomas Krabbe i Holstebro, – og hun kom aldrig tilbage til forældrene! Jeg har – lidt undrende – spurgt om hvorfor, men har ikke kunnet få anden forklaring end at den lille Kirstine åbenbart har charmeret sig så stærkt ind hos mosteren og onkelen, at det bare blev sådan, at hun hørte til der. Nogen formel adoption kom aldrig i stand, men hun fik dog familiens efternavn. Frk. Krabbe opfattede mosteren og onkelen med stor kærlighed, og hun blev boende i hjemmet og passede mosteren i dennes sidste år, indtil hun døde 91 år gammel i 1963. Onkelen, der var udlært smed, havde sin manddomsgerning ved sygehuset i Holstebro, hvor han udførte en slags kombineret fyrbøder- og portørarbejde. Kontakten med sygehusmiljøet i den lille by kom nok til at spille en rolle for frk. Krabbe, der altid med stor veneration omtalte den mangeårige eneoverlæge Anders Juhl.

Frk. Krabbe fik den bedste skolegang, man kunne byde på i Holstebro, idet hun fik lov til at gå i den private fri-skole, som var startet og ledet af den dengang kendte frimenighedspræst Morten Larsen.

Jeg tror, at den påvirkning, hun fik gennem sin skolegang på friskolen, har haft stor betydning for resten af hendes liv.

Hun levede en yderst beskeden daglig tilværelse, der var præget af et kristent livssyn og med en meget levende interesse for, hvad der rørte sig omkring hende – og for sine medmennesker.

Frk. Krabbe fik sin uddannelse som tandtekniker hos tandlægerne Folmer og Esther Tronhjem, som havde en stor praksis i byen i hen ved 50 år.

Senere fik hun ansættelse hos kredslæge Viktor Faber, der praktiserede i Holstebro fra 1900 til han døde i 1940. Frk. Krabbe bistod i konsultationen og udførte samtidig tandprotesearbejder, – et meget nyttigt arrangement forekommer det at have været, – på en tid, da tandextraktioner formentlig har været en overordentlig hyppig ydelse i almen praksis. Fra sin tid hos kredslæge Faber, der havde en meget stor praksis, fik frk. Krabbe således et levende indtryk af almen lægepraksis, hvor den travle practicus var til rådighed i alle døgnets timer. I sine senere år drev frk. Krabbe så en lille selvstændig tandteknikerpraksis indtil ca. 1965.

En ting, der kom til at præge frk. Krabbes liv, specielt efter at hun var blevet alene, var hendes store lyst til at komme ud og se fremmede lande. Som charterrejsende fik hun set en lang række lande og byer, og hun var levende optaget af, hvad hun oplevede. Hun besøgte de nordiske lande, – så midnatssolen i Norge – besøgte bl.a. senere Israel, Rom, England, ja selv Grønland og USA nåede hun at besøge – altid meget engageret af de skønne oplevelser, det bragte hende.

Hendes dagligliv var en kontrast til dette rejseliv, hun levede yderst beskeden og havde kun små fordringer. Af statur middelhøj, lidt korpulent, noget krumbøjet kunne man se hende, i en mørk enkel frakke og hat, i hastig gangart – altid hjerteligt smilende og hilsende, når man mødte hende.

Som patient var hun en oplevelse. Hun var til det yderste hengiven og taknemmelig for de helbredsmæssige råd, hun kunne få, – specielt i forbindelse med hendes rejser, hvor tachycardianfald kunne bekymre hende. Hendes sidste år var præget af en malign lidelse, men hun bar denne med værdighed og styrke.

Ét spørgsmål – hvorfor netop DSAM? – må forblive ubesvaret. Ingen har mig bekendt kendt denne disposition før efter hendes død.

Hendes ønske om, at hendes efterladte formue kunne komme et stort antal af hendes medmennesker til gavn, har formentlig været tungtvejende.



# Sundhedstopmøde 2023

## – forspil til de politiske forhandlinger i 2024

**A**rbejdet i Sundhedsstrukturkommissionen er i fuld gang. Der er bred enighed om, at sundhedsvæsenet behøver en ny organisering. Alle bolde er i luften, og vi mærker det især i almen praksis. Vi ved, at der er forandringer i vente. Men vi ved ikke, hvilke forandringer der kommer, eller hvordan de mere præcist kommer til at udfolde sig. Indenrigs- og Sundhedsminister Sophie Løhde indledte da også Sundhedstopmødet i december i Roskilde med at sige: *"Det bliver ikke på min vagt, at sundhedsvæsenet kører i tomgang. Balancen mellem det nære og det specialiserede sundhedsvæsen skal tænkes meget mere sammen. Vi skal skabe et sundhedsvæsen, der er til for patienterne. Målet er en gennemgribende reform på baggrund af Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger"*.

### Røren rundt i den samme surdej

Sundhedstopmødet var kulminationen på mange måneders arbejde, hvor kommissionen har samlet input fra mange kroge af sundhedsvæsenet. Til Sundhedstopmødet var samlet 200 embedsmænd og fagfolk, hvor de to

forfattere til denne artikel repræsenterede DSAM. Som den skarpe læser har bemærket, var det to hunkøn, der var "blevet sendt afsted". Og allerede der er man lidt udenfor. Størstedelen af deltagerne – måske 80% – var mænd i jakkesæt. Det er de samme personer, der går igen til konferencer m.m. om organisering af fremtidens sundhedsvæsen. Et relevant spørgsmål kunne derfor være: Hvad får man ud af at deltage, når de samme deltagere diskuterer det samme (hele tiden)?

Det havde Christina Svanholm, praktiserende læge i Nysted, et godt bud på. Hun var inviteret med som foredragsholder til en workshop: *"At mødes og tale om de ting, vi allerede ved, gør, at man får formuleret noget, der er samlenende og fremadskuende. Det giver mig håb for, at det ikke er endnu mere røren rundt i den samme surdej. Til sidst får vi skabt noget, alle kan se sig selv i."*

### Pauserne er vigtige

Pauserne er vigtige på sådan en konferencedag. Og det er ikke kun fordi pauser er vigtige, men fordi det er her, man får talt med de personer, der går igen til de forskellige konferencer, og som man lærer at kende.

Her er frit gengivet en dialog mellem Bolette og en topembedsmand (for nemheds skyld er vedkommende benævnt A) fra Danske Regioner.

B: "Hvad er det med den der centrale telefonlinje, I vil lave? Er det en ny mormortelefon som 1813 var, før den blev akuttelefon?"

A: "Jeres tilgængelighed er for dårlig. I kan ikke levere. Der skal være direkte tilgængelighed 8-16 dagligt og desuden to aftener om ugen. Uden at man skal ringe på klinikkens akutnummer."

B: "Hvorfor det? Er det sundhed eller service, vi skal tilbyde?"

A: "Det er nu det, patienterne vil have, og de er ligeglade med, hvem de taler med, når bare det er nu. Hvis jeg for eksempel har feber eller ondt i knæet, så behøver det ikke være nogen, jeg kender. Bare jeg kan få det rigtige svar. Og måske en henvisning til en lokal almenmediciner med bedre forstand på knæ, end min egen læge har."

B: "Erfaringer fra online telefontjenester er ellers, at de som regel ender med 'spørg egen læge i morgen'. Hvordan vil du undgå, at det bare bliver mere støj? Og hvem skal dog bemande de telefoner?"

A: "Det skal almenmedicinere da!"

B: "Nej, det skal de da ikke. De skal jo passe deres patienter."

### Mere sammenhæng, mindre fragmentering

*"Alle patientundersøgelser viser, at patienterne efterspørger mere sammenhæng og mindre fragmentering. Alle kontinuitetsundersøgelser viser, at jo flere forskellige kontaktpunkter du har til sundhedsvæsenet, jo ringere går det for din behandling og din overlevelse*

*Det gælder ikke kun de gamle/multisyge/psykiatriske patienter.*

*Danske Regioner tænker i diagnoser og procedurer og ydelser. En læge er vel en læge, og det er lige meget, hvem der gør det, hvis det bare er det rigtige, der bliver gjort. De har styret sygehusene på den måde, og det er ikke gået særligt godt; det er blevet til mere og mere fragmentering.*

*Men hvis de tror, at det skal være løsningen hos os, afspejler det en faretruende uvidenhed om, hvad det er, vi laver i almen praksis", fortæller Bolette Friderichsen.*

### Forandringens vinde

Når forandringens vinde blæser, er der dem, der bygger læhegn, og dem, der bygger vindmøller. Vi har i DSAM forsøgt at gøre det sidste. Forstået på den måde, at vi kontinuerligt har stillet op, når nogen har spurgt om vores mening, hvad enten det har været presse eller meningsdannere, og vi har velvilligt stillet op som deltager på konferencer med fokus på fremtidens sundhedsvæsen.

Vi har også sagt vores egen mening, uden at vi er blevet spurgt. For eksempel ved at sende oplæg til Strukturkommissionens åbne postkasse, bidrage med debatindlæg i dagspressen, invitere til kaffemøder, hvor vi har vist frem og fortalt – også til indenrigs- og sundhedsministeren, der takkede ja og kom forbi til en snak om muligheder og udfordringer først i 2024.



Indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde og formand Bolette Friderichsen fik en snak i pausen. Foto: Louise Hørslev.

Målet har hver gang været det samme: at forklare, opklare og korrigere tanker om, hvad der sker i almen praksis, hvad der er vigtigt at bevare, og hvor vi med fordel ser en mulighed for forandring.

Og det er der brug for. Regionerne har udnævnt sig selv som svaret på "det hele", nemlig ved at foreslå, at de får ansvar for det samlede sundhedsvæsen. Et skrækszenarie tør vi godt sige højt – og det blev også sagt højt på konferencen i en paneldebat og efterfølgende citeret i pressen.

Formand Bolette Friderichsen var nemlig med i et panel, hvor hun deltog i en debat sammen med Sisse Ma-

rie Welling (Kommunernes Landsfor-  
ening) og Anders Kühnau (Danske  
Regioner) om fremtiden for almen  
praksis.

*"Jeg kan godt være bekymret for, hvis Danske Regioner skal være vores chef fremover," sagde DSAM's formand Bolette Friderichsen, som satte det første stød ind, mens hun kiggede på regionsformand Anders Kühnau (S). Og hun fortsatte: "Vi oplever, at de ikke helt forstår, hvad vi laver."*

*"Alt det, vi laver, som ikke vedrører sygehusvæsenet, er usynligt for Danske Regioner. Alt det, vi laver sammen med kommunerne, er usynligt for Danske Regioner. Når jeg bruger tid på at*



Alexandra Brandt Ryborg Jønsson fortæller med klare budskaber, hvordan patienterne oplever mødet med sundhedsvæsenet. Foto: Jesper Ludvigsen.

*forklare forældre, hvordan de skal observere et sygt feberbarn, så er det usynligt for Danske Regioner. Det er usynligt, fordi det aldrig kommer i kontakt med sygehusvæsenet. Derfor er jeg skidebekymret for, hvis det skal være Danske Regioner, der skal detailstyre, hvad jeg skal lave og ikke skal lave,” fortsatte formanden for de praktiserende lægers faglige selskab sin salve.*

### Se og hør mig, som det menneske jeg er

En anden deltager i topmødet var Alexandra Brandt Ryborg Jønsson, antropolog, ph.d. og lektor, der var blevet bedt om at fortælle om, hvad patienterne oplever i mødet med sundhedsvæsenet.

Budskabet var klart: Som patient vil jeg ”gerne blive set og hørt, som det menneske jeg er”.

Det vil sige ikke fragmenterede forløb, silotænkning og kassetænkning.

Blandt de mange indlæg på dagen blev dette budskab understøttet. Man er godt klar over, at almen praksis er en juvel, der ikke må kastes væk, og at almensektoren – som portvogter – er helt essentiel og økonomisk rentabel.

Det blev slået fast, at kommunerne og almen praksis et langt stykke hen ad vejen har samme syn: Man synes ikke, at ”en stor silo” med Danske Regioner i spidsen er løsningen.

### Hvad fik Alexandra ud af dagen?

*”Jeg synes, at det på den ene side er positivt, at man fokuserer på patienterne, blandt andet ved at bede mig holde oplæg, og også at jeg får lov til at understrege, at der godt kan være forskel på, hvad patienterne vil have, og hvad der er god faglig kvalitet. På den anden side synes jeg også, det er svært, når deltagerne er fra den absolutte magtelite, og så bliver der altså meget floskel og generelle banaliteter, som der fremhæves – jeg kan ikke nævne, hvor mange gange jeg hørte nogen tale om ”silo-tænkning”, ”tværsektoriel kommunikation” og ”bedre organisering”. Men hvad betyder det egentlig? Hvordan har politikerne tænkt sig at handle på al den viden, vi efterhånden har indsamlet?”*

### DSAM holder den faglige fane højt

Ingen ved, hvor det ender. Man vi ved, hvornår ”der sker noget”. I korte træk er det sådan, at Sundhedsstrukturkommissionen fremlægger sine anbefalinger i foråret, og at der foretages politisk behandling på Christiansborg i efteråret.

Og vi kan garantere, at DSAM bliver ved med at holde den faglige fane højt i debatten og arbejde for, at bredden i specialet og borgernes ret til at kontakte egen læge bevares. //



Af: **Anette Fischer Pedersen**, seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og lektor ved Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet, og **Peter Vedsted**, seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og professor ved Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet - [afp@clin.au.dk](mailto:afp@clin.au.dk)



# Trivsel og udbrændthed hos læger i almen praksis

I 2023 gentog Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus i samarbejde med PLO trivselsundersøgelsen. Tallene herfra er ikke opløftende, men håbet er, at de kan bruges konstruktivt i forhold til organiseringen af almen praksis for at ruste den til fremtiden.

**P**å Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus begyndte vi for præcis 20 år siden at udføre trivselsundersøgelser blandt alment praktiserende læger med års mellemrum. Fra 2012 til 2016 sås en stor stigning i forekomsten af udbrændthed, hvilket blev tolket som en reaktion på den stormfulde konflikt mellem almen praksis og regionerne.

Udbrændtheden har dog siden holdt sig på et højt niveau, også her 10 år efter konflikten. I 2023 opfyldte 34 % af alment praktiserende læger kriterierne for moderat udbrændthed, og 14 % opfyldte kriterierne for alvorlig udbrændthed. Dette er en tilvækst af moderat udbrændte på 21 % siden den seneste måling i 2019 og en tilvækst af alvorligt udbrændte på 44 %. Den høje forekomst af udbrændthed blandt praktiserende læger genfindes i internationale undersøgelser og ses parallelt med en stigning i antal konsultationer og andre indikatorer for arbejdsbyrden.

## Udbrændthed

En ny undersøgelse, som er foretaget af Yngre Læger blandt hoveduddannelseslæger i almen medicin og speciallæger i almen medicin, som er ansat i almen praksis, viser, at kommende praktiserende læger især er bekymrede over arbejdspresset og risikoen for udbrændthed.

Udbrændthed er ikke en diagnose, men en tilstand, som blev introduceret i psykologien i 1970'erne på baggrund af interviews og feltstudier af sundhedspersonale, skolelærere og ansatte i kriminalforsorgen. Udbrændthed er karakteriseret ved emotionel udmattelse, depersonalisering og lavt personligt jobudbytte. Tilstanden er reversibel, hvis man foretager de nødvendige tiltag. I lighed med mange tidligere undersøgelser har vi fundet, at udbrændthed er forbundet med søvnbesvær, lavt selv vurderet helbred, risikobetonet forbrug af alkohol og ønske om tidlig pensionering. Derfor er udbrændthed en markør for dårlig trivsel, som kræver opmærksomhed.

## Regionale forskelle

Tager vi højde for alders- og kønsforskelle, så er der i Region Sjælland flest praktiserende læger, der opfylder kriterierne for moderat udbrændthed



(52%), og Region Sjælland og Region Nordjylland er de regioner, hvor flest opfylder kriterierne for alvorlig udbrændthed (16 %).

Den relativt højere forekomst af udbrændthed i Region Sjælland og Region Nordjylland kunne skyldes en højere arbejdsbelastning fra en befolkning med øget sygelighed. Således viste Sundhedsprofilen 2021, at borgerne i Region Sjælland og Region Nordjylland har hhv. den højeste og næsthøjeste forekomst af dårligt selvrapporteret fysisk helbred.

Tal fra PLO har vist, at der i Region Sjælland og Region Nordjylland er relativt mange kommuner med en høj andel af praksis med lukket for tilgang af nye patienter. Dette afspejler som regel lægemangel i et område, idet de resterende læger må håndtere det antal patienter, som de maksimalt kan klare. Variationerne i udbrændthed på tværs af regioner ser således ud til at være associeret til variationer i borgernes sygelighed og lægemangel.

