

Practicus

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



Maj 2024
47. årgang // 270

A photograph of four women standing in a clinical or office setting. From left to right: a woman with dark hair in a peach-colored dress, an older woman with white hair in a green puffer jacket, a woman with short grey hair and glasses in a green jacket over a patterned top, and a woman with blonde hair and glasses in a leopard-print top. They are all smiling. In the background, there is a desk with a lamp and a poster titled 'THE MUSCULAR SYSTEM'.

FOKUS PÅ UDDANNELSE OG SUPERVISION

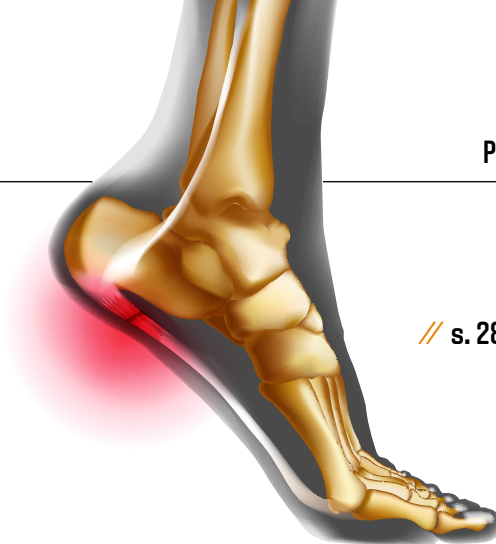
Repræsentantskabsmøde i DSAM om kunstig intelligens, side 14

Deus Ex Machina - invitation til DSAM's Årsmøde 2024, side 20

FYAM tager afstand fra stråmandsklinikkerne, side 38

INDHOLD

// s. 28



LEDER

- 3 Vi skal tænde en ild

DSAM

- 4 Nålen i høstakken i sundhedsvæsenet
6 Politikere er også mennesker
7 Det Almenmedicinske Hus
8 Ny bæredygtighedspolitik i DSAM
11 Ministerbesøg i almen praksis
14 Kunstig intelligens og almen praksis

ARTIKLER

- 17 Den gode vejledning
24 Hvordan skaber vi overblik? Om journalaudits
26 Fokus på samarbejde og lægeligt fællesskab
28 Plantar fasciopati: Er der behov for styrketræning eller en injektion med binyrebarkhormon som behandling?
30 Behandling og monitorering af arthritis urica
32 Når vi prioriterer alt, prioriterer vi intet!
35 Grønt tip: Tabletter frem for flydende medicin
36 En dag med Louisa Skovlund Hollmann

FYAM

- 38 FYAM tager afstand fra stråmandsklinikkerne
39 HU-lægers syn på uddannelsen i almen medicin
42 FYAM-klummen: Når man stikker næsen frem...

SAMS

- 44 Et interview med min arbejdsplads

DEBAT

- 47 Svindlere og kontrollanter
48 Badevand og barn

BØGER

- 50 Doktor Hansen har set sin sidste patient

OPSLAG

- 19 Indkaldelse til repræsentantskabsmøde i DSAM
20 Deus Ex Machina – DSAM's årsmøde 2024
49 29th WONCA Europe Conference, Sept. 2024
52 FYAM – hvad sker der i min region



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

ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR
Ellen Louise Kristensen
redaktoer@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR
Solvej Videbæk Bueno
solvejvidebaek@dsam.dk

REDAKTIONSSEKRETÆR
Annette Scharff Gehrs
asg@dsam.dk

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

Nr. 272
Frist for artikler: 25. juni 2024
Udgivelsesuge: 38

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

FORSIDEFOTO
Sophie Løhde på praksisbesøg
Foto: Mogens Folkmann Andersen

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

OPLAG
4.900

ISSN: 0109-2235

 **Dansk
Selskab for
Almen
Medicin**

Vi skal tænde en ild

Speciallægeuddannelsen i almen medicin skal omlægges. Fra år 2026 skal den indeholde seks måneder mere i almen praksis og tilsvarende mindre på sygehus. I praksis betyder det, at fase 1 bliver forlænget til 12 måneder.

I Sundhedsstyrelsen arbejdes i løbet af foråret på at finde ud af, hvordan vi skal disponere tiden i den reducerede sygehusblok. Gode kræfter fra FYAM sidder med om bordet og forsøger at præge udfaldet, så det gavner kommende speciallæger i almen medicin bedst. Der er flere fine forslag til, hvordan sygehusblokkene kan optimeres og nytænkes, så forløbene giver mest uddannelse trods reduceret tid, f.eks. geriatriisk miniophold til alle og integrering af forløbet på akutmodtagelserne i en længere intern medicinsk blok.

Jeg er selv i hoveduddannelse i almen medicin. Jeg synes, at det er fornuftigt at bruge mere af uddannelsesstunden i almen praksis. Men jeg tror, at 18 måneder af vores speciallægeuddannelse i samme klinik er lige vel meget. Især fordi de første 12 måneder ligger, inden vi kommer videre ud på sygehusene og får specialiserede kompetencer, der kvalificerer vores arbejde "hjemme" i praksis. At få lov at være hoveduddannelseslæge i ikke bare to men tre forskellige klinikker, før vi bliver speciallæger, vil være en gevinst i sig selv. Måske vil det endda også være mere smidigt for uddannelsespraksis at få det til at gå op med – lad os kalde det – en fase 0, fase 1 og fase 2 på et halvt år og så slutteligt en fase 3 på et helt år?

Jeg har et lille dokument på min computer med titlen "guldorn". Her skriver jeg ned, hvilke oplevelser fra praksis som inspirerer mig særligt positivt. Det kan være en tutorlæge, som håndterer børn på en usædvanligt fin måde, eller den organisatoriske betydning af fem minutter til fælles morgenkaffe, inden telefonerne begynder at ringe. Guldornslisten vokser især, når jeg skifter stol og lærer en ny praksis, og lægerne i den, at kende. Mine guldorn er nok ikke de samme som dine, men at få sin egen personlige guldornsliste til at vokse er måske netop i vores speciale et væsentligt uddannelsesmål. Og hoveduddannelse i seks måneder i en "ekstra" praksis kunne måske være en måde at opnå det? //

Education is not the filling of a pail, but the lighting of a fire.
(W.B. Yeats)

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





BESTYRELSENS KLUMME:

Nålen i høstakken i sundhedsvæsenet

Hvordan prioriteres i sundhedsvæsenet? Og bliver de rigtige set og behandlet korrekt?

For at vurdere dette har jeg valgt at se på to af DSAM's pejlemærker:

Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske. Vi giver mest til dem, som har størst behov.

I vandkanten med lægemangel prioriteres indsatsen skarpt, og det kan godt gøres med omtanke og tilfredshed hos et flertal af patienterne. Det er tydeligt, at der er langt til specialisten, når man er patient på landet, og derfor er forståelsen måske derefter. Det kan gøres, når man er skarp og frisk, men ikke når dagene bliver for lange, og timerne løber på, længe efter man er effektiv og godt tænkende.

Trivslen i almen praksis er under pres. Det fremgår af seneste trivselsundersøgelse i almen praksis.

Ved prioriteringsdebatten i "Netværk for viden og kompetencer i almen praksis" tænker jeg, at man skal højt op i helikopteren – også historisk – for at finde, hvordan man skaber den bedste prioritering og trivsel.

Vi ønsker generelt at arbejde mindre og have tid til en masse i vores dyrebare fritid. Vi bliver rigere som befolkning og ønsker, at det offentliges ydelser på samme måde bliver bedre og flere.

Hvordan hænger dette sammen med prioritering i sundhedsvæsenet?

Systemet kræver selvjustits

Regionerne skal levere lægedækning som første prioritet og først derefter ses på kontrolsystemets muligheder som anden prioritet. Dårlige sager i pressen giver umiddelbart

ønske om mere kontrol i et tillidsbaseret afregningssystem i almen praksis – et system, som kræver selvjustits, og en interesseorganisation, som er agil og aktiv i forhold til medlemmer, der ikke følger overenskomsten eller udøver denne selvjustits. Nye spillere i almen praksis – stråmænd og koncernklinikker – gør det vanskeligere at adressere den ansvarlige.

Så hvor hårdt tør regionerne gå til koncernerne, som i nogle steder af landet er de eneste til at give dem lægedækning (godt nok mange steder pakket ind i sygeplejerskedækning)? Til kontrol har regionerne to økonomiløfter: et generelt for hele landet og et pr. ydernummer, men også mulighed for at se uhensigtsmæssigheder i enkelte ydelser for hver enkelt praksis. Men hvis man ligger tæt på økonomiløfterne, er der jo ikke incitament i at holde patienterne på det laveste omkostningsniveau.

Det kan nogle gange betale sig at henvise – både økonomisk og tidsmæssigt.



Skal det offentlige stille et værelse til rådighed for det private i det offentlige hus?

Et privat værelse i det offentlige sundhedshus?

Det er et adelsmærke for det offentlige sundhedsvæsen i Danmark, at der er lige adgang og ingen økonomiske forhold mellem den enkelte patient og lægen i det offentlige system.

Jeg tænker, at vi i fremtiden kommer til at adskille det private sundhedstilbud, som i mine øjne er et tilvalg, og det offentlige system, som er vores primære tilbud for alle de alvorlige lidelser og komplikationer. Hvorfor betaler det offentlige for den initiale konsultation hos den praktiserende læge, når folk ønsker at bruge deres sundhedsforsikring? Hvorfor betaler det offentlige for komplikationer, som er opstået i det private? Burde de ikke betale en bod til det offentlige, hvis det bliver nødvendigt med behandling i det offentlige – de kunne vel forsikre sig?

Med andre ord: Skal det offentlige stille et værelse til rådighed for det private i det offentlige hus?

Økonomisk incitament til at behandle nært

På samme måde kan man diskutere, om socialvæsenet skal flytte ind hos sundhedsvæsenet.

Vi oplever en nødlidende pædagogisk psykologisk rådgivning (PPR) i mange kommuner, og mange familier har vanskeligt ved at få den nødvendige hjælp i tide.

Mange kolleger kæmper en kamp for disse familier uden reelt at være dem, som kan flytte på tilbuddet i skole eller psykiatrien.

Man kunne overveje en model, hvor der er et økonomisk incitament for at behandle nært og nemt i stedet for at henvise til specialister, hvor det ikke er nødvendigt. Det kunne f.eks. være højere ydelser på operationer og gynækologiske undersøgelser. Eller på en telefonkonsultation, som ikke fører til henvisning eller en tid i lægehuset. Konsultationer, som ikke fører til henvisning, kunne også medføre et højere honorar i almen praksis.

Empati og engagement

Jeg vil lige ridse op, hvordan min egen praksis ser ud i et lægedækningstruet område af Danmark, som samtidig er udfordret på livsstilssygdomme som overvægt og sukkersyge.

Vi er en kompagniskabspraksis, som – efter at have taget et ydernummer tilbage fra en koncernklinik for 1 år siden – betjener ca. 9.500 patienter med 4 faste læger og en fast vikar 2 dage om ugen. Vi har prioriteret at passe patienter mest og har derfor ikke haft lige så mange uddannelseslæger som tidligere. Hvor vi normalt havde 1-2 i praksis, ligger vi nu mere på 0-1. Vi har valgt at køre med en firedagsuge for de faste læger og prøver derfor at arbejde 32-35 timer om ugen i praksis. Det kan kun lade sig gøre ved at uddelegere rutineopgaver og specifikke opgaver til vores dygtige praksispersonale. På denne måde har de faste læger tid til andet på fridagen, og her prioriteres forskelligt; det kan være organisatorisk arbejde, ridning, børn, sejlads, dykning, strikning og meget andet.

Min fokusering på det organisatoriske kan måske forebygge udbændthed, men der er også behov for en prioritering af empatien og engagementet i den enkelte patients sag. Måske er det sidste det vigtigste: Hvordan forstår vi at lade de raske være – og lade dem udvikle og udøve resiliens? Det er på en måde den største tillid at vise sine patienter. Men det kræver overskud og præcision.

En nål i en høstak

Når jeg har uddannelseslæger, plejer vi at inddele konsultationen i tre dele af hver 5 minutter. Først har vi patientens del, hvor vi lytter og folder problemet ud med stor empati og interesse. Her er lægens opgaver at give kvitteringer og resumere problemet. Derefter kommer lægens del eller undersøgelsesdelen, hvor vi undersøger og afkræfter eller bekræfter mulige diagnoser ud fra det kliniske. Og slutteligt en fællesdel eller konklusionsdel, hvor patienten præsenteres for løsningsforslag ud fra de første to dele og kendskabet til resten af sundhedsvæsenet muligheder eller manglende muligheder.

Vi ønsker jo altid at finde nålen i høstakken – altså den syge, som trænger til en diagnose og behandling for at trives. Når det lykkes, giver det ekstra stor trivsel hos lægen og personalet. //

Hvordan forstår vi at lade de raske
være – og lade dem udvikle
og udøve resiliens?

KLUMME OM KOMMUNIKATION OG PRESSE I DSAM:

Politikere er også mennesker



Når DSAM's bestyrelse og sekretariat tager til møde med politikerne – også de mere kendte fra Folketinget – er det altid med en vis portion spænding. Det er både, fordi man jo gerne vil give politikerne det bedst mulige indtryk af almen praksis, og hvorfor det er vigtigt, at almen praksis bliver prioriteret, men også fordi de jo er kendt fra medierne: Kan man så tale med dem? Og vil de tale med en? Ja, det vil de faktisk gerne. De er mennesker som alle andre, også selv om de nogle gange rydder nyhedsfladerne i medierne.

Nogle kalder den slags møder for lobbyisme, andre kalder det for meningsudveksling, og andre igen måske påvirkning. Men uanset hvor negativt begrebet lobbyisme synes at være i medierne, så handler det i bund og grund om, at lobbyisme – altså møder mellem politikere og repræsentanter fra f.eks. foreninger – giver mulighed for, at beslutningstagere kan være i dialog med dem, som de politiske beslutninger retter sig mod.

Lobbyisme giver altså en nyttig og konkret viden til de politiske beslutningsta-

gere om faktiske forhold i samfundet. Lobbyisme binder beslutningstagere og samfund sammen. Det er jo ikke alt, som politikerne kan vide på forhånd. For eksempel tror mange politikere, at yngre læger ikke vil eje egen praksis efter endt uddannelse, men det viser den nye FYAM-undersøgelse, at det vil de gerne. Her kan DSAM eller FYAM så korrigere politikernes opfattelse.

DSAM's formand, Bolette Friderichsen, og jeg havde fornøjelsen af et langt og godt møde med Radikales sundhedsordfører, Stinus Lindgreen, i begyndelsen af marts, og i midten af marts fik Maria Krügers praksis på Frederiksberg besøg af sundhedsminister Sophie Løhde sammen med Bolette Friderichsen. Maria Krüger sidder i DSAM's bestyrelse og er IT- og medicinordfører.

Her fik Bolette og Maria forklaret, hvordan de ser almen praksis, og hvorfor det nuværende system med fri uvisiteret adgang og læger, der selv ejer deres klinikker, er et godt og effektivt system.

Man kan så efterfølgende være enig eller uenig i den analyse og de forslag, politikerne kommer med på baggrund af deres møde med virkeligheden, men det ændrer ikke på, at de gerne lytter. De er jo afhængige af at vide, hvad der sker.

Det er helt ok at være starstruck og genert, men hvis man har lyst til politisk dialog, skal man ikke være bange for at tage fat i politikerne.

Det er det helt unikke ved Danmark: vores åbne folkestyre. Man kan rent faktisk skrive eller ringe til en politiker og måske få en aftale i stand med den pågældende. Der er mange steder i verden, hvor man ikke kan det. //





Det Almenmedicinske Hus

Gennem årtier har Tidsskrift for Praktisk Lægegerning (TPL) ejet lejligheden i Stockholmsgade 55 på Østerbro, som i dag bruges til domicil for Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Nordic Federation of General Practice (NFGP), Kvalitet i Almen Praksis (KiAP) og TPL.

Alle organisationer har de praktiserende læger som udgangspunkt, og derfor har det længe været et ønske at skabe større synergi på tværs af organisationerne og de knap 25 medarbejdere, som har fast arbejdssted i huset.

Branding og visuel synlighed

Første skridt i den retning er taget med at brande Stockholmsgade 55 som Det Almenmedicinske Hus for at understrege alle organisationernes faglige tilhørsforhold til almen praksis. Navnet er nu bl.a. nævnt i medarbejdernes e-mailsignatur og ved indgangen til huset, og der er planer om endnu større visuel synlighed senere på året.

”Det har længe været en vision for bestyrelsen i TPL at få et mere formaliseret samarbejde mellem organisationerne, og med de nye tiltag er vi et godt skridt på vejen”, fortæller Lise Dyhr, formand for TPL.

Synergi og samarbejde

Målet er at skabe synnergieffekter mellem organisationerne, der alle har almen praksis som målgruppe, samt i større grad synliggøre og markedsføre de aktiviteter og produkter, som organisationerne har i form af f.eks. vejledninger, årsmøder, tidsskrifter, praksisskærme og podcasts.

Det er forventningen, at dette bedst finder sted ved at starte med at styrke samarbejdsrelationerne og sammenhængskraften i Det Almenmedicinske Hus. Der er allerede en del sociale tiltag i huset: fælles morgenmad en gang om måneden, husmøder et par gange om året, nytårskur, sommerfest og julefrokost. Der er desuden planer om en fredagsbar, hvor venner af huset med tilknytning til almen praksis er velkomne.

Fælles kontakter og kanaler

For at skabe en konkret synergi mellem organisationerne satte alle medarbejdere i DSAM og TPL sig sammen i februar måned for at drøfte fælles kontaktpunkter og kanaler til de praktiserende læger, praksispersonalet samt de yngre almenmedicinere, hvor fokus var på at gøre kommunikationen endnu bedre til disse målgrupper.

”Det Almenmedicinske Hus” er stedet, hvor du kan komme i kontakt med medarbejdere, der ved noget om kvalitetsudvikling og klynger samt faglig formidling via tidsskrifter og podcasts, og du kan melde dig under fa-

nerne, hvis du ønsker at være aktiv som udpeget på vegne af faget.

”Almen praksis’ faglige pondus er blevet forstærket med udviklingen af brandet ’Det Almenmedicinske Hus’, og det glæder mig rigtig meget”, siger Bolette Friderichsen, formand for DSAM.

Har du spørgsmål?

Så tøv ikke med at kontakte:

DSAM: 7070 7431

KiAP: 7196 8844

Månedsskriftet: 3526 6785 //



Det Almenmedicinske Hus er domicil for TPL, KiAP, DSAM og NFGP. Foto: privat.



Fra klode til klinik: Ny bæredygtigheds- politik i DSAM

DSAM har fået sin egen bæredygtighedspolitik. "Fra klode til klinik" udkom den 19. februar 2024 for at danne ramme om en bæredygtig udvikling i almen praksis.

udvalg om at sætte bæredygtigheds-
politikken på dagsordenen ved et kom-
mende møde og på den baggrund at
drøfte, hvilke aktiviteter og fokusom-
råder der kan støtte op om bæredygtig-
hedspolitikken.

Idéen skabes

Arbejdet med at lave en bæredygtig-
hedspolitik i DSAM startede for ca. 2

år siden. I maj 2022 blev det på et be-
styrelsesmøde besluttet at nedsætte
et udvalg til at udarbejde et forslag til
en bæredygtighedspolitik for de prak-
tiserende lægers arbejde. Tanken hav-
de baggrund i interessegruppen under
DSAM med navnet "Grøn Praksis",
der har eksisteret i godt 3 år.

Efterfølgende blev der holdt oplæg
om emnet til et repræsentantskabs-

Almen praksis er i sit fun-
dament bæredygtigt. Vi
er placeret lokalt og hånd-
terer 9 ud af 10 henven-
delser fra patienterne lokalt i almen
praksis med brug af få ressourcer. Det
er i tråd med FN's rapport "Vor fælles
fremtid" fra 1987, hvor bæredygtig ud-
vikling defineres "at imødekomme vo-
res nuværende behov uden at bringe
fremtidige generationers muligheder
for behovsopfyldelse i fare".

Den 19. februar 2024 udkom bæ-
redygtighedspolitikken "Fra klode til
klinik" fra DSAM. Politikken danner
en ramme og et sprog til et indleden-
de bæredygtigt arbejde i almen prak-
sis i en social, økonomisk samt miljø-
og klimamæssig dimension. For at få
sat konkrete ord på handlinger og idé-
er har DSAM efterfølgende bedt alle

DERFOR!

Hvad er formålet?

Formålet med at udvikle en bæredygtighedspolitik i DSAM er at have en helhedsorienteret politik for almenmedicinsk lægegerning i Danmark, som kan bruges i organisering og tilrettelæggelse af arbejdet i almen praksis fremover, når der skal prioriteres, og hvor fagligheden er i fokus.

Hvorfor er det vigtigt?

En bæredygtig tankegang kan tilgode planet, personer og profit (den tredobbelte bundlinje). Det blev besluttet fra start, at arbejdet skulle ske på grundlag af fagets professionsetik og pejlemærker – via forskning, drøftelser og involvering af bestyrelse, repræsentantskab og medlemmer.

Hvad vil vi opnå?

