

Practicus

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



Juli 2024
47. årgang // 271

FOKUS PÅ ADHD

Reaktioner på Sundhedsstrukturkommissionens rapport, side 4 + 10

Invers feedback, side 16

Omstruktureret speciallægeuddannelse kan øge fagligheden, side 42

INDHOLD

// s. 37



LEDER

- 3 Så skete det igen

DSAM

- 4 Deliberationer over vejledninger – og visioner for fremtiden
6 I en brydningstid
7 Ny vejledning om osteoporose
8 FAQ om valget

ARTIKLER

- 10 Spændende anbefalinger om almen praksis
13 ADHD: Hvem skal udredes, og hvem skal ikke?
16 Sommermøde ved Tange Sø med særligt fokus på ADHD
18 Invers feedback – uddannelse af dig, som er tutorlæge
20 Bidrag til det faglige fællesskab
22 En nestors erindringer: Klumme 1 og 2 i "Praksisvikariat 1966"
24 Fremtidens populationsomsorg
26 Ny oversigt gør det let at deltage i forskning
28 Viden på tværs – forskningsworkshop 2024
30 Vær lykkelig gravid!
32 De arbejdende gravide
34 Kan endometriose progredierte, hvis hormonal kontraception seponeres?
37 Har I lavet en klimapolitik i jeres praksis?
38 En dag med: Simon Nyvang Mariussen

FYAM

- 40 Being young, staying young
42 Omstruktureret speciallægeuddannelse kan øge fagligheden
44 Nyt tiltag planter et frø hos medicinstuderende
46 Vil du være læge i Sønderjylland?

DEBAT

- 47 Poesien i praksis
48 Købmand eller læge?

ANMELDELSE

- 50 Velkommen til fremtiden, Doktor Hansen!

OPSLAG

- 9 Practicus Podcast på Nordisk Kongres i Turku
12 DSAM's årsmøde 2024: Kunstig intelligens
49 Vil du være vores nye klummeskribent?
52 Lægedage



**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. 272
Udgivelsesuge: 38

Nr. 273
Frist for artikler: 6. september 2024
Udgivelsesuge: 48

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

FORSIDEFOTO
Colourbox

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

OPLAG
4.950

ISSN: 0109-2235

 **Dansk
Selskab for
Almen
Medicin**

SÅ skete det igen

Denne leder havde jeg håbet, at jeg aldrig skulle skrive. Jeg ville meget hellere have skrevet om noget mere dagligdags, Sundhedsstrukturkommissionens rapport eller den netop offentliggjorte undersøgelse, som viser, at befolkningen generelt er meget godt tilfredse med de praktiserende læger.

Men der er noget, som overskygger alt det andet. Og som ikke er det mindste positivt. Derfor skriver jeg om det.

En kollega er stukket ned på sit arbejde. Igen. En patient har af ukendte årsager taget våben i brug. Og afreageret på en sagesløs kollega ved at stikke ham i halsen.

Heldigvis ser det ud til, at vores kollega, som er hospitalsansat, overlever. Det er selvsagt en enorm lettelse for ham og hans nærmeste. Men for os alle er det ubegribeligt, at vi står her igen. Det er ikke længe siden, at en kollega fra vores eget speciale blev stukket ned. Vi husker, at det endte fatalt. Det må ikke ske. Og det må særligt ikke ske IGEN.

Jeg spørger mig selv, hvordan det kunne ske. Jeg aner intet om den konkrete situation. Jeg kan blot konstatere, at der er en fællesnævner mellem denne sag og de tidligere sager: psykiatrien.

Det var en psykisk syg patient, som slog vores kollega ihjel. Det var en psykisk syg patient, som slog den kvindelige psykiater ihjel. Og nu er det en psykisk syg patient, der er sigtet for drabsforsøg ved at stikke en af vores unge kollegaer ned.

Jeg føler mig trist og magtesløs over, at lægers arbejds-

miljø håndteres så stedmoderligt, at vi som faggruppe går på arbejde med livet som indsats. Psykiatrien er udsultet. Syge patienter udskrives "til egen læge", før de burde. Vi ser de meget syge patienter, både før og efter de har været på hospitalet. Vi ser dem i konsultationerne eller derhjemme. Forpinte, plagede og desværre er nogle ganske få af dem farlige. Vi ved det bare ikke. Og når det går galt, kan det gå meget galt.

Vi skylder os selv og hinanden at være helt usentimentale om, at den risiko, som vi løber på arbejde, ikke skal koste læger liv eller førlighed. Den skal heller ikke medføre psykiske ar på sjælen.

Jeg har ikke en bestemt løsning, men jeg ved, at mit modsvar til sundhedsministerens udtalelser om at "naturligvis skal det være trygt at gå på arbejde i psykiatrien" kommer til at betyde, at jeg fra nu af vil uddanne mine uddannelseslæger i at de først og fremmest skal tage vare på sig selv. For det er der tilsyneladende ikke andre, der gør. //



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:

Deliberationer over vejledninger – og visioner for fremtiden

For snart 2 år siden fik to vagtlæger skærpet kritik og blev sat i gabestokken, fordi de ikke havde ringet 112 i en sag med atypisk ubehag i halsen, som viste sig at være blodprop i hjertet. Efter sagen bad vi SST revidere den 14 år gamle myndighedsvejledning om atypiske bryst smerter. Selvom den er så uspecifik og bredt formuleret, at den nærmest er uanvendelig som visitationsredskab, vurderes afvigelser strengt, fordi den ligger på Retsinformation som en ”myndighedsvejledning”. Hvis den skulle følges bogstaveligt, ville præhospitalet hurtigt blive tømt for ambulancer og akutmodtagelsen fyldt med defensiva indlæggelser. Men følges den ikke bogstaveligt, sanktioneres man senere, når klagemyndighederne i bakspejlet kender diagnosen.