### Oplevelsen af arbejdets kvalitet

I 2023 var udbrændthed stærkt relateret til oplevelsen af, at man ikke kan udføre sit arbejde i en kvalitet, man er tilfreds med. Forklaringen på sammenhængen er et hønen-eller-ægget-dilemma. I en tidligere undersøgelse har vi dog fundet, at når man håndterer tidsnød i praksis ved at gå på

kompromis med kvaliteten og udsætte opgaver og beslutninger, så har man øget risiko for udbrændthed 3 år senere. Dette tyder på, at en stor forskel mellem forventninger og faktiske forhold påvirker trivslen negativt.

Det ser ikke ud til at være antallet af ydelser i sig selv, som påvirker risikoen for udbrændthed, men snarere omsorgen for patienter med komplekse behov. I 2023 følte 66 % sig belastet af omfanget af komplekse patientkontakter (en stigning på 53 % siden 2016), og vha. registerdata har vi dokumenteret, at praktiserende læger med mange multisyge patienter på deres liste har øget risiko for udbrændthed.

### Arbejdstid og risiko for udbrændthed

Praktiserende læger angav i 2023 en gennemsnitlig arbejdstid pr. uge på 45 timer, og antallet af arbejdstimer pr. uge var stærkt associeret med udbrændthed. Med de mange arbejdstimer pr. uge er det ikke overraskende, at omtrent en fjerdedel oplevede konflikt mellem arbejde og privatliv.

På trods af det høje gennemsnitlige antal arbejdstimer om ugen, angav 60 % af lægerne, at de har en arbejdsuge i praksis på 4 dage. Dette kunne tyde på, at en del forsøger at håndtere arbejdspresset ved at reducere antallet af arbejdsdage i praksis. Det kan

i sig selv muligvis komplicere forholdet mellem forventninger til sin egen indsats og de krav, der stilles til at være praktiserende læge og drive en praksis.

### Arbejdsglæde og forhold af betydning for arbejdsglæden

Når tallene viser, at næsten halvdelen af alment praktiserende læger i 2023 opfyldte kriterierne for moderat udbrændthed, så hører det med til historien, at den anden halvdel (47 %) angav, at de i meget høj grad eller i høj grad har den arbejdsglæde, som de ønsker sig. Oplevelsen af et godt samarbejde med lægekolleger i praksis var det forhold, som hyppigst blev markeret som værende af betydning for arbejdsglæden. En britisk undersøgelse har da også vist, at jo flere læger i praksis pr. 1000 patienter, jo højere jobtrivsel og færre arbejdstimer pr. uge.

Autonomi til at præge eget arbejdsliv blev af hver femte læge angivet som et forhold af betydning for arbejdsglæden, hvilket er 17 % færre end i 2019. En forsigtig tolkning af dette fund er, at selv om de fleste speciallæger i almen medicin helst vil eje deres egen klinik, så er der en gruppe af almenmedicinere, som ikke er motiveret af at eje, drive og lede deres egen praksis, men stadigvæk er dedikeret til det almenmedicinske arbejde.



En ny rapport fra VIVE (2023) viser, at speciallæger, som har valgt at være ansat i almenmedicinske tilbud udgør en mindre gruppe, men at gruppen er i vækst. Undersøgelsen, som er foretaget af Yngre Læger, viser, at 10 % af hoveduddannelseslæger i almen medicin ikke har et ønske om at eje egen praksis. Det er vigtigt med attraktive karriereveje for denne gruppe af speciallæger, så de ikke vælger almen medicin fra som beskæftigelse.

### Brug af praksisunderstøttende personale

Udviklingen af almen praksis går i retning af kompagniskabspraksis og øget brug af praksisunderstøttende personale. I trivselsundersøgelsen så vi f.eks., at jordemødre og bioanalytikere har fundet vej til almen praksis og er ansat i 10-15 % af praksis.

Flere britiske undersøgelser har kortlagt, hvordan aktiviteten i praksis og i sundhedsvæsenet i øvrigt ændres ved systematisk brug af praksisunderstøttende personale i almen praksis, og resultaterne er tvetydige, f.eks. ser det ikke ud til at reducere lægens arbejdstid. Praksisser, som systematisk anvender praksisunderstøttende personale, har ofte stort fokus på organiseringen af arbejdet i almen praksis for at undgå dobbeltarbejde.

Et enkelt studie har fundet, at reorganisering af praksis i overensstem-

melse med Lean-principper var forbundet med øget udbrændthed. Der synes at være brug for mere viden om, hvorvidt standardiseret opgaveløsning for nogle kan reducere oplevelsen af mening i arbejdet, som er den faktor, der er afgørende for at forhindre en alvorlig grad af udbrændthed.

### Samlet set

De seneste 20 års monitorering har dokumenteret en kraftig stigning i udbrændthed blandt praktiserende læger. I 2023 har vi, tydeligere end nogensinde før, set, at regionale variationer i udbrændthed er sammenfaldende med regionale forskelle i borgernes sygelighed og lægemangel.

Lægekolleger i praksis er vigtige for arbejdsglæden. Samarbejdet med det øvrige klinikpersonale bidrager også til arbejdsglæden, og praksisstøttende personale vil være en del af løsningen på kapacitetsproblemerne i almen praksis.

Forskningen har dog ikke kunnet dokumentere, at praksisstøttende personale har en positiv effekt på den praktiserende læges arbejdstid, som i gennemsnit var 45 timer pr. uge i 2023. Der skal sikres karriereveje for de speciallæger i almen medicin, som ikke ønsker at eje egen praksis, så de også finder det attraktivt at indgå i den samlede arbejdsstyrke i almen praksis. //

### Sådan spotter du tegn på udbrændthed hos en kollega

Udbrændthed er ikke kun et individuelt anliggende, men et fælles ansvar. Vi har fundet, at praktiserende læger, som har en sygemeldt kollega i praksis, selv har større risiko for at være udbrændt. Det fortæller, at det er vigtigt at være opmærksom på trivslen i praksis, både hos sig selv og sine kolleger.

#### Vær opmærksom på udbrændthed, hvis din kollega:

- Dropper frokostpausen og ikke har tid til efteruddannelse
- Møder sløj op på arbejde
- Foreslår, at I skal give flere korte tider til patienterne og lave åben konsultation for at nå det hele
- Bliver kortlunet og har konflikter – både med personale og patienter
- Klager over dårlig søvnkvalitet
- Er trist og taler om at finde noget andet at lave og/eller ytrer ønsker om at gå tidligt på pension
- Udtrykker fortrydelse i forhold til at have valgt almen medicin som speciale.

### Vidste du, at ...

det ikke kun er almen medicin, som har fokus på udbrændthed? Niveauet af udbrændthed hos almenmedicinere i 2023 ser ud til at være på højde med niveauet hos danske karkirurger, men er ca. 2½ gange så højt som niveauet hos danske urologer.



# Fremtidens læger skal ikke frygte udbrændthed

Udbrændtheden breder sig i almen praksis. Det kan der sagtens gøres noget ved, men løsningen kræver ændringer på mange områder. Og det bliver ikke nemt.

## Meget har ændret sig

Jeg har været praktiserende læge i 20 år. Jeg startede i en 2-mandspraksis. Vi havde én sekretær. Hun kendte familierne i flere led og visiterede kyn-digt alle patienter. De kunne ikke smutte udenom hende, da mail og e-tidsbestilling ikke var opfundet. Vi havde stort set ikke noget opsøgende arbejde. Patienterne bookede tid til kontrol af og til. Diabetes kontrollerede vi med et fastblodsukker to gange om året. Hvis patienten skulle have insulin, var det sygehusbehandling.

Der var god tid til kurser i kognitiv terapi og akupunktur. Jeg kørte sygebesøg til de ældre. Der blev skrevet næsten halvt så meget medicin ud, som der bliver i dag. Amterne havde

tillid til os, og patienterne stillede sjældent forhåndskrav om højt specialiserede behandlinger og scanning. Lægen havde ikke ansvar for, at der blev fulgt op på prøver. Indtil 2011 lå ansvaret også hos patienten.

Nu booker patienterne sig selv ind i kalenderen, og både patienter og hjemmepleje sender dyngevis af mails. Jeg har meget personale, som koster administration og supervision og ikke mindst ansvar. Jeg har mindre tid med patienterne, og hvis de ikke bor på plejehjem, får de næsten ikke sygebesøg. Jeg tager flere beslutninger på kortere tid, evt. via en akutsygeplejerske, jeg ikke kender personligt. Mine patienter er gennemsnitligt ældre og mere syge. Psykisk mistrivsel, smerte og overvægt fylder mere og mere hos dem. Jeg kontrollerer deres sygdomme systematisk og på specialistniveau: diabetes, KOL, hjertesvigt, atrieflimren, skizofreni og kroniske smerter. Patienterne (især forsikringspatienter) har tårnhøje forventninger.

Vores samarbejdspartner regionerne kritiserer ofte almen praksis offentligt, samtidig med at deres syge-

huse afviser vores patienter. 2013 var starten på vores "ægteskabskrise" med Danske Regioner, og den er eskaleret siden, selvom de aldrig har fået så meget for deres penge før.

## Vi er færre praktiserende læger end for 20 år siden

Det er ikke mærkeligt, at mange af os brænder ud. Det er logisk.

Men vi kan ikke rulle tiden tilbage. Vi skal til stadighed udvikle os og tilpasse vores arbejdsopgaver.

## Flere læger er ikke nok

Den mest nærliggende løsning er, at vi skal være flere læger. Og det er heldigvis vedtaget, så hvis ellers man snart besluttede at uddanne de 400 speciallæger i almen medicin om året, der skal til, er vi på vej. De læger, der har de alertungeste patienter, skal have halveret deres patientantal til 800; gennemsnittet bliver et normtal omkring 1200. Det giver ro i maven og patientsikkerhed, når der er god tid til svære beslutninger.

Men det er slet ikke nok. Der skal ses på andre parametre.

Vores kontakter: Her gælder stærke effekter. Flere læger, flere tider, flere patienter. Det er skruet uden ende. Jeg ved, at alle ønsker tilgængelighed, men det gavner især de mest raske. Måske skal vi til at visitere vores patienter langt bedre. Nogle bør blive hjemme, nogle bør direkte til personalet. Måske skal lægen i front igen?

Vores patienter med kroniske sygdomme: Måske skal de kun se en læge en gang om året til en grundig overblikskonsultation. Derefter bør de have et større eget ansvar. De kan komme til blodprøver og selv kontrollere svaret online evt. med hjælp (og ansvar fra) AI. De sårbare skal vi derimod følge tæt.

### En klarere opgavefordeling

Opgavefordelingen mellem almen praksis og sygehuse bør beskrives. DSAM har lavet et papir, der beskriver opgaverne i almen praksis. Hvor er det papir, der beskriver, hvad de enkelte sygehusafdelinger skal stå for? Hvis almen praksis f.eks. skal tage sig af ADHD hos børn og MGUS (som nogle afdelinger p.t. synes at mene), skal det undersøges, om det er fagligt rig-

tigt, og det skal aftales, så de praktiserende læger også kan få den efteruddannelse, der gør, at de føler sig trygge ved den behandling. En lang række behandlinger og kontroller og krav bør måske bare sløjfes. Hvorfor skal min ADHD-patient møde personligt frem for at få en recept på sin medicin? Kunne vi nøjes med 4 børneundersøgelser frem for 7?

Andre aktører: Forsikringspatienter bør måske visiteres af forsikrings-selskabet selv. Det er svært, fordi vi elsker kontinuiteten, men der bør findes en bedre løsning end nu. Patienterne bør kunne gå direkte til fysioterapi, som i øvrigt selv holder styr på det med vederlagsfri behandling.

I forhold til apoteker bør vi i fremtiden kun have 2 slags recepter. Den, vi kender – og så datorecepten, der gælder f.eks. 12-24 mdr. Apotek og patient kan selv beslutte, om medicinen skal udleveres som æsker, dåser eller dosisdispensering.

Noget af det vigtigste er, at vi får en samarbejdspartner, som anerkender os, og som måske endda bare en gang i mellem er villig til at stå på mål for os. Et ligeværdigt forhold udelukker ikke, at man kan stille økonomiske og faglige krav. Vi er begyndt at

kigge os omkring og har opdaget, at kommunerne respekterer vores indsats og vores faglighed. Det betyder dog ikke, at vi ikke kan genoprette forholdet til Danske Regioner.

### Bedre til at hjælpe hinanden

Slutteligt skal vi måske til at blive bedre til at hjælpe hinanden. Det gør vi allerede i de gode kompagniskaber og samarbejdspraksis, og det modvirker udbrændthed. Løsningen kan være at opgradere klyngerne, så vi ikke bare kvalitetsudvikler, men også tager efteruddannelse sammen. Fredagsbar og en årlig fest bør der også være tid til. Trivselspakkerne er et skridt på vejen. Kontinuitet mellem kolleger i klyngen er måske lige så vigtigt som kontinuitet mellem læge og patient?

Der er læger, der er bekymrede for at kaste sig ud i praksiskøb. Det bør ikke være et problem, når vores vedtægter tillader, at op til 50 % af lægerne er ansatte eller ejer en forholdsvis mindre del af praksis (en mulighed der allerede findes, men som de færreste kender til). Målet må dog være, at fremtidens læger ikke skal frygte udbrændthed og har lyst til at købe egen praksis og tage ansvar for egen patientflok. //





Ph.d.-cup 2023

# Diagnostisk pakkeforløb: Har jeg kræft?

Måler vi på kræftstadiet ved diagnosetidspunktet, er praktiserende læger lige så gode som de diagnostiske centre til at udrede patienter med uspecifikke symptomer på kræft.

**R**egion Sjælland fik kritik for at henvise markant færre patienter til diagnostisk pakkeforløb end de andre regioner i 2017. Kritikken fremmanede spørgsmål som: Er færre pakkeforløb et problem? Medfører det dårligere forløb for patienter i Region Sjælland? Det er disse spørgsmål, som mit ph.d.-projekt handler om.

## Forskellige registreringer – forklaring eller udfordring?

For at vurdere om kritikken var berettiget, var det nødvendigt at finde ud af, hvordan diagnostisk pakkeforløb er implementeret på tværs af Danmark. Derfor startede mit ph.d.-projekt med, at jeg udarbejdede et spørgeskema, som jeg sendte til alle diagnostiske centre i Danmark. Spørgeskemaet belyste centrenes organisation,

håndtering af henvisninger fra almen praksis, og hvornår de afsluttede et udredningsforløb.

Besvareelserne viste store regionale og interregionale forskelle på en række parametre. Det var særligt tydeligt, at diagnostisk pakkeforløb nogle steder hovedsageligt bliver varetaget af praktiserende læger og andre steder af diagnostiske centre. Et diagnostisk pakkeforløb registreres først som et pakkeforløb i de danske registre, hvis patienten henvises til et diagnostisk center. Det kan måske forklare det lavere antal forløb i Region Sjælland, hvor praktiserende læger står for den indledende udredning af patienten. I nogle tilfælde stopper udredningen efter den indledende udredning i almen praksis, og disse patienter får ikke behov for at komme ind i diagnostisk center. Dermed tæller de heller ikke med i statistikken, når man måler på antal diagnostiske pakkeforløb.

Den forskellige organisering og registrering af diagnostiske pakkeforløb betyder, at praktiserende læger i Region Sjælland udgør en større filterfunktion for patienter til de diagnostiske centre end i andre regioner. Sammenligner man udfald fra registrerede diagnostiske pakkeforløb på

tværs af landet, er det altså ikke den samme type patienter, man sammenligner. At sammenligne registrerede diagnostiske pakkeforløb på tværs af landet er derfor den største metodiske udfordring i mit ph.d.-projekt.

## Hvad er høj kvalitet?

Sundhedsstyrelsen måler antallet af diagnostiske pakkeforløb og antallet af kræfttilfælde og registrerer, om de diagnostiske pakkeforløb er gennemført inden for de anbefalede tidsintervaller. Det er disse parametre, der udgør grundlaget for Sundhedsstyrelsens vurdering af diagnostiske pakkeforløb.

Målt på disse parametre kommer Region Sjælland, der har færre registrerede antal diagnostiske forløb, let til at klare sig dårligt. Parametrene tager dog ikke højde for den forskellige implementering eller registrering og fortæller ikke noget om patienternes prognose.