I almen praksis stræber vi efter et godt arbejdsmiljø, lighed i sundhed, rationel medicinud-
skrivelse og kritisk ressourcebrug for at imødekomme FN's verdensmål fra 2015, herunder
især mål 3, 11 og 13. En politik kan hjælpe os med at holde disse mål for øje.

I DSAM's bæredygtighedspolitik fokuseres især på rationel brug af parakliniske undersøgelser og medicinudskrivning. Dertil kommer forbedring af ikke-kliniske aktiviteter, som bl.a. omfatter affaldssortering.

LÆS MERE

Læs DSAM's bæredygtighedspolitik her



møde i DSAM i marts 2023, og det blev drøftet, hvorvidt en egentlig arbejdsgruppe skulle nedsættes. Flere medlemmer viste med det samme interesse, og arbejdsgruppen med tilhørende kommissorium blev derfor nedsat og godkendt i foråret 2023.

Arbejdet udføres

Arbejdsgruppen mødtes første gang fysisk til en workshop den 8. juni 2023 på Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Her lagde gruppen ud med en brainstorming om "bæredygtighed i almen praksis", der strakte sig bredt fra "rationelt klinisk arbejde" til "moral og etik" samt "ESG-begrebet".

Efterfølgende arbejdede hver af de tre medlemmer af gruppen selvstændigt videre, suppleret med flere online møder, med henholdsvis "Environment", "Social" og "Governance" fra ESG-begrebet. Udgangspunktet var, at disse overordnede temaer alle indeholdt både et mikroniveau og makroniveau, som begge skulle inkluderes i alle tre temaer.

Internatmøde afholdes

Den 30.-31. august 2023 mødtes arbejdsgruppen til et todages internatmøde på Kongebrogaarden i Middelfart. Her tog de mere specifikke drøftelser til, og den indsamlede viden var med til at skabe grobund for det dokument, som senere blev til den konkrete bæredygtighedspolitik.



Nanna Holt Jessen holdt oplæg om bæredygtighed i almen praksis til DSAM's repræsentantskabsmøde i marts 2023. Foto: Asthildur Arnadottir.



Brainstorming til første fælles workshop i juni 2023 i arbejdsgruppen. Til højre ses Asthildur Arnadottir, og til venstre Niels Saxtrup, der var leder af gruppen. Medlem var også Nanna Holt Jessen, som her er fotografen.



For at få sat konkrete ord på handlinger og idéer har DSAM bedt alle udvalg om at sætte bæredygtighedspolitikken på dagsordenen og drøfte, hvilke aktiviteter og fokusområder der kan støtte op om bæredygtighedspolitikken.

Efter internatmødet mødtes arbejdsgruppen to dage online i efteråret 2023. Første gang var det for at tilpasse et udkast til politikken, inden det blev sendt rundt blandt bestyrelsen i DSAM. Anden gang var det for at indarbejde de input, som bestyrelsen havde givet.

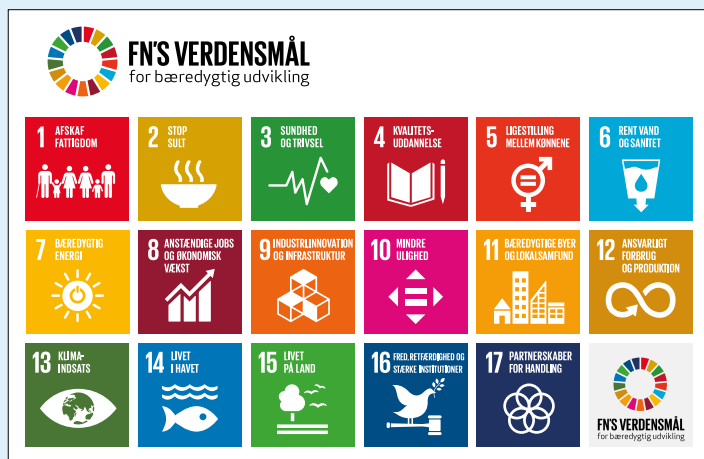
Politikken bliver til

I starten af 2024 blev politikken tilpasset i både arbejdsgruppen og bestyrelsen, og en pressemeddelelse blev gjort klar. Mandag den 19. februar 2024 blev poli-

tikken "Fra klode til klinik" så offentliggjort. Fremtidsplanen er, at DSAM internt i de forskellige udvalg skal arbejde med bæredygtighedspolitikken og implementere bæredygtighed i deres konkrete arbejde i DSAM og almen praksis.

Det er vores vision, at bæredygtighedspolitikken fra DSAM kan være med til at sætte retning og skabe interesse og motivation for almen praksis, og således blot er startskuddet til at få defineret konkrete mål ude i almen praksis. //

Bæredygtighedspolitikken fra DSAM kan være med til at sætte en retning.



FN's verdensmål for bæredygtig udvikling.

ESG-PRINCIPPET

Grundpillerne

Bæredygtighedspolitikken "Fra klode til klinik" bygger på FN's 17 verdensmål fra 2015 og beror på ESG-princippet: Environment (E), Social (S) og Governance (G).

E: Environment (miljø og klima)

DSAM og Lægeforeningen deler ambitionen om at nedsætte klimaftryk fra sundhedsfaglige aktiviteter. Klimaafttrykket fra sundhedsvæsenet er estimeret til at udgøre 6,3 % af Danmarks samlede klimaafttryk. Klinisk aktivitet udgør langt størstedelen. Omkring 90 % af alle kontakter med sundhedsvæsenet behandles og afsluttes i almen praksis, og den almene praktiserende læge har dermed en central rolle i den bæredygtige omstilling af sundhedsvæsenet. Almen praksis er i sin grundsten bæredygtig i form af brug af lokale, lavteknologiske løsninger og begrænsning af sygeliggørelse, men der er brug for mere fokus på bæredygtige løsninger. I DSAM's bæredygtighedspolitik fokuseres især på rationel brug af parakliniske undersøgelser og medicinudskrivning. Dertil kommer forbedring af ikke-kliniske aktiviteter, som bl.a. omfatter affaldssortering.

S: Social (sociale forhold)

Sociale forhold omfatter patienter, samfund og klinisk personale. DSAM arbejder for at mindske ulighed i sundhed og behandling. Vi skal yde samme diagnostik og behandling af alle mennesker og sætte menneskets livskvalitet i fokus, når der udarbejdes behandlingstilbud.

G: Governance (virksomhedsadfærd og ledelse)

God ledelse er vigtig for medarbejdernes trivsel og underbygger et langt og sundt arbejdsliv, men det er også ledelsen, der står for patientinvolvering og økonomistyring. Det er fordelagtigt at opretholde selvstændige klinikker, der er tæt på lokalsamfund og begrænse hospitalskontakter, hvor det er muligt. Vi skal revurdere, hvordan vi prioriterer ressourcer klogt og bæredygtigt i et Danmark med voksende krav til sundhedssystemet. Nogle risikofaktorer kan f.eks. forebygges strukturelt med bl.a. sociale tilbud og kampagner i stedet for farmakologiske behandlinger.



Ministerbesøg i almen praksis

”I praktiserende læger er meget forskellige, og I har indrettet jer meget forskelligt rundt omkring”, siger Sophie Løhde til Bolette Friderichsen og undertegnede denne mandag den 18. marts, hvor hun har afsat en time til at komme på et uformelt besøg og tale om almen praksis’ kvaliteter og nøglerolle i det danske sundhedsvæsen.

Og det indkapsler nok meget godt den udfordring, vi står overfor som stand, når vi skal fremhæve vores værd over for myndighederne og politikerne.

Unge læger vil eje klinikken

Sophie Løhde er godt inde i sit stof. Hun er nysgerrig og spørger ind til vores arbejdsgang. Hun får hilst på vores sekretærer, som fortæller, hvordan de visiterer, og at det er en fordel, at de kender patienterne. Vi hilser på vores sygeplejerske, vores jordemoder og vores KBU-læge, som fortæller, at hun får meget ud af at opleve patientkontinuitet i almen praksis, selvom hun egentlig gerne vil være ortopædkirurg. Vores kommende hoveduddannelseslæge i almen medicin fortæller, at han gerne vil være praktiserende læge pga. den kontinuitet, han oplever med patienterne, fordi han gerne vil være selvstændig og have sin egen

klinik med flere kolleger, selvom han dog er noget nervøs for udfaldet af Sundhedsstrukturkommissionen. Han frygter, at vi får forhold i Danmark, som ligner de svenske. Han har ikke noget imod flere patienter, men det er vigtigt, at tiden følger med også.

Ind til kernen

Vi taler om kerneydelserne i almen praksis: Kontinuitet og kendskab til

patienterne er en forudsætning for, at vi hurtigere kan stille den rigtige diagnose. Vi kan hurtigere henvise til rette instans. Vi undgår overdiagnostik og overbehandling, det styrker vores gatekeeperfunktion, og ikke mindst gør det os fagligt dygtigere, at vi kontinuerligt får feedback på vores beslutninger.

Vi får fortalt, at vores kendskab til patienten og fagligt brede viden gør,



Det store spørgsmål er, hvordan ressourcerne kan fordeles bedst muligt, når der er knaphed på læger.
Foto: Mogens Folkmann Andersen.



Ulighed i sundhed er højt på den politiske dagsorden.

at vi kan visitere patienterne korrekt. Det er særdeles vigtigt for det samlede sundhedsvæsen, at patienten visiteres til rette instans så hurtigt som muligt, for på de specialiserede afdelinger gør de sig ingen differentialdiagnostiske overvejelser, men afslutter patienten, når undersøgelserne er gjort. Vi er de eneste, som har det store overblik over patientens sygdomshistorik og medicinering, og vi har derfor et stort ansvar i forhold til polyfarmaci.

Tovholder for hospitalsforløb

Vi nævner også, at patienterne har en stor tryghed i at have en fast læge, som er tovholder på deres hospitalsforløb, og som ved, hvad der foregår. Mange patienter oplever efterhånden, at ambulatorierne kan være svært tilgængelige, så de efterlades med ubesvarede spørgsmål til medicin og behandling, fordi indlæggelser og ambulatorieforløb går så stærkt. Flere ambulatoriekonsultationer bliver efterhånden erstattet af telefonkonsultationer med sygeplejersker, og det kan være svært for de ældre patienter at høre og forstå, hvad der er blevet

De kerneværdier, vi har
snakket med Sophie
Løhde om, er muligvis
ikke dem, som andre
læger synes er vigtige
andre steder i landet.
Men vi må jo starte
dialogen et sted.

sagt i telefonen. Det kan medføre ekstra arbejde til de praktiserende læger, for mange patienter henvender sig til os for at få hjælp og afklaring. Men det fortæller os, hvor meget vi er værdsat hos patienterne, at de henvender sig til os ved bekymring og utryghed. De har stor tillid til deres egen læge, og det personlige kendskab læge og patient imellem gør, at vores faglige vurderinger ofte bliver godt modtaget af patienten, fordi de føler, at vi jo vil dem det bedste, uafhængigt af økonomiske hensyn, kapacitetsudfordringer, retningslinjer m.m. Men at vores vurdering er på baggrund af vores viden om lige netop dem og deres situation.

Team og tryghed

Vi oplever også, at kontinuerlig kontakt med børn og familier gør børnene trygge, når de kommer hos os. Trygge børn er nemmere at undersøge, og det er nemmere at diagnosticere sygdom hos børnene, når vi kender dem fra børneundersøgelserne i klinikken. Så det er vigtigt for os at følge familierne. Ministeren spørger ind til jordemoderens arbejde i dén henseende. I lægeklinikken er vi et fast team, men har tæt faglig sparring og supervision, så alle eventuelle problemstillinger bliver drøftet og vendt med familiens kontaktlæge. Det faste team i almen praksis skaber et trygt læringsmiljø og optimerer mulighederne for gensidig sparring og faglig læring. At vi er selvstændige, motiverer os til at drive vores praksis på bedste vis og sørge for faglig uddannelse af vores personale og optimering af arbejdsgangene.

Det skal gøres bedre

Vi taler også om de udfordringer, vi møder, herunder henvisninger, som bliver afvist. Ikke mindst inden for børne- og ungdomspsykiatrien oplever vi store udfordringer, hvor familier kommer i klemme. Kommune og

psykiatrien kaster bolden frem og tilbage til hinanden, og den praktiserende læge står i midten og skal forsøge at hjælpe de udsatte børn og familier. Sophie Løhde nævner, at de har et tiltag på vej, hvor et mellemled i kommunalt regi netop skal afbøde og afhjælpe denne situation. De har politisk fokus på børne- og ungdomspsykiatrien.

Sundhedsforsikringerne - en svær nød

Vi taler om, at vores gatekeeperfunktion udfordres af de private sundhedsforsikringer. Det er en svær nød at knække. Det vil nok kræve, at vi sætter os ned og forsøger at løse problemstillingen sammen med forsikrings-selskaberne, som jo heller ikke er interesserede i at betale for unødvendige undersøgelser. Men vi er udfordret af, at et stigende antal private klinikker tilbyder diverse helkropsskanninger og undersøgelser, som i næste led medfører udgifter for det offentlige sygehusvæsen, fordi tilfældige fund kræver yderligere udredning. Sophie Løhde nævner, at vi jo ikke kan forhindre folk i at bruge deres egne penge på private sundhedsydelser. Rigtigt nok. Vi er udfordret.

Hvad med ulighed i sundhed?

Sophie Løhde spørger ind til ulighed i sundhed. Hun har set, at jeg også har arbejdet i en klinik i Rødovre, og hun spørger om patientklientellet var et andet, selvom Rødovre ikke ligger langt væk. Jo, Frederiksbergborgerne er privilegerede, men vi har også mange patienter fra Bispebjerg og Nordvest, som ligger få kilometer væk, og i alle bydele har folk brug for læge-

Gatekeeperfunktionen
udfordres af de private
sundhedsforsikringer.



Sundhedsministeren overværede en konsultation med en af Maria Krügers patienter. Foto: Mogens Folkmann Andersen.

hjælp, og i alle bydele er der mennesker med kroniske sygdomme. Hvordan fordeler vi ressourcerne bedst muligt, når der er knaphed på læger? Ulighed i sundhed er højt på den politiske dagsorden.

Aldrig set den samme læge

Efter en god times samtale med meget fokus på kontinuitet og tilgængelighed som vigtige kerneydelser afslutter Sophie Løhde med at fortælle, at hun aldrig har set den samme læge i sit lægehus, og at hun for øvrigt altid bliver bedt om at møde i konsultation ved mindre problemstillinger, som burde kunne løses telefonisk. Som hun siger, så er vi mange forskellige lægeklinikker, som har indrettet os på meget forskellig vis.

Og det er jeg godt klar over. De ker-

neværdier, vi har snakket med Sophie Løhde om, er muligvis ikke dem, som andre læger synes er vigtige andre steder i landet. Men vi må jo starte dialogen et sted.

Samme aften er DR-nyhedernes tophistorie den store ulighed i sundhed og mangel på læger i yderområderne. Så har vi det jo nemt på Frederiksberg.

Det er svært, og det er komplekst at få overblik over udfordringerne i primærsektoren, for vi er forskellige, og vi har forskellige patienter og muligheder i lokalområdet. Men vi forsøgte ved mødet at få sat ord på de store fordele, der er ved den danske praksismodel, og det var godt at opleve lydhørhed og imødekommenhed og et ønske om dialog fra sundhedsministerens side. //

At vi er selvstændige, motiverer os til at drive vores praksis på bedste vis og sørge for faglig uddannelse af vores personale og optimering af arbejdsgangene.



Kunstig intelligens og almen praksis

Spændende oplæg til dette års forårsrepræsentantskabsmøde: Hvor kan vi bruge AI? Og hvilke faldgruber er der?

For blot få år siden var det kun de mest teknologientusiastiske, der for alvor interesserede sig for kunstig intelligens, artificial intelligence (AI), og hvad man kunne bruge det til. Nu taler alle om det, og politikerne har store forventninger til, at AI kan hjælpe et ellers presset sundhedsvæsen. DSAM havde derfor inviteret til repræsentant-

skabsmøde i Middelfart midt i marts for at blive klogere på, hvad AI kan.

Udviklingen er sket meget hurtigt, og det illustrerer på bedste vis, at det ikke er en udvikling, vi kan styre, men vi kan måske være med til at påvirke den og komme med vores besyv om, hvor teknologien skal bevæge sig hen, og hvordan vi ønsker at bruge den i almen praksis.

Sundhedsstrukturkommissionens formand, Jesper Fisker, sagde før jul til Sundhedspolitisk Tidsskrift:

”Hele AI- og teknologiudviklingen er et væsentligt tema. Både konkret – hvad er det for områder, vi skal bruge teknologien på – men også beslut-

ningsprocesser om teknologi”. Og han fortsatte: ”Det hænger sammen med udgangspunktet, som er, at vi ikke kan rekruttere os ud af problemerne. Så i hele presset fra flere patienter spiller teknologi en væsentlig rolle og er noget, vi kommer til at bruge rigtig meget tid på.”

Scenen var således sat til nogle spændende debatter.

Til at gøre repræsentantskabet klogere var der inviteret oplægsholdere udefra i form af professor Janus Laust Thomsen, Aalborg Universitet, professor Thomas Ploug, Aalborg Universitet, og praktiserende læge og forfatter Michael Hejmadi. Afslutningsvis fik FYAM





Repræsentantskabet og de inviterede gæster fik mange gode diskussioner og inspiration til brugen af AI i almen praksis - både muligheder og begrænsninger. Foto: Louise Hørslev.

ved formand Thomas Purup og udvalgsmedlem Daniel Nyboe præsenteret deres kommende politikpapir om AI.

Kunstig intelligens nu

Janus lagde ud med at fortælle om hele baggrunden for AI, og hvorfor man kigger i den retning for at finde løsninger på de udfordringer, som vi står over i sundhedsvæsenet. Der er udfordringer ift. mangel på praktiserende læger, stadigt flere ældre og multisyge, og herudover er der stigende kommunikation og administration. Især den stadig stigende mængde af kommunikation presser lægerne, og det er da også det, som der bliver efterspurgt hjælp til.

Hvilken læge kender f.eks. ikke til indbakken med prøvesvar? Selvom nogle prøvesvar bliver markeret med et rødt udråbstegn, fordi de falder uden for normalområdet, er systemet ikke optimalt. Læger bruger ofte 20 minutter dagligt på at tjekke laboratorieresvar, og her kan man få bedre hjælp af kunstig intelligens i fremtiden, vurderede Janus. Andre steder, hvor man som læge kan hente hjælp fra kunstig intelligens, kan være ved forskellige former for beslutningsstøtte, f.eks.

EKG, diagnosekort og attestudfyldelse, forklarede Janus.

Ingen roser uden torne

Omend den nye teknologi fremstår tillokkende, så løser den ikke alle problemer. Janus påpegede i sit oplæg, at den ikke kan svare på alle spørgsmål, og at den ikke er bedre end de spørgsmål, man stiller den. Man skal altså som bruger kunne finde ud af at "prompte", som det hedder – ellers kender maskinen ikke konteksten, og den svarer uhensigtsmæssigt. En anden udfordring kan være, at den nogle gange kan finde på at digte/"hallucinere", når den svarer; altså den finder på et svar.

Herudover er der en udfordring ift. patientdata, og hvor langt man kan gå ift. at bruge patientdata, da de er yderst følsomme. Et andet udestående er, om man som patient kan have tillid til en maskine frem for en læge. Her tyder pilotprojekter på, at patienterne har et tillidsfuldt forhold til deres læge, men ikke til en maskine, fortalte Janus.

Etiske udfordringer

Hvor Janus slap, der fortsatte professor Thomas Ploug med at sætte fokus på de udfordringer, der er ved den nye

teknologi. En udfordring er, at teknologien kan finde på at diskriminere ift. etnicitet. Man kan altså opleve, at en hvid person og en farvet person ikke får stillet den samme diagnose af den kunstige intelligens.

Herudover er det også værd at hæfte sig ved, at der skal opsættes nogle regler for brugen af AI. For skal området reguleres mere eller mindre af europæisk eller dansk lovgivning? Skal patienterne have bestemte rettigheder? Og skal de kunne sige ja eller nej til at dele deres data?

Fremtiden er her allerede

Fremtiden er her allerede, og den går hurtigt, pointerede Michael Hejmadi i sit oplæg. På samme måde som de andre oplægsholdere fik Michael også etableret den brændende platform ift., hvorfor teknologien er relevant nu. Om 20 år har vi 50 % flere over 65 år, og 100 % flere over 85 år, og det vil udløse stor aktivitet i almen praksis.

Udviklingen inden for teknologi går lynende hurtigt. For et år siden var der nok ingen, der havde troet på ChatGPT som et reelt værktøj. Og det, vi som samfund er oppe imod, er internationale digitale kæmper som





Thomas Ploug og Michael Hejmadi var blandt oplægsholderne, og repræsentantskabsmødet var hyndigt organiseret af Christina Hjerulff, Maria Krüger og Cees Staveniuter fra DSAM's bestyrelse. Fotos: Louise Herslev.



Google, Facebook og Amazon – de er alle væsentligt større end andre virksomheder. Det er virksomheder, vi ikke kan styre, pointerede Michael.

For Michael Hejmadi kan teknologien bruges til f.eks. oplæg til attester, årsplaner, fylde data i fraser ved årskontroller eller hjælpe med skrivelser til patienterne, men der, hvor den kommer til kort, er ift. respekten for privatlivet, herunder GDPR. Herudover ved vi heller ikke med sikkerhed, om den kan frigive tid – og i så fald hvor meget.