Helst ikke et spøgelse

Efter næsten 2 års benarbejde og mange møder med SST, Lægeforeningen, akutmedicinerne, STPS og STPK og en del presseomtale besluttede SST sig for at lade vejledningen om det atypiske bortfalde. Nu står den som HISTORISK på Retsinformation. Hos DSAM frygter vi, at den lever videre som et spøgelse, fordi en generation

af læger er trænet i at ringe 112 ved mindste mistanke. Eller omvendt: at nogle læger glemmer de atypiske præsentationer af AKS og ikke sender de syge afsted. SST har ikke længere kapacitet til at lave en ny vejledning. Derfor har DSAM – sammen med kardiologerne og akutmedicinerne – besluttet at lave en erstatning, der kan besvare spørgsmålet: Hvornår skal lægen ringe 112 ved mistanke om AKS? Mens vi venter på, at den bliver færdig, vil DSAM lave en kort skrivelse, der beskriver de vigtigste symptomer, hvor lægen skal mistænke AKS.

Psykofarmaka med måde

Her i foråret sendte SST en vejledning om psykofarmaka i høring. Den lagde op til, at almen praksis kan iværksætte antidepressiv behandling af unge

over 18 (hvilket faktisk var et ønske fra DSAM), at mennesker med bipolar eller psykotisk sygdom kan afsluttes til fortsat behandling i almen praksis, og at enhver læge kan opstarte og tilpasse behandling med ADHD-medicin (eventuelt efter aftale med en psykiater). Men vi har ikke ressourcerne i almen praksis, hverken til samtalebehandling til alle med behov eller til opstart af medicin. Vi afgav et kritisk høringssvar. Det gjorde Dansk Psykiatrisk Selskab også. Desuden bad vi om et dialogmøde med SST. Og det fik vi. Flere af de mest radikale forslag blev rullet tilbage.

Sundhedsstrukturkommissionen

I skrivende stund afventer vi den endelige udgave af psykofarmakavejledningen. Men vi anbefaler, at den ikke

Overordnet er det en rapport, der er god for almen praksis. De anbefaler, at vi bevarer vores selvstændighed, at vi skal styrkes og blive flere, at normtallet skal differentieres efter klinikkens patientpopulation, og at sygehusvæsenet skal understøtte vores funktion (og ikke omvendt).

De almenmedicinske ledere, som skal repræsentere os i samarbejdet med myndighederne og sygehusejerne, skal have erfaring med patientarbejde. Ellers kan vi ikke sikre kvalitet, der holder i praksis.

træder i kraft, før reformen af sundhedsvæsenet er politisk aftalt, og psykiatriplanen er så langt, at de non-farmakologiske tilbud i kommunerne forhåbentlig er tilgængelige.

Efter godt et års arbejde er Sundhedsstrukturkommissionen kommet med deres rapport, og høringsfasen løber frem til 6. august. DSAM har opfordret til input fra medlemmerne, inden vi afgiver samlet høringssvar. Alle input værdsættes, for vi er klogere i fællesskab!

Overordnet er det en rapport, der er god for almen praksis. De anbefaler, at vi bevarer vores selvstændighed, at vi skal styrkes og blive flere, at normtallet skal differentieres efter klinikkens patientpopulation, og at sygehusvæsenet skal understøtte vores funktion (og ikke omvendt).

Vores kernekompetencer hyldes. Vi er den første kontakt til sundhedsvæsenet for langt de fleste. Vi er generalister, tovholdere og gatekeepere. Vi arbejder personcentreret og prioriterer relationel kontinuitet. Alt det skal bevares og styrkes.

Rapporten anbefaler, at opgavebeskrivelsen for almen praksis kommer ud af overenskomstens forhandlingsrum og ind i en faglig planlægning med Sundhedsstyrelsen for borden og relevante faglige selskaber ved bordet. DSAM har allerede i dag en vigtig rolle i sundhedsplanlægningen, men vi kan blive mere centrale i opgaver og grænseflader til almen praksis. Opgaverne vil dog ikke blive forpligtende for de praktiserende læger,

før vilkår og økonomi er forhandlet på plads med PLO. DSAM er en mindre organisation end PLO. Vi har et mindre og meget agilt sekretariat med stærke medarbejdere og en kolossal kontaktflade til alle fagets samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet. I disse år har vi et suverænt godt samarbejde med PLO, der fortsat skal forhandle vores økonomi og arbejdsvilkår. Jeg tror, at det samarbejde kan udbygges, særligt hvis rollefordelingen ændrer sig lidt i fremtiden.

God lederuddannelse nødvendig

Rapporten har 3 forslag til forvaltningsmodeller, som alle lægger op til, at den samme myndighed skal have ansvar for at forvalte sygehuse, praksissektor og dele af den kommunale omsorg og pleje. Derudover har rapporten 6 tværgående anbefalinger, som alle kan få indflydelse på vores fremtidige arbejde, men den første er særligt interessant for os, fordi den lægger op til kapacitetsudvidelse i almen praksis og ny organisering af det almenmedicinske tilbud.