Det ønskede jeg at tage højde for i et nationalt registerstudie, hvor jeg sammenlignede patienter, der starter udredning hos praktiserende læger, med de patienter, der starter udredning i diagnostiske centre. For at inkludere de patienter, som starter udredning hos almen praksis, men som



ikke er registreret med diagnostisk pakkeforløb, fordi de ikke er startet i diagnostisk center, blev jeg nødt til at inkludere patienter med en CT-scanning, som var bestilt fra almen praksis. Da tarmkræft er en af de kræfttyper, der ofte bliver fundet hos patienter med uspecifikke symptomer, brugte jeg den kræfttype som udfald for analyserne.

### Det viser mit studie

Analyserne viste, at patienter, der startede udredning hos praktiserende læger, oftere ender med en tarmkræftdiagnose end patienter, der starter udredning i diagnostiske centre. Faktisk havde patienter, der startede udredning hos almen praksis, ca. 3 gange så høj risiko for tarmkræft, end de patienter, der startede i diagnostisk center. Undersøgelsen kan ikke sige hvorfor, men en mulig forklaring er, at praktiserende læger har en god mavefornemmelse for kræft og derfor ofte finder kræft, når de iværksætter udredning. Derudover er der en stor forskel i case-mix. Det vil sige, at patientgruppen, der får foretaget en CT-scanning, som er bestilt af praktiserende læger, ikke er helt sammenlignelige med de

patienter, der får foretaget CT-scanning, som er bestilt af hospitalet. Derfor er det vanskeligt ud fra dette studie at sige noget om, hvilken udredningsmodel (start i almen praksis eller i diagnostisk center) der er mest fordelagtig for patienten.

Det mest interessante fund er, at vi ikke fandt nogen statistisk signifikant forskel på sygdomsstadie ved diagnose. Tarmkræft bliver altså ikke opdaget på et mere avanceret stadie, når de praktiserende læger varetager den indledende udredning, end når de diagnostiske centre varetager den.

### Hvad med patienterne?

Et andet vigtigt perspektiv er patienternes. Som en del af mit ph.d.-projekt var jeg til stede i et diagnostisk center i 3 uger for at observere og interviewe patienter, der er henvist til et diagnostisk pakkeforløb. Cirka 90 % af de henviste patienter får at vide, at de ikke har kræft alligevel, men fra mine interviews var det tydeligt, at det gjorde noget ved patienterne at få rejst mistanken om kræft.

Patienterne ville gerne tage afstand fra den 'bekymrede type', og mange fortæller, at selvom de er blevet fri-

kendt for kræft, kommer de stadig hyppigt hos deres egen læge – enten fordi de stadig afventer prøvesvar fra opfølgende undersøgelser, eller fordi de har nye symptomer, som de frygter kan være kræft. Det tyder på, at et diagnostisk pakkeforløb kan trække lange spor i patienternes liv.

### Andre perspektiver bør inddrages

Samlet set viser mit ph.d.-projekt, at praktiserende læger kan varetage den indledende udredning af patienter med uspecifikke symptomer, uden at det resulterer i mere avanceret kræft. På nuværende tidspunkt kan nogle regioner eller faggrupper let blive kædet sammen med dårlig kvalitet, hvis der alene måles på antallet af gennemførte forløb, hvilket er tilfældet i dag. Det er derfor afgørende, at disse mål suppleres med ensartet registreringspraksis og kvalitetsmål. Interviews med patienterne viste, at kræft ofte bliver udelukket i udredningen, men at mistanken om kræft trækker spor i tiden efter et diagnostisk pakkeforløb. Disse perspektiver bør inddrages, når man fremover vurderer kvaliteten af et diagnostisk pakkeforløb. //



## Ph.d.-cup 2023

# Børn og vold

Hvornår har du sidst set et blå mærke? Blev det til en underretning? Fysiske, voldelige overgreb mod børn er udbredt i Danmark. Det var emnet for min ph.d.-afhandling, og jeg fik lov at fremlægge resultaterne ved DSAM's årsmøde.

**V**old mod børn er farligt. Det fører til udadreagerende børn med symptomer på angst og depression. Færre af dem gennemfører folkeskolen. Som voksne kæmper de med højere risiko for cancer, gigt, social angst og selvmordsforsøg – og ultimativt tidlig død.

### Stressorer i familien

Den grundlæggende idé i vores forskning baserer sig på teori af Jay Belsky. Hvis en familie udsættes for flere stressorer, end deres supportmekanismer kan håndtere, øges risikoen for overgreb. For højt pres øger altså risikoen for at gøre noget, man ellers aldrig ville have gjort.

Stress kan komme fra alle domæner af et barns liv. En gennemgang af over 19.000 abstracts og 500 artikler

viste desværre, at evidensen for de enkelte risikofaktorer for fysiske overgreb mod børn er begrænset. På baggrund af en gennemgang af 139 risikofaktorer tillod vi os at anbefale forsigtigt, at familier med undervægtige nyfødte, lav forældreuddannelse, flerfoldsfødsler eller tidligere underretninger fortjener særlig opmærksomhed og støtte – særligt hvis flere af disse faktorer er til stede samtidigt.

### Forældres sygdom – en risikofaktor?

Vi ønskede at bidrage til viden om risikofaktorer. Hvis stress kan øge risikoen for overgreb, burde forældrenes sundhedsdata være en god kilde til at finde familier i særlig risiko. Vi testede derfor, om sværhedsgraden af forældres sygdom kunne hjælpe med at forudsige risikoen for fysiske (registerdokumenterede) overgreb mod børn.

Vi anvendte data på 2,7 millioner børn og deres forældre samt data om overgreb fra Landspatientregistret og Politiets Offerregister, men vi fandt ingen sammenhæng.

En nærmere gennemgang af litteraturen viste, at sygdomme muligvis ikke stresser familier på samme måde. Evidensen er også her begrænset og fremstår ikke intuitiv, f.eks. viste et studie, at cancer ikke påvirkede fami-

liens funktionsniveau, mens et andet studie viste, at hovedpine havde negative effekter. For patienter med diabetes afhang påvirkningen af familien af type af diabetes og behandlingens kvalitet. Vi bør ikke drage faste konklusioner fra enkelte, mindre studier om en bestemt sygdomskategori, men evidensen tyder på forskellig stresspåvirkning fra sygdomme af forskellig karakter.

Vi undersøgte derfor sammenhængen mellem fysiske overgreb mod børn og sygdomskategorier enkeltvis. Vi brugte Anders Priors multimorbiditetsindeks til at kategorisere sygdomme og finjusterede selv yderligere, så vi kunne undersøge sammenhængen mellem 33 forskellige kategorier af

### Vold mod børn i Danmark

En undersøgelse fra Børns Villkår i 2022 viser, at hvert femte barn i 8. klasse har været udsat for vold fra deres forældre inden for det seneste år. Mellem 5 og 22 % (afhængig af beregningsmåde og definition af vold) af danske børn bliver udsat for vold i hjemmet. Langt under 1 % af en børneårgang registreres i sundhedsvæsenet med overgreb.



sygdom hos forældre og fysiske (registerdokumenterede) overgreb mod børn.

Et studie med så mange analyser er eksplorativt, og resultaterne bør efterprøves i andre studier. Men vi fandt en sammenhæng mellem 10 kategorier og fysiske overgreb mod børn.

Vi fandt, at iskæmisk hjertesygdom, perifer okklusiv arteriel sygdom, slagtilfælde, kroniske lungesygdomme og mavesår/kronisk gastrit alle er associeret med fysiske overgreb mod børn. Disse kategorier er også associeret med livsstilsfaktorer, herunder rygning og stofmisbrug. Det fundne kunne derfor være et resultat af, at både rygning og misbrug er svært at se i registrene. Der er imidlertid allerede en kendt sammenhæng mellem traumatiske begivenheder i barndommen og rygning og misbrug.

En anden uventet association var mellem forældres epilepsi og efterfølgende fysiske overgreb mod børn. Dette er ikke tidligere beskrevet. Epilepsi kan imidlertid opstå som følge af fysiske traumer, altså muligvis som resultat af, at forældrene har været udsat for vold. Epilepsi er også associeret med både depression og vanskeligheder ved følelsesregulering, og

psykisk sygdom er associeret med en øget risiko for fysiske overgreb mod børn. Der er således flere mulige forklaringer på associationen.

Alle ovennævnte associationer bør udforskes videre, men de har den fællesnævner, at de gælder for et mindretal af forældre. En enkelt kategori skiller sig imidlertid ud: 72 % af familierne havde mindst én forælder med uspecifikke symptomer, og dette forøgede risikoen for senere fysiske overgreb mod børn. Vi definerede uspecifikke symptomer som en række symptom-bårne diagnoser uden klar patologisk baggrund, f.eks. spændingshovedpine, uspecifik synsforstyrrelse eller funktionelt fordøjelsesbesvær – alle af en sværhedsgrad, der har krævet hospitalskontakt (så der var en ICD10-diagnose). Det bør understreges, at størstedelen af familier med disse symptomer, ligesom familier i de andre beskrevne kategorier, ikke begik fysiske overgreb mod deres børn, men prævalensen var større end i den tilbageværende gruppe.

### **Almen praksis kan spille central rolle**

Alment praktiserende læger har et unikt indblik i en families liv gennem

konsultationer ved graviditet, børneundersøgelser og vaccinationer samt bistand ved forældres sygdom og udfordringer gennem barnets opvækst. Det er ikke muligt at give præcise, håndfaste anbefalinger på baggrund af ovenstående – der er for lidt evidens, og de resultater, vi selv har frembragt, er enten uden association eller eksplorative.

Vi tillader os alligevel forsigtigt at anbefale særlig opmærksomhed på den stressede familie – tegn herpå kunne være undervægtige nyfødte, lav forældreuddannelse, flerfoldsfødsler eller tidligere underretninger. Forældre med uforklarede symptomer, epilepsi eller sygdomme, som er relateret til rygning eller misbrug, er muligvis også en gruppe, der fortjener særlig opmærksomhed, så det klarlægges, om børnene i disse familier trives.

Associationerne bør efterprøves i fremtidige studier. Men hvis de praktiserende læger lykkes med at nedsætte stressniveauet i de familier, hvor forældrene plages af livsstilssygdomme eller symptomdiagnoser, er der en chance for, at lægerne både hjælper forældrene og beskytter børnene. //



# Sundhedstjek på botilbud: Hvordan styrker vi implementeringen?

**I**ndførelsen af sundhedstjek på botilbud har potentiale til at reducere ulighed i sundhed for borgere i en særlig sårbar situation. To nye studier peger på væsentlige barrierer, som er relateret til implementeringen, og hvilke områder der bør styrkes, hvis indsatsen skal lykkes.

## FORFATTERE:

**Marie Broholm-Jørgensen**, lektor,  
Statens Institut for Folkesundhed,  
Syddansk Universitet

**Maiken Hjarsen Dahlbo**, cand.scient.  
san.

**Gry Pors Klinting**, cand.scient.san.

**Anders Larrabee Sønderlund**, adjunkt,  
Forskningsenheden for Almen  
Praksis, Syddansk Universitet

**Jens Søndergaard**, professor, Forskningsenheden for Almen Praksis,  
Syddansk Universitet

**Trine Thilsing**, lektor, Forskningsenheden for Almen Praksis, Syddansk  
Universitet

## En indsats til gavn for borgere i en særlig sårbar situation

Mange borgere med fysisk og psykisk funktionsnedsættelse har vanskeligt ved at tage hånd om egen sundhed. De går sjældnere til læge, sygdom overes, nødvendig behandling gives ikke, og overdødeligheden er stor. Derfor har den aktuelle overenskomstbestemte aftale om sundhedstjek på botilbud længe været ønsket blandt flere interesseorganisationer.

Siden januar 2022 har de praktiserende læger tilbudt sundhedstjek til voksne med nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, der bor på botilbud (OK22). Foruden de potentielle sundhedsmæssige og økonomiske gevinster har indsatsen potentiale til at øge de sundhedsfaglige kompetencer på botilbud samt skabe en tættere relation mellem almen praksis, borgere og botilbudspersonale. Imidlertid er en hensigtsmæssig implementering af indsatsen afgørende for, at borgerne får gavn af sundhedstjekkerne.

## Væsentlige barrierer i implementeringen

På Statens Institut for Folkesundhed

og Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU, er der i foråret 2022 og 2023 gennemført to studier om botilbudspersonalets erfaringer med og holdninger til indførelsen af sundhedstjek på botilbud. Det ene studie bygger på interviews af 10 socialfagligt ansatte på botilbud, mens det andet bygger på spørgeskemadata fra 32 ledere og øvrigt personale. Begge studier identificerer centrale barrierer for implementeringen og kommer med forslag til fokusområder, der kan styrke implementeringen af sundhedstjek på botilbud. Vi vil i det følgende gennemgå tre centrale områder med uddrag fra det empiriske materiale.

## Systematik i organiseringen

Resultaterne af de to studier viser, at en øget systematik i organiseringen og planlægningen af sundhedstjekkerne kan styrke implementeringen. Blandt andet foreslår deltagerne i spørgeskemaundersøgelsen, at sundhedstjek bliver en fast del af borge-rens årsplan for sundhedsfremme, og at der aftales faste dage, hvor lægen kommer på matriklen, eller at der tilknyttes en fast læge til hvert botilbud:

”Hvis en læge kan være tilknyttet stedet, skal der ikke ringes til mange forskellige. Det vil gøre, at samarbejdet vil blive bedre for både personale og borger.”

Andre foreslår, at der til indsatsen knyttes kommunale sygeplejersker, der via specialiseret erfaring og områdeindsigt kan løfte en del af opgaven og styrke den sundhedsfaglige personaleprofil på botilbuddene.

### Styrket tværsektorielt samarbejde

Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen peger på, at indsatsen i nogle tilfælde udfordres af manglende forventningsafstemning og koordination mellem praktiserende læger og botilbud. En deltager i spørgeskemaundersøgelsen foreslår følgende:

”At vi bliver enige om rammerne og sørger for god dialog mellem borger/egen læge/bosted.”

Overordnet oplever informanterne i den kvalitative undersøgelse at mangle kompetencer og støtte til at udføre sundhedsfaglige opgaver. Et godt samarbejde, hvor de involverede parter respekterer og lærer af hinandens kompetenceområder, kan ifølge spørgeskemaundersøgelsen bidrage til en succesfuld implementering.

”Det er en opgave, vi skal løfte sammen. Det kræver fleksibilitet af begge parter, ellers går det ud over borgeren”

Konkret foreslår flere respondenter i spørgeskemaundersøgelsen, at der afholdes lokale forventningsafstemningsmøder mellem læge og botilbud for at skabe bedre dialog og samarbejde omkring borgerne.

### Borgernes behov og forventninger

Personalet og lederne på botilbud oplever en række dilemmaer, som er relateret til, om borgerne kan og vil give samtykke til at deltage i sundhedstjek. Ifølge informanterne i det kvalitative studie kan den praktiserende læge fremstå som en fremmed, og beskeden om et lægebesøg kan være forbundet med angst og derfor være svært for nogle af borgerne at modtage.

Informanterne i begge studier peger på, at det kliniske møde med borgere på botilbud kræver tid, ressourcer og kompetencer til at møde borgerne på deres vilkår. Ifølge disse studier er der brug for at styrke de praktiserende lægers kendskab til målgruppen samt botilbudspersonalets sundhedsfaglige kompetencer.

”Deres [borgernes] ret til selvbestemmelse skal selvfølgelig respekteres, men læger med pædagogisk talent kan gøre en stor positiv forskel. Det ved vi allerede”

Dette vil ifølge informanterne bidrage til bedre dialog

Der er brug for at styrke de  
praktiserende lægers kendskab til  
målgruppen samt botilbudspersonalets  
sundhedsfaglige kompetencer.

om indsatsen og sikre, at sundhedstjekket giver mening for den enkelte borger.

### Viden fra andre studier

På trods af de gode intentioner i OK22 om at reducere uligheden i sundhed for en særlig sårbar gruppe borgere finder vi, at implementeringen af sundhedstjekkerne med fordel kan styrkes på flere områder. Foruden vores fund peger tidligere danske og internationale studier på, at sundhedstjek på botilbud bør følges op af kompetenceudvikling for både botilbudspersonalet og praktiserende læger; at der bør lægges vægt på og afsættes tilstrækkelige ressourcer til, at sundhedstjekkerne følges op af sundhedsfremmende aktiviteter; at der bør afsættes tilstrækkelige midler og sikres ledelsesmæssig opbakning; og at der skal etableres en tydelig ansvarsfordeling. Desuden er det vigtigt at støtte borgerne, da mange oplever usikkerhed i mødet med sundhedsvæsenet og forbinder kliniske møder med ubehag, smerter eller frustration over ikke at blive forstået.

### Hvorfor bør vi interessere os for implementering?

Formålet med folkesundhedsinitiativer er at forbedre en særligt udsat befolkningsgruppes sundhed. For at nå dette mål behøver vi viden om, hvordan de iværksatte handlinger bliver implementeret, så vi kan forbinde indsatsen med en eventuel effekt.