Tid frigivet

Og tid frigivet er, hvad de yngre kommende praktiserende læger håber, at teknologien kan bidrage med. De håber, at den nye teknologi kan være med til at frigive tid til det væsentlige; læge-patient-relationen. FYAM tog os med på en rejse ind i fremtiden gennem et eventyr med lægen Bolette i hovedrollen. Bolette oplevede i eventyret, hvordan det i fremtiden gik nemt med henvisninger til hospitalerne, sortering

i prøvesvar og andre tilsvarende opgaver, mens hun fik mere tid til patientarbejdet, som stadig i fremtiden vil spille en afgørende rolle, hvis det står til de kommende praktiserende læger.

Men også FYAM pointerede, at der skal opstilles klare regler i fremtiden ift. at sikre patientsikkerhed såvel som sikkerhed for lægens ansvar. På nuværende tidspunkt er mange AI-værktøjer skabt på open source, hvilket skaber risiko for fejl i både datafortolkning og produkt.

Anvendelsen af AI må derfor aldrig stå alene, når der skal tages lægefaglige beslutninger af høj standard, pointerede Thomas og Daniel fra FYAM.

Ingen oplæg uden debatter

De mange spændende oplæg udløste også en række spørgsmål og debatter, både i gruppearbejde og efterfølgende. I bedste AI-stil blev plenumdebatterne optaget og lagt ind i et AI-program, der derefter fandt de vigtigste punkter i debatterne. Læs dem her til højre på siden. //

AI's opsummering

1. Optimering af patientoverblik: Der er behov for at forbedre overblikket over patienter, især dem med kompleks medicinering, ved hjælp af kalenderoptimering og systemer til signalgenkendelse af kroniske tilstande og diagnoser.
2. Intelligent visitation: Der bør implementeres intelligente systemer til visitation for at forbedre identifikationen af patienter i risiko og for at sikre en mere effektiv opfølgning.
3. Brug af dataanalyse: Der er potentiale i brugen af dataanalyse til at forudsige og håndtere f.eks. influenzaudbrud samt til at udvikle LAP-moduler til støtte i diagnostik og behandling.
4. Anvendelse af AI og chatbots: Der bør undersøges muligheden for at anvende AI og chatbots til simulering af specialistkonsultationer og til at øge effektiviteten af kommunikationen med patienter.
5. Sikring af kliniske behov: Det er vigtigt at inddrage praktiserende lægers ekspertise i udviklingen, træningen og implementeringen af algoritmer, for at sikre at de adresserer de reelle kliniske behov og leverer pålidelige løsninger.



Den gode vejledning

Forfatteren underviser på kurser for tutorlæger i almen praksis. Hun giver her et indblik i en kommunikationsmodel "Den retningsstyrede samtale", som vi kan bruge, når vi superviserer uddannelseslæger og andet personale.

Det første møde sætter spor: Hvilke vil du sætte? Rollen som vejleder er som oftest berigende, men til tider kan den også være udfordrende.

En vejleder balancerer rollerne som tutor, leder, kollegial sparringspartner, og som den, der kan være nødt til at bremse et forløb, der er gået skævt. Vejledning er derfor en multifacetteret disciplin, der kræver omtanke og indblik – både i sig selv og i den anden.

Denne artikel fremhæver værdien i at forberede sig mentalt og fagligt. Desuden præsenteres en samtalemodel, som tilbyder en struktur til vejledningssamtalen.

Godt begyndt er halvt fuldendt

Den gode vejledning starter med god forberedelse – både i forhold til den konkrete vejledningsopgave, men også til selve rollen som vejleder.

De vanskelige samtaler er udfordrende for de fleste vejledere. Hvis det griber rigtigt an og forberedes godt, kan en

OVERVEJELSER SOM VEJLEDER

Hvad forventer jeg af vejledte?

F.eks. at personen kommer til tiden, forbereder sig, tager ansvar for egen læring. Dette kommunikeres tydeligt til den vejledte i starten af forløbet.

Hvad forventer jeg af mig selv?

F.eks. at være støttende, ærlig og ambitiøs på den vejledtes vegne.

Hvordan vil jeg praktisere dette?

Hvor tilgængelig vil jeg være? Og hvordan?

Hvad kan tricke mig?

F.eks. ansvarsfralæggelse, ekstrem grundighed, opgivelse, usikkerhed, arrogance. Det er relevant at kende egne triggere, da det kan få betydning for relationen til den vejledte.

Hvad er min nærmeste zone for udvikling?

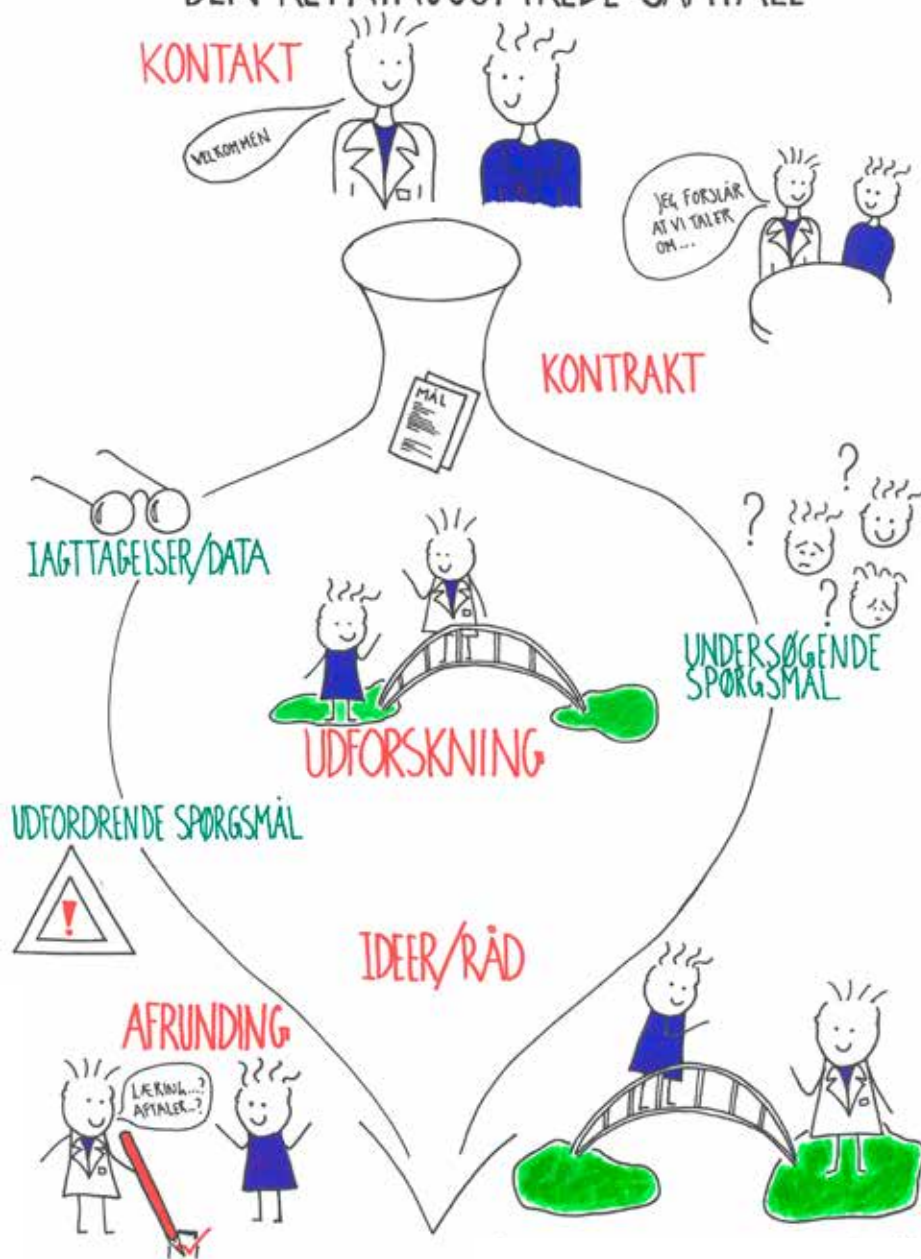
F.eks. ikke at overtage, blive for ivrig, give hurtige svar, konfliktshyhed.

Hvilke strategier benytter jeg, når jeg bliver trængt?

Kend dine signaler! F.eks. snakker som et vandfald, klapper i som en østers og spreder dårlig stemning med fornærmelse, bliver irriteret, vred, nedgørende.



DEN RETNINGSSTYREDE SAMTALE



© CKU - Cand.Psych. Pia Kielberg & Cand.Psych. Karina D. Nørby.

vanskelig samtale samtidig være en udbytterig samtale.

Den retningsstyrede samtale

I en travl hverdag er det fristende at give et hurtigt afklarende svar eller råd. Men hermed fratages den vejledte egen refleksion og værdifuld læring. For at undgå det kan vejledningen med fordel struktureres med ud-

gangspunkt i "den retningsstyrede samtale", som er en faseinddelt kommunikationsmodel, der hjælper vejleder til at stille de rigtige spørgsmål på det rigtige tidspunkt. Hermed banes vej for en konstruktiv samtale, som ikke er dømmende, men udfoldende og udfordrende, og hvor vejledtes egne refleksioner er i fokus. Samtidig er der plads til, at vejleder kan

komme på banen med råd og idéer til fremadrettede handlinger.

I det følgende gennemgås modelens faser.

Etablering af kontakt og kontrakt

De første faser har fokus på etablering af et trygt, respektfuldt og støttende rum.

Her drøftes: Hvad skal samtalen omhandle? Hvad er formålet? Hvad er det forventede udfald? Når dette er tydeligt for begge, er det tid til at udforske.

Udforskning

Som udgangspunkt vejleder, der går på opdagelse på den vejledtes ø for at undersøge den vejledtes perspektiv, bevæggrunde og faglige overvejelser bag handlinger og beslutninger. Vejlederen bør betragte sig selv som en turist i et fremmed land, hvor undren og åbenhed baner vej for oprigtige nysgerrige spørgsmål med ønske om at blive klogere på det ukendte. Her ved vil den vejledte føle sig set, mødt og hørt, hvilket fremmer evnen til selv at lytte.

Man lytter bedst, når man selv bliver hørt.

Udforskningen kan med fordel tage udgangspunkt i en til to konkrete hændelser, der eksemplificerer problematikken. Indledningsvist sættes fokus på fakta(data) - altså hvad hver især har iagttaget i situationen.

Først afdækkes vejledtes iagttagelser: Hvad lagde du mærke til? Hvad hørte du, der blev sagt? Hvad valgte du at gøre?

Herefter supplerer vejleder med sine iagttagelser: Jeg lagde mærke til... Jeg hørte... Hermed opnås et tydeligt billede af situationen, som hver især oplevede den, og eventuelle perspektivforskelle træder frem, hvilket gør uoverensstemmelser lettere at adressere.

Når fundamentet er på plads, kan der stilles undersøgende og udfordrende spørgsmål.

Undersøgende spørgsmål har til formål at øge vejledtes refleksion over egen praksis, fordybe sig i handlinger og reaktioner og forstå det skete på en mere nuanceret måde: Hvilke overvejelser havde du? Hvad håbede du, der ville ske? Hvad faldt dig let? Svært? Hvorfor? Hvordan reagerede du – og hvorfor?

Udfordrende spørgsmål har til formål at udvide vejledtes perspektiv og skabe ny viden: Hvad kunne du ellers have gjort? Hvordan tror du, at x havde det (eller tænkte om det)?

Samtidig har vejleder mulighed for at få svar på eventuelle tvivlsspørgsmål: Jeg bliver nysgerrig på din viden om x, eftersom du...? Jeg kom i tvivl, om du havde set/hørt...?

Idéer/råd

Denne fase har til formål at skabe in-

spiration til videre handling. Først inviteres den vejledte til selv at komme med forslag: Hvad vil du gøre anderledes næste gang? Efterfølgende byder vejleder ind med konkrete råd og vejledning: Jeg kunne ønske, at du i højere/mindre grad...

Den vejledte inviteres således over på vejleders ø og får indblik i vejleders viden og erfaringer.

Afslutning: mål og handleplan

Afslutningsvist udarbejdes mål og handleplan i henhold til vejledtes nærmeste zone for udvikling, og selve samtalen evalueres.

Den gode vejleder formår at være undersøgende i forhold til den andens perspektiv og samtidig tydeliggøre sit eget. Dette er en kunst, som kan hjælpes på vej via forberedelse og en struktureret samtalemodel. //

OVERVEJELSER FOR DEN SVÆRE SAMTALE

- Hvad er dit centrale budskab?
- Hvori består problemet?
Vær specifik.
Forbered konkrete eksempler.
- Hvordan ser situationen ud fra dit perspektiv?
- Hvad skal ændres/justeres?
Og hvorfor?
- Hvordan ser situationen ud fra vejledtes perspektiv?
- Hvilke reaktioner (f.eks. modstand, opgivelse, uforståelse) forventer du fra den pågældende?
Hvordan vil du tackle det?
- Hvad bliver den største udfordring for dig i samtalen?
- Hvad kan du gøre for at forberede dig herpå?

Indkaldelse til REPRÆSENTANTSKABSMØDE i DSAM

Der indkaldes til ordinært repræsentantskabsmøde lørdag den 5. oktober 2024 kl. 9.30 til cirka 12.30 på Comwell Kolding, Skovbrynet 1, 6000 Kolding. Dagsorden findes på dsam.dk, og bilag lægges samme sted i løbet af september måned.

FORSLAG FRA MEDLEMMER

Forslag fra medlemmer sendes til formanden på dsam@dsam.dk senest den 20. september 2024.

TILMELDING TIL MØDET

Mødet er åbent for alle medlemmer, men der kræves tilmelding for deltagelse. Fristen for tilmelding er lørdag, den 5. oktober 2024 kl. 08.00. Der er mødepligt for repræsentanter.

Tilmelding foregår på dsam.nemtilmeld.dk/184/

Deus Ex Machina: Kunstig intelligens i almen praksis

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

Kunstig 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 (bl.a. til bogen, som er anmeldt på side 50-51) Michael Hejmdal, læge og ph.d. Christoffer Bjerre Haase og lektor og ph.d. i filosofi Sune Hannibal Holm.

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

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

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

Find priser m.m. på dsam.dk og tilmeld dig på: dsam.nemtilmeld.dk/183/

Bonusinfo:

- Priserne er uændret i forhold til sidste år, dog får SAMS'ere rabat på middagen.
- Der er early bird-priser frem til 24. juni.
- Årsmødet er godkendt som tilskudsberettiget efteruddannelse af Fonden for Almen Praksis for praktiserende læger og læger i fase 2 og 3.
- Der er 12 spændende parallelsessioner, og du har mulighed for at deltage i 2. Det er først-til-mølle.
- Om aftenen kan man nyde en lækker 3-retters menu og danse til livebandet Båndsalat. //

PROGRAM FOR ÅRSMØDET

- Kl. 08:30 Registrering, morgenbrød og kaffe
- Kl. 09:30 Plenumsession i Teatersalen: Velkomst ved formand for DSAM, Bolette Friderichsen, og formand for FYAM-udvalget, Thomas Purup
Tre indspark til temaet med hver sin vinkel:
- Hvilke muligheder rummer kunstig intelligens (AI) for almen praksis i fremtiden? ved Michael Hejmadi.
 - Hvordan påvirker data de kliniske prioriteringer? Hvilke risici, udfordringer og muligheder åbner AI og andre nye teknologier op for? ved Christoffer Bjerre Haase.
 - Hvad er de etiske problemstillinger – både ved at gå ind i AI og ved ikke at gøre det? Og hvordan skal vi rent faktisk få det implementeret i vores systemer? ved Sune Hannibal Holm.
- Spørgsmål fra salen og debat
- Kl. 11:00 Pause og postere
- Kl. 11:45 Parallelle sessioner 1-6
(se de følgende sider)
- Kl. 13:00 Frokost og netværk i Trompeteren
Frokost og FYAM-timen i 'Scipio'
- Kl. 14:15 Parallelle sessioner 7-12
(se de følgende sider)
- Kl. 15:30 Pause med kaffe og kage
- Kl. 16:00 Ph.d. Cup, uddeling af FYAM-prisen og afrunding på det faglige program
- Kl. 17:15 Netværk og hygge i Intermezzo
- Kl. 18:45 Velkomstdrink og efterfølgende festmiddag og dans
- Kl. 02:00 Festen slutter

Vi tager forbehold for ændringer.



FYAM-TIMEN AFHOLDES I FROKOSTPAUSEN

Under årsmødet, fredag den 4. oktober, afholdes 'FYAM-timen' for alle yngre almenmedicinere. FYAM-timen afholdes som noget helt nyt i frokostpausen, hvor de yngre almenmedicinere spiser i eget lokale (Scipio) med plads til hygge og socialt netværk. Samtidig bliver vi opdateret på FYAM-udvalgets aktiviteter i det forgangne år og får en præsentation af arbejdet i de udvalg, hvor FYAM er repræsenteret. Inden årsmødet holder FYAM et elektronisk valg til de ledige poster i FYAM-udvalget. Er posterne ikke alle besat efter det elektroniske valg, får vi dem besat til FYAM-timen. Info om valget sendes ud i nyhedsbreve fra FYAM.

SAMS' ÅRSMØDE

Sæt kryds i kalenderen lørdag den 5. oktober 2024, hvor vi byder velkommen til SAMS' årsmøde på Comwell Kolding (dagen efter DSAM's årsmøde). Programmet vil stå på spændende faglige oplæg og masser af inspiration til livet som praktiserende læge. Der vil være god mulighed for at netværke med SAMS-medlemmer fra både Odense, Aarhus, Aalborg og København samt at dele erfaringer og tanker om studielivet og det kommende lægeliv. Der er 10 pladser til hver af de fire universitetsbyer – så slå hurtigt til. Læs mere på vores Facebooksider.



PARALLELE SESSIONER

1. OPFØLGNING PÅ ÅBNINGSSESSIONEN

Vi er det kliniske bindeled imellem teknologien og patienterne, så vi må sikre os en central rolle i arbejdet med AI, så udviklingen bliver meningsfuld og giver værdi. I denne session går vi mere i dybden omkring de etiske aspekter, faldgruber og mulige gevinster ved AI i almen praksis.

Oplægsholdere: Michael Hejmadi, Christoffer Bjerre Haase og Sune Hannibal Holm

2. NYE VEJLEDNINGER: B12-MANGEL & AFMEDICINERING

B12-vitaminmangel kan føre til en række alvorlige sundhedsproblemer. Der foregår i øjeblikket både overbehandling, underbehandling og fejlbehandling af B12-mangel. Vi gennemgår det nye FAQta-ark, diskuterer de seneste forskningsresultater om B12-vitamin og ser på de forskellige årsager til B12-vitaminmangel, og hvordan man rationelt kan diagnosticere og behandle det. Afmedicinering og prioritering. Med den nye DSAM-vejledning "Afmedicinering, prioritering og forebyggelse af polyfarmaci" håber vi at styrke vores systematiske tilgang til at revurdere og evt. stoppe medicinsk behandling.

Vi tager udgangspunkt i vejledningens 3 dele: 1) overvejelser og forslag omkring afmedicineringstankengangen, 2) den enkelte patients forløb og; 3) patientcases.

Oplægsholdere: Jørgen Peter Ærthøj og Anton Pottegaard

3. GRØN PRAKSIS: BÆREDYGTIG SUNDHEDSFORSKNING

Forskning spiller en nøglerolle i udvikling af sundhedsvæsenet og for at sikre patientbehandling af høj kvalitet. Forskning i bæredygtige løsninger i sundhedsvæsenet stiller krav til bæredygtighed ved ansøgning af midler. Men hvordan bliver forskningen mere bæredygtig, mens der forskes? I denne workshop introduceres guidelines for bæredygtig forskning udarbejdet af forskere ved FEA på tværs af Danmark. Workshopen vil inddrage deltagere aktivt i diskussioner og løsningsforslag.

Oplægsholdere: Asthildur Arnadottir og Nanna Holt Jessen

4. VÆGTSTIGMATISERING ER ET FOLKESUNDHEDS-PROBLEM – OG EN URET-FÆRDIGHED

I maj måned udkommer en solid rapport fra Vidensråd for Forebyggelse om 'Forebyggelse af vægtstigmatisering'. Den viser at vægtstigmatisering er udbredt i samfundet og i sundhedssektoren, at Danmark er det land i verden med den højeste grad af 'ubevidst vægt bias', at der er alvorlige sundhedskonsekvenser af vægtstigmatisering som bl.a. øget risiko for udvikling af spiseforstyrrelser, dårligt mentalt helbred, hypertension og type 2-diabetes. Desuden er vægtstigmatisering relateret til øget dødelighed og vægtøgning i langtidsstudier. Rapporten viser også, at vægtstigmatisering kan forebygges. Derfor har vi en mulighed i almen praksis for at rykke på denne dagsorden. Kom og hør to af rapportens forfattere fremlægge, hvad

den viser, og vær med til at diskutere, hvad vi kan gøre.