Personligt er jeg meget optaget af fremtidens ledelsesstruktur. Sundhedsvæsenet har brug for almenmedicinsk ledelse for at lykkes. Vi er tættest på de mennesker, der bliver patienter. Vi skal insistere på gode patientforløb, hvor patienterne ikke skal skubbes frem og tilbage flere gange pga. sygehusenes arbejdsgange. Vi skal prioritere sammen med den enkelte patient. Det skal være symptomer, funktionstab og lidelse, der afgør

indsatsen – ikke diagnosekategorier, silotænkning og tjeklister. Vi skal sætte dagsordenen, så vi undgår overdiagnostik, unødvendige undersøgelser og overbehandling. Systemet må tilpasse sig patienten – ikke omvendt.

Det stiller særlige krav til vores evner som ledere i sundhedsvæsenet, når den myndighed, der ejer sygehuse, også er myndighed for alle os i primærsektoren. Ellers risikerer vi, at sygehusperspektivet igen står tilbage som vinder. Til skade for patienterne.

De almenmedicinske ledere, som skal repræsentere os i samarbejdet med myndighederne og sygehusejerne, skal have erfaring med patientarbejde. Ellers kan vi ikke sikre kvalitet, der holder i praksis. Professionelle fuldtidsledere bliver meget hurtigt til kolde hænder. Vores virkefelt er så bredt, at det er svært at få overblik over alle knasterne i samarbejdsfladerne med sygehuse og andre aktører. Vi får brug for mange ledere med en lokal koordinator i spidsen, der kan indgå som "direktør" på niveau med sygehusdirektørerne i ledelsen og være vores talerør i sygehuset. Det er en udvidet udgave af praksiskonsulentordningen. Vi skal sikre, at det er de bedste principper, der anvendes, når henvisninger, epikriser og ressourcefordeling skal vurderes. Og vi skal sætte retningen sammen. Vi får brug for at udvikle en god lederuddannelse til formålet! //



KLUMME OM KOMMUNIKATION OG PRESSE I DSAM:

I en brydningstid

Nogle gange sker der bare meget på samme tid, og sådan har DSAM's bestyrelse og sekretariat følt og oplevet det i ugerne før sommerferien. Der har med andre ord været nok at se til.

Der har været nordisk kongres i Finland under overskriften "General Practice – the bedrock of healthcare; respecting the core values". Mere end 1.000 læger fra Norden havde sat hinanden stævne til dette flotte arrangement i Turku, hvor der både var plads til faglig fordybelse og sociale relationer med nye og gamle venner og kolleger fra hele Norden. Godt 200 læger fra Danmark havde taget turen til Finland.

Samtidig med den nordiske kongres udkom Sundhedsstrukturkommissionen med den længe ventede, og måske frygtede, rapport om fremtidens sundhedsvæsen. Det er en rapport, der præsenterer flere forskellige modeller for fremtiden, som politikere nu kan arbejde videre med. Og som organisationerne kan være med til at forme ved at pege politikerne i den rigtige retning.

Rapporten har høringsfrist i august, og indtil 30. juni havde DSAM en åben høringsperiode for alle vores medlemmer. Fra DSAM's side er det vigtigt, at vi giver mulighed for, at alle kan komme til orde, hvis de vil. Og ikke kun dem, der råber højt eller er mest aktive på de sociale medier. Så har du en kommentar til udspillet fra kommissionen, kan du sende den til DSAM, så indgår den i et samlet svar fra selskabets side.

Herudover har der været folkemøde på Bornholm, hvor FYAM og DSAM deltog med fire repræsentanter, der var aktive i forskellige debatter og møder med politikere fra Folketinget. Her fik DSAM og FYAM lejlighed til at tale videre om Sundhedsstrukturkommissionens rapport, medicinmangel, brugen af antibiotika og andre vigtige emner med relevans for almen praksis.

På den ene side er Folkemødet fest og farver, men det er også en demokratifestival med udveksling af idéer og ikke mindst en mulighed for at netværke – både med dem, man kender og er enige med, og ikke mindst måske blive klogere på andres meninger og holdninger. Det er altså en hyggelig og uformel måde at skabe nye relationer og samarbejdsmuligheder, og det kan være vigtigt, når en sag skal fremmes politisk eller måske skal i medierne.

Travlhed – uden tvivl. Næste stop er første halvdel af august, hvor der er frist for at indsende hørings svar til kommissionen. //





Ny vejledning om osteoporose

DSAM udgiver henover sommeren en ny vejledning for behandling af osteoporose i almen praksis hos kvinder efter overgangsalderen og hos mænd over 60 år.

Vejledningen samler de vigtigste fokuspunkter inden for osteoporose og præsenterer forslag til den praktiske håndtering af behandlingen. Mens osteoporose på sygehuse og af WHO betegnes som en sygdom, ses det i almen praksis mere som en risikotilstand.

Ved osteoporose følger ofte en række valg. Der er ikke altid klare svar på spørgsmål, da der er en glidende overgang mellem risiko og sygdom. Derfor indeholder vejledningen kun anbefalinger.

Forslag til organisering af behandling

Vejledningen omhandler forebyggelse, udredning, undersøgelser og (smerte)behandling af osteoporose. Den præsenterer forslag til, hvordan vi kan organisere behandlingen af osteoporose i praksis, og hvordan relevante personer kan undersøges og behandles – uden at overbehandle eller behandle med ringe effekt og uden at sygeliggøre eller indskrænke livsfunktioner. Desværre er det ikke nogen nem balance.

Forebyggelse hele livet

Forebyggelse er vigtig. Men det er noget, der skal foregå hele livet. Derfor er det også en samfundsopgave. I almen praksis har vi en særlig opgave med at finde de personer,

der har brug for nærmere undersøgelse, vejledning og eventuelt behandling. Det kan være patienter med brud, som er sket ved ringe påvirkning, patienter med genetisk disposition for en række sygdomme eller patienter med mangeltilstande. Ved behandling med prednisolon er det specielt vigtigt at tage stilling til udredning og eventuel behandling.