Forskning peger på, at omtrent to tredjedele af alle sundhedsindsatser, der søges implementeret, ikke opnår de tilsigtede effekter på grund af mangelfuld implementering. For eksempel viser en nylig undersøgelse af fastlægeordningen på plejehjem, at antallet af indlæggelser kun blev nedbragt på de plejehjem, hvor implementeringen var succesfuld. En systematisk og grundig erfaringsopsamling er helt essentiel for at styrke den videre implementering. //

*Artiklen er udarbejdet på baggrund af studier publiceret i form af kandidatspecialer. Yderligere oplysninger kan fås ved at kontakte forfatterne.*



## Almen praksis på tværs af grænser: Erfaringer fra et forskningsophold i



# England

Som en del af vores ph.d.-forløb ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og Aarhus Universitet, var vi i efteråret 2023 en måned i England. Som kommende praktiserende læger var vi interesserede i at få et bedre kendskab til deres organisering af primærsektoren, herunder almen praksis. Under vores ophold besøgte vi derfor flere almen praksis, en lægevagtskonsultation, et walk-in center samt en akutmodtagelse. Besøgene gav anledning til spændende drøftelser af fordele og ulemper ved forskellige organisatoriske modeller samt tanker om, hvad vi kan lære af dem, og hvad vi skal værdsætte og værne om i Danmark.

### Hvordan bliver man specialist i almen medicin?

I England tager medicinstudiet 5 år. Herefter skal man igennem et 2-årigt forløb svarende til vores KBU og introduktionsstilling, som kvalificerer til at søge uddannelsesstillinger inden for det speciale, man ønsker. Deres specialelægeuddannelse i almen

medicin tager tre år og er som vores opbygget af forløb i både almen praksis og på hospitalsafdelinger.

### Hvordan finansieres almen praksis?

Som i Danmark er det gratis for patienter at gå til læge. Desuden er receptpligtig medicin også gratis i England. Almen praksis i England er finansieret anderledes end i Danmark. Hvert år får praksis en pengesum, som er baseret på antallet af patienter og patientpopulationen, der er tilknyttet praksis. Denne sum skal dække alle udgifter i almen praksis. Herudover kan praksis tjene penge ved at tilbyde udvidet åbningstid.

### Hvordan er almen praksis organiseret?

Som praktiserende læge kan man arbejde som sololæge eller i kompagniskab. Speciallæger er ansat på forskellige kontrakter; enten som medejer, som fastansat vikar eller som tilkalddevikar. I England er det ikke kun læger, som kan være medejer af praksis, men f.eks. også praksismanagere, som

er en fast integreret del af almen praksis. Almen praksis er som i Danmark organiseret i geografiske klynger.

### Åbningstider

Åbningstiden i dagspraksis er kl. 8.00-18.30. Stort set ingen læger arbejder på fuld tid! I nogle praksis er der også udvidet åbningstid, hvor praksis holder åbent i weekenden. Dette arrangeres på klyngeniveau, hvilket betyder, at weekendklinikken går på skift mellem de forskellige praksis i klyngen.



På besøg i almen praksis i Cardiff. Foto: privat.

## Ansatte foruden praktiserende læger

I England arbejder de meget tværfagligt i almen praksis. De har ansat sekretærer og sygeplejersker, som varetager de samme opgaver som i Danmark. Til forskel fra i Danmark kan sygeplejersker i England tage en videreuddannelse til "Advanced Practice Nurse" (APN), hvilket betyder, at de har autorisation til selvstændigt at diagnosticere og udskrive recepter til visse typer patienter og ved bestemte henvendelsesårsager, særligt akutte tilstande som infektioner og skader. Farmaceuter er også meget almindeligt at have ansat, og de har ligesom APN'erne autorisation til at diagnosticere og udskrive recepter. Farmaceuternes hovedopgave er dog kontrol af medicin.

## Tilgængelighed

I England skal alle patienter (uanset henvendelsesårsag) kunne blive set af egen læge inden for 48 timer, hvilket betyder, at man ikke kan booke konsultationer frem i tiden, og at alle praksis er organiseret efter princippet "tid samme dag". For praksis betyder det, at de skal have et stort antal sekretærer ansat til at tage telefoner og afvikle køen i venteværelset hver morgen. Det betyder også, at stort set ingen patienter booker tid via nettet, selvom det er en mulighed de fleste steder. Det er også blevet bestemt, at alle patienter (uanset henvendelsesårsag) kun kan få 10-minutters tider, hvilket medfører, at patienter med f.eks. behov for små kirurgiske procedurer såsom suturering af et sår bliver sendt andre steder hen i sundhedssystemet – simpelthen fordi der ikke er tid nok i almen praksis.

## Diagnosticke test

Der bruges stort set ingen diagnostiske test som f.eks. CRP og strep A. Fleere af de praksis, vi besøgte, havde ikke udstyret til at lave tests, og når snak-

ken faldt på dette emne var svaret oftest, at det var dyrt og tidskrævende. Her skal man huske på, at praksis ikke bliver honoreret pr. ydelse, og at udstyr og tid, som bruges på diagnostiske test, skal trækkes fra indtjeningen i praksis.

## Digitalisering

De er meget bagud, hvad angår digitalisering i almen praksis sammenlignet med Danmark. Først sidste år blev recepter elektroniske, og information mellem forskellige aktører i sundhedsvæsenet sker fortsat i vid udstrækning via post. Der er heller ikke et fælles medicinkort, så justeringer fra sekundærsektoren skal manuelt skrives ind. De praksis, vi besøgte, havde derfor mange administrative medarbejdere ansat til udelukkende at printe og scanne journaldokumenter.

## Hvordan fungerer det tværsektorielle samarbejde?

I England fungerer den praktiserende læge ikke som gatekeeper for sekundærsektoren. Det betyder, at man som patient kan møde op i f.eks. akutafdelingen uden forudgående kontakt til en praktiserende læge. Over de seneste mange år er der tilmed etableret flere andre frit tilgængelige behandlingstilbud i primærsektoren som forsøg på at lette presset på almen praksis. Som patient med f.eks. ondt i halsen kan man derfor vælge at gå til egen læge, at ringe til den døgnåbne nationale hjælpelinje, at konsultere en læge i et walk-in center eller at konsultere en farmaceut med ret til at diagnosticere og udskrive recepter på et apotek.

## Har den praktiserende læge andre opgaver end almen praksis?

Som praktiserende læge i England er man ikke forpligtet til at varetage andre opgaver end at passe sin praksis, og det er frivilligt at tage del i lægevagten. //



På besøg i almen praksis i Coventry. Foto: privat.

## HVAD SKAL VI VÆRNE OM I ALMEN PRAKSIS I DANMARK?

- Vores velfungerende, digitaliserede og patientcentrerede primærsektor med almen praksis som kernen.
- Den praktiserende læge som gatekeeper.
- Konsultationstider på minimum 15 minutter for at sikre, at patienterne gøres "færdige", og at de sundhedsprofessionelle ikke bliver udbrændte.

## HVAD KAN DANMARK LÆRE AF ALMEN PRAKSIS I ENGLAND?

- At arbejde mere tværfagligt i almen praksis.
- At videreuddannede sygeplejersker og farmaceuter med autorisation til selvstændigt at diagnosticere og udskrive medicin til patienter inden for afgrænsede områder.
- At ansætte en praksismanager til at varetage mange administrative opgaver.



Af: Armando Manuel Mesquita Felgueiras, 4th year GP resident in a health care unit named "USF Cuidar Saúde" in Seixal, a city near Lisbon - armandommfelgueiras@gmail.com



# General practice in Portugal: How does it differ from Danish general practice?

**I**went to Denmark to participate in the Hippocrates Exchange Programme and spent one week in Skødstrup Lægepraksis on 6-10 November 2023 to learn about Danish primary health care.

## How to specialise in 'family medicine' in Portugal?

In Portugal, the undergraduate training consists of a 6-year course, which is followed by a 1-year internship (hospital and primary care), after which you become a doctor. If you choose to be a general practitioner (GP), you need to do a 4-year residency, after which you become a family doctor.

## How is general practice financed?

The National Health Service is based on primary care and secondary care (hospitals), complemented by continuing care units, palliative care units and public health units.

All of these entities are managed by the Ministry of Health, making it a 100% public system.

## How is general practice organised?

Primary care consists of health units, grouped regionally, varying in number according to population density. Each health unit has a team with at

least one family doctor, one nurse and one administrative officer. On average, in Portugal, each team has 7 doctors, 7 nurses and 4 administrative officers (it varies greatly). Each group of health units also includes a shared assistance resources unit, with essential resources such as psychology, nutrition, social work, speech therapy, oral hygiene, and a community care unit, which provides support to the local community.

Each family doctor is responsible for a list of patients, which is calculated in weighted units; each patient corresponds to a weighted unit (up), with some exceptions, namely children up to 5 years old (1.5 up), adults between 65 and 74 years old (2 up) and adults aged 75 or over (2.5 up). The minimum size of the list is 1917 up, which corresponds to an average of 1550 patients.

## Opening hours

Opening hours are from 8 a.m. to 8 p.m., Monday to Friday. At the weekend, family doctors are assigned to work in complementary care services. The family doctor's schedule is divided into periods (morning/afternoon) with appointments for each specific population: maternal health, child and youth health, family planning and

chronic diseases. In these cases, there is a related nursing appointment, for patient management as a team. There are also general practice/adult health appointments and acute illness appointments.

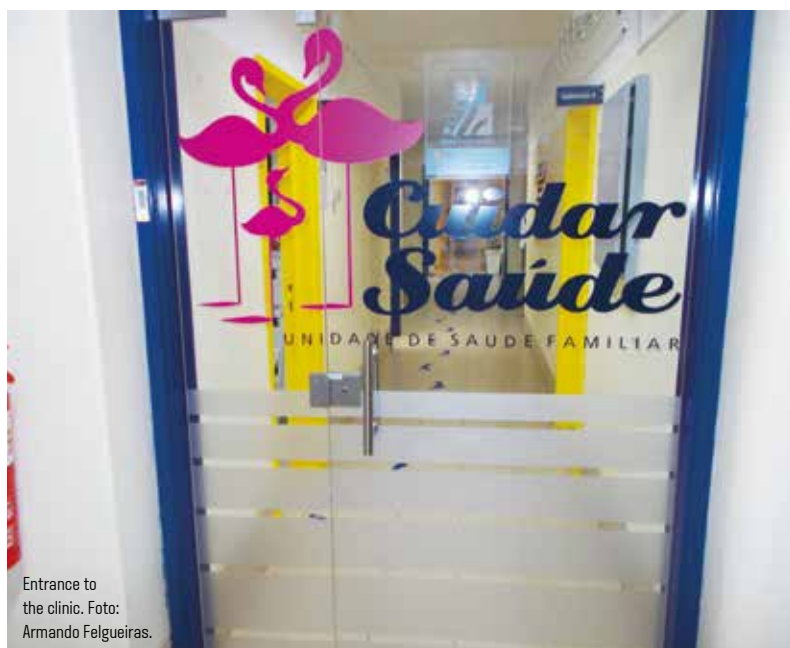
## Tasks of the health team members

The functions and tasks of the health team members are slightly different from the Danish reality: administrative officers organise the doctors' agenda, schedule appointments and attend the public (they do not do clinical/laboratory work), nurses are responsible for compliance to the National Vaccination Plan and surveillance of vulnerable groups (child and youth health, maternal health, family planning, high blood pressure and diabetes) together with doctors, and doctors are the only ones who carry out acute illness appointments and prescribe medication.

Most health units work towards medical and financial goals; the fulfilment of these goals is associated with financial incentives that complement the standard salary. Examples of medical goals are: number of appointments in the first year of a newborn, number of appointments per year for diabetic and hypertensi-



Doctor office in the clinic where Armando works. Foto: Armando Felgueiras.



Entrance to the clinic. Foto: Armando Felgueiras.

ve patients, prescription of gynaecological ultrasounds and blood analysis per quarter, prescription of exams for population screenings (breast, cervix and colorectal cancer). Some financial goals are: costs of chronic medication for hypertensive and diabetic patients, costs of prescribing exams, costs of prescribing physiotherapy.

In Portugal, there is a concern to reduce the number of times that a patient has to go to the health unit, which is why medical and nursing appointments are scheduled on the same day, particularly in case of children, pregnant women, diabetic and hypertensive patients. Family doctor and nurse complement the work of each other in consecutive appointments.

The main difference between Denmark and Portugal is the private vs. public management of primary care. In both countries, family doctor is the “gateway” of the National Health Service; the one who accompanies the patient from birth to adulthood, accompanies the entire family throughout their life. The family doctor is someone with whom the patients can

establish a relationship of trust to become an ally in caring for their health.

### How is the cross-sectoral collaboration?

The National Health Service will undergo restructuring in 2024, with the creation of local health units, to integrate health units and hospitals in each region under the same administration, with the aim of improving the interface between primary and secondary health care.

As for the current reality in Portugal, there are fewer and fewer family doctors working in the NHS (they emigrate or work in the private system), which has gradually increased the number of patients who do not have access to a family doctor (1.6 million out of 10 million).

### Do the GPs have other duties than general practice?

In Portugal, the GPs only work in the health unit during the week. They are scheduled to provide acute appointments in one health unit that is open during the weekend (only one per region). //

### WHAT CAN WE LEARN?

**In Portugal**, each family doctor is responsible for a list of patients, which is calculated in weighted units; each patient corresponds to a weighted unit (up), with some exceptions, namely children up to 5 years old (1.5 up), adults between 65 and 74 years old (2 up) and adults aged 75 or over (2.5 up). The minimum size of the list is 1917, which corresponds to an average of 1550 patients.

**In Denmark**, the differentiated training of administrative officers and nurses allows a more effective distribution of tasks, so doctors only have to deal with situations and tasks that actually require their attention.

**Both systems** have positive features in terms of organisation, management and training of human resources and clinical practice. Both countries can learn from each other to improve the health care services provided to the population.



Af: Roar Maagaard, formand for NFOP, formand for Internationalt Udvalg i DSAM, tidligere praktiserende læge i Skødstrup - roar@raskmaagaard.dk



# Fra Danmark til Belgien – og retur

Historien om, hvordan praktiserende læger kan inspirere hinanden på tværs af landegrænser og om organisering af det primære sundhedsvæsen.

## Startskud til forandring

I 2016 fik Skødstrup Lægepraksis besøg fra en lægepraksis i Laakdal, som ligger en times kørsel nordøst for Bruxelles – og altså i den flamsktalende del af Belgien. De troppede op med 2 læger, Caroline Vanwelden og An Weerts, og 2 sygeplejersker. Formålet

med deres rejse til Skødstrup var at få inspiration til en forandringsproces i deres egen klinik. Dels ønskede de at bygge en helt ny klinikbygning, og dels ønskede de at inddrage ikke-lægeligt sundhedspersonale meget mere i serviceringen af patienterne.

Forud for besøget hos os havde de været i 3 andre praksis i Belgien og 1 i Holland, og jeg foreslog dem så at besøge Anna Stavdal, president for WONCA World, i hendes klinik i Oslo også. De fulgte os en hel arbejdsdag og var meget interesserede i vores arkitektur og de muligheder for samarbejde, som denne kunne facilitere og naturligvis også i vores arbejdsmeto-

der og arbejdsfordeling personalegrupperne imellem.

## Genbesøget

Vi blev inviteret på genbesøg i 2018, hvor vi var en håndfuld fra klinikken, som drog til Laakdal. Her havde de en lørdag trommet ca. 15 personer sammen i den gamle klinikbygning for at diskutere med os. Vi måtte kommentere på alle deres lidt vilde tanker, og vi så også de første streger til et åbent og lyst klinikbyggeri med træ som gennemgående materiale.

Tiden gik – COVID forsinkede det hele – og desværre fik Caroline Vanwelden en galoperende brystcancer og døde i december 2021. Som chef fører An Weerts nu klinikken videre efter deres fælles planer.

Men her i juni 2023 var tiden så kommet, hvor vi endelig kunne efterkomme deres invitation. Tre af os rejste til Laakdal, hvor 6-7 af dem havde ryddet programmet det meste af dagen for at vise og fortælle – og det med stor stolthed.