Oplægsholdere: Rasmus Køster-Rasmussen og Lene Meyer

5. EN KUR IMOD KONFLIKTSKYHED

I et lægehus, hvor man deles om ejerskab og ledelse, er konfliktskyhed ikke bare en udfordring. Små uoverensstemmelser og irritationsmomenter kan vokse til elefantstørrelse. Konfliktskyhed kan medvirke til at optrappe konflikter og i sidste ende koste samarbejdet. Så galt behøver det dog ikke at gå. Det handler om at stå til ansvar for sine ønsker, behov og værdier – samtidig med at man er lydhør overfor hinanden.

Vi tager udgangspunkt i en serie om konfliktskyhed, der udkom på Månedsskriftet Podcast marts 2024.

Oplægsholdere: Anders Stahlschmidt og Christian Vøhtz

6. AI SOM UNDERSTØTTELSE TIL UDDANNELSE

Fremtiden er lige om hjørnet – hvis den da ikke allerede er løbet forud for os. Denne session er for dig som vil have indsigt i de aktuelle og snarligt kommende AI-baserede værktøjer til praktiserende læger.

Hvilke AI-baserede værktøjer kan særligt yngre læger få gavn af, som er lige på trapperne? Hvilke fordele kan vi opnå i praksis allerede nu? Kan vi spare tid på ellers unødvendig dokumentation? Og hvor er vi om blot få år med flere værktøjer tilgængelige i patientens journalsystem?

Oplægsholdere: Martin Grønnebæk Tolsgaard og Janus Laust Thomsen

7. TRIVSEL OG ARBEJDSGLÆDE

Vi tager udgangspunkt i den nyeste rapport om praktiserende lægers trivsel. Anette Fisher Pedersen vil fortælle om undersøgelsens resultater med fokus på, hvilke faktorer der fungerer som stressorer og udgør en risiko for udbrændthed. Gunver Lillevang fortsætter med et oplæg om, hvad det er, der har betydning for trivslen i dagligdagen, som vi selv har mulighed for at gøre noget ved. Gunver har stået bag en klyngepakke om trivsel og arbejdsglæde og en om samarbejde og fællesskab, og hun vil komme på nogle konkrete bud på, hvordan vi i hverdagen kan understøtte god trivsel blandt praktiserende læger.

Oplægsholdere: Anette Fischer Pedersen og Gunver Lillevang

8. AKTIV DØDSHJÆLP

Sidste efterår var aktiv dødshjælp igen i mediernes søgelys. Etisk råd fraråder en mere liberal lov, mens 75 % af befolkningen skønnes at være for en lovændring som tillader flere muligheder for at stoppe livet.

Der er intet enkelt svar og mange dilemmaer. Vi har i dag rigtige gode muligheder for palliation – betyder det, at der reelt ikke er behov for aktiv dødshjælp, eller er det et godt supplement? Hvad gør det med os læger både personligt og professionelt at hjælpe patienter med at dø?

Vi har inviteret to praktiserende læger: én med diplom i palliation, Thomas Górlén, og én med praksis i Belgien, Nina Kjeldahl, som har personlig erfaring med aktiv dødshjælp, til at belyse emnet og skabe rammene for en spændende og konstruktiv debat, hvor vi inviterer alle deltagere med.

Oplægsholdere: Nina Kjeldahl og Thomas Górlén

9. NYE VEJLEDNINGER: STOFSKIFTE OG RYGSMERTER

Stofskifte: Thyreoidealidelser i form af hypo- og hyperthyreose er hyppigt forekomne kliniske problemstillinger, der kan give anledning til mange overvejelser ved udredning, kontrol og behandling i almen praksis. DSAM udgav i 2026 en vejledning, som aktuelt er ved at blive opdateret med bl.a. information om thyreoidea-hormonernes betydning i forhold til infertilitetsbehandling og graviditet.

Patienten med rygmerter: Vi præsenterer kort de seneste retningslinjer for håndtering af rygmerter og kommer ind på, hvornår det er relevant at henvise til billeddiagnostik, og hvordan man bedst forklarer patienten, hvorfor en MR-scanning ofte ikke er relevant. Det er også vigtigt med en helhedsorienteret tilgang til behandling af rygmerter ved brug af ICF-modellen. Deltagerne får en behandlingsalgoritme til patienter med rygmerter samt forslag til årskontrol af patienter med kroniske rygmerter, herunder præsentation af risikovurdering ved brug af STarT back-skema.

Oplægsholdere: Maja Kalktoft og Jette Kolding Kristensen

10. HÅNTERING AF PATIENTEN MED SKULDERSMERTER

En gennemgang af hyppige årsager til smerter i skulderen, primært atraumatisk. Hvilke mindre hyppige tilstande må man ikke overse? Demonstration af objektiv skulderundersøgelse, hvor alle får mulighed for praktisk at undersøge en kollega efterfølgende. Billeddiagnostiske valg. Gennemgang af behandlingsmuligheder; hvem skal have øvelsesterapi, blokade eller sendes videre til specialist?

Oplægsholdere: Jens Lykkegaard Olesen og Martin Bach Jensen

11. PRAKSISNÆRE FORSKNINGSTRÆNINGSPROJEKTER

Har du tænkt over, hvordan man formulerer sit eget forskningsprojekt? Eller er du nysgerrig efter at vide, hvad uddannelseslægerne laver, når de er afsted til forsknings-træning? Alle læger i hoveduddannelse til almen medicin gennemfører et kursus i forskningstræning. Her formulerer de et praksisrelevant forskningsspørgsmål, der efterfølgende undersøges videnskabeligt. I denne session præsenteres to udvalgte forskningstræningsprojekter, der er gennemført i løbet af forskningstræningskurset:

- Patientkontinuitet hos kronikere i almen praksis: spiller praksisstørrelse en rolle?
- Effekt af Mirtazapin til behandling af søvnbesvær hos ellers raske voksne.

Oplægsholdere: Claudia Haber, Randika Sivakumar og Mie Korsbaek

12. AI OG WEARABLES; FAGLIGE FALDGRUBER OG MULIGHEDER?

Patienter får mere og mere indsigt i egen journal, hvilket giver mere arbejde – både for os og for dem. Hvordan kan vi sammen skabe mere tid sammen med patienterne og mindre tid foran skærmen? Er mere viden altid godt? Gavner denne viden patienten, lægen eller samfundet? Eller er wearables blot endnu et udtryk for nutidens easy gadgets og proxy overdiagnostik?

Vi diskuterer faglige faldgruber og muligheder for praktiserende lægers kunnen og kenden til patienternes behov, og du lærer, hvornår du bør sige 'ja tak' og 'nej tak' til nysgerrighedens behov.

Oplægsholdere: Janus Laust Thomsen og Carl Brandt



Hvordan skaber vi overblik?

om journalaudits i almen praksis

”Hvor skal man starte?” Det spørgsmål har vi nok alle stillet os selv utallige gange i almen praksis til utallige opgaver af forskellig art. Privilegiet i almen praksis er, at dette spørgsmål oftest peger tilbage på dialogen med vores patienter.

SPØRGSMÅL FØR JOURNALAUDIT

- Hvilket evidensgrundlag vil I benytte? (standard fra egen klinik, god klinisk praksis eller høj evidens med international konsensus)
- Hvor findes de kilder, som understøtter kvalitetsmålene? (DSAM's kliniske vejledninger, KiAP's kvalitetsmål, Cardio.dk, NBV eller IRF)
- Hvordan konstruerer I et simpelt og meningsfyldt auditskema, som kan understøtte gennemgangen af patientjournalerne?

Men hvordan vurderer vi egentlig, hvordan det går hos ”alle vores patienter”, f.eks. med vores håndtering af albuminuri? Hvordan finder vi frem til en fornemmelse af overblik?

Jeg vil gerne argumentere for, at journalaudits i egen klinik på egne patienter – med et velafgrænset formål og med målrettet forberedelse – er et utrolig meningsfuldt svar på ovenstående spørgsmål.

Min egen introduktion til at bruge journalaudits er opstået i mit ph.d.-projekt, hvor vi undersøger identifikationen og håndteringen af familiær hyperkolesterolæmi i almen praksis i Danmark. Arbejdet med journalaudits overraskede ved dets lavpraktiske men virksomme og funktionelle resultater. Derfor vil jeg gerne dele mine erfaringer med Practicus' læsere.

Et forstørrelsesglas

Audits af patientjournaler er en håndgribelig metode til systematisk og struktureret at evaluere og undersøge kvaliteten af den sundhedsindsats, der varetages i almen praksis. Audits fungerer som et forstørrelsesglas, der

omhyggeligt undersøger de indviklede og dybere detaljer i vores møde med patienterne i konsultationen. Det er en simpel men dyberegående analyse, der sigter mod at give indblik i, hvordan vores konsultation egentlig foregår.

Ved at udføre audits i journalerne kan almen praksis bekræfte deres høje kvalitet og identificere inkonsistens, udeladelser eller unøjagtigheder i patientbehandlingen, som ellers kunne gå ubemærket hen. Samtidig giver audits mulighed for at nuancere og undersøge spørgsmål dybere end mere rigide data (baseret på ICPC- og ACT-koder), da man ved at analysere journalerne kan se og notere mere af den komplekse kontekst og indforståede kontakt, som foregår i dialogen mellem læge og patient i konsultationen.

Det er dog vigtigt at huske, at en audit kan være mange ting, når den er skræddersyet til den enkelte klinik. Tanken er, at en enkelt ”overflyvning” af flere journaler kan give et kvalificeret indtryk af kvaliteten og altså besvare spørgsmålet: Hvordan går det egentlig i min klinik?

JOURNALAUDITS: SÅDAN GØR DU

1. Formuler et centralt spørgsmål

Hvorfor mangler så mange patienter at få målt albumin/kreatinin-ratio?

2. Vælg kvalitetsmål

Konkrete: Sikre overholdelse af anbefalede screeningsprocedurer
Sikre regelmæssig måling af albumin/kreatinin-ratio hos relevante patienter

Konsensus: Etablere specifikke indikationer for albumin/kreatinin-ratio-målinger hos patienter med risiko

Målbare: Reducere procentdelen af patienter, der mangler albumin/kreatinin-ratio-målinger ved at oprette et system for påmindelser og etablere tydelige procedurer.

3. Konstruer auditskemaet

Screening for albumin/kreatinin-ratio: Tydelig dokumentation af indikationer for måling, antal patienter, der har fået måling udført, og opfølgning på manglende målinger.

Laves bedst i samarbejde

Hvis det er første gang, at du skal kaste dig ud i at bruge metoden med journalaudits i din klinik, kan det måske forekomme som en uoverskuelig administrativ opgave. Formålet med denne artikel er at give indsigt i, hvordan journalaudits kan indgå som en integreret del af arbejdet i klinikken og dermed bidrage til at optimere hele praksispopulationens sundhed.

En audit og dets auditskema fungerer bedst, når de konstrueres til at besvare unikke spørgsmål for den enkelte praksis i et kliniknært miljø. Brugbarheden højnes yderligere, når

det indledende arbejde gøres tværfagligt gennem et samarbejde mellem lægen og andet klinikpersonale, f.eks. sekretær, sygeplejersker og medicinstuderende, så sultatet kan bruges af hele praksis.

Derudover kan arbejdet lettes betragteligt, hvis overbliksværktøjet til forløbsplaner fra kvalitetsorganisationen Kvalitet i Almen Praksis (KiAP) anvendes til at indsnævre den del af praksispopulation, der skal fokus på. Samtidig kan KiAP's overbliksværktøj over personer med kronisk sygdom bruges til at finde inspiration til fremtidige audits.

Journalgennemgange og udfyldelse af auditskemaerne kan med fordel uddelegeres til andet personale. Når auditskemaerne er udfyldt for den til tænkte population, vil simpel grafik af de observerede punkters frekvenser give et overblik over omfanget af det, man søgte af besvare.

Kan øge kvaliteten

Audits af patientjournaler kan give overblik og understøtte en mere konsekvent og ensartet kvalitet i patientbehandlingen. Denne proaktive tilgang giver værdifuld indsigt i de kliniske praksisser og arbejdsgange, ressourceudnyttelse og effekter. For eksempel kan de identificere tendenser i genindlæggelsesrater for specifikke tilstande, overset identifikation af specifikke tilstande eller manglende opfølgning.

Journalaudits giver os mulighed for at identificere områder af vores patientbehandling, som kræver fornyet opmærksomhed, f.eks. iværksættelse af målrettede indgreb, tilbud om træning eller undervisning af personale.



Audits er ikke blot retrospektive undersøgelser; de fungerer som en katalysator for at drive kontinuerlige forbedringer i klinikken.

De giver også mulighed for at implementere opdaterede instrukser til at løfte kvaliteten.

Audits er ikke blot retrospektive undersøgelser; de fungerer som en katalysator for at drive kontinuerlige forbedringer i klinikken. Ved at analysere behandling, kontekst og mønstre i konsultationerne kan klinikken bedre og mere målrettet identificere områder, der kan forbedres, og implementere kliniknære skræddersyede ændringer, som passer på patienterne i netop denne klinik.

Meningsfyldt og kliniknært

Gennemgang af patientjournaler er en meningsfuld og kliniknær metode, der understøtter og sikrer høj kvalitet i omsorgen og behandlingen af vores patienter. Disse gennemgange spiller en flersidig rolle ved at identificere områder, der kræver nye initiativer ift. kvalitetsforbedring, og fokusere på behandlingsstandarder. Jeg vil slå et slag for, at vi bruger journalaudits i klinikken til kontinuerligt at forfine og optimere plejen, omsorgen og patientbehandlingen. //



Af: Gunver Lillevang, praktiserende læge og medlem af Lægeforeningens bestyrelse, og Heidi Bøgelund, specialist i ledelses- og organisationsudvikling - hb@heidibogelund.dk



FOKUS PÅ samarbejde og lægeligt fællesskab



KiAP har udviklet en klyngepakke, der fokuserer på samarbejdet i klinikkerne og det lægelige fællesskab. Pakken følger op på klyngepakken om trivsel og arbejdsglæde.

”Vi har jo brug for hinanden...”, synger Tøsedrenge. Mon ikke vi alle kan synge med?

Vi ved om patienterne, at nære relationer og sociale fællesskaber har betydning for helbredet. Det samme gør sig gældende for praktiserende læger. Vi kan se i PLO's arbejdsmiljøundersøgelser, at læger, som oplever et godt kollegialt samarbejde og et stærkt lægeligt fællesskab, angiver en højere grad af arbejdsglæde og en lavere grad af udbrændthed.

Den seneste undersøgelse fra PLO viser, at 48 % opfylder kriterierne for at være moderat eller alvorligt udbrændte. Trivslen blandt praktiseren-

de læger er således udfordret, og det må vi nødvendigvis gøre noget ved.

Vi er alt for få læger til alt for mange og tiltagende komplekse opgaver, og det arbejder vi som stand politisk for at få ændret, for det kan den enkelte læge ikke gøre så meget ved. Men vi kan godt hver især påvirke kvaliteten af vores samarbejde med lægekolleger og praksispersonale.

Derfor har vi i KiAP-regi udviklet en ny klyngepakke om ”Samarbejde og Fællesskab”, der fokuserer på veje til at styrke samarbejdet i klinikkerne og det lægelige fællesskab i bredere forstand. Klyngepakken er en opfølgning på den tidligere klyngepakke om ”Trivsel og Arbejdsglæde”, som næsten alle klynger har anvendt.

Den nye klyngepakke giver i højere grad mulighed for at igangsætte handlinger. Grundtanken i pakken er: Lad os tage fat i det, vi selv kan gøre noget ved, og som, vi ved, har en væsentlig betydning, nemlig samarbejdet i klinikkerne og graden af kollegialt fællesskab. Derfor er der gjort meget for at levere konkrete værktøjer og støtte fra forskellige organisationer.

Klyngemødet skal mere ses som et inspirationsmøde frem for et traditionelt klinisk klyngemøde. Når det handler om samarbejde, eksisterer der

CENTRALE VÆRKTØJER I KLYNGEPAKKEN

- PLO-E har udarbejdet et SCE-modul i ”Faglig ledelse” og et DGE-modul i ”Arbejdsglæde og trivsel”, hvis ledergruppen ønsker at arbejde videre med disse temaer. Derudover er der et KGE-modul i ”Arbejdsglæde og trivsel”, som er for hele klinikken og faciliteres af en læge fra klinikken.
- PLO-E har specifikt til denne klyngepakke udarbejdet et ”gør-det-selv”-metodekatalog, som består af forskellige metoder til at igangsætte konstruktive dialoger i klinikken inden for ledelse, samarbejde og fællesskab.
- Tilbuddene fra ens regionale kvalitetsenhed bliver præsenteret.

ikke nogen "one size fits all". Der er mange måder at tilrettelægge arbejdet på, alt efter hvem og hvor mange der samarbejder. Klyngemødet lægger derfor op til, at man udveksler erfaringer og forhåbentlig inspirerer hinanden undervejs i forhold til, hvordan der kan arbejdes videre efter klyngemødet. Pakken er inddelt i 3 dele med hver sit særlige fokus.

Del 1: ledelse og samarbejde i klinikken

Første del handler om ledelse og samarbejde. PLO's arbejdsmiljøundersøgelse viser at det forhold, der har størst positiv betydning for arbejdsglæden, er et godt samarbejde med lægekolleger i praksis. Det har en stor betydning for klinikken drift, at klinikken ledere kan lede klinikken sammen, da det sikrer en fælles retning og skaber et godt samarbejde i hele klinikken. Ligesom hos lægerne højner det gode samarbejde også arbejdsglæden hos personalet, og det styrker følelsen af at være accepteret som person i arbejdsfællesskabet. Når praksispersonalet føler sig frie til at dele idéer og stille spørgsmål, kan de nemmere lære af hinanden. Det øger produktiviteten og kvaliteten af arbejdet.

Men hvordan vedligeholder man det gode samarbejde i en travl arbejdsdag med et højt arbejdspress? Det er det, som klyngemødet i del 1 giver mulighed for at drøfte ud fra de aspekter, som, vi ved, skaber et godt samarbejde; nemlig en god ledelse, en god struktur og en god kultur i klinikken.

Del 2: lægefagligt fællesskab og kollegial støtte

Anden del fokuserer på samarbejde og støtte. Der er et højt arbejdstempo i almen praksis, og der stilles store følelsesmæssige krav til den praktiserende læge. Der skal være overskud til både at håndtere patienternes sygdomme og de daglige ledelsesdilemmaer. Ledelsesopgaven er ofte delt mellem flere ledere, og her er det vigtigt, at man respekterer hinanden i ledelsesgruppen. I PLO's arbejdsmiljøundersøgelse ses der en sammenhæng mellem udbrændthed og vurderingen af kvaliteten af et godt kollegialt samarbejde.

Udbrændtheden er højere i de kompagniskaber, hvor man vurderer, at kvaliteten af samarbejdet er dårligt, hvor man ikke får den nødvendige hjælp og støtte fra kolleger, og hvor man oftere end én gang om måneden er involveret i en konflikt. Der konkluderes, at jo bedre kollegialt samarbejde, jo flere læger uden tegn på udbrændthed.

Kollegial støtte – både fagligt og socialt – er en ressource for at forebygge stress og udbrændthed. Som sololæge er det særligt væsentligt, at man skaber gode muligheder for kollegial støtte i andre fællesskaber, som man indgår i (f.eks. supervisorsgrupper og klynger). Klyngemødet



sætter i del 2 fokus på det lægelige fællesskab og den kollegiale støtte som den enkelte læge oplever både i og uden for klinikken.

Del 3: det videre arbejde i klinikken

På klyngemødets del 1 og 2 diskuterer klyngens medlemmer, i hvilket omfang de oplever, at der er fokus på ledelse og samarbejde i egen klinik, og i hvilket omfang de oplever at få og give kollegial støtte til lægekolleger i og/eller uden for klinikken.

I del 3 af klyngemødet introduceres en række hjælpeværktøjer, som kan bruges til at arbejde videre efter klyngemødet.

Den enkelte klinik vil således kunne få hjælp til at arbejde videre med at skabe det gode samarbejde og fællesskab hjemme i klinikken ved at vælge et eller flere tilbud.

Vi ved godt, at et klyngemøde på 2½ time ikke løser trivselsproblematikken. Men vi håber, at mødet kan starte en proces for den enkelte læge og gerne hele klinikken, som kan sætte fokus på samarbejde og fællesskab, da det er en beskyttende faktor mod mistrivsel.

Note:

De to forfattere har udarbejdet selve klyngepakken i samarbejde med chefkonsulent i KIAP Christian Hollemann Pedersen. Vi vil gerne takke Christian for et forbilledligt samarbejde. Vi har alle 3 spillet hinanden gode og aktivt brugt hinandens styrker.

Referencer kan fås ved henvendelse til forfatterne. //



PLANTAR FASCIOPATI:

Er der behov for styrketræning eller en injektion med binyrebarkhormon som behandling?

Plantar fasciopat (irriteret svangsene, også benævnt fasciitis plantaris) er en lidelse, der hyppigt ses i almen praksis. Tilstanden blev tidligere kaldt hælspore, men da mange patienter ikke har en hælspore, kendes lidelsen i højere grad nu som plantar fasciopat. I et registerstudie i en dansk almen praksis fandt vi, at plantar fasciopat var den mest hyppige lidelse blandt alle tendinopatier (senesmerter) i underekstremiteterne. Hvert år ses i gennemsnit 6,5 patienter per 1.000 registrerede patienter i klinikken. Det er samme hyppighed som f.eks. knæartrose.