Valg af medicin

Alendronat er førstevalg ved medicinsk behandling. Hvis det ikke fungerer, anbefales zoledronsyre (infusion), dernæst behandling med denosumap. I vejledningen angives, hvornår en patient kan henvises direkte til anabol behandling med teriparatid eller romosozumab.

Brug af knoglemarkører

Vejledningen anbefaler brug af knoglemarkører til kontrol ifm. behandlingsstart med alendronat. Ved at måle en knoglemarkør før behandlingen og igen efter 3-6 mdr. kan man se, om behandlingen er effektiv. Samtidig er det en kontrol af, om behandlingen indtages rigtigt. Vi håber, at det kan sikre, at flere patienter gennemfører behandlingen og måske gøre en kontrolscanning efter 2-3 år overflødig.

Aktuelt tilbyder regionerne forskellige muligheder for at tage knoglemarkører, men vi forventer, at mulighederne snart bliver mere ens i hele landet.

Vi håber, at vejledningen kan lette arbejdet med osteoporose i den kliniske hverdag i almen praksis. //

Vejledningen indeholder anbefalinger
og forslag til den praktiske
håndtering af behandlingen



FAQ om valget



Vil du have indflydelse på vigtige sundhedsfaglige emner? Så stil op til en post i DSAM's repræsentantskab. Selskabet har brug for engagerende almenmedicinere.

Overvejer du at stille op?

Du har mulighed for at blive valgt til DSAM's regionsbestyrelse i din arbejdsregion. De fem regionsbestyrelser danner tilsammen DSAM's repræsentantskab, der i alt består af 25 medlemmer. Du bliver derfor medlem af regionsbestyrelsen og repræsentantskabet på én og samme tid.

Repræsentantskabet mødes fysisk i hyggelige rammer 1-2 gange om året og debatterer med jævne mellemrum retning og faglige emner på DSAM's intranet. Mødeform og antal møder er forskelligt fra region til region, så det kan du selv være med til at påvirke. Der er behov for flere kræfter i alle regioner, men antallet af ledige poster varierer.

Hvordan er man valgbar?

Alle medlemmer af DSAM med undtagelse af medicinstuderende er valgbar. Nogle poster skal besættes af speciallæger i almen medicin, andre af medlemmer, der er under uddannelse til almen medicin (FYAM-medlemmer), og atter andre kan besættes af alle stemmeberettigede.

Hvordan stiller jeg op?

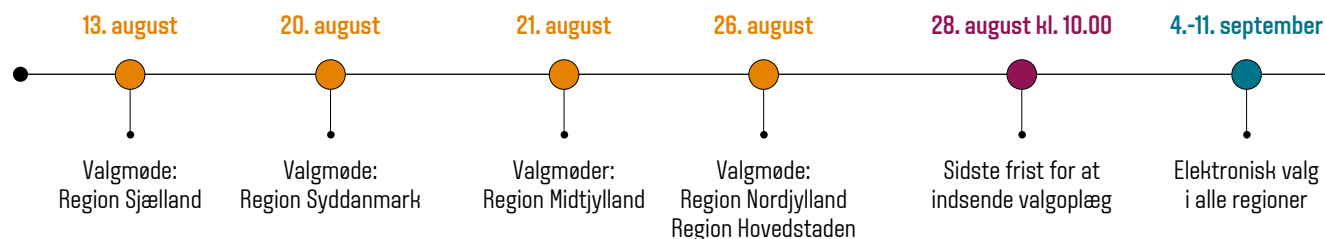
Du skal skrive et valgoplæg og sende det til DSAM's sekretariat på dsam@dsam.dk – gerne sammen med et foto af dig selv. Du kan sende det allerede nu, og vi skal senest modtage det den 28. august 2024 kl. 10.00. Valgoplæg lægges på valgsiden for den region, du opstiller i.

Desuden kan du med fordel deltage i og give en kort præsentation af dig selv på valgmødet i den region, du tilhører. Se på tidslinjen herunder, hvornår valgmødet holdes.

Hvor længe er man valgt for?

Valget gælder for to år. Efter de to år kan du stille op igen. Der er ingen regler for samlet funktionstid. For FYAM-poster gælder dog, at du kun kan fort-

TIDSLINJE 2024:



sætte til næste FYAM-årsmøde, hvis du i mellemtiden bliver speciallæge.

Fakta om valghandlingen

Fristen for at melde sit kandidatur udløber den 28. august 2024 kl. 10.00, og valget holdes elektronisk i perioden 4.-11. september 2024. Der holdes kun valg, hvis der er flere kandidater end ledige poster. Den nye regionsbestyrelse skal umiddelbart efter valget konstituere sig og indtræder officielt på det ordinære repræsentantskabsmøde, der altid holdes dagen efter DSAM's årsmøde. I år er det den 5. oktober 2024 på Comwell Kolding. Læs mere på dsam.dk/valg-2024, hvor også alle valgoplæg løbende lægges op.

Din stemme er vigtig

DSAM's bestyrelse håber, at du vil bruge din stemme, fordi din stemme er med til at give de valgte et solidt mandat. Ved at stemme har du indflydelse på at få valgt de kolleger, der repræsenterer dine holdninger og interesser.

Det er vigtigt, at du får opdateret dine medlemsoplysninger, hvis du f.eks. har skiftet e-mailadresse, men også medlemsstatus og arbejdsregion er med til at sikre dig en korrekt stemmeseddel.