De har nemlig bygget en – efter belgiske forhold – meget stor klinik med lyse og højloftede lokaler og i det hele taget med et meget åbent "landskab" i hele bygningen. Det er massivt træ, der går igennem i hele bygningen. Al træ er færdigtilskåret og fikset på et



En del af klinikens personale - læge An Weerts i den sribede nederdel og ved hendes side "husets" arkitekt, Leo. Foto: privat.

savværk i det nordlige Spanien, hvor Caroline og husarkitekten Leo havde været nede for at godkende kvaliteten. Belysningen var meget enkel med lette LED-rør, der virkede meget elegante. Der var mange detaljer i huset, hvor vi kunne se, at inspirationen kom fra vores klinik. De havde så blot gjort det hele en del bedre og mere elegant – en cadeau til arkitekt Leo for det.

### Positive health som grundtanke for et lægehus

Men der, hvor vi særligt kunne inspireres, var på et par andre områder. Hele klinikken drives efter principperne om "positive health", som den tidligere praktiserende læge i Holland Machteld Huber har defineret og beskrevet som: "Health as the ability to adapt and self-manage, in the face of the physical, emotional and social challenges of life". Dr. Huber driver nu Institute for Positive Health i Utrecht, Holland. Man kan vel sammenstille det noget med de nordiske tanker for nogle år siden med mere fokus på salutogenese end udelukkende på patogenese. Det afspejler sig i lægernes arbejdstilgang, men endnu mere i brugen af de mange andre faggrupper, der arbejder i huset: sygeplejersker, fysioterapeuter, træningsassistenter, pilatesinstruktører, coaches, psykologer, psykoterapeuter, fodterapeuter, jordemødre og ja, jeg har nok glemt nogle. Grupperne har et tæt samarbejde om patienterne og har f.eks. bestemte programmer for langtidssygemeldte og for funktionelle lidelser.

### Basishonorar uden egenbetaling

Den anden inspirationskilde er deres organisering. Næsten alle praksis i Belgien følger en overenskomst, der godt kan sammenlignes en del med vores – men ganske enkelte følger en anden model, hvor man næsten udelukkende får et stort basishonorar for sine patienter. Visse supplerende ydel-



Smukke højloftede, åbne rum danner rammen om en moderne lægeklinik i Belgien - her fra venteområdet.  
Foto: privat.

ser honoreres dog særskilt. Størrelsen af basishonoraret afhænger af, hvor mange services klinikken yder. I praksis i Laakdal yder man stort set hele paletten rundt. Det betyder også, at man f.eks. står for hjemmeplejen til sine patienter (også i weekenden) og principielt også er ansvarlige for lægebetjening 24/7. Praktisk er det dog lægevagten, der tager over aften/nat og weekend, men hvis en patient kontakter lægevagten, så må praksis betale lægevagten for denne service.

Set fra patientens perspektiv er det meget anderledes end i det øvrige Belgien, idet der ikke er nogen egenbetaling for patienterne i denne praksis, men til gengæld kan de ikke vælge en anden praksis, hvis de skulle have lyst til det. "Doctor shopping" er ikke noget ukendt fænomen i Belgien.

An Weerts syntes, at denne model

uden patientbetaling gjorde det muligt for dem at være proaktive i forhold til patienternes helbredsproblemer – og det gav mulighed for opfølgning, uden at det blev en økonomisk barriere for patienterne.

De påstod, at vores samarbejde i klinikken i Skødstrup også havde været inspirationskilde for det udvidede interdisciplinære samarbejde i deres praksis. Men det kan nu ikke passe – der når vi dem ikke til sokkeholderne.

Vi kan bestemt ikke overføre deres model 1:1 til en dansk kontekst, men det var et absolut inspirerende besøg at se, hvordan man på en noget anderledes måde kan organisere almen praksis i et land, der på mange måder minder om Danmark.

En stor tak til læge An Weerts og hendes team i vores søsterpraksis i Laakdal, Belgien. //



# Vil du opleve almen praksis i et andet europæisk land?



Læs med her om Hippokrates-programmet, som arrangerer både ophold ude og værtskab hjemme i 1-2 uger ad gangen.

Udveksling har altid været en helt enestående mulighed for at lære nyt og udvide sin horisont – både for gæst og for vært. Det har the European Young Family Doctors Movement (EYFDM) bemærket. Derfor igangsatte de i år 2000 Hippokrates-programmet med støtte fra WONCA Europe og EURACT. Ja, faktisk var danske Per Kallestrup med til at starte det.

Hippokrates-programmet er et udvekslingsprogram for europæiske læger under uddannelse i almen medicin og for læger, som netop har færdiggjort en almenmedicinsk hoveduddannelse. Som gæst oplever man almen medicin i en klinik i et andet land i et ophold af 1-2 ugers varighed. Gæst og vært tilrettelægger sammen et program, og begge har indflydelse på.

## Et fundament af frivillighed

I alt deltager 29 lande i Europa, herunder Danmark. Hvert land har udpeget en udvekslingskoordinator, som agerer bindeled mellem gæster og værter og tillige bindeled til nationale foreninger for almen medicin, i Danmark er det FYAM og DSAM. Alle alment praktiserende læger kan være vært, ligesom alle uddannelseslæger i almen medicin kan være gæst. Gæsterne betaler selv for kost og logi, men selve opholdet er gratis. Ligeledes bliver værterne ikke betalt.

Hippokrates-programmet lever på et fundament af frivillighed, gensidig nysgerrighed og vilje til internationalt samarbejde. Danmark modtager hvert år internationale gæster fra hele Europa, og her udgør de danske værter en hjørnesten. Opholdene i Danmark er utroligt populære og får stor ros fra gæsterne, hvilket i høj grad skyldes de dan-

ske værters gæstfrihed og engagement. Det kan vi godt være stolte af.

Ikke kun de danske værter kan lære nyt og udvide egen horisont igennem Hippokrates. Det kan danske uddannelseslæger i almen medicin selvfølgelig også. Der er rig mulighed for at komme afsted som dansk gæst. Mulighederne er mange, og næsten kun fantasien sætter grænser i forhold til hvor, hvornår og hvordan.

## Vil du vide mere?

Yderligere information kan findes via: <https://eyfdm.eu/exchanges/individual/>.

Både nysgerrige potentielle gæster og værter inviteres til at tage kontakt til det danske Hippokrates-program på [hippokrates.denmark@gmail.com](mailto:hippokrates.denmark@gmail.com).

## Hvem kan være vært?

Alle praktiserende læger i Danmark.

## Hvem kan være gæst?

Alle uddannelseslæger i almen medicin samt alle nyligt færdiguddannede speciallæger i almen medicin (inden for 5 år efter endt speciallægeuddannelse). //

### OM HIPPOKRATES-PROGRAMMET:

- I alt 29 europæiske lande deltager, herunder Danmark.
- En udvekslingskoordinator er udpeget i hvert land.
- Koordinator i Danmark: Signe Ulfbeck Schovsbo (medlem af FYAM-udvalget).
- Programmet er baseret på frivillighed.
- Programmet er gratis for gæster, og værter modtager ikke betaling.





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

## Grøn praksis



Foto: Colourbox

### GRØNT TIP

# Tag cyklen til hjemmebesøg

**C**irka 55 pct. af de praktiserende lægers sygebesøg er til patienter, der bor under 4 km fra klinikken. At tilbagelægge den afstand på cykel er til gavn for både sundheden og klimaet.

Klimaaftrykket ved at anvende en almindelig cykel anses at være nul. Elcykler har et lille klimaaftryk, men er i denne sammenhæng stadig langt at foretrække over en bil. En elcykel udleder 100 gange mindre CO<sub>2</sub> sammenlignet med en konventionel bil. Per ydernummer er der i gennemsnit 62 sygebesøg inden for 4 km. Hvis man regner med 4 km til alle besøg, vil CO<sub>2</sub>-besparelsen være 32 kg CO<sub>2</sub> om året, hvis man bruger cyklen frem for bilen.

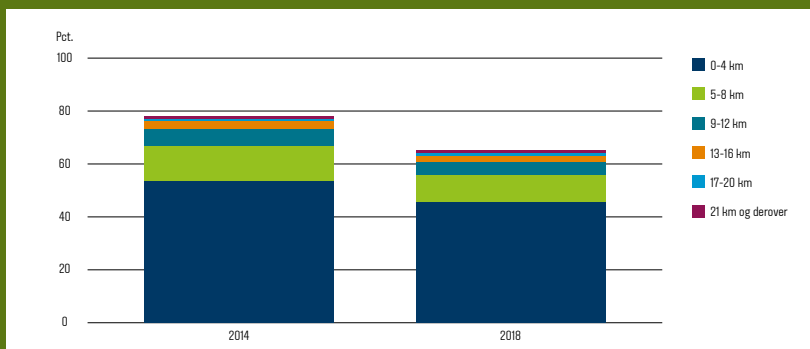
Kollegaer har fortalt om stor goodwill blandt patienterne, når man an-

kommer på cykel, og man får mulighed for at få frisk luft og bevægelse i hverdagen.

Kollegaer har fortalt om stor goodwill blandt patienterne, når de ankommer på cykel til lægebesøg. Det er en konkret mulighed for at være sundhedsfremmer og samtidig få frisk luft og bevægelse i hverdagen. //

### Tre grønne cykelråd

- Invester i en praksiscykel, der er let at indstille til forskellige personer.
- Sørg for gode parkeringsmuligheder for cykler foran praksis.
- Giv personalet mulighed for bad og omklædning, så man kan cykle til og fra arbejde.



Andel af sygebesøg fordelt på udvalgte ydelsestyper i 2014 og 2018. Kilde: SDS-rapport februar 2020.



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

## EN DAG MED ...

# Tue Flindt Müller

Tue Flindt Müller, uddannelsesansvarlig overlæge i almen medicin på Slagelse Sygehus

**S**iden 1. august har jeg tilbragt mine tirsdage på Slagelse Sygehus i en helt nyudviklet stilling som uddannelsesansvarlig overlæge i almen medicin på et stort akutsygehus. Stillingsbeskrivelsen er lavet af den lægelige vicedirektør Henrik Stiig Møller og mig selv. Formålet er at gøre uddannelsen endnu bedre og mere fokuseret på det, der forventes af en kommende praktiserende almenmediciner.

**Kl. 6.55** Mobilens behagelige ringetone vækker mig, så jeg lige kan nå at høre i 7-radioavisen, om verden står endnu.

**Kl. 8.15** Jeg går jeg ind i administrationen på Slagelse Sygehus. Jeg har kontorplads i ledelsessekretariatet og deler, måske ikke tilfældigt, lokale med sygehusets trivselskonsulent, Karen. Det er kendt, at god trivsel giver bedre uddannelse.

Efter lidt mailsvar og mødeplanlægning med uddannelsesansvarlige overlæger fra de specialer, som vores hoveduddannelseslæger er ansat i, skal jeg til dagens første møde. På gangen møder jeg vores direktør, Niels, som er lidt forblæst af en storm fra nogle kommende ortopædkirurger, der synes, deres uddannelse halter. Jeg kan trøste ham med, at de almenmedicinske hoveduddannelseslæger føler sig godt superviseret i skadestuen af ortopædkirurgerne.

**Kl. 9.00** Første møde er med sygehusets videreuddannelseskonsulenter, Anette og Melanie. Første punkt er sidste tjek af spørgeskema vedr. uddannelsen på Slagelse Sygehus. Skemaet udsendes til alle uddannelseslæger, som har været aktive i uddannelsesstilling i almen medicin på sygehuset i det sidste år.

Herefter taler vi om mulighederne for at komme på kursus ud af huset for hoveduddannelseslægerne (med og uden tjenestefri), og hvordan man søger om dækning af kursusudgifter, så jeg kan orientere om det på netværksmødet for uddannelseslægerne senere på dagen.

**Kl. 10.00** Midt på formiddagen har jeg så brainstorming med chefkonsulent Anette om at lave en temadag om almenmedicinsk uddannelse for alle læger i intro- eller hoveduddannelsesstillinger i almen medicin i Region Sjælland. Vi får aftalt lidt om rammer og en arbejdsgruppe til planlægning samt skrevet idéer til indhold og mulige oplægsholdere. Ny inspiration til både modtagere og givere af uddannelse er et vigtigt brændstof til processen med at få gode speciallæger til Region Sjælland i fremtiden.

**Kl. 12.30** Efter en kort frokostpause er det tid til formøde med vores to UKYL'er (uddannelseskoordinerende yngre læger). Liv, som er relativt ny, og Asthildur, som er ved at være færdig med sin sygehusdel af uddannelsen, har det til fælles, at de har et kæmpe engagement i at drive og forbedre uddannelsen for deres kommende kolleger i speciallet. Jeg orienterer lidt om reglerne for kurser ud over de

Det er kendt,  
at god trivsel giver  
bedre uddannelse.

obligatoriske, og Liv påtager sig at lave et skriv til alle H-lægerne om dette. Derefter gennemgår vi dagens program for netværksmødet for de almenmedicinske H-læger.

**Kl. 13.30-15.30** er der netværksmøde, og der er en struktur med en times undervisning og en time til gensidig orientering om uddannelsesudfordringer og oplevelser samt kurser m.m.

I dag har vi besøg af en kiropraktor fra Rygcenter Middelfart, som er i gang med en ph.d. om rygsmerte hos børn. Det er et område, som er dårligt belyst, men nu er der mere viden på vej, og det er meget praksisrelevant. De fleste af de unge patienter har helt harmløse rygsmerte og har bare brug for enten at bevæge sig lidt mere og være bedre til stillingsskift eller for nogle få at nedtrappe eliteidrætten i en periode. Kun nogle få har alvorlige tilstande med diskusprolaps eller spondylolistese.

Efter dette indlæg orienter UKYL'erne og jeg om fremtidige kursusmuligheder og hører om nuværende problemer. Endelig kommer vores lægelige vicedirektør forbi for at fortælle og samle information om de seneste strukturændringer i akutafdelingen, hvor vores læger har de største udfordringer med at få udbytte af uddannelsen under de travle vagter.



Møde med sygehusets videreuddannelseskonsulenter, Annette (th. bagerst) og Melanie (th. forrest).  
Foto: kommunikationskonsulent Amanda Kieler Andersen.



Inden dagens netværksmøde med HU-lægerne i almen medicin på Slagelse Sygehus holder Tue formøde med de to UKYL'ere Asthildur (th. forrest) og Liv (th. bagerst). Foto: kommunikationskonsulent Amanda Kieler Andersen.

**Kl. 16** Så kører jeg hjem efter en spændende arbejdsdag – opmuntret af uddannelseslægerne entusiasme og ledelsens fokus på bedre uddannelse.

**Kl. 19** Efter middag og kort briefing på hjemmefronten med min hustru er det tid til midtvejsevaluering i min lo-

kale partipolitiske forening vedr. byrådsarbejdet.

**Kl. 22.00** Stille hygge med min kone og dagens aviser (vi er jo fra den avis-læsende generation). //



# Kommende praktiserende læger ønsker egen klinik og faglige fællesskaber

Den seneste medlemsundersøgelse fra Yngre Læger viser, at de fleste yngre almenmedicinere gerne vil have egen klinik – og helst i et fagligt fællesskab.

**D**e fleste yngre almenmedicinere ønsker at eje deres egen klinik. Det viser den store medlemsundersøgelse, som Yngre Læger lavede i 2023 blandt nuværende og kommende speciallæger i almen medicin.

Mere end seks ud af ti af de adspurgte svarer, at de ser et arbejdsliv for sig som praksisejere. Kun én ud af ti svarer, at de ikke vil eje egen praksis, mens en ret betydelig gruppe (ca. én ud af fire) svarer, at de på nuværende tidspunkt ikke ved det. Blandt de læger, der drømmer om at eje egen praksis, forestiller flertallet sig at eje en klinik umiddelbart efter endt speciallægeuddannelse, mens hovedparten af den resterende gruppe forestiller sig at være ansat i en kortere årrække, f.eks. 1-3 år, inden de selv kaster sig ud i livet som praksisejer. Men hvad med

den store gruppe, der ikke ved, om de vil eje?

Ifølge en artikel fra november 2023 i Ugeskrift for Læger vil nogle af de kommende praktiserende læger ikke "være ejer for enhver pris". Her fortæller Tessa Bystrup Boyles, at hun gerne vil vente med at købe sig ind i praksis til den rigtige mulighed byder sig. Dét er hun nok ikke ene om. Min fornemmelse er nemlig, at langt de fleste af den fjerdedel, der svarer "ved ikke" til spørgsmålet, om de vil eje deres egen praksis, svarer sådan, fordi de har mange muligheder, og fordi den rigtige praksis skal dukke op, før de bider på.