Patienten vil oftest beskrive smerterne, som værende værst om morgenen, når personen træder ud af sen-

gen, eller når han eller hun rejser sig op efter at have siddet i nogen tid. Nogle beskriver det som en følelse af at gå på glasskår, eller at man har en nål, der prikker op i hælpudden. Selvom man ikke ved meget om risikofaktorerne, så menes risikoen at stige med alderen, ligesom et højt BMI og stående eller gående arbejde potentielt kan øge risikoen. Traditionelt har man anset plantar fasciopat som noget, der går væk af sig selv inden for uger eller få måneder, men nyere forskning tyder på, at en stor andel af patienterne har smerter i flere år.

Lidelsen har stor indflydelse på patientens arbejds- og fritidsliv, og der findes ingen nem behandlingsvej. Gennem tiden er der forsøgt mange forskellige behandlingsformer, såsom udspænding af fascien, skoindlæg, chokbølge, taping, akupunktur, injektion med binyrebarkhormon og styrkeøvelser. Særligt styrkeøvelser har vundet frem, efter et studie fandt, at en styrkeøvelse, hvor patienten laver hæløft stående på et trappetrin med tæerne bagoverbøjet af et sammenrullet håndklæde, gav bedre resultater end udspænding.

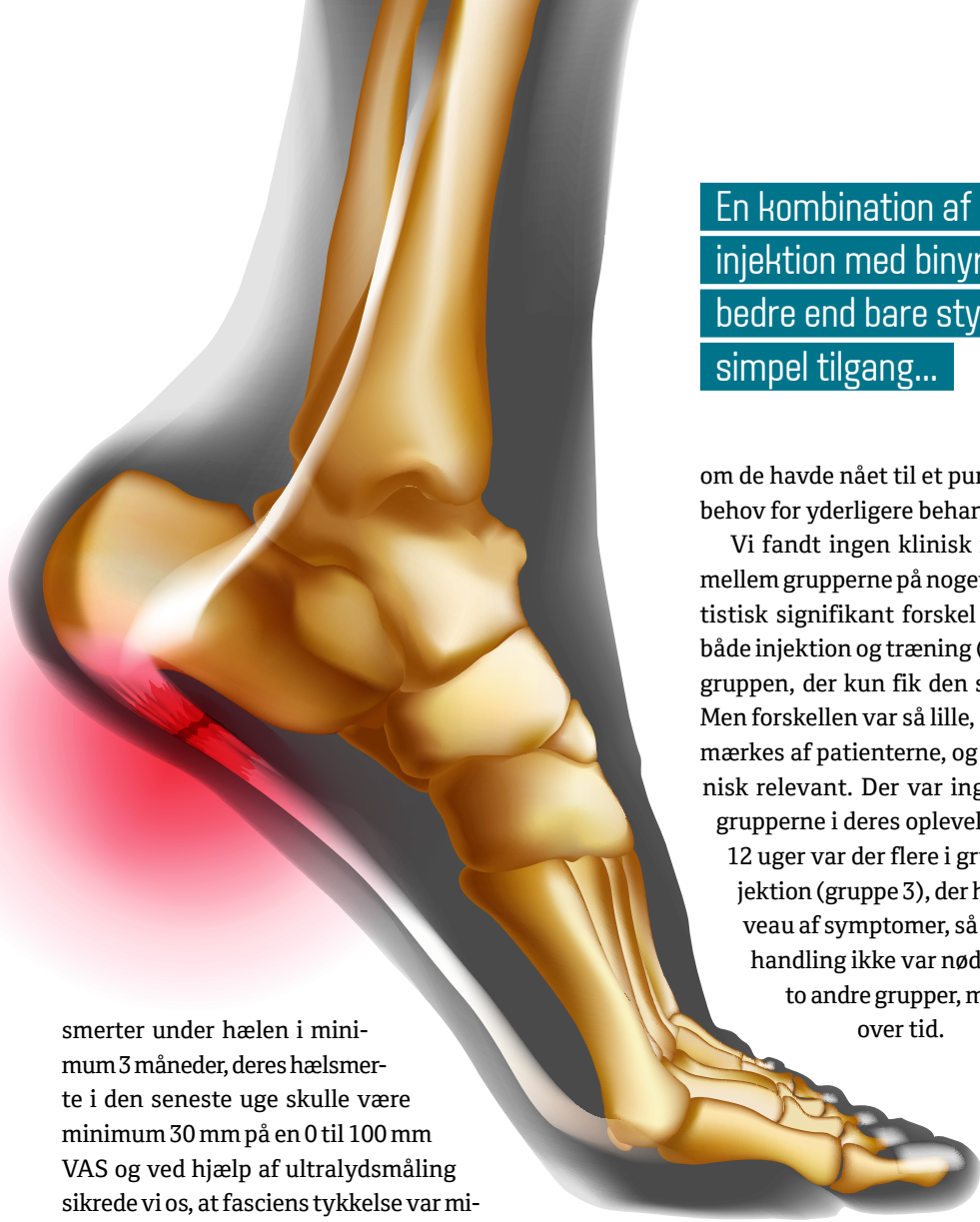
Patienterne efterspørger ofte en hurtig løsning på deres smerter, men der går som regel noget tid, før der er effekt af øvelser. En injektion med binyrebarkhormon kan derimod give en hurtig, men kortvarig smertereduktion. Kombinationen af styrkeøvelser og injektion med binyrebarkhormon kan derfor potentielt give patienten en bedring på både kort og langt sigt. Vidensgrundlaget, som styrketræningen beror på, har dog været relativt tyndt, da styrketræningen kun er sammenlignet med en anden behandlingsform i et enkelt mindre studie. Derfor valgte vi at undersøge effekten af styrketræning både med og uden binyrebarkhormonindsprøjtning og sammenlignede begge behandlingstilgange med en simplere tilgang, hvor patienterne blot fik et skoindlæg og råd om at reducere smerteprovokerende aktiviteter.

Lodtrækningsstudie med 180 patienter fra primært almen praksis

Vi rekrutterede 180 patienter med plantar fasciopat fra almen praksis og via sociale medier. For at kunne deltage skulle patienterne have haft

SE MERE:

Originalartiklen er udgivet i British Journal of Sports Medicine: <https://bjsm.bmj.com/content/57/18/1180>



smerter under hælen i minimum 3 måneder, deres hælsmerte i den seneste uge skulle være minimum 30 mm på en 0 til 100 mm VAS og ved hjælp af ultralydsmåling sikrede vi os, at fasciens tykkelse var minimum 4.0 mm, hvor en fascietykkelse hos personer uden en historik med hælsmerte oftest er 3.0-3.5 mm. Patienterne måtte ikke have konkurrerende sygdomme og måtte ikke have påbegyndt ny behandling af deres hælsmerte inden for 4 uger.

Ved lodtrækning blev patienterne inddelt i tre grupper. Gruppe 1 modtog udelukkende den simple behandling bestående af et skoindlæg og råd om at begrænse smerteprovokerende aktiviteter. Denne tilgang minder om den tilgang, der allerede hyppigt anvendes i almen praksis. Gruppe 2 modtog samme simple behandling plus styrkeøvelsen, der skulle udføres hver anden dag. Gruppe 3 modtog den simple behandling, styrkeøvelsen plus en ultralydsvejledt injektion med binyrebarkhormon.

Patienterne besvarede spørgeskemaer ved opstart og efter 4, 12, 26 og 52 uger. Vi målte effekten af behandlingerne med spørgeskemaet Foot Health Status Questionnaire med ændringen i smertedomænet af spørgeskemaet efter 12 uger som det primære effektmål. Patienterne skulle også svare på, om de havde oplevet en forbedring, sammenlignet med inden de startede behandlingen, og

En kombination af styrketræning og en injektion med binyrebarkhormon er ikke bedre end bare styrketræning eller en simpel tilgang...

om de havde nået til et punkt, hvor de ikke længere følte behov for yderligere behandling.

Vi fandt ingen klinisk relevant forskel i hælsmerte mellem grupperne på noget tidspunkt. Der var dog en statistisk signifikant forskel til fordel for gruppen, der fik både injektion og træning (gruppe 3), sammenlignet med gruppen, der kun fik den simple behandling (gruppe 1). Men forskellen var så lille, at den ikke forventes at kunne mærkes af patienterne, og den anses derfor ikke som klinisk relevant. Der var ingen langsigtet forskel mellem grupperne i deres oplevelse af forbedring over tid. Efter 12 uger var der flere i gruppen med både øvelser og injektion (gruppe 3), der havde opnået et acceptabelt niveau af symptomer, så de vurderede, at yderligere behandling ikke var nødvendig, sammenlignet med de to andre grupper, men denne forskel udlignede sig over tid.

Kliniske perspektiver

Resultaterne tyder på, at en kombination af styrketræning og en injektion med binyrebarkhormon ikke er bedre end bare styr-

ketræning eller en simpel tilgang, hvor man anbefaler patienten at anvende et skoindlæg og at reducere de aktiviteter, der provokerer smerterne. Derfor kan enkle råd være første skridt i behandlingen, når patienten ses i almen praksis.

Hvis smerterne ikke går væk over tid, kan man overveje at afprøve andre evidensbaserede behandlinger, såsom chokbølgeterapi efter henvisning til en fysioterapeut, injektion med binyrebarkhormon eller i sidste instans operation. Øvelser har fortsat sin gang på jord, hvis patienten ønsker at gøre noget aktivt selv.

I forbindelse med fortolkningen af resultaterne foretog vi interviews med tilfældigt udvalgte deltagere. De ville fortsat anbefale øvelser til andre, der måtte lide af plantar fasciopati, selvom de havde set, at der ikke var noget belæg for det (baseret på studiets resultater). De begrundede dette overraskende valg med, at styrkeøvelser var en lille investering i noget, der potentielt kunne øge sandsynligheden for at blive smertefri. //



FORSKNINGSTRÆNING

Behandling og monitorering af artrit urica i almen praksis

- databaseret kvalitetssikring i tre nordjyske almene praksisser

Forfatterne bag et forsknings-træningsprojekt, som er udført i tre nordjyske almene praksisser, finder det relevant med et øget fokus på systematisk årskontrol hos patienter med artrit urica (AU).

Kronisk og udbredt sygdom

AU er den hyppigst forekommende inflammatoriske artrittsygdom i den vestlige verden. Prævalensen i Danmark er 2-3 % og stigende. AU forårsages af hyperurikæmi, der hos nogle fører til krystaludfældning i led og deraf følger et inflammatorisk respons, udtrykt ved rødt, varmt og hævet led.

Patienter med AU har øget mortalitetsrisiko i særdeleshed på kardiovaskulær og nefropatisk baggrund. Der er fundet en association mellem hyperurikæmi og aterosklerotisk sygdom, hvilket siden 2016 både internationalt og nationalt har ført til mere aggressiv behandling med livslang

USB (uratsænkende behandling) fra andet anfald eller allerede fra første anfald, hvis patienten har flere risikofaktorer. Da AU er en kronisk sygdom, som er kendetegnet ved typisk flere anfald, formodes det, at næsten alle kommer i livslang USB.

Herudover er der fundet en mulig beskyttende association mellem høj P-urat og Alzheimers demens, hvorfor man ikke sigter mod det lavest mulige niveau. Behandlingsmål for AU-patienter er P-urat $\leq 0,36$ mmol/l og ved tophøs AU $\leq 0,30$. Der anbefales kontrol af stabile patienter 1-2 gange årligt, inkl. måling af P-urat.

Metode og udfald

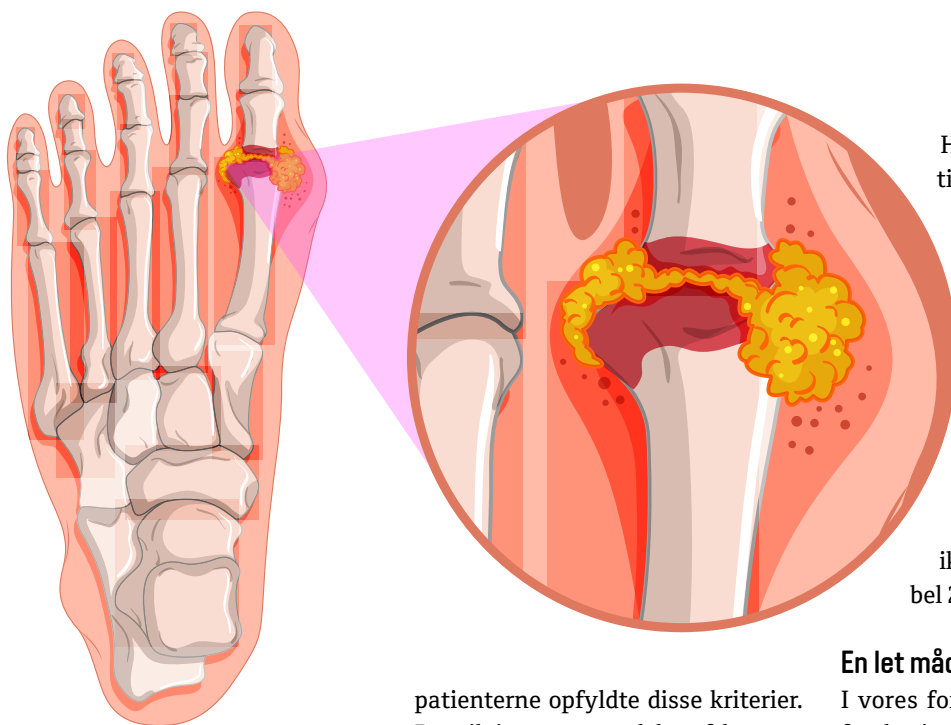
Patienter med diagnosekoden T92 (urinsyreigt) blev fremsøgt fra de tre medvirkende klinikkers patientjournaler. Der blev foretaget opslag på hver enkelt patient. Data blev ekstraheret fra medicinmodulet og laboratoriekortet. Fra laboratoriekortet blev

niveau for nyeste P-urat målt inden for det seneste halvandet år registreret. Udfaldsmuligheder: P-urat $\leq 0,36$, P-urat $> 0,36$ samt P-urat ej målt. Fra medicinkortet blev det undersøgt, om patienterne var i USB, hvilket blev vurderet ved, om patienten havde indløst recept på USB inden for det seneste halvandet år.

Studiet var designet som et databaseret studie på baggrund af data fra tre almene praksisser med i alt 179 in-

OM PROJEKTET

- Data blev indsamlet i tre nordjyske almene praksisser
- I alt 179 patienter blev inkluderet
- Kun 53,5% af patienterne i uratsænkende behandling havde et p-urat i behandlingsniveau ($\leq 0,36$ mmol/l).



Hos patienter i USB, dvs. patienter der udskrives medicin til, viste blot 53,5 % sig at være i behandlingsniveau, 25,6 % var ikke i behandlingsniveau, og 20,9 % havde ikke fået målt P-urat i det seneste halvandet år. Her er en patientgruppe, som har jævnlig kontakt til praksis med deres AU, som ikke følges jf. guidelines (Tabel 2).

kluderede patienter. Dette setup var relativt simpelt og krævede få ressourcer. En styrke ved designet var, at det blev registreret, om der var indløst recept på USB som udtryk for, om patienterne tog den ordinerede behandling.

Der blev valgt en surrogatmarkør for årskontrol, hvor der (frem for en journalaudit) blev foretaget et isoleret opslag i laboratoriekortet, hvilket har den svaghed, at seneste P-urat ikke nødvendigvis kan kobles med årskontrol/revurdering af USB.

Designet tog ikke hensyn til eventuelt manglende indikation for USB. USB er først indiceret ved to anfald eller ved ét anfald og minimum en af følgende faktorer: ung ved debut, tophi, hjerte-kar-sygdom eller nyresygdom samt visse anfald af nyre- og blæresten.

Mange kan behandles bedre

AU er en kronisk sygdom, der ved hovedparten af patienterne viser sig ved gentagne anfald. Jævnfør guidelines er den optimalt behandlede AU-patient (med to eller flere anfald) i USB og i behandlingsniveau. Kun 25,7 % af AU-

patienterne opfyldte disse kriterier. Det vil sige, at størstedelen af de resterende patienter ikke behandles og/eller monitoreres efter gældende retningslinjer. De 48 % af patienterne var i USB, hvilket ikke flugter med de gældende retningslinjer, der anbefaler, at størstedelen af AU-patienter bør være i livslang USB. Vi fandt, at kun 39,7 % havde P-urat i behandlingsniveau inden for seneste halvandet år, hvilket tolkes som den gruppe, der er tilstrækkeligt monitoreret og i behandlingsniveau (Tabel 1).

En let måde at finde patienterne

I vores forskningstræningsprojekt fandt vi, at AU-patienterne i de tre nordjyske praksisser monitoreres og/eller behandles suboptimalt. Dette flugter med publicerede resultater fra 2021 fra Reumatologisk Afdeling, Regionshospitalet Nordjylland.

Studiet her demonstrerer en ikke-tidskrævende metode, hvor vi i almen praksis kan identificere og hjælpe en overset patientgruppe, hvor optimering af kontrol og behandling vil kunne reducere mortalitet. Måske kan du bruge metoden i din klinik? //

Tabel 1: Totale population (n=179: 42 kvinder, 137 mænd)

Andel	Population % [n]
I behandlingsniveau (P-urat $\leq$ 0,36)	39,7 % [71]
Ikke i behandlingsniveau (P-urat $>$ 0,36)	33,0 % [59]
Uden målt P-urat det seneste 1,5 år	27,4 % [49]
I uratsænkende behandling	48,0 % [86]
Ikke i uratsænkende behandling	52,0 % [93]
I uratsænkende behandling og i behandlingsniveau	25,7 % [46]

Tabel 2: Patienter i uratsænkende behandling (n=86: 14 kvinder, 72 mænd)

Andel	Population % [n]
I behandlingsniveau	53,5 % [46]
Ikke i behandlingsniveau	25,6 % [22]
Ikke målt P-urat i seneste 1,5 år	20,9 % [18]



Når vi prioriterer alt, prioriterer vi intet!

Det var overskriften på VIDs forårsseminar, som blev afholdt i Odense den 7. marts 2024.

Henved 60 kolleger på tværs af organisationerne i det almenmedicinske miljø var samlet for at drøfte, hvordan man kommer i gang med prioritering i almen praksis. Blandt oplægsholderne var Mads Koch Hansen, konsulent og tidligere formand for Lægeforeningen, Mireille Lacroix, praktiserende læge og næstformand i PLO, mens DSAM's formand Bolette Friderichsen deltog i en paneldebat undervejs.

Practicus har talt med de tre oplægsholdere for at blive klogere på, hvorfor vi skal prioritere i almen praksis, og hvordan man kommer i gang med det. For en ting er at sige, at man skal prioritere, men hvad skal prioriteres, og hvordan kommer man i gang med det helt konkret, når man kommer væk fra overskrifterne?

**MADS KOCH,
KONSULENT OG TIDLIGERE FORMAND
FOR LÆGEFORENINGEN**

**Hvorfor er der behov for
prioriteringer?**

Overordnet er diskussionen om prio-

riteringer jo en diskussion om, hvad almen praksis rent faktisk skal kunne levere, og hvordan det skal ske. Det er ikke en debat, vi har haft før i en bredere kreds, så det er vigtigt. Især i en situation, hvor der er for få læger til de mange opgaver, der er i almen praksis.

Jeg tror, at det er vigtigt, at vi bliver bevidste om, at almen praksis er en del af samfundet, og at vi som samfund har nogle prioriteter, der skal løses. På den måde er almen praksis måske selvstændige, men de indgår i nogle større prioriteter.

Hvad er det for nogle prioriteter?

Patienterne efterspørger en bedre sammenhæng. Der er for store regionale

forskelle. Her må vi kunne forvente et ensartet tilbud på tværs af landet. Lige nu er tilbuddene fra almen praksis for uensartede. Der skal frigøres tid til kronikere og til de uafklarede patienter.

Hvordan får vi frigjort tid?

Her kommer snakken om prioriteringer til sin ret. Jeg tror, at vi kan frigøre op til 20 % tid i almen praksis, hvis vi kigger nærmere på tre overordnede områder: muskuloskeletale problemer, unge og mistrivsel samt tid brugt på at udfylde blanketter og attester.

Jeg ved, at det kan være svært at afgive opgaver, men hvis ikke man kan nå til enighed ved forhandlinger, må politikerne i sidste ende træffe en



Mads Koch Hansen: Der skal frigøres tid til mennesker med kronisk sygdom og patienter med uafklarede helbredsproblemer. Foto: VID – Netværk for viden og kompetencer i almen praksis.



Paneldebat om løsningsmodeller for prioritering i almen praksis. Ordstyrer: Jens Søndergaard. Deltagere: Mads Koch Hansen, Mireille Lacroix, John Brodersen, Birgitte Haar, Jens Kr. Kjeldsen, James Høpner, Bolette Friderichsen. Foto: Foto: VID – Netværk for viden og kompetencer i almen praksis.

beslutning. Unge mænd med et ømt knæ eller ryg efter sport kan med fordel gå til fysioterapi. Der er måske andre, der kan hjælpe unge i mistrivsel bedre end almen praksis, måske et bedre PPR-samarbejde med skolerne. Herudover er der mange af de attester, der udfyldes i almen praksis, hvor der ikke er brug for en læge. En fjerde ting, man skal se på er ”forsikringspatienterne”, altså dem med en sundhedsforsikring. Her bør forsikringsselskaberne selv løse opgaven frem for at få almen praksis til at lave henvisninger og opfølgninger på bifund.