FYAM holder også valg

Når alle stemmeberettigede medlemmer af DSAM den 4. september modtager en mail med link til stemmeseddel, så modtager medlemmer, der henhører til FYAM, to mails. Og det er ikke en fejl. Ud over at have indflydelse via DSAM's regionsbestyrelser og repræsentantskab har FYAM også en række poster i DSAM's faste udvalg, og her er det kun FYAM'er, der kan stemme. Hvilke poster der er ledige, og hvordan du stiller op til dem, kan du læse om på dsam.dk/valg-2024 og i nyhedsbreve fra FYAM. //

PRACTICUS PODCAST

VAR MED PÅ NORDISK KONGRES 2024 I TURKU, FINLAND.
DET BLEV DER TO SPÆNDENDE PODCAST UD AF:

#1 – Prækongressen

2 dage før kongressen blev skudt i gang, mødtes yngre læger i almen medicin fra de nordiske lande til prækongressen i Turku, Finland.

Lyt med og hør udpluk af FYAM-redaktør Solvej Videbæk Buenos dugfriske samtaler med den kommende generation af praktiserende læger fra Norge, Sverige, Finland, Letland og Danmark.

#2 – Core values

Under kongressen får FYAM-redaktør Solvej Videbæk Bueno lejlighed til at tale med Anna Stavdal, Minna Johansson, Stefán Hjörleifson og Roar Maagaard. Lyt med og hør, hvad der kom ud af de samtaler.

Find de to podcast på dsam.dk/practicus/podcast eller dér, hvor du normalt hører podcast. //



12.-13. september

5. oktober

Valgresultat
offentliggøres

Repræsentant-
skabsmøde



Spændende anbefalinger om almen praksis

Fortsat udvikling af vores fag er nødvendig, og det skal ske gennem dialog, samarbejde og aftaler.

Tirsdag den 11. juni offentliggjorde Sundhedsstrukturkommissionen sin rapport med anbefalinger til, hvordan vi kan få et bedre sundhedsvæsen med større sammenhæng for patienterne og mindre ulighed i sundhed.

Anbefalingerne er nu i høring, og i PLO er vi i gang med at udarbejde et detaljeret høringssvar. I august ventes regeringen at fremlægge sit bud på en sundhedsreform, og herefter indledes der forhandlinger med Folketingets partier.

I PLO har vi først og fremmest interesseret os for den ene af de seks såkaldt tværgående anbefalinger, som handler om "det almenmedicinske tilbud". Det er kapitel 9 i rapporten, som jeg vil anbefale alle med interesse for vores fag at læse.

PLO har reageret ret positivt. Det har vi gjort, fordi kommissionen slår

fast, at almen praksis skal styrkes og spille en endnu større rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Kommissionen skriver, at en større andel af de samlede sundhedsudgifter skal allokere til det almenmedicinske tilbud, og at man skal indfri målsætningen om, at vi om godt ti år skal være 5.000 praktiserende læger – ca. 43 pct. flere end i dag.

Det vil betyde, at vi bliver markant flere praktiserende læger med bedre tid til patienternes behov og en styrkelse af vores nøglefunktion i sundhedsvæsenet. Jeg er overbevist om, at det vil øge trivslen og gøre det mere attraktivt at være praktiserende læge.

Det er også helt afgørende, at kommissionen anbefaler, at man i udgangspunktet holder fast i den nuværende organisering af almen praksis – med praktiserende læger som selvstændige klinikejere og med et nationalt aftalesystem. Kommissionen skriver, at alternativerne vil være mindre effektive og dyrere, give ringere patienttilfredshed og mindre kontinuitet, og at det i øvrigt vil forværre manglen på praktiserende læger, fordi flere vil forlade vores fag.

Betyder det så, at der ikke er et eneste hår i suppen, og at jeg er enig i hver en linje? Nej, bestemt ikke. Men det betyder, at vi som stand ikke har nogen grund til at frygte de forandringer, som er på vej.

Bedre rammer for læger med mange syge patienter

Kommissionen anbefaler, at praktiserende læger i områder med mange syge og ældre skal have nedsat deres normtal, og at vi skal have national styring af ydernumrene. Jeg er meget enig: Vi skal gøre det mere attraktivt at være læge de steder, hvor der er mest sygdom, og vi skal sikre, at lægeressourcerne anvendes de steder i landet, hvor behovene er størst.

Jeg mener dog, det er en dårlig idé samtidig at hæve normtallet for praktiserende læger i andre dele af landet, som kommissionen desværre anbefaler. For der findes ikke noget sted i Danmark, hvor praktiserende læger ikke har rigeligt at lave, og problemerne med udbændte kolleger er omtrent lige store i alle områder af landet.

Der har aldrig været så mange læger i gang med at specialisere sig in-

Der har aldrig været så mange læger i gang med at specialisere sig inden for almen medicin som nu, så i de kommende år har vi mulighed for år for år at øge antallet af praktiserende læger betragteligt. Det skal især kunne mærkes de steder i landet, hvor der er mange syge og ældre patienter.

den for almen medicin som nu, så i de kommende år har vi mulighed for år for år at øge antallet af praktiserende læger betragteligt. Det skal især kunne mærkes de steder i landet, hvor der er mange syge og ældre patienter. Det bliver med andre ord muligt løbende at reducere normtallet for læger med mange syge patienter, uden at andre læger skal have forhøjet deres normtal. Mens vi venter på disse læger, må vi lave løsninger, så vi kan hjælpe almen praksis de steder, hvor det står allerværst til, uden at skræmme lægerne bort andre steder.