## Arbejdsbyrden bekymrer

Tidligere undersøgelser blandt praktiserende læger viser, er noget tyder på, at tempoet i almen praksis er højt, og det bekræfter Yngre Lægers undersøgelse. Cirka én ud af tre oplever et arbejdstempo, der er for højt, og noget tyder på, at tempoet øges gennem speciallægeuddannelsen. I hvert fald svarer flere fase 3-læger og speciallæger, at de oplever et for højt arbejdstempo. Heldigvis svarer langt de fleste, at de oplever en god balance mellem privatliv og arbejdsliv. Sammen-

lignet med vores kollegaer på sygehuse står det noget bedre til blandt uddannelseslæger og speciallæger i almen praksis.

Men vi er bekymrede for en stor arbejdsbyrde, og vi er bekymrede for udbrændthed. Det bliver meget tydeligt, når vi bliver spurgt: "Hvilke bekymringer har du ved køb af egen praksis?" Dertil kommer en række af andre bekymringer, f.eks. udfordringer med kollegaer, at være bundet til det samme sted i mange år, økonomi, et øget antal patienter med kronisk sygdom og en frygt for øget kontrol med almen praksis. Helt overordnet tegner der sig et billede af, at de yngre almenmedicinere i høj grad ønsker sig en god balance mellem deres privatliv og deres arbejdsliv.

## Faglige fællesskaber tiltrækker

Fremtidens almen praksis skal være et fagligt fællesskab. Den ideelle praksisform for kommende praktiserende læger er kompagniskabspraksis. Det svarer syv ud af ti af de adspurgte. Og hvis man dertil regner samarbejdspraksis, angiver otte ud af ti, at de ønsker fællesskab, gerne med 1-4 lægekollegaer. Kun to procent angiver solo-praksis som den ideelle praksisform.



Foto: Colourbox

### Hvordan sikrer vi lægedækning?

En af de helt store udfordringer i vores nære sundhedsvæsen er lægedækning, og selvfølgelig er tilgængeligheden af "egen læge" eller et almenmedicinsk tilbud helt central, når vi taler om lægedækning. Spørger vi de yngre almenmedicinere, hvad der kunne rekruttere dem til et område, der i dag er et såkaldt lægedækningstruet område, er svarene egentlig også ganske klare: Alle svar peger endnu en gang i retning af, at man ønsker en god balance mellem privatliv og arbejdsliv.

Nogle svarer "at praksis ligger tæt på min bopæl" eller "at min familie trives". Det er svar, der peger på, at man skal forsøge at rekruttere tidligt i uddannelsesforløbet – altså inden folk får sig etableret, da man så er sværere at flytte. Men det peger også på, at det ikke kun er selve arbejdslivet, der betyder noget. Det er også vigtigt, om der er arbejde til ens part-

ner, om der er daginstitutioner, skoletilbud og fritidstilbud til ens børn. Altså er arbejdet én del ud af mange dele i hele "livspakken".

Andre svar peger i højere grad på betydningen af arbejdstilrettelæggelsen i praksis. Her nævnes f.eks. mulighed for deltidsansættelse, en økonomisk gulerod, mulighed for at fravælge lægevagtsforpligtelse, en balanceret patientsammensætning, permanent mulighed for nedsat patientantal og nedsat patientantal i opstartsfasen som tiltag, der har betydning for rekruttering af almenmedicinere til lægedækningstruede områder.

Herudover nævnes også tiltag, som i høj grad kunne øge fleksibiliteten i arbejdstilrettelæggelsen, altså f.eks. mulighed for at bruge transporttid fra hjemmet til klinik som arbejdstid og mulighed for at kombinere arbejde i praksis med noget andet, f.eks. forskning eller andre opgaver uden for praksis. Der findes altså en lang række af

tiltag, der kunne gøre det mere attraktivt at arbejde i lægedækningstruede områder.

### Det meningsfulde arbejdsliv

Yngre Lægers undersøgelse viser også, at arbejdet i almen praksis i meget høj grad opleves som meningsfuldt og vigtigt, og at de yngre almenmedicinere oplever, at de leverer sundhedsfaglig behandling af en høj kvalitet.

Langt de fleste, ca. ni ud af ti, oplever deres arbejdsopgaver som værende meningsfulde. Kun én procent svarer, at de ikke oplever at have meningsfulde opgaver. Langt de fleste oplever tilsvarende, at de i høj grad yder en vigtig arbejdsindsats. Og stort set alle oplever, at de bruger deres faglige kompetencer, at de har mulighed for

at løse deres opgaver på et fagligt forsvarligt niveau, og at de udfører et arbejde med en tilfredsstillende kvalitet. Dét er opløftende læsning, synes jeg. //

### OM UNDERSØGELSEN

- Yngre Lægers medlemsundersøgelse bygger på spørgeskemaer.
- Informationen er indsamlet fra 30. marts til 14. april 2023.
- Undersøgelsen er lavet blandt uddannelseslæger og speciallæger i almen medicin, som er ansat i almen praksis i Danmark.
- I alt 1.267 blev inviteret og 383 valgte at svare (svarprocent: 30 pct.).
- Nogle af arbejdsmiljøspørgsmålene er også stillet til hospitalsansatte medlemmer af Yngre Læger i en anden undersøgelse.



FYAM MENER ...

*Den konstante udvikling af ny teknologi og ændringerne af opgaver og rutiner i almen praksis får betydning for os som kommende speciallæger i almen medicin.*

*Derfor følger FYAM-udvalget løbende med i udviklingen. For at sikre os en stærk stemme i debatten laver vi holdningspapirer til de mest relevante emner. Følg med her, og send gerne dit indspark i debatten til formand for FYAM-udvalget, Thomas Purup: [fyam-formand@dsam.com](mailto:fyam-formand@dsam.com)*



# Fremtidens familie læge

Sundhedsstrukturkommissionen er som bekendt ved at udarbejde et beslutningsgrundlag for modelløsninger til organiseringen af fremtidens sundhedsvæsen – herunder almen praksis.

FYAM består af kommende almenmedicinere. Det er centralt, at vi selv kommer på banen, hvis vi vil have indflydelse på vores fremtidige arbejdsliv. Derfor indsendte FYAM i november et høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionen med vores visioner for almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen.

Det var en både stor og uvant opgave: Hvordan definerer man på få sekunder sine ønsker for fremtidens sund-

hedsvæsen? Den første impuls kan være at gå i forsvarsposition og nævne alt det, vi ikke vil løfte i en allerede presset almen praksis. Vi forsøgte os i stedet med det benspænd, at vores indlæg skulle være positivt og konstruktivt. Således gik vi ud fra en liste over alt det, vi gerne vil – og konkret om, hvad vi ikke vil.

Vores høringssvar kommer vidt omkring strukturen i hele sundhedsvæsenet og almen praksis i særdeleshed, da der fra hele FYAM-udvalget var et væld af inputs. I den grønne boks til højre opsummeres nogle af de mest centrale punkter, og sidst i denne artikel er en QR-kode med link til hele høringssvaret.

Det er centralt, at vi selv kommer på banen, hvis vi vil have indflydelse på vores fremtidige arbejdsliv.

## En stærk almen praksis

Fremtidens sundhedsvæsen skal basere sig på en stærk almen praksis – med en høj grad af kontinuitet i patientforløbene for at være menneskeligt og økonomisk bæredygtig. Kontinuitet er kernen, og det må ikke sættes over styr. Vi foreslår, at der afsættes midler til at undersøge, hvad der er fagligt forsvarligt at uddelegere.

Vi bakker op om en ny honorarstruktur, der giver mulighed for at give mest til dem med størst behov og et reelt differentieret tilbud for f.eks. årsstatus. Og helt centralt, så ønsker vi fortsat selv at eje vores praksisser. Vi mener, at koncernklinikker bør afskaffes til fordel for f.eks. midlertidige regionsklinikker i lægedækningstruede områder.

Det er vigtigt, at vi ikke lader politikerne alene definere, hvilke opgaver vi skal (og ikke skal) varetage i almen praksis. Som fremtidens praktiserende læger bør vi selv komme på banen med forslag.

## Godt kendskab til patienterne

Vi lægger vægt på, at vi fortsat skal kende vores patienter godt for at kunne være de bedst mulige praktiserende læger, og at vi derfor skal varetage mange konsultationer selv. Dog er vi også bekymrede for den voksende mængde opgaver, der i disse år skubbes fra sekundærsektoren og ud i almen praksis. Derfor har vi i høringsvaret foreslået en række opgaver, som, vi mener, med fordel kan fjernes fra den praktiserende læge. Blandt andet har vi foreslået at fjerne henvisningskravet til fysioterapi og fodterapi.

Vi ønsker desuden generisk ordination, så apoteket selv kan finde rette pakningsstørrelse og alternativer ved restordreproblematikker. Vi ønsker, at attestarbejde minimeres til de opgaver, hvor egen læge er strengt nødvendig, og at almen praksis ikke skal varetage henvisninger til og opfølgninger på ydelser i det private. Rent kosmetiske behandlinger og Wegovy-behandling kan også med fordel foregå andetsteds.

Det har været en spændende proces for os i FYAM-udvalget at udarbejde høringsvaret og på den måde forholde os til vores kommende arbejdsliv som praktiserende læger og samtidig "springe ud" i at turde mene noget. Vi ser frem til at læse Sundhedsstrukturkommissionens forslag og deltage i den efterfølgende debat om vores fremtidige sundhedsvæsen.

Læs hele FYAM's holdningspapir her: //



## Vi vil gerne

- være familielæger i by og på landet
- kende vores patienter og følge dem over mange år, fra vugge til grav
- sige nej til det, der ikke er indikation for, eller som ikke hjælper den enkelte
- behandle vores patienter forskelligt for at skabe mere lighed i sundhed
- være generalister og dygtiggøre os løbende gennem hele vores arbejdsliv
- eje vores egen praksis og være arbejdsgiver for flere faggrupper
- tilrettelægge et bæredygtigt arbejdsliv, så vi kan undgå udbrændthed og dermed kunne fungere som praktiserende læger i mange år
- tage hensyn til klimaet ved at nedbringe unødvendig klinisk aktivitet og indrette almen praksis med flere grønne tiltag
- tage ansvar for os selv, vores ansatte, patienterne og samfundet og samarbejde tværfagligt og tværsektorielt
- behandle alle lige, uanset sprog, kultur, baggrund, socialt ståsted og etnisk oprindelse.

## Vi vil ikke

- medvirke til overdiagnostik og sygeliggørelse af normale tilstande
- lave henvisninger, attester og opfølgninger, der ikke er nødvendige, eller som er til brug for private aktører/forsikringselskaber
- uddelegere selve relationen til patienten; vi ønsker ikke at fungere udelukkende som supervisor og dermed miste kvaliteten af den almenmedicinske konsultationsproces
- skulle kæmpe for at få relevante henvisninger til det sekundære sundhedsvæsen igen
- dokumentere mere, end hvad der er nødvendigt for at sikre den gode behandling af vores patienter.



## FYAM-KLUMMEN

# Presenteisme – et begreb vi bør kende

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

**S**undhedsvæsenet er en hektisk verden. Hver dag tager vi hånd om andres velbefindende, og vi kan let komme til at overse et kritisk fænomen. Du er på arbejde en typisk vinterdag, hvor forkølelse og influenza er lige så almindeligt som stetoskoper om halsen. Men i stedet for at tage til sengs, når vi selv er ramt, trækker mange af os i arbejdstøjet og ignorerer vores kropes behov. Denne selvudslettende tendens, som på engelsk kaldes presenteeism, fortjener vores fulde opmærksomhed – ikke kun for vores egen sundheds skyld, men også for vores patienters og kollegers.

## Nærværssyge?

Jeg bruger termen presenteisme (også kendt som nærværssyge), da jeg synes, at nærværssyge lyder lidt for tæt beslægtet med omgangssyge, end hvad godt er. Hvorfor tager vi på arbejde, når vi nok burde blive hjemme? Hittidig forskning peger faktisk på, at der er en række

ke negative baggrunde for denne tendens.

## En del af holdet

Der ligger et stort pres på en, når man får symptomer på sygdom, og man ved, at bemanningen i vagtlaget eller klinikken står stramt til. Man kan blive ramt af skam, dårlig samvittighed eller svigtfølelse ved tanken om at blive væk. "Man kan ikke tillade sig at lægge sig syg" er et udsagn, der skræmmer mig, og det er et samfundsproblem – eller i det mindste – en arbejdspladsproblematik, som bør håndteres. Jeg har set det tage overhånd og ende med, at folk sagde op eller blev langtidssygemeldt.

## Ekstraordinært arbejdsomme

Jeg tror, at vi generelt i sundhedsvæsenet har en mentalitet, som gør os uhyre arbejdsomme og pligtopfyldende, fordi vi elsker det, vi gør – og det er også godt.

Der er en tendens til, at nogle, særligt i de yngre generationer af læger, ønsker en tilværelse som deltidsansat læge. Og det kan der være rigtig mange grunde til. Men jeg tror også, at nogle af disse vælger dette – måske ubevidst – grundet presenteisme.



Vi vil gerne yde vores allerbedste, for vi er jo nogle perfektionister (lad der jeg mig fortælle). For nogle er det måske ikke muligt at gøre i de 37+ timer, som man hurtigt kan ende på, uanset om det er på sygehus eller i praksis, uden at blive udbændt, og udbændtheden bunder måske bl.a. i manglende tilfredshed med egen præstation.

### Hjemmearbejde

Mens den effektivitetssøgende del af hjernen – lad os kalde den area effectoria cerebri (slå det op; du finder ikke noget) – tænker, at hjemmearbejde er en fin løsning, så man i det mindste undgår at smitte, ændrer det ikke på resten af de negative faktorer. Det øger tværtimod risikoen for at overse presentisme, fordi man er hjemme i vanlige omgivelser, som måske ikke kræver lige så meget energi. Men følger produktiviteten og patientsikkerheden med?

### Et kulturelt skift

Det kræver et kulturelt skift på vores arbejdspladser. Vi skal bryde med den 'bide tænderne sammen'-mentalitet, der har præget sundhedsvæsenet i årtier. Ved at fremme en åben dialog om sundhed og trivsel og ved at skabe et miljø, hvor det at tage en sygedag bliver set som ansvarligt snarere end en svaghed eller mangel på motivation, disciplin eller dedikation, kan vi begynde at ændre den nuværende kultur.

### Dyre konsekvenser

Vikarer er dyrere end fastansatte – det ved vi alle. Så når en kollega eller ansat ringer og melder sig syg, sker der 1 af 2 ting: Der indhentes en vikar, eller der arbejdes med mindre bemanding. Begge løsninger er omkostningsfulde enten økonomisk eller ved øget arbejdspress. Men vi skal huske på alternativen, og det kan måske endda først ses i det lange løb. Dårlig trivsel, forlænget sygdomsforløb, risiko for

smittespredning, risiko for opsigelse, dårligere produktivitet – det kan alt sammen potentielt være til skade for patienterne.

Som almenmedicinere er vi (de fleste) arbejdsgivere, og det er i vores bedste interesse, at alle medarbejdere har det godt. Sygdom er i sig selv tegn på kropslig mistrivsel. En eventuel "fraværssamtale" skal jo så forstås som en trivselssamtale til at afhjælpe problemer og finde løsninger – og ikke en advarsel.

### Hvor går grænsen?

At fastsætte hvor grænsen går mellem at tage på arbejde og at burde blive hjemme er uden for min agenda. Hvis man ser bort fra klassikere som styrtdykkende diarré, opkastninger, feber eller voldsom forkølelse (og her nævner jeg bare de somatiske symptomer), så er det, som jeg gerne vil have, at man tager med herfra, at man også husker at tage højde for sit virke. Især når vi arbejder tæt sammen med andre mennesker. Der kan være både kollegaer og patienter, som måske er ekstra skrøbelige over for infektioner, og derfor bør vi nøje overveje, om det ikke er bedre at blive hjemme. Det er trods alt ikke denne grænse, jeg beskæftiger mig med her; det er derimod den måde, vi forholder os til selv at være syge.

### Savner mere forskning

Der er lavet begrænset forskning på området. En række studier har dog konkluderet, at når læger og sygeplejersker føler sig socialt støttet på arbejdspladsen, har de mindre tendens til at møde op på arbejde, når de er syge. Og ligeledes peger studierne på, at stress og mangel på støtte er store drivkræfter bag presentisme. Det understreger, at vi skal have mere fokus på arbejdsmiljøet i sundhedsvæsenet,

så vi kan forstå og adressere det bedre. Jeg tror, at vi kunne få gavn af flere både kvalitative og kvantitative studier.

### FYAM i spidsen

Som et af de specialer, der har fingren på pulsen i både klinik og sygehus, synes jeg, at det er helt relevant, at vi tager teten i FYAM og får sat en undersøgelse i gang om, hvor udbredt og omfattende denne kultur er. Måske får vi undfanget nogle potentielle løsninger i samarbejde med Yngre Læger og de andre specialer. Hvad er man om ikke optimist med homozygot-red-verden-gen?