Min overbevisning er, at vi på den måde kan frigøre op til 20 % tid i almen praksis, uden at det går ud over patienterne.

Hvordan ser almen praksis ud om nogle år?

Jeg tror, at vi om ti år ser på en styrket almen praksis, der med politisk hjælp har fokuseret på en mere snæver opgaveløsning. Herudover er der også truffet politisk beslutning om fordeling af ydernumre, så der kom-

mer flere ydernumre til provinsen. Som det er nu, er der en for ujævn fordeling af læger. Tilsvarende er der også en anden fordeling af antal patienter per læge, og normtallet kan variere efter belastningen i lokalområdet. Der er for mange læger i de store byer og få for få i provinsen, hvor der er mange behandlingskrævende patienter. Herudover forestiller jeg mig, at vi har fået et mere ensartet sundhedsvæsen uden de regionale og lokale forskelle, som vi oplever nu.

MIREILLE LACROIX, NÆSTFORMAND I PLO

Hvorfor er der behov for at prioritere?

Fordi der er mangel på læger, og fordi der vil blive flere ældre patienter og flere behandlingstilbud i fremtiden. Desuden oplever vi, at borgerne bliver mere bekymrede, så behovet for diagnostik og visitation vil stige.

Hvad skal vi prioritere?

Det er afspejlet i vores pejlemærker. Vi skal holde læge-patient-relationen

i hævd, fordi kontinuitet redder menneskeliv. Vi skal finde og behandle de syge og lade de raske være raske og derved undgå overdiagnostik og unødigt belastning af det sekundære sundhedsvæsen. Endelig skal vi gøre en særlig indsats overfor dem med størst behov. Det er f.eks. patienter med multisygdom og psykisk sygdom.

Hvordan skal det gøres hele konkret?

Der er ikke et quickfix. Jeg mener, vi skal mere i materien. Ideelt bør vi bruge lægefaglighed og forskning til at gå i detaljer med, hvordan vores strukturer skal være i sundhedsvæsenet og internt i almen praksis, for at vi rent faktisk opnår den prioritering, vi ønsker. Så kan vi beskrive, hvilke incitamenter der skal til, for at dette opnås, og først derefter bør det blive et emne for en aftaleforhandling – ikke omvendt.

Praksis løser f.eks. tidspresset forskelligt; ”tid samme dag” ”åben konsultation” og ”sygeplejerske i front”. Men vi ved ikke, hvad der giver bedst





Mireille Lacorix, PLO's næstformand: Prioritering er nødvendig, og her skal kontinuiteten bevares. Vi er nødt til at arbejde med differentieret tilgængelighed og styrket visitation.
Foto: VID – Netværk for viden og kompetencer i almen praksis.

gatekeeping og prioritering af de sårbare. Det er i hvert fald helt sikkert, at hvis alle kan booke lange tider direkte i lægernes kalender, betyder stærkaseeffekten, at almen praksis bryder fuldstændig sammen, så vi er nødt til at arbejde med differentieret tilgængelighed og styrket visitation. Jeg tror også, vi skal finde en bedre model for kronikeromsorg, og her er der heldigvis et forskningsprojekt i gang.

Hvordan ser almen praksis ud om nogle år?

Vi kan næppe forvente de store forandringer de næste par år, da regeringen først skal bygge på forslagene fra Sundhedsstrukturkommissionen. Jeg håber dog, at man laver en lovændring, der stopper concernklinikkerne, så fremtidens unge læger har mulighed for at købe en praksis. På langt sigt er vi flere læger med lavere normtal og en enklere og mere logisk aftale. Vi har flere diagnostiske muligheder, så patienterne kan blive behandlet i det nære. Vi bruger AI til at forbedre patientbehandlingen. Vi har bedre fællesskaber lokalt, og måske har vi lavet en forening, hvor vi kollektivt tager ansvar for ydernumre, der er svære at besætte.

Herudover er mit håb, at vores samarbejde med vores aftalepartner hand-

ler mindre om ydelseskontrol og mere om faglighed, og at vi "spiller hinanden gode", for det vil også øge patienternes tillid til hele sundhedsvæsenet.

BOLETTE FRIDERICHSEN, FORMAND FOR DSAM Er der behov for at prioritere i almen praksis?

Der er nok ingen tvivl om, at der skal ske prioriteringer, både i almen praksis og i resten af sundhedsvæsenet. Vi står over for, at der i de kommende år kommer stadigt flere ældre mennesker, der får behov for lægehjælp, samtidig med at vi ikke bare kan ansætte os ud af problemerne. Flere steder i landet er der allerede mangel på sundhedspersonale, og det problem vil blive større, hvis vi ikke gør noget. Men det gode spørgsmål er jo så, hvad vi skal gøre. Og hvordan vi skal gøre det.

Hvordan skal vi prioritere?

DSAM præsenterede i maj 2023 udspillet "Opgaverne i almen praksis", hvor vi kom med vores bud på, hvilke opgaver vi løser nu i almen praksis, og som giver mening for os. Og her er et vigtigt element, at vi holder læge-patient-relationen i hævd. Den kan og skal vi opretholde, for vi ved, at kontinuitet er vigtigt.

Herudover kommer vi nok også til

at se på, om der skal være en politisk proces ift. normtallet for antal patienter per praksis, og om der er forskellige mere administrative opgaver, der kan løses andre steder. Skal almen praksis udfylde attester og erklæringer? Skal vi ind over henvisninger til fysioterapi? Eller kan vi frigive ressourcer her?

Hvordan ser almen praksis ud om nogle år?

Vi kommer nok til at se nogle flere tekniske løsninger, der vil hjælpe os med at træffe de rette beslutninger, og som kan være med til at frigive mere tid til, at vi kan snakke med patienterne. Herudover tror jeg, at der er truffet beslutninger om, at der ikke er det samme normtal for klinikkerne mere, men at det bliver mere lokalt bestemt ud fra, hvilke patienter der hører til almen praksis.

Jeg tror stadig, at vi er selvstændige læger med vores egne klinikker, som vi kender nu, men vi vil nok se et tættere samarbejde mellem alment praktiserende læger, hospitaler og kommuner, da stadigt flere sundhedsopgaver skal løses lokalt. //



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

Grøn praksis

GRØNT TIP

Tabletter frem for flydende medicin

Som en del af et bæredygtigt sundhedsvæsen må vi som læger forholde os til, hvordan lægemidler påvirker klima og miljø. Selvom det er komplekst. Vi mangler fortsat gennemsigtighed fra medicinalfirmaerne om den samlede miljøbelastning og klimaaftryk fra deres produkter. Men evidensen på området stiger.

Medicin tynger i klimaregnskabet

Vi ved nu, at medicin står for 25 % af de danske hospitalers samlede klimaaftryk. Klimaaftrykket fra medicin, som er ordineret fra almen praksis i Danmark, kendes ikke endnu, men tal fra National Health Service i England har vist, at receptpligtig medicin står

for over 65 % af det samlede aftryk i almen praksis.

Flydende medicin forurener mere

Et studie har sammenlignet klimaaftrykket ved produktionen af paracetamol i flydende form versus tablet. De finder, at produktionen af flydende paracetamol forurener mere end tabletproduktionen på 8 ud af 11 målelige parametre, f.eks. er udledningen af fossile brændstoffer 15 gange større ved produktion af flydende paracetamol sammenlignet med produktion af paracetamol i tabletform.

De samme data er ikke tilgængelige for penicillin, men forventes at være tilsvarende. //

Hvor kan du ordinere tabletter i stedet for flydende medicin?

Børn og paracetamol: Børn på 20 kg kan få 250 mg x 4 dgl., hvilket svarer til en halv tablet, som kan knuses og indtages med yoghurt eller grød. Hvis barnet vejer under 15 kg, anbefales flydende paracetamol doseret efter vægt (50 mg x vægt, fordelt på 3-4 doser).

Børn og penicillin: Flydende Imacillin bliver ofte valgt som alternativ til flydende V-penicillin på grund af smagsforskellen. Men V-penicillin kan på lige fod gives i tabletform, som gerne må knuses. Her er bonus endda, at du undgår at skifte til et mere bredspektret antibiotika.



Foto: Colourbox



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

EN DAG MED ...

Louisa Skovlund Hollmann

Louisa Skovlund Hollmann er fase 3-læge i Lægerne Busgadehuset, en kompagniskabspraksis i Aarhus C med 4 kapaciteter og 7.200 patienter, hvoraf ca. 30 % har anden etnisk herkomst end dansk. Ud over de 4 kompagnoner og mig er der ansat en vikar, 4 sygeplejersker og flere medicinstuderende, som fungerer som sekretærer.



Louisa afholder videokonsultation med en mor, som ikke havde mulighed for at komme til en fremmedekonsultation i dag. Foto: Malene Thygesen.

Kl. 06.00: Min mands vækkeur ringer, og jeg og vores datter vågner også. Vi spiser fælles morgenmad og går i bad på skift. Min mand går mod toget klokken syv. Jeg og vores datter når at lege lidt med Duplo, og 7.20 smutter vi afsted på cykel mod vuggestuen, hvorefter jeg cykler videre på arbejde – jeg har kun 10 minutter på arbejde, og jeg nyder turen hver morgen og eftermiddag.

Kl. 7.49: Jeg låser mig ind i praksis – foran 5-6 patienter, som allerede står og venter ved døren. Jeg tænder computeren på mit kontor på vej i garderoben med min jakke. Derefter går jeg i køkkenet for at lave en kop te og sige godmorgen til mine kollegaer. To er hjemvendt fra ferie, og jeg når at høre om dårlige sneforhold i alperne og skildepadder på eksotiske strande.

Kl. 8.00: Vi har alle, både læger og sygeplejersker, åben konsultation hver morgen fra klokken 8 til 9. Patienterne skal møde op mellem 8.00 og 8.30 og bliver set i den rækkefølge, som de kommer. Jeg har ikke tidligere været i en praksis, hvor der er uvisiterede tider, men det virker både alsidigt og fleksibelt. Tiderne kan bruges til alt fra blodprøvetagning til akut sygdom og længerevarende symptomer, dog ikke konsultationer som samtaler og årskonroller. Nogle dage er venteværelset fyldt, og så er nogle problemstillinger for komplekse til formatet, så når jeg kun at tage hul på problemstillingen med patienten, måske iværksætte noget paraklinik eller hjemmeregistrering og lave en opfølgende tid. Denne morgen ser jeg blandt andet en gravid kvinde midt i 30'erne, som jeg i sidste uge

henviste til en provokeret abort. Hun ændrede dog mening, men er begyndt at bløde spontant og kommer nu for at få målt sin anden p-hCG. Jeg er selv synligt gravid, så inden jeg henter hende i venteværelset, tager jeg min tykke sweater på, for at min mave ikke er så fremtrædende. Jeg ser også en 3-årig passant, som jeg henviser akut til sygehuset obs. fraktur og en patient med en nyopdaget knude på halsen og andre 'småting' som feber, udslæt og et ændret modernærke.

I stedet for åben konsultation telefonvisiterer jeg 3 dage om ugen sammen med vores medicinstuderende i sekretariatet. Jeg synes, at det giver mening, at vi visiterer fra det samme rum, da de nemt kan stille mig lægefaglige spørgsmål, og jeg kan få hjælp, hvis der er noget, som jeg endnu ikke kender arbejdsgangen på. Hvis der er travlt i åben konsultation, så skifter jeg til at se patienter i stedet for at visitere.

Kl. 9.00-12.30: Planlagte konsultationer afbrudt af 15 minutters administrationstid og 15 minutters kaffepause. Administrationstiden bruger jeg på at besvare e-konsultationer, tjekke blodprøvesvar og skrive en korrespondance. Jeg ser en del yngre kvinder denne formiddag med underlivsproblematikker. Jeg mikroskoperer wet-smear 3 gange i vores laboratorium. Jeg ser også en ældre kvinde i 80'erne med sin datter til svar på en CT-scanning af cerebrum og status på, hvordan det går. Jeg har for et par måneder siden henvist hende til demensudredning, hvor hun i første omgang har fået tid om 1,5 år. Efter svaret på den normale CT-scanning har de fremrykket tiden til om 5 måneder; jeg ved ikke, om der er en sammenhæng. De sidste par konsultationer har været præget af datterens bekymring for hastigt nedadgående funktionsniveau hos den ældre kvinde, hvor der var begyndt at komme psykotiske



Louisa cykler hjem efter at have set dagens sidste patient. Foto: Solvej Videbæk Bueno.

symptomer, men også frustration over lang ventetid. Jeg har startet hende op i antidepressiv medicin efter konferering med specialisttelefonen i psykiatrien, og det har sammen med øget hjælp i hjemmet bedret kvinden, så konsultationen i dag er mindre frustrationspræget end tidligere. Jeg slutter formiddagen af med 30 minutters administrationstid, hvoraf det meste bliver brugt på at indhente lidt forsinkelse og få svaret på de sidste blodprøver.

Kl. 12.30: Fælles frokost. Vi har fælles frokostordning. Der bliver ofte lavet en salat, og ellers står den på rugbrød og pålæg fra køleskabet. Jeg kan mærke, at det skaber et fællesskab at mødes over et fælles frokostbord.

Kl. 13.00: En halv times supervision. Hver fredag gennemgår vi en kompetence, men i dag er det tirsdag, og vi bruger tiden på at gennemgå min aftenkørevagt fra sidste uge. Jeg havde en vagt, hvor jeg tvangsindlagde en psykotisk patient på røde papirer og havde politiet med – og derudover fik jeg lavet min første ligblanket. Vi taler mest om formalia, lovgivning og praktik i forhold til tilkaldelse af politiet – og jeg skal lige bekræftes i, at jeg ikke også skulle have lavet en dødsattest sammen med ligblanketten.

Kl. 13.30-15.00: Flere planlagte konsultationer, herunder blandt andet en videokonsultation med en mor, hvis døtre er blevet set dagen før. Hun synes, at de har fået det dårligere, men

de har dog ikke haft mulighed for at komme ind i praksis, og de er derfor booket på video. Jeg synes, at videokonsultationer kan være virkelig svære, da patienterne ofte har svært ved det tekniske, og billedkvaliteten ikke er i top. Det stiller store krav til visitationen. Vi aftaler, at de må komme ind i åben konsultation dagen efter eller ringe og få en akuttid, hvis hun bliver yderligere bekymret i de næste par dage, men for nu er det fortsat fredeligt. Jeg har også 2. samtale med en midaldrende mand, som jeg mistænker for at have en depression. Hustruen deltager i første halvdel af samtalen. Jeg kan godt lide at have samtaler, da patienterne oftest er meget tilidsfulde, og det bryder 'konsultationsflowet' at have dobbelttider.

Kl. 15.24: Har jeg fri. Jeg cykler hjem. Min mand har hentet vores datter, så de er allerede hjemme. Vi har ikke fået handlet til aftensmad på forhånd, så vi finder en rest i fryseren, som jeg varmer, mens min mand har vores datter i bad. Vi spiser ved 17-tiden og leger i stuen indtil sengetid.

Kl. 19.11: Min mand putter vores datter, og jeg rydder af efter aftensmaden og rydder op. Derefter får vi planlagt de næste par dage og meldt afleverings- og hentetider ind på Aula til vuggestuen. Min mand læser, og jeg strikker en times tid og skriver noter på min telefon til denne artikel, inden det er godnat før 22. //



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



Foto: AI-genereret.

FYAM tager afstand fra stråmandsklinikkerne

DR-programmet Kontant afslørede i februar en række sager fra klinikker under Alles Lægehus. Her var dårlig eller ingen lægebemanding, manglende kontinuitet og systematisk snyd med ydelser gennemgående elementer. Det er ikke sådan, vi ønsker at være praktiserende læger. Og det er ærgerligt at se, at vores system kan misbruges på den måde.

Koncernklinikker, som f.eks. Alles Lægehus, er muliggjort efter Folkeetingets lovændring i 2013, der betød, at en speciallæge i almen medicin kan eje op til seks ydernumre (klinikker). Formålet var prisværdigt, men midlet ikke det rigtige. I flere år har bl.a. FYAM og DSAM advaret om udbredelsen af denne klinikform, men mødt modstand fra politikerne med begrundelse i den aktuelle lægemangel.

Kontant viser dog, at der ikke altid er læger til stede i nogle klinikker, at ejerlægen nogle steder kun er ejerlæge af navn og ikke af gavn – og reelt bare en stråmand. De tilknyttede patienter fastholdes altså i forhold med dårlig lægebemanding. Og er der egentlig sikret lægedækning, når der ikke er en læge til stede? Nej, vel.

Vi tager afstand

Vi tager afstand fra koncernklinikkerne, så vi som enkeltindivider og lægestand ikke uforvarende rodes ind snyd med sygesikrings- og forsikringsydelser. Vi ønsker på ingen måde at

blive associeret med stråmandskonceptet, at blive stavnsbundet i egne klinikker eller at arbejde i en klinik, hvor vi er pålagt tavshedspligt om arbejdsforhold.

Aktuelt ses stråmands-/koncernklinikker primært i lægedækningstruede områder, men sager dukker op i bl.a. Kolding (hvor Alles Lægehus blokerede markedet med ulovlige overpriser), og de bevæger sig tættere og tættere på de større byer.

Både politikerne og vi selv har en rolle

Som absolut minimum opfordrer vi politikerne til at sikre, at "løsningen" med stråmandsklinikker er en midlertidig ordning. Det skal sikres, at kommende praktiserende læger kan overtage ydernumre i udkantsområderne, så vi igen kan sikre høj lægefaglig kvalitet, relation og kontinuitet. Det reder liv og sparer sundhedsudgifter.

Vi er klar over, at vi har gode kollegaer, som er ansat i koncernklinikker, og som gør deres for at sikre høj faglighed og en vis grad af kontinuitet for patienterne. Men den grundlæggende struktur er 'rådden' og drevet af økonomisk incitament. Derfor opfordrer vi kollegaer til at bidrage med arbejdskraft i traditionelle klinikker og tidsbegrænsede regions-/licensklinikker. Koncernklinikkerne vokser kun frem, så længe der er læger, der vil lægge navn til flere ydernumre under deres "drift". //



Hoveduddannelseslægers syn på uddannelsen i almen medicin

Cirka hvert andet år udfører FYAM-udvalget en medlemsundersøgelse for at sætte fokus på forskellige ønsker eller synspunkter fra medlemmerne – alt sammen i samarbejde med PLO. I år har fokus været at undersøge kvaliteten af hoveduddannelsen i almen medicin. Vi har derfor udsendt et spørgeskema til alle hoveduddannelseslæger i almen medicin i landet og ikke blot til vores egne medlemmer.

Dette fokus udspringer af et ønske om at få data, der kan komme vores medlemmer til gavn i uddannelsesforløbet, men det kommer også i kølvandet på den foreliggende omstrukturering af hoveduddannelsen, hvor 6 måneder flyttes fra hospitalsdelen og ud i almen praksis. Undersøgelsen

er således samtidig et målepunkt for kvaliteten før denne omstrukturering. Samtidig har vi med udgangspunkt i vores nyeste kampagne "Speciallæge i ledelse" i undersøgelsen også fokuseret på uddannelseslægernes ledelseskompetencer.

Undersøgelsen indeholder data om alle dele af hoveduddannelsen (også hospitalsdelen), men vi vil her præsentere jer for de vigtigste resultater om uddannelsen i almen praksis.

Udarbejdelse og udsendelse af spørgeskema

En arbejdsgruppe i FYAM-udvalget, som bestod af to hoveduddannelseslæger i almen medicin, to uddannelseskoordinatorer og to ph.d.-studerende fra de almenmedicinske forskningsmiljøer, har stået for udarbejdelsen af spørgeskemaet. Videreuddannelsessekretariatet var behjælpelige med at udsende en invitation på mail til alle landets hoveduddannelseslæger på

FORMÅL

Medlemsundersøgelsen fokuserer på kvaliteten af hoveduddannelsen i almen medicin og udforsker tilfredsheden blandt dem, der handler om: hoveduddannelseslægerne selv.



Supervision. Foto: Lene Maria Ørts.



tværs af de fem regioner. Denne mail indeholdt information om undersøgelsen og et universelt link til undersøgelsen. Samtidig blev der reklameret for undersøgelsen via FYAM's sociale medier, herunder Facebook og Instagram, og der blev trukket lod om en lægetaske blandt alle, som fuldførte spørgeskemaet. Undersøgelsen blev gennemført i september-oktober 2023.

Hvem deltog i undersøgelsen?

I alt blev 1.379 personer inviteret til

at deltage i undersøgelsen, hvoraf 663 personer (48 %) besvarede spørgeskemaet fuldt. Blandt de hoveduddannelseslæger, som besvarede spørgeskemaet, var 73 % kvinder og 27 % mænd med en gennemsnitsalder på 35 år. Det har ikke været muligt at opnå den reelle kønsfordeling af alle hoveduddannelseslæger på landsplan, men i den østlige del af Region Midtjylland (214 uddannelseslæger) er fordelingen 72 % kvinder og 28 % mænd. Derfor var det forventeligt, at kvinder udgjorde en større andel af respondenterne.

Respondenterne var jævnt fordelt på forskellige stadier af hoveduddannelsen (fase 1, 2 og 3), og 10 % angav at have orlov af forskellige årsager. Flest (84 %) angav at være tilknyttet en kompagniskabspraksis, mens få var tilknyttet en samarbejdspraksis (7 %) eller en solopraksis (7 %).