Selvstændigt ejerskab sikrer størst kvalitet og tilfredshed

Kommissionen anbefaler, at det offentlige får frie hænder til at benytte forskellige klinikformer, herunder offentligt drevne klinikker og udbudsklinikker, når et ydernummer er ledigt. Det tror jeg ikke vil få den store betydning, og jeg frygter ikke konkurrencen. Klinikker, der er drevet efter PLO's overenskomst – med praktiserende ejerlæger, som er til stede i klinikken – er det bedste og billigste tilbud. Og det er ikke bare noget, vi i PLO siger; patienterne siger det samme.

En spritny tilfredshedsundersøgelse fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet viser, at tilfredsheden med al-

men praksis er tårnhøj, og at de klinikker, der drives efter PLO's overenskomst og værdier, scorer markant bedre på alle målte parametre end koncern-, regions- og udbudsklinikker.

Overordnet er 84 pct. af patienterne i almindelige lægepraksis tilfredse eller meget tilfredse. Det tilsvarende tal er 67 pct. i koncernklinikker, 64 pct. i regionsklinikker og 56 pct. i udbudsklinikker. Et lignende billede tegner sig, når man måler på tilfredsheden med lægens tovholderfunktion og tilgængelighed.

Vi skal bevare det samarbejdende sundhedsvæsen

Kommissionen har en række forslag til, hvad den betegner som en "ændret organisering af det almenmedicinske tilbud". Pladsen tillader ikke, at jeg her går i detaljer om det hele, men lad mig som noget positivt fremhæve forslaget om, at der nationalt skal udformes en forpligtende opgavebeskrivelse, der skal fastlægges af nationale myndigheder med inddragelse af relevante faglige selskaber. PLO og DSAM har tidligere foreslået noget tilsvarende (common trunk), og på den måde kan vi forhåbentlig få indhegnet, hvilke opgaver vi skal løse i almen praksis, og modvirke opgaveglidning.

Kommissionen skriver, at en nati-

onal opgavebeskrivelse også skal indeholde en beskrivelse af, hvordan sygehusene skal understøtte almen praksis. Det kan vi bruge til at undgå, at sygehusene lukker sig om sig selv og afviser flere og flere patienter.

Et andet forslag er, at det paritetiske system for tvistløsninger skal erstattes af et uafhængigt, domstolslignende klagenævn. Det er til at leve med, for så er almen praksis beskyttet mod vilkårlige og ulovlige afgørelser i regionerne, men jeg ville foretrække, at vi bevarer det nuværende system, for det er udtryk for en veludviklet samarbejdskultur.

Gennem årtier er almen praksis blevet udviklet gennem dialog, samarbejde og aftaler mellem de praktiserende læger og de offentlige myndigheder. Det er på den måde, vi har fået skabt en uhyre velfungerende model for almen praksis.

Så når vi i de kommende år udvikler vores sektor – og det skal vi! – er det afgørende, at det fortsat sker gennem dialog, samarbejde og aftaler. //

DSAM's årsmøde 2024

Deus Ex Machina: Kunstig intelligens i almen praksis

Tag med til denne fagets festdag, hvor vi skal inspireres med ny viden om kunstig intelligens i almen praksis og netværke med nye som gamle kolleger. Det foregår den 4. oktober 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?

Til at gøre os klogere på emnet og udfordre os på fremtidens lægepraksis har vi inviteret praktiserende læge Michael Hejmadi, som også er forfatter til flere bøger om kunstig intelligens, bl.a. 'Doktor Hansen har set sin sidste patient', som blev anmeldt i Practicus nr. 270, og 'Doktor Hansens nye praksis', som anmeldes sidst i dette blad. Desuden har vi inviteret to forskere fra Københavns Universitet: læge og ph.d. Christoffer Bjerre Haase og lektor og ph.d. i filosofi Sune Hannibal Holm.

I det faglige program er der også to runder parallelsessioner med en bred vifte af emner fra trivsel til aktiv døds-hjælp og skuldersmerter. Men stærkest trækker de to vejlednings-sessioner om B12-mangel og afmedicinering samt stofskifte og rygsmerter, og de to sessioner om AI.

Vi skal selvfølgelig heller ikke snydes for den årlige Ph.d. Cup, hvor fire unge forskere på få minutter skal re-

degøre for hver deres projekt uden brug af andre hjælpemidler, end hvad de kan bære på sig. Andre forskere fra Forskningsenhederne udstiller postere om deres projekter i foyerområdet, og i den store pause om formiddagen besvarer de gladeligt ethvert spørgsmål, du måtte have.

Om aftenen skal vi traditionen tro nyde en 3-retters menu og have uddelt DSAM's Talentpris, inden vi kaster os ud i dansen, når livebandet Båndsalat spiller op.

Er du praktiserende læge eller uddannelseslæge i fase 2 og 3, kan du bruge din efteruddannelseskonto på årsmødet. Uddannelseslæger i øvrigt kan bruge en returdag.

Se det fulde program, priser m.v. på dsam.dk. //





ADHD:

Hvem skal udredes, og hvem skal ikke?

DSAM Syddanmark holdt fyraftensmøde i marts 2024 i Odense, hvor ADHD blev debatteret med Andreas Hoff, privatpraktiserende psykiater i Taastrup.

Folk er ved at indfinde sig i auditoriet helt nede i bunden af NytSund. Sandwicherne er sat frem, og teknikken til online-deltagerne er ved at blive rigget til. Vi er næsten klar til DSAM Syddanmarks debatmøde un-

der overskriften "ADHD: Hvem skal udredes, og hvem skal ikke?" Vi mangler bare lige en psykiater...