### Vær syg, når du er syg

Vi skal til at tænke anderledes om arbejde og sundhed. Det handler ikke bare om den enkelte, men om os alle – hele sundhedsvæsenet. Jeg tror ærligt talt, at denne tendens er en af mange faktorer, der påvirker vores overordnede trivsel. Hvis vi tager bedre hånd om os selv og hinanden, så får patienterne også bedre behandling. //

#### VICHTIGE POINTER

Presentisme kan vise sig at være et stort problem, men det kan løses.

Det er okay at være syg og tage sig af sig selv; det gør os faktisk bedre til at passe på vores patienter.

Vi kan ændre kulturen, og hvordan vi tænker om arbejde og sundhed.



Af: Hadir Azaizi, HU-læge i almen medicin, Signe Falcon Søby, kommende HU-læge i almen medicin, og Daniel Staal Nyboe, HU-læge i almen medicin - danielnyboe@gmail.com

# Nytårskur

## med fokus på innovation i almen praksis

I januar samlede FYAM Hovedstaden yngre almenmedicinere til en aften med faglige oplæg, der inspirerede til nytænkning. At tænke ud af boksen for fremtidens almen praksis er nødvendigt, når vi møder stigende krav og knappe ressourcer. De faglige oplæg indeholdt mange gode forslag til vores kommende arbejdsliv i praksis, og vi ser på fremtiden med fornyet håb.

**D**et kan være skræmmende at læse, at trivselsundersøgelser viser en stor risiko for udbrændthed i arbejdet som praktiserende læge. Men rammerne for almen praksis er under kontinuerlig udvikling, og der findes kræfter, som arbejder for bedre forhold både for patienterne og de praktiserende læger. De yngre almenme-

dicinere viser en stor interesse for innovation og anderledes organisering i almen praksis, herunder hvordan vi sikrer tilgængelighed i klinikken, bruger lægens ressourcer bedst og indfører nye diagnostiske redskaber som ultralyd.

FYAM Hovedstaden arrangerede derfor en aften i innovationens ånd; med passionerede oplægsholdere, lokaler med højt til loftet og storslået panoramaudsigt mod vandet på Islands Brygge. Vores mål var at inspirere kollegaer i specialet og kommende praktiserende læger til at reflektere over, hvordan man kan drive en moderne almen praksis, der imødekommer fremtidens udfordringer.

### En hjælpende hånd

Konsulenterne Mette Marie Lundager og Laura Lindberg

Deltagerne fik masser af inspiration til velbesøgt nytårskur. Foto: privat.

fra Region Hovedstaden rakte en hjælpende hånd ud til de yngre almenmedicinere ved aftenens første oplæg. Ved ønske om at nedsætte sig i almen praksis i regionen efter endt hoveduddannelse er der nemlig rig mulighed for at få hjælp og rådgivning her til, bl.a. via regionens hjemmeside "Min Almen Praksis". Og på trods af udfordringer i almen praksis, herunder den demografiske udvikling, patienters højere forventninger til sundhedsvæsenet og samtidig mangel på sundhedsprofessionelle, er der en for-



håbning om at imødekemme dette i fremtidens almen praksis ved øget fleksibilitet i organiseringen af almen praksis.

Fokus på organisering, og særligt øget opgavdelegering af ikke-lægeforbeholdt arbejde, samt større praksisfællesskaber med flere læger og andre faggrupper menes at kunne gøre hverdagen mere fleksibel og forhåbentlig øge arbejdsglæden.

### Sygeplejersker i front

Til aftenens andet oplæg fortalte professor og praktiserende læge Martin Bauch Jensen, hvordan man i landets lægedækningstruede områder muligvis kan afhjælpe lægemanglen ved at gøre brug af det forholdsvis stort antal sygeplejersker, der er til rådighed. Ved at vende opgavefordelingen i almen praksis og lade sygeplejerskerne have den primære kontakt med patienterne, med den praktiserende læge som den superviserende og ledende, kan man give patienterne en hurtigere adgang til praksisydelser. Det sætter dog store krav til sygeplejerskerne såvel som til dygtig ledelse fra den praktiserende læge. FYAM's nyeste kampagne om fokus på ledelse vil være et interessant værktøj i forbindelse med sådan en opgave.

### Ultralyd giver mange muligheder

Ligeledes illustrerede Martin Bauch Jensen de mange muligheder ved point-of-care ultralyd (POCUS). Bru-

gen af POCUS vinder heldigvis mere og mere frem i almen praksis. Det er estimeret, at næsten 20 % af praktiserende læger skanner med ultralyd trods den store udgift til apparatet og manglende honorering af ydelsen. POCUS kan bidrage til at kvalificere nogle afgrænsede diagnoser, som f.eks. galdesten og urinretention, øge kvaliteten af henvisningerne samt mindske sundhedsudgifterne. Dansk Almenmedicinsk Ultralydsselskab (DAUS) tilbyder relevante kurser i ultralyd, og Lægehåndbogen på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) indeholder en sektion for ultralyd med velillustrerede actioncards.

### Tid samme dag

Til aftenens sidste oplæg udfoldede praktiserende læge Frederik Tebering, hvordan man kan organisere sin almen praksis med et primært tid-samme-dag-koncept; patienten får efter nærmere vurdering tid samme dag ved at ringe ind om morgenen. Dette imødekommer de patienter, som ønsker let og hurtig adgang til praksisydelser, men hvor der stadig er plads til patienter med behov for den klas-

siske tidsbestilling. Organiseringen fordrer god ledelse, planlægning, parathed til omstilling og løbende revurdering af patienttider og arbejds gange.

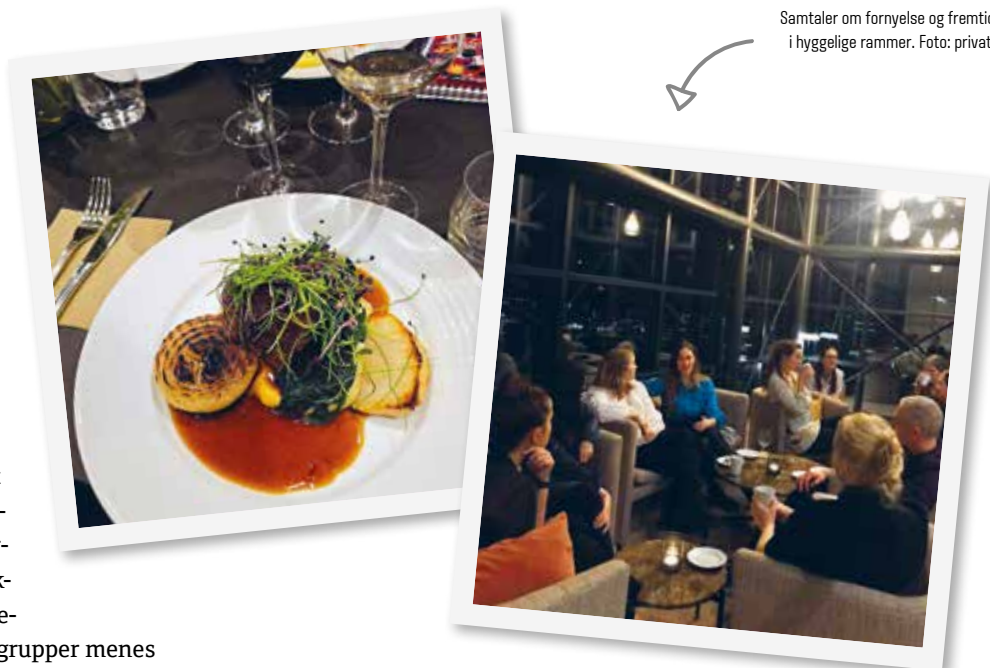
### Ravioli og hvidvin

Efter de inspirerende oplæg var der hyggeligt samvær over en tre-retters middag for de mange deltagere, hvor der var rig mulighed for at diskutere de innovative løsninger og den spændende fremtid, som praktiserende læger går i møde. Med forhåbentlig fornyet inspiration kan de deltagende yngre almenmedicinere aspirere til at have endnu mere indflydelse på udviklingen i almen praksis. Som deltagerne har været vidne til, kan alle lyse idéer bidrage til en positiv udvikling i vores fag.

Der skal lyde en stor tak til Region Hovedstaden, KAP-H og PLO for at bidrage med midler til at temaaftenen kunne blive en realitet og til oplægsholderne for at dele ud af egne erfaringer. //

Godt innovativt nytår!

Samtaler om fornyelse og fremtid i hyggelige rammer. Foto: privat.





# FYAM internatmøde: Ledelseskampagne og Praksis Plus

FYAM har netop afholdt sit årlige internatmøde. Ledelseskampagnen lever videre og Praksis Plus genopstår.

I januar 2024 fandt det årlige internatmøde i FYAM sted i Aarhus. En gruppe FYAM-udvalgsmedlemmer havde revet en weekend ud af kalenderen. Det var en god blanding af "garvede" og nyvalgte medlemmer fra alle dele af uddannelsesforløbet.

## FYAM'S LEDELSKAMPAGNE

### Del 1

- Podcasts: "Speciallæge i ledelse", Månedsskriftets podcast.
- Ledelsescases til supervision.
- Nyt SPEAM-kursus i fase 1 (snart en realitet i alle regioner).

### Del 2

- Workshop om ledelseskompetencer ved nordisk kongres. Præsentation af "Praksis Plus" ved DSAM's årsmøde og Lægedage.
- Opdatering af "Praksis Plus" i efteråret 2024.

Arbejdet på internatmødet bestod af skriveværksteder og en strategi for branding. Vi tør godt garantere, at du vil høre om det, når revisionen er færdig.

Derudover holdt vi udvalgs møde i FYAM. En stærk uenighed i store dele af regionens nylige udspil om fremtidens almen praksis blev delt, men der var også optimisme for vores speciale og fremtid i almen praksis.

## Praksis Plus genopstår

Den interaktive e-bog "Praksis Plus" blev skabt i 2013 i et samarbejde mellem FYAM, DSAM og PLO. Den er ikke opdateret siden, og nu trænger den til en kærlig hånd.

Bogen guider dig gennem de første fem år efter endt almenmedicinsk speciallægeuddannelse – fra nyuddannet med overvejelser om praksiskøb, til nyligt nedsat praksisejer og de første

år som selvstændig i egen praksis. Bogen er inddelt i forskellige faser, og den kan bl.a. bruges som opslagsværk til praktisk viden og gode råd.

## SoMe-strategi opdateret

FYAM-udvalgets SoMe-strategi blev opdateret. Vi får nu bl.a. en LinkedIn-profil til deling af relevante artikler.

## Ledelseskampagne lever videre

Samtidig forbereder vi vores helt egen workshop om ledelseskompetencer for uddannelseslæger til nordisk kongres. Vores ledelseskampagne "Speciallæge i ledelse" lever nemlig videre. Det er en titel, som vi ønsker at bryste os af i fremtiden.

Med disse initiativer sætter vi en fed streg under FYAM's ønske om styrkede ledelseskompetencer og en fremtid som praktiserende læger i egen veldrevet praksis. //



Efter 3 timers fuldt engagement i årets første FYAM-udvalgsmøde. Foto: FYAM.



# Færdiguddannede læger kan være en stor motivationsfaktor for medicinstuderende

**D**a jeg startede på medicinstudiet, havde jeg en masse forventninger og forhåbninger til, hvordan det skulle blive – fagligt, socialt og mentalt. Først da jeg fik overstået nogle af de helt svære eksaminer, som er blevet talt op af ældre studerende, forstod jeg, hvilket pres vi faktisk er under.

Det er jo selvfølgelig klart, når vi kommer til at have ansvaret for andres liv på et tidspunkt. Som nybagt medicinstuderende ved man jo ikke, hvad man ikke ved. Når man kommer mere og mere ind i det, finder man blot ud af, at man ingenting ved. Det er vildt skræmmende at anerkende det.

Det kan virke håbløst, og jeg

har i perioder mistet troen på at kunne gennemføre og troen på mig selv. Samtidig med dette hører vi hele tiden i medierne, at sundhedsvæsenet bløder. På mange punkter ville den nemme løsning jo være at vælge en anden vej.

Men på et splitsekund kan denne pessimistiske tankegang blive brudt, når der kommer en forelæser, underviser, vejleder eller en anden ind ad døren, hvor man kan se ilden i deres øjne. Når de brænder så meget for deres fag og ønsker at lære fra sig.

Det er gået op for mig, hvor vigtigt

det er at finde nogle rollemodeller, som kan inspirere én til at fortsætte det hårde arbejde. Det hele giver pludselig mening. De kan findes alle steder; på kliniske ophold, på studiejobbet, på universitetet, i tv. Jeg fandt én af mine rollemodeller på studiejobbet, hvor jeg oplevede en læge, hvis hjerte banker for at hjælpe, hvor hun kan. Det afføder stor motivation hos mig. Vi bliver undervist i, hvad en god læge skal gøre, men det bliver meget mere håndgribeligt og ægte, hvis man kan spejle sig lidt i andre. //

Det er gået op for mig,  
hvor vigtigt det er at  
finde rollemodeller,  
der kan inspirere en til  
at fortsætte det  
hårde arbejde.





# Hvordan løser vi svaghederne i almen praksis?

**K**ommende praktiserende læger tiltrækkes af almen praksis, fordi det har hele pakken: høj og bred faglighed, lange patientforløb, hvor man som læge oplever sin patient som barn, elev, forælder, arbejdstager, pårørende og pensionist – altså som et helt menneske i alle livsfaser. Vi tiltrækkes af variationen mellem simple og komplekse problemstillinger, der løses i samarbejde med andre. Vi tiltrækkes af faglige fællesskaber og udsigten til et arbejdsliv med ejerskab, ledelsesansvar, kolleger og selvbestemmelse. Det giver fleksible og effektive arbejdsgange og en arbejdstilrettelæggelse til glæde for os selv og vores patienter.

## Sundhedsstrukturkommissionens opgave

Regeringen nedsatte i marts 2023 en sundhedsstrukturkommission, der har til opgave at udarbejde et beslutningsgrundlag, der fordomsfrit opstiller modeller for den fremtidige organisering af sundhedsvæsenet. Kommissariatet indeholder sigtelinjer for fremtidens sundhedsvæsen og beskriver nogle områder, hvor kommissionen skal komme med anbefalinger til fremtidens struktur. Ét af disse områder er almen praksis. Det drejer sig både om samspillet mellem det specialiserede sundhedsvæsen (sygehuse) og det nære sundhedsvæsen (kommunerne og almen praksis), men også selve organiseringen og styringen af almen praksis.

## Omkostningseffektiv almen praksis

Vi har en fantastisk almen praksis i Danmark. De praktiserende læger leverer høj faglig kvalitet, kender deres pa-

tienter og bruger dette kendskab til at give den rette visitation og behandling. Lægerne løber stærkt og presses af mange ønsker fra patienterne, flere behandlingsmuligheder og opgaver fra sygehusene. I alt 9 ud af 10 kontakter til sundhedsvæsenet løses alene hos den praktiserende læge. Det er effektivt, og det er billigt for vores samfund.

## Der er svagheder i almen praksis

En styrke ved almen praksis er de små enheder, som gør, at almen praksis er tæt på patienterne og tilpasser sig det samfund, den er en del af, så tilbuddet passer til patientpopulationen. Men i nogles øjne er det også en svaghed. Altså det, at forskellige praktiserende læger tilbyder forskellige ydelser til patienterne.

En svaghed er, at den praktiserende læge selv vælger til og fra blandt ydelser. Dermed svækkes muligheden for, at myndighederne i det resterende sundhedsvæsen kan stille krav og forpligte almen praksis til bestemte ydelsespakker. "Samfundets behov" kan ikke umiddelbart dikteres til almen praksis, og mange mener, det er alt for svært i dag at skabe de nødvendige tilpasninger.

Vi må bevare den effektive almene praksis med høj faglighed, som vi ser den i dag. Den er en integreret del af det samlede sundhedsvæsen.

En anden svaghed er, at IT-systemerne i almen praksis ikke taler godt nok sammen med IT-systemerne i det øvrige sundhedsvæsen. Og at der ikke er én tydelig indgang til en (politisk) ledelse i almen praksis, hvis man som borger har krav og ønsker til forandring.

### Er dialog vejen frem?

Jeg mener ikke, det er en god løsning, at hele ledelsesansvaret for almen praksis lægges ind under regionerne. Jeg mener heller ikke, at ét nationalt kontaktpunkt til sundhedsvæsenet er vejen frem.

Men hvordan går vi ind i en dialog om, hvordan de problemer løses? For den dialog skal vi gå ind i.