Hvad viser undersøgelsen?

Generel tilfredshed med hoveduddannelsen

Hele 87 % af hoveduddannelseslægerne, der har besvaret spørgeskemaet, angiver at være helt eller delvist enige i, at de overordnet er tilfredse med hoveduddannelsen i almen medicin. Ligeledes angiver 92 %, at de er helt eller delvist enige i, at kvaliteten af uddannelsen i deres praksis er god.

Overordnet er 89 % helt eller delvist enige i, at de er tilfredse med deres praksis som uddannelsessted. De faktorer, der har størst betydning for tilfredshed med praksis som uddannelsessted, er særligt supervision (82 %), det faglige niveau (75 %), det sociale fællesskab i praksis (67 %) og modtagelsen i praksis (55 %).

For de 11 %, der ikke er tilfredse med deres praksis som uddannelsessted, er det særligt manglende regelrette undervisningsseancer (61 %),

De faktorer, der har størst betydning for tilfredshed med praksis som uddannelsessted, er særligt supervision (82 %), det faglige niveau (75 %), det sociale fællesskab i praksis (67 %) og modtagelsen i praksis (55 %).

dårlig/mangelfuld supervision (55 %) og uhensigtsmæssig organisering af lægehuset (53%), f.eks. fordeling af roller mellem personale, der har betydning herfor.

Det fremgår af undersøgelsen, at hoveduddannelseslægerne synes, at de i deres tid i almen praksis i tilfredsstillende grad bliver klædt på til at tage selvstændige faglige beslutninger, kommunikere med patienter og samarbejde med kollegaer. Men når det kommer til de praktiske færdigheder, er hver fjerde helt eller delvist uenige i, at de bliver tilfredsstillende klædt på til at udføre praktiske færdigheder, og hele 40 % er uenige i, at der i deres praksis løbende planlægges formelle undervisningsseancer.

Ledelseskompetencer

Hele 95 % af uddannelseslægerne er helt eller delvist enige i, at de har et stort ønske om at lære om praksisdriften. Dette står desværre i kontrast til, at 48 % er helt eller delvist enige i, at de får de ledelseskompetencer, de har brug for, og også kun halvdelen er enige i, at samtaler om ledelse indgår i deres faste supervision.

HVORDAN BLEV UNDERSØGELSEN TIL?

Undersøgelsen blev udarbejdet i seks trin:

1. Brainstorm og oprettelse af idébank: Hvad dækker "kvalitet i hoveduddannelsen i almen medicin" over?
2. Involvering af "eksperter" for at få input til idébanken. Ekspertene var personer, der på forskellig vis har arbejdet med uddannelse i det almenmedicinske speciale.
3. Fokusgruppeinterviews i tre forskellige regioner med deltagelse af uddannelseslæger på forskellige uddannelsesstadier for at sikre, at alle relevante emner var med i idébanken.
4. Udarbejdelse af spørgeskema, herunder spørgsmål og svarkategorier (baseret på idébanken).
5. Pilottest af spørgeskemaet internt i FYAM-udvalget for at afdække tidsforbrug og sikre forståelsen af spørgsmålene. Tilretning af spørgeskemaet på baggrund heraf.
6. Opsætning af spørgeskema i den digitale platform SurveyXact.

TIPS TIL LEDELSESKOMPETENCER

Uddannelseslæger kan lukkes ind i ledelsesrummet efter forventningsafstemning og fortrolighedsaftale, så de kan blive klædt på til selv at varetage ledelsesrollen. Alternativt kan fortrolige punkter gemmes til sidst i mødet, og uddannelseslægen inviteres med til første del.

Uddannelseslæger og tutorlæger kan skabe dialog og refleksion om ledelse gennem hele uddannelsen, allerede fra fase 1. På den måde har uddannelseslægen mulighed for at reflektere over de mange ledelsesscenarier, som ofte foregår ubemærket i deres mange ansættelser.

Vi henviser til vores kampagneside (se QR kode nedenfor), som indeholder cases til brug direkte i supervisionen og en podcast-serie på 6 afsnit til cykel- eller køreturen til arbejde.



I målbeskrivelsen ligger kompetencer om drift og ledelse først i fase 3, som dækker over de læger, der bliver speciallæger inden for et år. Selvom der ses let øgning frem mod fase 3 ved inddeling efter uddannelsesstrin, er det fortsat kun 53 % af lægerne i fase 3, som er helt eller delvist enige i, at de får de ledelseskompeter, de har behov for.

Også klyngearbejdet har relevans for uddannelseslægerne praksisforståelse. Overordnet bliver kun 35 % af hoveduddannelseslægerne involveret i dette arbejde, mens dette tal heldigvis er højere, når vi ser isoleret på lægerne i fase 3 (57 %).

Kun 26 % af hoveduddannelseslæ-

gerne er helt eller delvist enige i, at de får lov til at deltage i klinikkens ledelsesmøder. Lægerne i fase 3 deltager i gennemsnit mere (46 %) sammenlignet med de øvrige uddannelsesstrin. Det er dog tankevækkende, at kun knap halvdelen af de læger, som inden for et år potentielt ejer egen klinik, deltager til ledelsesmøderne under deres uddannelsesstilling.

Samlet set har kun lidt over halvdelen (58 %) tillid til, at de er klædt på til at være praksisejere efter endt uddannelse. Tallet er heldigvis højest blandt lægerne i fase 3 (70 %).

Supervision

Daglig supervision for uddannelseslæger i almen praksis var i 2012 omdrejningspunktet for en stor FYAM-kampagne (Rp. Supervision) med budskabet ”30 minutters fast supervision pr. uddannelseslæge hver dag”. Dette kvalitetsmål er sidenhen accepteret af uddannelseskoordinatorer i alle 5 regioner. I denne undersøgelse ses da også, at hele 89 % af uddannelseslægerne får fast/skemalagt supervision dagligt. De 11 %, der ikke gør, modtager desværre kun supervision i gennemsnit 2 dage om ugen a ca. 20 minutter.

I denne undersøgelse er de fleste læger helt eller delvist enige i, at de generelt er tilfredse med kvaliteten (90 %) af supervisionen i almen praksis. Hele 95 % er enige i, at der under supervisionen er rum til at spørge ind til alle slags udfordringer – også de ting, som uddannelseslægen finder svære. Ligeledes finder 95 %, at det oftest er nemt at få hjælp, når de har brug for det under en konsultation (ad hoc-supervision), og 92 % er helt eller delvist enige i, at de er tilfredse med mængden af fast supervision. Der kan med fordel arbejdes med måder, hvorpå supervisionen foregår; kun

27 % er helt eller delvist enige i, at direkte supervision (f.eks. ”fluen på væggen” eller video af en tidligere konsultation) indgår regelmæssigt som en supervisionsmetode.

Opsummering

Hoveduddannelseslæger er generelt tilfredse med deres uddannelse til speciallæge i almen medicin.

Anbefalede indsatsområder på uddannelsesdelen i almen praksis

- Fokus på de praktiske færdigheder i almen praksis
- Planlægning af formelle og faste undervisningsseancer
- Fokus på ledelseskompeter, herunder at invitere uddannelseslæger med til ledelsesmøder i klinikken og involvere dem i klyngearbejde
- Fast/skemalagt daglig supervision for de sidste 11 procent af hoveduddannelseslægerne
- Fokus på varierende supervisionsmetoder. //

TIPS TIL DIREKTE SUPERVISION

Appen ”Supervision” kan benyttes som praktisk hjælp til direkte supervision. Adgang fås via www.supervisionsportalen.dk. Her kan video af konsultationer mhp. supervision optages, gemmes og afspilles senere i selskab med supervisor iht. gældende regler (inkl. skriftligt samtykke fra patienten). Praksis anbefales at have et telefonstativ, som uddannelseslægerne kan benytte, når de vil optage supervisionsvideoer, da det højner kvaliteten af videomaterialet.



FYAM-KLUMMEN

Når man stikker næsen frem...

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

I min sidste klumme havde jeg fået nok af dårlige oplevelser på mine hospitalsophold med kolleger, som tydeligt var ligeglade med – eller endda irriterede over – uddannelse på afdelingerne og særligt over for os AP-læger.

Folk op af stolene

Jeg havde efterfølgende flere gode samtaler med flere af mine kollegaer. Nogle kunne nikke genkendende til oplevelserne, mens andre var noget overraskede og ikke havde opdaget lignende under deres ophold. Men den samlede vurdering fra alle var, at diskussionen var vigtig og bør tages op på et højere niveau end blot til Practicus' læsere. For både det at kunne give og modtage uddannelse, og det at kunne tale pænt til hinanden, er vigtigt. Og selvom

Practicus' læsere formentlig kunne nikke genkendende til problematikken, så findes den reelle målgruppe for at ændre kulturen i sekundærsektoren ikke hos læserne af dette (ellers rigtig gode!) tidsskrift.

Nej, den målgruppe,

man skal kunne ramme for at få indflydelse på hospitalerne, læser et helt andet tidsskrift end Practicus; de læser Ugeskrift for Læger. Derfor fik jeg nogle måneder senere en tilrettet kronik i dette blad – og det fik folk op af deres stole.

Frygten for kritik

Det kan være svært at turde stikke næsen frem – særligt for yngre læger – på grund af frygten for konsekvenser i vores erhverv. Jeg blev selv endda en smule i tvivl, da jeg genlæste min egen kronik. Ville jeg nu blive stemplet som ham den sure? Misforstod nogle mine motiver? Var jeg for kritisk? Ville den forkerte afdeling nu få kritik? Ville jeg blive fyret? Ja, spørgsmålene har været mange og specielt efter det store fokus, min kronik fik.

Men jeg har ikke fortrudt! Kronikken var nødvendig – jeg var bare ikke forberedt på konsekvensen af at stikke hovedet frem.

Inden for et døgn havde jeg fået flere mails fra kollegaer på tværs af landet. Jeg havde fået en mødeindkaldelse fra min afdelingsledelse. Og jeg var også blevet kontaktet af Lægeforeningen. Av – måske jeg alligevel var for kritisk?



Det er tydeligt, at der er
behov for en kultur-
ændring. Ikke bare for
vores skyld, men særligt
for vores kommende
kollegers skyld.

Rampelyset

Inden for en uge havde min indbakke hobet sig op til over 70 mails fra andre AP-læger og studerende med personlige beretninger om mistrivsel og manglende uddannelse samt konflikter med afdelingsledelser og kolleger. Jeg fik også flere mails med ønsker om samarbejde fra både yngre og ældre kolleger, der støttede op og ønskede at styrke arbejdsmiljøet og organisere sig blandt andet ved at skabe et arbejdsmiljørepræsentantskab i almen praksis. Jeg fik også mails fra studerende, der ønskede oplæg og diskussioner i deres faglige grupper, og fra kollegaer, der rakte hånden frem og tilbød at lytte, hjælpe og videreformidle. Andre faggrupper tog også kontakt og beskrev lignende problematikker og udtrykte ønsker om tværfagligt samarbejde for et bedre miljø på hospitalerne. Flere journalister havde desuden kontaktet mig for opfølgende interviews. Jeg blev endda også på hospitalsgangene mødt af kolleger (jeg på daværende tidspunkt ikke selv kendte), som klappede mig på skulderen og sagde, at 'det var på tide, at nogen sagde noget'.

Kronikken var derudover også slået op på LinkedIn og havde fået mere end 8.000 visninger med en algoritme, der ramte primært læger, sundhedspersoner, hospitaler og ledere. Efterfølgende kom den også på Facebook, hvor Yngre Læger bakkede oftest til op om kritikken. Den blev delt mange gange i forskellige netværk og

grupper, hvor den fik yderligere støttende kommentarer med flere kollegers personlige erfaringer. Ugeskriftets redaktør kontaktede mig endda for at sige, at deres Instagram-profil aldrig før havde fået så meget aktivitet på et opslag. Kronikken blev kaldt modig, nødvendig og stærk.

Fra debat til handling

Derfor var det også med den viden i baghovedet, at jeg (smånerøs for fremtiden) tog til møde med min afdelingsledelse. Men selv her mødte jeg opbakning og ros for at tage bladet fra munden. Jeg blev samtidig også inviteret til ledelsesmøde med direktionen, så jeg kunne fortælle om min erfaring blandt mine kollegaer og fortælle ledelsen, hvad der burde laves om, og – hvis jeg havde mod på det – fortælle om mine personlige oplevelser (som jo desuden allerede stod i evalueringerne af afdelingerne).

Jeg var meget overrasket over den overvældende respons på kronikken og forundret over, at den var nået så langt ud, havde rørt så mange mennesker og fået så stor effekt. Og alt det på blot én uge.

Min tidligere afdeling (som vidste med det samme, at det var dem, der havde udløst kritikken), reagerede også. Ikke officielt – sådan noget gør man jo ikke – men jeg kunne tydeligt fornemme, at cheflægen på afdelingen havde talt med store ord til deres morgenkonference, hvor nogle må have fået sved på panden. For tonen er helt anderledes efter min kronik. Hver gang jeg nu møder læger fra den kritiserede afdeling, har de smilt og hilst (hvis de ikke kiggede flovt den anden vej). Og har jeg skullet arbejde sammen med dem om en patient, tager de sig nu tid til at være venlige, informerende og lære fra sig. Det var et helt nyt syn og bestemt ikke noget, de tidligere gjorde af sig selv.

Er det bare mig, der er "sensitiv"?

Selvfølgelig var der også kritik – det kommer man jo sjældent udenom. En kollega fra min ovenfor nævnte tidligere afdeling kom noget vævende hen til mig og 'beklagede' min oplevelse, på trods af at han ikke selv synes, at afdelingen oplevedes på den måde. En super akavet samtale, der emmede af, at han ikke var enig. Men jeg tager hatten af for, at han kom ned og talte med mig. Diskussionen er vigtig, om man har oplevet det selv eller ej.

Jeg har derudover modtaget meget få kommentarer på de sociale medier og en enkelt mail, som kunne opfattes kritisk (eller i hvert fald som noget, de ikke selv har oplevet). To kommentarer har lydt på, om det ikke bare var mig, som var sensitiv.

Kulturændring

Jeg er utroligt positiv over, hvor stor en forskel kronikken allerede har gjort på det hospital, jeg er tilknyttet. Tak til alle jer AP-læger, som har delt jeres oplevelser og bakket op. Jeg håber virkelig, at denne debat og den fokus, den har fået på de sociale medier, har medvirket til øget opmærksomhed på dette område. Det er tydeligt, at der er behov for en kulturændring. Ikke bare for vores skyld, men særligt for vores kommende kollegers skyld. Samarbejde er nemlig (også) nødvendigt for rekruttering.

Jeg har i denne proces lært en meget vigtig lektie om mig selv. Jeg er ikke en sur gammel mand, som jeg ellers kaldte mig selv i sidste klumme. Jeg er en læge med en stemme, og den er ikke mindre værd end andres. Og det budskab vil jeg gerne opfordre dig til også at byde ind med. Sæt dig selv først, og vær ærlig og kritisk, hvis du oplever et hospitalsophold, der ikke er optimalt.

Bed om uddannelse. Kræv at blive talt pænt til. Og vær med til at skabe en kulturændring i sundhedsvæsenet. //



Et interview med min arbejdsplads: **Lægerne Skt. Clemens Bro**

Lægerne Skt. Clemens Bro er en kompagniskabspraksis i Aarhus, som er ejet af lægerne Anne, Andreas og Charlotte. I klinikken har de ansat 2 sekretærer, 2 sygeplejersker, 2 vikarlæger og 1 uddannelseslæge. Derudover har klinikken siden 2021 haft medicinstuderende ansat, som jeg er så heldig at være én af.

Denne artikel er tænkt som et positivt pust til en travl hverdag i almen praksis. Med dette en opfordring fra en medicinstuderende, som er evigt imponeret over jeres formåen, jeres daglige håndtering af patienter midt i deres livs måske største krise eller det store vægttab, som endelig kunne realiseres med et drys Wegovy. Jeg håber ikke, at I lader jer bremse af en igen dyster trivselsundersøgelse. I er vanvittigt dygtige, det må I ikke glemme i farten. Gid alle patienter må møde samme grad af omsorg, som jeg hver gang oplever hos jer som patient, studerende og som praksisassistent. Tag godt imod mine kollegaer, når jeg i nedenstående interview konfronterer dem med store som små spørgsmål om det at arbejde i almen praksis.

PERNILLE, 36 ÅR

Uddannet læge i 2015.

Hoveduddannelseslæge i fase 3.

Hvad er det bedste ved at have stud.med.er ansat i almen praksis?

Jeg synes, at det bedste ved at have stud.med.er i almen praksis er, at de

er omstillingsparate, ivrige og hurtigt lærer nye opgaver. På den måde kan de hurtigt bruges til mange forskellige ting i praksis, bl.a. i blækspruttefunktioner, og de kan være med til at lette hverdagen, hvis man lige skal have taget en akut blodprøve.

Har du overvejet andre specialer, og hvorfor endte du med at vælge almen medicin?

Jeg troede, at jeg skulle være abdominalkirurg indtil 8. semester. Men så fandt jeg ud af, at jeg egentlig hellere ville bruge min tid på at snakke med patienterne. Og så fik jeg øjnene op for almen medicin, hvor der er rigtig meget patientkontakt.

Har du et råd til en yngre almenmediciner?

Mit råd vil nok være, at man skal prøve at lave sin hverdag, så man er i balance både i familielivet og arbejdslivet. Fordi lige nu kan vi se, at mange af vores ældre kollegaer har det hårdt. Den nye generation af unge læger skal prøve at stå sammen om målet at undgå stress og udbrændthed.

Kan du fremhæve en episode fra dit arbejde, hvor du følte, at du gjorde en særlig forskel?

Jeg synes, at der har været mange situationer, hvor jeg har gjort en særlig forskel. Men det er specielt lige, når man hjælper nogle patienter, der f.eks. er i krisereaktion. Det kan være en patient, som er selvmordstruet, og man får snakket med dem og får dem stabile igen.

Hvis du skulle beskrive din hverdag i praksis med 3 ord?

1. Varierende, 2. Patientcentreret, 3. Hyggelig.

ANDREAS, 43 ÅR

Uddannet læge i 2008.

Medejer af klinikken siden 2017.

Hvad er det bedste ved at have stud.med.er ansat i almen praksis?

Det bedste er engagementet fra dem. De er lærenemme og vil rigtig gerne. Jeg kan nævne flere ting... De kommer med et drive, og så er de sjove og festlige.



Klinikkens deltagelse ved DHL-stafetten i 2023, selvfølgelig med både forfest og efterfest. Foto: Privat.

Hvis du kun måtte fremhæve én grund til at blive almenmediciner, hvad skulle det så være?

Det med at kunne planlægge selv. Jeg har ikke et præcist ord for det, men den her selvstændighed, der er i det at opbygge sin egen hverdag, som man gerne vil.

Hvad ser du mest frem til, når du tager på arbejde om morgenen?

Jamen, jeg ser frem til hyggen og morgenmaden kl. 10 (sagt med et glimt i øjet). Her hygger vi med personalet og taler med personalet. Og så er der selvfølgelig sjove patientoplevelser imellem også, men det er samarbejdet og hyggen med personalet, der får hjulene til at køre.

Sociale arrangementer prioriteres her i klinikken. Hvilket arrangement tænker du tilbage på som det bedste?

Jeg tænker tilbage på sommerfesten ved Charlotte med udklædning og fuld gas. Altså de der sommerfester, hvor vi får introduceret nogle af de mere ungdommelige ting som beer pong og flip the cup, det er genialt.

Har du et råd til en yngre almenmediciner?

Altså en, der lige er blevet færdig? Så vil jeg sige: Prøv – et års tid efter du er blevet færdig – at blive ansat som vikar i en klinik. For mig var det fedt at få købt et ydernummer bagefter, så man kan opbygge den hverdag, som

man gerne vil have. Så få din egen klinik forholdsvis hurtigt, og hvis du kan få den sammen med nogle studiekammerater, eller nogle du kender lidt, og I vil samme vej, så er det helt klart noget, jeg vil råde til. Det gør det nemmere at opbygge den klinik, som man gerne vil have.

CHRISTINE, 47 ÅR

Uddannet sygeplejerske i 2001.

Ansæt i klinikken siden 2019.

Hvad er det bedste ved at have stud.med.er ansat i almen praksis?

Jeg tror, at det bedste ved at have dem ansat er, at de gør en stor forskel i forhold til at aftage en masse opgaver. ➔

Det kan sygeplejerskerne i hvert fald mærke. De er meget kompetente, og jeg synes, at næsten lige meget, hvilket semester de er på, går de ind i arbejdet med liv og sjæl.

Hvordan adskiller dit virke som sygeplejerske i almen praksis sig fra sygehuset?

En væsentlig ting er jo, at i almen praksis møder vi tit hele familier. Så det kan tit være det med, at vi har bedstemoren en dag, datteren en anden dag, barnebarnet en tredje dag og måske også et oldebarn en fjerde dag. Vi lærer nogle gange hele familier at kende, og det, synes jeg, er rigtig rart. Det giver en god kontinuitet i arbejdet, og det er også det med, at man ved, hvad der rører sig i familien. Så hvis der er problemer i en generation, så ved man nogle gange, hvad der rører sig for andre. Det er rigtig godt, synes jeg.