I dagens anledning har vi inviteret den privatpraktiserende psykiater Andreas Hoff til at tænke sammen med os. Syv minutter før kickoff må jeg dog finde ham helt nede i den anden ende af Nordeuropas længste bygning: "Jeg føler mig som Hugo, der er blevet væk og skal have dig til at guide mig ud af labyrinten", siger han i telefonen, da jeg med hjertet oppe i halsen pisker rundt efter ham. Heldigvis lykkes det at få eskorteret Andreas frem til det rigtige i lokale, inden deltagerne får

tygget af munden. I de næste par timer skal det vise sig, at det er Andreas, der har overblikket til at guide os andre videre igennem den ADHD-labyrint, som almen praksis er faret lidt vild i.

Hvem skal henvises?

Første budskab fra Andreas: Hvis du har en patient, der har en konstateret eller mistænkt kronisk funktionsnedsættelse, som synes relateret til mulige problemer med gennemgribende forstyrrelser af opmærksomhed eller hyperaktivitet, så henvis. Vær dog opmærksom på, at funktionsnedsættel-



Nordeuropas længste bygning lagde mursten til mødet. Foto: Forfatteren.

OM ANDREAS HOFF

Andreas Hoff er speciallæge i psykiatri, ph.d., seniorforsker, foredragsholder, ADHD-podcaster og komiker. Som lægestuderende var han medforfatter på bogen "100 myter om sundhed og sygdom", og som KBU-læge skrev han sine primærjournaler på vers. I dag er han privatpraktiserende psykiater med klinik i Taastrup.



sen ikke kun må være opstået i forbindelse med en aktuel krise.

Flere deltagere gav udtryk for, at det i praksis er svært at vurdere, hvad en klinisk relevant funktionsnedsættelse er. Og hvad nu hvis den aktuelle krise teoretisk set kunne skyldes en ubehandlet ADHD, og vedkommende bare har kompenseret indtil nu? Har man f.eks. en relevant funktionsnedsættelse, hvis man har klaret sig igennem en uddannelse og måske også formået at få en karriere og godt kan tage sig af sine børn, men oplever, at det har været "hårdt" og har krævet

mange ressourcer? Og måske nu har en belastningsreaktion? Hertil svarer Andreas: "Mennesker, der har kunnet kompensere for deres funktionsnedsættelse uden væsentlige omkostninger, skal ikke henvises." Eksempler på "væsentlige omkostninger" kunne f.eks. være udvikling af psykotiske symptomer og selvmordstanker. Det kunne dog også være gentagne langtidssygemeldinger pga. belastningsreaktioner.

Hvem skal ikke henvises?

Lokalpsykiatrierne har deres egne målgruppebeskrivelser, og i Region Syddanmark er der i hvert fald tradition for, at en afvist henvisning bliver fulgt op med en forklaring og et råd om alternative tiltag, herunder behandling i primærsektoren. Det er en ordning, vi er rigtig glade for i Region Syddanmark.

Anderledes forholder det sig med henvisninger til privatpraktiserende psykiatere. I dette regi returneres henvisninger aldrig, og den manglende feedback medfører begrænset mulighed for at kalibrere en eventuel uhenigtsmæssig henvisningspraksis ind. Som det er nu, er det således helt op til den enkelte praktiserende læge at afgøre, hvilke patienter der er i målgruppen for en udredning for ADHD. Det siger sig selv, at dette forhold – kombineret med befolkningens store fokus på ADHD som forklaringsmodel på diverse vanskeligheder i tilværelsen – øger risikoen for, at man henviser til praktiserende psykiatere, fordi det simpelthen er nemmere end at begive sig ud i en diskussion med patienten. En af de erfaringer, Andreas har gjort sig ift. vores henvisninger, kunne desværre godt tyde på, at denne risiko er helt reel.

"Vi er flere psykiatere, der rigtig godt kunne tænke os, at I holdt op med at skrive, at I beder om udredning, fordi 'patienten ønsker det'. Vi vil meget hellere vide, om du som praktiseren-

de læge overhovedet tænker, at der er indikation for en udredning. Der mangler desværre ofte en tydelig faglig vurdering i henvisningerne", forklarer Andreas.

Personligt må jeg indrømme, at hvis jeg laver en henvisning, hvor min faglige vurdering bliver utydelig, så er det fordi, jeg enten er rådvild, eller fordi jeg dybest set ikke er enig med patienten i at vedkommende bør udredes. Begge dele er selvsagt utilfredsstillende, men måske er jeg ikke den eneste, der kan genkende situationen?

Overdiagnosticeres ADHD i dag?

Dette er jo 100.000 kr.-spørgsmålet, som er svært at få nogen til at svare entydigt på – og det gør Andreas heller ikke. I sidste ende er spørgsmålet om eventuel overdiagnostik nok et spørgsmål om perspektiv. Den "sande" prævalens af ADHD er arbitrær. Ifølge Andreas er psykiatere i hvert fald generelt enige om, at begrebet "ADHD-hjerne" skal opfattes som en metafor snarere end som en biologisk entitet.

Hjerneskaningsstudier viser forskelle på gruppeniveau, hvilket ofte bliver mistolket som årsagen til ADHD. Som Andreas argumenterer, så svarer dette dog til at sige, at CRP er årsagen til infektion, hvilket jo ikke giver meget mening. Tilsvarende kan man heller ikke resonere baglæns og sige, at hvis ADHD-medicinen virker, så har man beviseligt en "ADHD-hjerne". Direkte adspurgt vurderer Andreas, at ADHD-medicin, som gives til mennesker, der ikke opfylder kriterierne for ADHD, højst sandsynligt også vil medføre en midlertidig koncentrations- og præstationsfremmende effekt.