Vi skal levere kontinuitet og tilgængelighed. Og de to ting er ikke hinandens modsætninger, selvom det ofte bliver præsenteret sådan. Vi skal bevare den uvisiterede adgang til egen læge, når man som borger har behov for lægehjælp. Når man bliver syg med noget "banalt", skal den praktiserende læge stadig være tilgængelig, for den relation, man opbygger over tid, hjælper, når alvorlige og kroniske sygdomme melder deres ankomst. Vi skal værne om begrebet "egen læge".

### Forpligtende samarbejde

Almen praksis skal fremadrettet indgå i et mere forpligtende samarbejde med øvrige aktører i det primære sundhedsvæsen og sygehusene, f.eks. gennem sundhedsklyngerne. Vi skal kræve, at der stilles IT-løsninger til rådighed, så data kan deles mellem sundhedsfaglige, så data i højere grad kan benyttes til forskning og kvalitetsudvikling og ikke mindst, så patienterne kan tilgå deres egne data.

### Uddannelsen af praktiserende læger

Lægedækning er én af de helt store udfordringer i fremtidens sundhedsvæsen. I alt 5.000 praktiserende læger i 2035 er en del af løsningen, men det er ikke nok. Vil man virkelig gøre noget ved lægedækningsproblemerne, så må regionerne træde i karakter og prioritere hoveduddannelseslægerne i almen medicin langt højere.

Det handler om, hvor universiteterne geografisk er placeret, hvornår almen medicin som speciale introduceres på studiet, og hvordan klinikopholdene tilrettelægges. Speciallægeuddannelsen skal skræddersyes, så opgaverne på hospitalerne er meningsfulde. I lægedækningstruede områder bør man være enormt fleksibel i forhold til,

Vores arbejde med at sikre  
mange danskeres sundhed  
forudsætter lettere arbejdsgange  
og forpligtende samarbejde på tværs  
af sektorer, men fortsat med en  
frit tilgængelig og fast egen læge  
til alle borgere som en hjørnesten  
i det danske sundhedsvæsen.

hvilke afdelinger uddannelseslægerne skal arbejde på, og hvilke arbejdsopgaver de skal løse. Det skal være langt nemmere at få merit, og man skal også i langt højere grad tænke arbejdstid ind i transport. Nogle steder er man god til at fragte læger centralt "ud" decentralt og tænke administrationstid ind i transporten, men man skal også tilbyde det modsatte. Sådan at de læger, der bosætter sig perifert, men som led i deres speciallægeuddannelse skal have ophold på mere centrale sygehuse, tilbydes arbejdstid under transport, så det bliver mere attraktivt at bosætte sig længere væk fra sygehusene. Det er de læger, der bor i vandkanten, der gerne vil praktisere i vandkanten.

Derudover skal speciallægeforløb i lægedækningstruede områder altid være tilgængelige. Der er behov for langt mere håndholdt rekruttering i regionerne. Intrøslæger skal kontaktes og tilbydes karrierevejledning. Læger, der får afslag på speciallægeuddannelsesforløb, skal kontaktes, og de læger, der byder sig til, skal hjælpes og vises vej.

Vi må bevare den effektive almene praksis med høj faglighed, som vi ser den i dag. Den er en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og i fremtiden forhåbentlig med et styrket samarbejde mellem de forskellige sektorer. Vores arbejde med at sikre mange danskeres sundhed forudsætter lettere arbejdsgange og forpligtende samarbejde på tværs af sektorer, men fortsat med en frit tilgængelig og fast egen læge til alle borgere som en hjørnesten i det danske sundhedsvæsen og som indgangsport til det specialiserede sundhedsvæsen.

Men det kræver, at vi involverer os aktivt i samtalen om, hvordan vi løser svaghederne i almen praksis. //



## TANKER FRA STOLEN:

# Hvad er det, der slider på vores trivsel?

Nu er det fire år siden, vores liv blev fundamentalt ændret af corona-nedlukningerne. Det er ved at være glemt igen. Men mon ikke vi alle kan huske vores mange bekymringer for, hvordan vi skulle komme igennem den svære tid, og om vi nogensinde ville få vores hverdag tilbage? For to år siden blev vi vidner til en russisk invasion af et europæisk land, og hele koldkrigsfrygten blev vakt til live igen. Nu synes atomkrigsstruslen at være trådt i baggrunden, og hverdagen er stort set sig selv igen. Men hvad nu, hvis Trump bliver valgt?

Fra vores egen verden husker jeg "Det ku' ha' været mig"-kampagnen, der pirkede til en frygt for tilsyn og overvågning – men som nu synes stort

set afblæst. Og i efteråret 2023 den store blæst om økonomiløftet, der af flere blev italesat som et tilintetgørende regionalt overgreb, men som i skrivende stund ser ud til at få meget lille reel økonomisk betydning i klinikkerne. Mest aktuelt frygter mange, at Strukturkommissionens udmeldinger vil få fatale konsekvenser for vores arbejdsliv. Det skaber frygt og usikkerhed.

Jeg tror, at det i vid udstrækning er frygt og usikkerhed for fremtiden, der skaber mistrivsel blandt os praktiserende læger. Måske er det i særlig grad udfordrende for os at være stillet over for en uvis og truende fremtid, fordi vi i vores kontakt med patienterne har til opgave at indgyde tryghed og fortrøstning – og en tiltro til, at systemet nok skal fungere, og at det, der skal gøres, bliver gjort. Men hvem trøster lægen? Hvem kan vi have tillid til i en usikker verden? Vores rolle som selvstændige myndighedspersoner giver os et indblik i tilværelsens skyggesider og i samfundets styrelse, som i

kombination med vores forpligtelse for samfundets svage og udsatte er egnet til at skabe en følelse af magtesløshed og fremtidsangst – udbrændthed, som nu er en risiko for næsten halvdelen af os.

Vores forening har gjort sig store bestræbelser for på den ene side at tage den negative udvikling i vores trivsel alvorligt og på den anden side at betone, at der er lys forude, at vi vil blive hjulpet og aflastet af flere fremtidige kolleger, at der er mulighed for trøst og vejledning, og at vi ikke står alene i samfundet med vores trivselsproblemer. Mest opmuntring er der dog nok at finde i det faktum, at 88 pct. af os er glade for vores arbejde.

Jeg synes også selv, at jeg har en dybt meningsfuld hverdag. Jeg tror, at det bedste værn mod nedslidning og udbrændthed er en leveregel, der første gang blev formuleret af kejser Marcus Aurelius: 'Giv mig sindsro til at acceptere de ting, jeg ikke kan ændre, mod til at ændre de ting, jeg kan, og visdom til at se forskellen'.//



Debatindlæg inspireret af denne  
klumme kan sendes til [practicus@dsam.dk](mailto:practicus@dsam.dk)

# L ÆG E N S B O G S T A V E R

## Pas dig selv – sig nej!

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.

**M**ens jeg skriver denne klumme, er jeg rekonvalescent efter en lungebetændelse. Det er virkelig svært at få formuleret noget fornuftigt, men deadline nærmer sig, og jeg SKAL!

Efter vi nu har fået endnu en mistrøstig trivselsundersøgelse, er mit fokus igen på, hvordan vi praktiserende læger passer bedre på os selv.

Jeg læste med stor glæde en artikel i Ugeskrift for Læger (23. dec. 2023) om den nyligt pensionerede kollega Ove, der kom med sine bud på et godt lægeliv: "Vi er læger for patienterne og ikke for hverken systemet eller egen vinding". Og han spørger retorisk: "Hvem skrives journalerne for? Er det et arbejdsredskab for os læger, eller er de målrettet de sagsbehandlere, der sidder i Styrelsen for Patientsikkerhed?" Han gør op med tendensen blandt unge læger til at skrive defensivt lange journaler med negative fund: "[Så] bliver notaterne ufokuserede, og overblikket går tabt" – og arbejdsglæden, fristes jeg til at tilføje! Han, som jeg, siger nej til den defensive ubegrænsede journalskrivning.

Sagen er den, at hvis ikke vi giver os selv lov til at holde fokus på den enkelte patient, men vælger at please og leve op til alle mulige andres fordringer og krav til vores virke, kan det være svært at være den gode læge, vi alle ønsker at være. Vores kerneopgave er og bliver – sammen med patienten – at undersøge, hvad hans/hendes egentlige problem er.

For mig handler det ofte om at være bedre til at sige nej til det uvedkommende: ikke blot til STPS' krav om umådelig journalføring, men også til mange af de opgaver, som alle andre mener, jeg skal løse.

Eksemplerne på opgaver, vi forventes at løse, er mange, men i det forgangne år har kravet om "vidundermidlet" Wegovy fyldt en del. Først med krav fra mange let og moderat overvægtige patienter om at få det; og da det viste sig, at også Ozempic blev efterspurgt og dyrt, kom kravet fra myndighederne om at ordinere mindre og stramme regulering af diabetesbehandlingen. Det er svært, men legitimt, at afvise i øvrigt sunde patienter med et BMI omkring de 30. Det bør derimod være let at afvise myndighedernes indblanding i, hvordan den enkelte diabetespatient behandles bedst.

Et andet aktuelt eksempel er børn og unges mistrivsel, der bl.a. kommer til udtryk ved, at vi – i al fald her i København – får et stigende antal anmodninger om lægeerklæringer til børn med skolevægring. Når forældrene beder om det, henviser jeg til, at det er skole og PPR, der har kompetence til at hjælpe deres barn bedst. Jeg svarer evt. på en henvendelse fra skole eller kommune, f.eks. via en statuserklæring (LÆ 125). Det er kun ifm. langvarig somatisk sygdom, at en "sygemelding" efter anmodning fra skolen kan være relevant for os.

Jeg øver mig også i at sige nej til kommunens sagsbehandlere, når de forsøger med en statuserklæring at få omfattende svar på et kompliceret sygdomsforløb in-



klusive prognose, funktionsevne, behandlingsmuligheder o.m.a. Jeg henviser til, at en LÆ 125 skal kunne besvares ud fra journalen, og at deres spørgsmål nok kræver en tilstedeværelsesattest.

Det går heller ikke, når sagsbehandlingen med en korrespondancemeddelelse prøver at få en lægelig vurdering "gratis". Vi har aftalt et system med kommunale attester, og anmodningen skal beskrive baggrunden for den ønskede attest. Så jeg siger med god samvittighed: Nej!

Hjemmepleje, plejehjem og patienter beder ofte om, at vitaminpiller og

kosttilskud kommer på FMK, men hvis ikke jeg har ordineret det – og det har jeg ikke – siger jeg også nej til det. Jeg tager heller ikke ansvar for medicin, der primært ordineres og styres af speciallæge og specialambulatorie, når jeg starter dosisdispensering. Vitaminer, kosttilskud og specialmedicin kan patienten selv, eller dennes omsorgsperson, kontakte apoteket for at få sat på dosisdispensering.

Jeg siger også nej til at skrive lægeerklæringer om mange forhold, jeg ikke er specielt kyndig i: ønske om stuelejlighed, narkotikascreening, støjovertfølsomhed o.m.a.

Jeg synes, det er svært at sige nej til patienterne, men det er ofte strengt nødvendigt, hvis jeg skal undgå ukritisk at sige ja til alle de opgaver, som andre synes, jeg skal løse.

Som indledningsvist nævnt har jeg været underdrejet af sygdom. Jeg har kun holdt mig væk en enkelt dag i klinikken! Jeg mener, som mange læger, at jeg er uundværlig og får dårlig samvittighed, hvis jeg ikke møder på arbejde – eller holder en deadline.

Måske skal jeg også blive bedre til at sige nej til mig selv!?

"Pas dig selv – sig nej!" Det gælder vel også mig?//



PRACTICUS // debat

Af: Jørgen Steen Andersen, praktiserende læge i Ballerup - daksja@gmail.com

## Kommentar til "Tanker fra stolen" i Practicus nr. 267

Jeg er i vildrede. Har vi i klummekollegiet fået en stor satiriker? Eller mener professoren det alvorligt, når han taler om «Hvor stor nytte har almen praksis af STPS-tilsyn» som udgangspunkt for at tale om «en tryggere og mere effektiv fremtid for almen praksis»?

Blandt andet foreslås at gå mere radikalt til værks for effektivt at forbedre patientsikkerheden med digitale løsninger og skriftlige standarder for delegeret lægehjælp som basis for en årlig personaleevaluering.

Det er interessant at kontrastere tonen og tankegangen i Kaj Sparle Christensens klumme med Benny Ehrenreichs indlæg om patientens advokat og Cees Stavenuiters refleksioner fra DSAM's årsmøde i samme nummer af Practicus. Benny og Cees betoner nærheden og indsatsen for den enkelte patient, vi møder, og beskriver skepsis ift. de mange vejledninger, som, hvis de skulle efterleves, ville kræve 27 timer i døgnet for den enkelte læge.

Kaj Sparle Christensen er profes-

sor ved Aarhus Universitet og seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, men arbejder i praksis en dag om ugen. Jeg kan undre mig over, hvilket patientklientel han ser i sin praksis, med sine forslag om at lukke FMK for ordination af korttidsvirkende morfika ud over 2 uger (bortset fra til terminalpatienter) og afslutte al medicinering med beroligende medicin efter 4 uger. Tiltag som vil øge vores arbejdsbyrde (og indtjening) helt vildt, og yderligere forpeste hverdagen for nogle af vores



svageste og mest udsatte patienter. Dilemmaet er beskrevet af Martin Ryt-Hansen (citeret fra debatindlæg i Practicus fra 2009):

”Vi læger har en forpligtelse til at

være ydmyge i forhold til vores patienters liv og ikke unødigt komplicere/ nedværdige/kriminalisere dem, som i forvejen har nok af tung bagage på ryggen og formentlig aldrig eller sjældent

bliver lige så let til bens i åndeligt og socioøkonomisk henseende som flertallet af os praktiserende læger.”

Men måske har jeg blot ikke fanget ironien? //



**PRACTICUS** // debat

Af: **Kaj Sparle Christensen**, professor og seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus - [hasc@ph.au.dk](mailto:hasc@ph.au.dk)

## Svar på kommentar

### Kære Jørgen Steen Andersen

Tak for din respons på min klumme. Det er opmuntrende at se, at den har skabt debat.

Det er et godt spørgsmål, om min tilgang i klummen er alvorlig. Svaret er, at jeg bevæger mig mellem alvor og sjov. Mine forslag kan virke provokerende, men formålet er netop at rejse en debat.

Kernen i debatten er, hvad vi kan lære af Sundhedsstyrelsens tilsyn med vores klinikker. Er det muligt at gøre tilsynene overflødige? Kan vi arbejde smartere uden at gå på kompromis med kvaliteten af patientbehandlingen?

Skal vi indføre stærkere forebyggende tiltag mod opioid- og benzodiazepinafhængighed? Skal vi indføre standarder for delegeret lægehjælp på tværs

af vores klinikker? Om digitale løsninger er svaret, er et åbent spørgsmål.

Det vigtigste er netop, at hverken vores patienter eller vi selv som sundhedsprofessionelle skal opleve dårlig behandling, nedværdigelse eller uretmæssig kriminalisering.

*Med venlig hilsen  
Kaj Sparle Christensen*

# Deus ex machina

## Kunstig intelligens i almen praksis

Kom til DSAM's årsmøde den 4. oktober 2024 på Hotel Comwell Kolding.

**K**unstig intelligens (AI) har allerede vundet indpas flere steder i sundhedsvæsenet og er også på vej ind i almen praksis. Men hvad er kunstig intelligens? Hvordan bruger vi det bedst, så det ikke bliver en tidsrøver for os og vores patienter? Kan AI hjælpe os til at undgå overdiagnostik? Og hvilke farer og etiske overvejelser skal vi gøre os om brugen af AI i relation til læge-patient-forholdet?

DSAM inviterer til årsmøde, hvor vi sammen får tid til at udforske kunstig intelligens og til at debattere og reflektere over muligheder, udfordringer og fælles ønsker for fremtiden.

Til at gøre os klogere på emnet og udfordre os på fremtidens lægepraksis har vi inviteret praktiserende læge og forfatter Michael Hejmadi, læge og ph.d. Christoffer Bjerre Haase og professor i informations- og kommunikationsetik Thomas Ploug.

Det faglige program indeholder også to runder parallelsessioner med en vifte af emner, der – udover mere AI – spænder fra bæredygtighed og aktiv dødshjælp til albuminuri og ledundersøgelser – for bare at nævne nogle få.

Du vil i løbet af dagen have rig mulighed for at netværke og genopfriske venskaber med kolleger fra andre steder i Danmark.

Vi ser frem til at byde dig velkommen til et årsmøde fyldt med vidensdeling, netværk og nye indsigter! //