Hvad ser du mest frem til, når du tager på arbejde om morgenen?

Jeg tror, at jeg ser mest frem til at være på arbejde sammen med mine kollegaer i et godt arbejdsmiljø. Det er også en uforudsigelig dag. Jeg kan godt lide det der med, at der ikke er to dage, der er ens. Nu kører vi tid-samme-dag-koncept her i klinikken, og det gør jo, at jeg aldrig rigtig ved, hvad det er, jeg skal lave, når jeg skal på arbejde. Patienterne kommer jo også tit med noget andet end det, som lige står på programmet. Det giver mig en god afvekslende hverdag, synes jeg.

Hvis du kunne ændre én ting ved almen praksis, hvad skulle det så være?

Jeg tror, at en af årsagerne til, at folk bliver udbrændte i det fag her, er, at der tit bliver lagt for mange opgaver over fra sygehusene til almen praksis. Det, tror jeg, at man skal passe på med. For samtidig med, at der bliver lagt flere opgaver over på lægerne, lægger lægerne flere opgaver over på syge-

plejerskerne, som lægger flere opgaver over på de medicinstuderende. Så sker der nogle gange lidt en opgaveglidning. Det kan på nogle områder faktisk være rigtig godt, fordi man får flere kompetencer, og man bliver en dygtigere medicinstuderende og en dygtigere sygeplejerske af at få lov til nogle flere ting. Men samtidig er der mange administrative opgaver for lægerne, og det presser, tror jeg.

Hvis du skulle beskrive din hverdag i klinikken med 3 ord?

1. Afvekslende arbejdsopgaver, 2. God tværfaglig sparring, 3. At gøre en forskel.

REBECCA, 26 ÅR

*Medicinstuderende på 9. semester.
Ansæt i klinikken siden 2021.*

Hvad er det bedste ved at være ansat som stud.med. i almen praksis, synes du?

Der er flere ting... Fagligt føler jeg, at jeg får lov til at se nogle af de ting, som jeg læser om i bøgerne. Jeg synes, at teorien giver bedre mening, når man får lov til at se patienter, før man kommer ud i klinikken på hospitalerne. Derudover er der en kæmpe læring i at få lov til at kommunikere med patienter og finde ud af, hvad kommunikation med patienter overhovedet er for en størrelse. Vi lærer en masse fagligt om dette på studiet, men du lærer bare først rigtigt kommunikationen, når du får lov til at springe ud i det i trygge rammer. Det bedste er også det kollegiale, det nære og fællesskabet i praksis, og lige det kollegiale har vi været utroligt heldige med i vores praksis.

Hvis du kunne ændre én ting ved almen praksis, hvad skulle det så være?

Så tror jeg, at jeg ville sige lidt fra et vestjysk perspektiv, at jeg ville ønske, at alle patienter kunne have den sam-

Det bedste ved at have stud.med.er i almen praksis er, at de er omstillingsparate, ivrige og hurtigt lærer nye opgaver.

me adgang til egen læge, som jeg har oplevet, at patienterne til Aarhus-lægerne har. Nu kender jeg det fra egen opvækst i Vestjylland, at der er det ikke altid lige så nemt at komme til læge. Det er jo svært, fordi det kræver, at folk vil ud at arbejde i periferien. Men jeg synes, at det er ærgerligt, at der er så stor variation i adgangen til egen læge.

Kan du fremhæve én ting, som gør dit arbejde særligt interessant?

Jeg tror, det er variationen i arbejdsopgaverne. Jeg er med på, at vi tager mange blodprøver og EKG'er. Men jeg synes, at man møder mange forskellige mennesker og ser mange forskellige problemstillinger. Jeg ser alt fra bekymring om svampeinfektion i en negl til bekymring for cancer. Jeg synes, at forskelligheden i det, man møder, er stor, og det er ret spændende. Man ved aldrig, hvad man møder eller skal forvente.

Overvejer du selv almen medicin som dit specialevalg?

Det korte svar er, ja, det gør jeg helt bestemt. Du møder både ældre og unge patienter, børn og babyer. Du ser det hele og følger folk over en lang periode. Måske jeg er en jubeloptimist, jeg synes i hvert fald, at det er et super fedt speciale, særligt fordi jeg har de bedste rollemodeller at spejle mig i.

Til min fantastiske arbejdsplads: Tak for interviewet. Når jeg bliver "rigtig" voksen, vil jeg være lige så dygtig som jer! //



TANKER FRA STOLEN:

Svindlere og kontrollanter

Alles Lægehus har vakt opsigt – og det af alle de forkerte årsager. Beskyldninger om misbrug af et tillidsbaseret honoreringssystem lader til at have åbnet en Pandoras æske af grådighed i sundhedssektoren. Hvordan kunne det ske, at en politisk skabt konstruktion, som er designet til at sikre lægedækning, nu misbruges til at tappe offentlige midler?

Det er ikke blot en skandale; det er et symptom på et dybereliggende problem i vores sundhedssystem. Alles Lægehus' forsvar om, at de 'bare følger regionernes anvisninger', er en tynd undskyldning for praksisser, der strækker grænserne for etik og lov.

Regionerne råber på mere kontrol og adgang til patientjournaler som løsningen. Men er det virkelig vejen frem? At kræve indsigt i patienters mest private oplysninger er en farlig glidebane mod et overvågningssamfund, hvor privatlivets fred bliver en saga blot.

Sundhedsministerens løfte om strammere kontrol lyder mere som et politisk træk end en reel løsning. Statsrevisorernes kontrol med praktiserende lægers honorarafregning fra 2023 viser, at den såkaldte 'svindel' udgør mindre end én procent af det samlede budget. Er det virkelig denne minimale procentdel, der retfærdiggør massive indgreb i persondata og et oppustet kontrolapparat?

Vi må ikke falde i fælden og tro, at flere kontrollanter og mere bureaukrati er svaret. Det vil kun skabe et tykkere lag af papirarbejde og større afstand mellem læge og patient.

Lad os i stedet tage fat om nældens rod og spørge: Hvorfor er systemet sårbart over for misbrug? Svaret ligger i et honoreringssystem, der belønner kvantitet frem for kvalitet. Ved at omfordele ressourcerne mere ligeligt og sikre gennemsigtighed i afregningerne, kan vi skabe et miljø, hvor svindel ikke blomstrer.

Det er tid til at tænke kreativt. Lav en forenkling af hono-

rarstrukturen, jf. Honorarstrukturrådets anbefalinger. Indfør en teknologi, der automatisk informerer patienterne om, hvad deres besøg har kostet regionen. Patienter ved bedst, hvilke ydelser de har modtaget, og de vil hurtigt kunne flage uregelmæssigheder.

Nok er nok. Det er på tide at holde op med at behandle symptomerne på svindel og i stedet kurere sygdommen. Det kræver modige beslutninger, ikke mere af det samme. Stop med at gøre kontrol til en industri; gør sundhedssystemet til et samfundsaseret projekt, hvor tillid, transparens og ansvarlighed er i centrum.

Galskaben skal stoppes, og det skal gøres med intelligens og integritet, ikke med mere mistillid. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



Badevand og barn

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.



Sundhedsstrukturkommissionen barsler snart, og vi må håbe, de leverer et levedygtigt barn!

Det springende punkt er almen praksis, der på den ene side er lovet en central rolle i det fremtidige sundhedsvæsen, men samtidig trues af regioner og andre beslutningstagere til at have gennemskuelige og ensartede ydelser og i det hele taget indordne sig! Med det menes formentlig, at vi skal kunne reguleres top-down i et hierarkisk system, som det øvrige sundhedsvæsen. Vor Herre bevare os!

Hvis almen praksis skal kunne yde, som vi har gjort i generationer, skal vi bevare vores selvstændighed og diversitet. Det er der få embedsfolk og politikere, der forstår. Ja, forstår vi det selv til fulde? Forstår vi, hvor vigtig autonomien er for vores kernekompetencer? Og fatter vi, hvor vigtige de er, for at vi kan opfylde vores "pligter" over for borgere og sundhedsvæsen?

Da jeg startede i almen praksis for over 25 år siden, havde jeg ikke en holdning til fagets organisering og "sjæl", men accepterede de givne vilkår med aftaler og driftsansvar. Nu ser jeg autonomien som helt central for at kunne agere fagligt og relationelt! Og det står mig stadig mere klart, hvad kernekompetencerne er. Derfor er det med angst og bæven, jeg afventer Sundhedsstrukturkommissionens udspil. For forstår de, hvad der er på spil?

Kommisionsmedlemmerne har en svær opgave, når der fra flere sider råbes om, hvad almen prak-

sis skal, mens det vigtige for dem er at vide, hvad vi kan! Og ikke mindst skal de vide, hvilke opgaver der er en forudsætning for denne kunnen. Hvis ikke de er helt skarpe på at adskille kerneopgaverne fra de overflødige – barn fra badevand – er risikoen, at barnet smides ud!

Hvad der gør den danske almen praksis til en af verdens mest omkostningseffektive, er der ikke mange, der forstår, men der er efterhånden dokumentation for, at relationen mellem patient og læge samt kontinuitet over mange år har betydning for både overlevelse og antal uhensigtsmæssige indlæggelser. For mig består kernekompetencen af mindst 3 helt centrale vilkår:

For det første fri – dvs. gratis og usorteret – adgang til en læge, man kender. For det andet den personcentrerede tilgang, der respekterer den enkeltes særlige behov. Og for det tredje faglighed med fokus på evidensbaseret medicin og at undgå overdiagnostik og overbehandling.

Vi er også en integreret del af det samlede sundhedsvæsen og skal varetage helt centrale roller til gavn for både individ og fællesskab ved:

- At give mest til dem med størst behov
- At finde de syge og lade de raske forblive raske
- At visitere de rigtige til det specialiserede sygehus
- At være tovholder og guide i et ofte kompliceret sundhedsvæsen
- At håndtere skade, lidelse, mistriivsel og kronisk sygdom, når vi er de bedste til det.

Vi skal med andre ord være: første instans og sidste udvej!

At have en læge, man kender, stoler på og kan tale med om alt, fordrer, at der er flere – forskellige – at vælge mellem. One size fits all er ikke en hensigtsmæssig model. Og “common trunk” er jeg skeptisk overfor.

Det skal være muligt at tilpasse klinikkerne til lokale vilkår. Skadestuefunktion og hjælp til laboratorieprøver for hospital og speciallæger giver god mening, når der er langt til by og hospital, mens det ikke er nødvendigt i de store byer, hvor det er mere hensigtsmæssigt at bruge ressourcer på udsatte grupper. Hvor ADHD-forskrækkelse, bekymring, stress og mistrivsel flourerer, er det opgaven at være der, når hjælp søges. Tiden og den relationsbaserede tilgang er essensen af vores ydelser på specialistniveau. Jeg har svært ved at se, at den opgave bedre kan varetages af psykologer eller andre instanser end netop den læge, man kender fra mange tidligere almindelige konsultationer og svangre-/børneundersøgelser. Man kan ikke tage de “simple” og banale konsultationer væk uden at fjerne fundamentet for de tunge og vigtige møder, hvor opgaven er, at patienten bevarer fodfæstet på arbejdsmarkedet, i parforholdet eller i livet. I lægedækningstruede områder er det oplagt, at det mest presserende behov er kronisk syge og at håndtere det meste selv pga. transporttider, alt for lange ventetider osv. Det gælder altid om at give mest til dem med størst behov.

Badevandet er mange af de opgaver, som andre påfører os, nævnt i flæng: henvisning til fysioterapeut, psykolog m.v. Vi bør ikke være gatekeeper, men selvfølgelig have gensidig henvisningsret. Berettigelse til tilskud bør ikke være vores ansvar/byrde.

Henvisninger til “fortsat behandling” hos speciallæge må også kunne

lægges ud til speciallægerne selv, da det vel er deres kompetence at afgøre behovet – og regionernes opgave, frem for vores, at agere kontrolinstans.

LÆ-attester i en lind strøm, både til JobC og for kropsbårne hjælpemidler m.m. har ofte en snert af mistro og kontrol over sig, eller anmodningen sendes “fordi regler”. Spild af tid!

Uarbejdsdygtighedserklæringer til arbejdsgiver og lægeattester til uddannelsesinstitutioner o.l. bør vi ikke bruge tid på, men kan vel håndteres med “tro-og -love”-erklæringer.

Fri os for at tage stilling til ernærings “recepter”, håndkøbs- og kosttilskudsmedicin samt recepters pille- og pakkestørrelser; fremtiden er den generiske recept.

Er der mere? Formentlig!

Når Sundhedsstrukturkommissionen snart barsler, må vi som gruppe være klar til at tage imod et levedygtigt barn og henvise det til behandling, hvis der konstateres misdannelser, skader eller infektioner i det. //



29TH WONCA EUROPE
CONFERENCE

The Convention Centre Dublin
25–28 September 2024

10 REASONS TO ATTEND
THE EUROPEAN EVENT OF THE YEAR

← ↑ ★ ☼ 👤 👥 🌐 🎯 🎓 🤝 🧑🏻🧑🏻 →

FOR GENERAL PRACTITIONERS
AND FAMILY DOCTORS

The Changing Nature of Family Medicine – Cultivating the Future

www.woncaeurope2024.org | [#woncaeurope2024](https://twitter.com/woncaeurope2024)





BOGANMELDELSE:

Doktor Hansen har set sin sidste patient

af praktiserende læge Michael Hejmadi-Pedersen og læge Andreas Pihl

Kunstig intelligens er et højt aktuelt emne. Ikke mindst i sundhedsvæsenet, hvor der er uanede muligheder og samtidig et stort behov for hjælp til at håndtere det stigende pres.

Men det går så usandsynligt stærkt, at hvis vi skal have nogen som helst indflydelse på, hvordan det skal bruges, skal vi engagere os hurtigst muligt, så det ikke tager styringen over os og vores arbejde. Det skal bruges klogt og smart.

Hejmadi-Pedersen og Pihl er på forkant med udviklingen, og de giver et rigtig godt indblik i den fremtid, vi står overfor. I et lettilgængeligt sprog formidler de på pædagogisk vis mulige fremtidsscenarier for den praktiserende læge og dennes patienter. De beskriver både de positive muligheder, men også de udfordringer, som vi risikerer at møde, herunder problematikker som overdiagnostik, overbehandling, dataetik, ulighed i sundhed m.m.

Når patienterne møder hos deres læge, har mange forinden googlet sig frem til en diagnose på baggrund af deres symptomer. Vi vil nok i højere

grad komme til at se, at patienterne selv kan indlede diagnosticeringen og visitationen hjemmefra, hvilket skal være med til at spare os tid. Vi ser det f.eks. nu med hjemmeblodtryksskemaer og psykometriske tests, som kan sendes til patienten via WebReq og dernæst registreres direkte i laboratoriekortet.

Kunstig intelligens benyttes allerede nu i telefonisk visitation af akutte patienter i Region Hovedstadens Akutberedskab, og resultaterne er gode, så mon ikke vi også kommer til at benytte os af det i almen praksis, så vi kan sætte vores sekretærer til andre opgaver?

Mon ikke vi får et intelligent styringssystem til kalenderen, som selv kan besvare e-mails, give laboratoriesvar og tider til patienterne, så vi får frigjort en masse af den tid, vi nu sidder og bruger på vores indbakker?

Diagnosticering handler bl.a. om sandsynligheder, og det samme gør maskinlæring, som netop omhandler sandsynlige sammenhænge. Maskinlæring kan bruges til at genkende mønstre og forbedre diagnostikken. Vi ser det i øjeblikket brugt i tiltagende grad

inden for radiologien. Det bliver også brugt til diagnosticering af f.eks. malignt melanom og observation af modermærker. Men det afføder nye spørgsmål. Maskinen er ikke klogere end de data, den bliver fodret med, og f.eks. har den vist sig dårligere til at diagnosticere forandringer hos mørklødede end hos lyshudede.

Der er også etiske og juridiske faldgruber, herunder dataopbevaring, dataopsamling og patientsikkerhed. Nogle af de spørgsmål, vi stiller igen og igen i sundhedsdebatten, er: Hvem ejer data? Og kan data misbruges af f.eks. forsikringsselskaber eller medicinalindustrien?

Og hvem skal bestemme, hvad algoritmen, som vi fodrer AI med, skal indeholde? Skal vi f.eks. prioritere dyr diabetesmedicin eller hellere hensynet til samfundets økonomi? Vi må have nedsat et sundhetsetisk data-råd, som kan hjælpe os her. AI kan ikke på egen hånd træffe beslutninger, som omhandler liv og død. Algoritmen skal formes af mennesker med faglig og etisk indsigt. Selvkørende biler har jo også brug for at skulle træffe etiske valg i en faretruende ulyk-

**Vi skal være skarpe på,
hvornår vi benytter os af de nye digitale løsninger,
så det ikke går ud over patientsikkerheden.**

kessituation: Skal bilen svinge til højre mod børnehaverørnene? Eller skal den fortsætte ligeud og køre ind i den forankørende bil?

Hvad med wearables og sundhedsapps? Er det et sundhedsfremmende gode? Eller risikerer vi overdiagnostik og detektion af kropslige fænomener, som måske er normale? Ved vi, hvad der er normalt, når vi aldrig tidligere har monitoreret kroppen med teknisk udstyr i døgndrift? Hvad nu, hvis vi alle sammen går og har en lille smule atrieflimren en gang imellem, og det bliver tilfældigt opdaget? Hvad, hvis det kun er få minutter? Skal flere og flere så have blodfortyndende medicin?

Kan sundhedsapps hjælpe os med at påvirke patienternes sundhed og adfærd i en mere gunstig retning? Og hvem skal i så fald betale for disse apps? Er det egenbetaling eller et nyt marked for forsikringselskaber? Og hvilke apps skal vi som læger anbefale?

Vi kommer nok i højere grad til at fungere som en sundhedsguide, hvor vi skal udnytte patienternes egen viden, fordi patienterne kommer til at vide meget mere om deres sygdom og deres krop. Det leder os tilbage til det gamle gode spørgsmål: Hvad er din frygt, din forestilling og din forventning til, hvad jeg kan hjælpe dig med? Det bliver i højere grad end nu et samarbejde mellem læge og patient, hvor lægen skal guide og påvirke patientens adfærd til øget sundhed, og hvor

patienten selv i højere grad får ansvar for egen sundhed.

Medfører øget digitalisering og teknologi i sundhedsvæsenet mere ulighed i sundhed? De digitalt stærke får fordele på bekostning af de øvrige patienter. Det ser vi lidt af allerede nu, hvor de praktiserende læger bruger mere og mere tid på e-konsultationer på bekostning af det opsøgende arbejde. Det er primært de raske patienter, som benytter sig af "Hejdoktor" og andre digitale løsninger, så vi må være opmærksomme på, hvor vi kanalisere vores sparsomme ressourcer hen.

Bogen er skrevet i 2020, men den er på nogle områder allerede overhalet af virkeligheden. For eksempel beskrives det, hvordan udviklingen af brug af videokonsultationer er en lang og kompliceret proces. Men coronapandemien viste jo, efter bogens tilblivelse, at det rent faktisk kunne lade sig gøre langt hurtigere. Det beskrives også, at video langt fra er den mest optimale måde at diagnosticere på, og derfor er der måske brug for mere viden, før man lynhurtigt implementerer nye tiltag. Netop hud og sår er svære at se på video pga. lysforhold og pixelering, hvilket da også er årsagen til en række uheldige nylige sager, hvor lægevagten har benyttet sig af denne løsning. Så vi skal være skarpe på, hvornår vi benytter os af de nye digitale løsninger, så det ikke går ud over patientsikkerheden.

Bogen er pædagogisk i sin opbyg-

ning. Den forklarer begreber og faldgruber, så man som uindvietet og uvidende inden for AI føler sig meget oplyst. Den giver i høj grad stof til eftertanke og pointerer, at det er vigtigt, at vi selv er med til at styre udviklingen i en faglig retning, som vi kan stå inde for. For der er mange kapitalistiske interesser inden for området, og det er ikke alle, som medfører øget sundhed.

Jeg glæder mig meget til DSAM's årsmøde den 4. oktober, hvor Hejmad-Pedersen vil uddybe sine betragtninger og gøre os alle klogere på dette vigtige emne, som vi alle sammen kommer til at skulle forholde os til i løbet af de kommende år. //



FORFATTERE: Michael Hejmadi og Andreas Pihl i samarbejde med Frederik Lindhardt

FORLAG: Grønningen 1

UDCAVE: 1

ISBN: 9788793825390

SIDER: 200

UDGIVELSESDATO: 21-04-2020

FYAM – Hvad sker der i min region?

Vidste du, at FYAM har en styregruppe i hver region, som arrangerer lokale aktiviteter for dig, som er yngre læge i almen medicin?

Gå ikke glip af forårets fyraftensmøde i Region Nordjylland, hvor du kan mødes med gode kollegaer og bliver klogere på 'Den gode børneundersøgelse'. Det afholdes d. 28. maj 2024 kl. 17-19 på SUND AAU i Aalborg.

Eller hvad med karrierecafé, trivselsgruppe, netværk for ultralyd i almen praksis eller sommerfest med gode kollegaer? Tilbuddene varierer fra region til region. På DSAM's hjemmeside kan du finde link til din lokale Facebookgruppe, hvor du kan holde dig opdateret på aktiviteterne i netop dit lokalområde.