Andreas gør også opmærksom på, at psykiatere har udtalt varierende tærskel for diagnosticering. Et større studie fra Norge har vist, at 50 % af variationen i ADHD-diagnoser er betinget af forskelle mellem klinikere. Med andre ord: En stor del af grunde-

HVEM KAN DU UNDLADE AT HENVISE?

Hvad er det så for tommelfingerregler, man kan bruge, hvis man som praktiserende læge overvejer at fatte mod og ikke henviser, selvom patienten "ønsker en vurdering"?

Ifølge Andreas er følgende **ikke i sig selv** indikation for ADHD-udredning:

1. Mennesker, der **ønsker en forklaring på deres symptomer**. ADHD er ikke en årsagsforklaring på symptomer. Årsagerne er i det væsentligste ukendte. Der er fundet en lang række risikogener, men disse øger også risiko for mange andre psykiske lidelser og hver især kun med meget få effektstørrelser. Kort sagt: At diagnosticere ADHD er derfor ikke en forklaring af årsager.
2. Mennesker, der **ikke ønsker behandling for ADHD**, skal heller ikke henvises. Det er en kontraindikation for udredning på ydernummer i de fleste tilfælde.
3. Mennesker, hvor en gennemgang af deres livshistorie viser, at de **ikke har haft konsistente problemer** med at fungere på mange forskellige områder.



"ADHD-hjerne" skal opfattes som en metafor snarere end en biologisk entitet. Det var et af budskaberne til det velbesøgte møde, hvor psykiater Andreas Hoff satte den faglige lygte på ADHD. Foto: Forfatteren.

ne til, om man får en ADHD-diagnose eller ej, handler altså om lægens praksis og ikke om patienten, hvilket er ganske tankevækkende.

Ifølge Andreas er det også værd at bemærke, at selvrapporterede ADHD-symptomer korrelerer dårligt med det kliniske syndrom ADHD. Da symptomerne på ADHD er meget uspecifikke, vil rigtig mange raske mennesker kunne genkende sig selv i dem. Andreas underbygger dette med et studie blandt 49 universitetsstuderende, hvor 70 % af de adspurgte mente, at de måtte have ADHD. Når man så undersøgte dem vha. kliniske interviews og stringent brug af de diagnosekriterierne i DSM-IV og DSM-5, opfyldte kun 1 ud af 49 kriterierne for ADHD. To deltagere blev diagnosticeret med specifikke indlæringsproblemer, 5 med en affektiv lidelse og 6 med nervøs lidelse. De fleste klassificerede ikke til en diag-

nose, men de oplevede ikke desto mindre udfordringer med at tilpasse sig til universitetsmiljøet og/eller havde en uhensigtsmæssig adfærd, f.eks. i form af dårlig studieteknik, højt fravær og hyppigt alkoholindtag. En stille bøn fra Andreas til praktiserende læger er derfor, om vi ikke nok vil lade være med at tillægge et screeningsværktøj som ASRS ret meget værdi, men i stedet være nysgerrige på personens livsforløb og lave en generel klinisk vurdering – inden henvisning.

Er der risiko for at overse ADHD, hvis vi ændrer henvisningspraksis?

"Ja, det er der da", siger Andreas. Men han understreger, at vi bør holde os for øje, at over 50 % af voksne med ADHD er ophørt med medicinen igen efter bare 1 år. "Hvis det at få diagnosen og dernæst opstarte ADHD-me-

dicin havde så afgørende en livsforbedrende effekt, så er det da tankevækkende, at så mange ophører med medicinen igen efter kort tid", siger han. Ud fra et etisk perspektiv kan man også argumentere, at det kan være at foretrække ikke at gøre noget, især hvis vi navigerer i et felt med usikker evidens. I forhold til screening for ADHD i almen praksis og den videre henvisning til udredning er det bemærkelsesværdigt, at samtlige kliniske anbefalinger bygger på "ekspertmeninger uden eksplicit kritisk evaluering" – altså laveste evidensniveau.

"Lægevidenskaben, og især mit speciale, har historisk set gjort mange skadelige ting. Det skal vi altså huske. I det hele taget synes jeg, at vi skal lidt mere tilbage til at have fokus på lægeløftets første og vigtigste budskab: 'Primum non nocere' – først og fremmest ikke skade", slutter han. //



Sommermøde ved Tange Sø med særligt fokus på ADHD

En herlig sommeraften i maj samledes 60-70 praktiserende læger fra Region Midtjylland for at blive klogere på ADHD.

Tanken med temamødet var at sætte fokus på ADHD ud fra et lægefagligt perspektiv, da emnet ofte belyses fra en samfundskulturel vinkel. Et særligt fokus var rettet mod, hvorfor en stor gråzonegruppe af både voksne og børn med ADHD synes at vokse eksplosivt i disse år.

Medikalisering af samfundet

Mikka Nielsen, antropolog, påpegede, at vi ser en voldsom stigning i antallet af brugere af ADHD-medicin. Hun gennemgik historiske faktorer, f.eks. efterkrigstidens fokus på præstation, flere elever i folkeskolens klasser og skolepsykologers indtog. Denne udvikling har medført flere stimuli, flere tests og større krav til selvstyring – og en medikalisering af samfundet.

Den amerikanske sociolog Peter Conrad har bl.a. sagt om ADHD, at mo-

ralske livsproblemer konverteres til medicinske problemer og giver derved problemerne legitimitet. Samtidig eksternaliseres problemerne. Forældres skyld og afmagt over et udadreagerende barn kan favnes af en udredning. Og sloganer som "Tilbage til skolen? Så er det tid til at se på doseringen af ADHD-medicin" (amerikansk reklame) og "Har du en psykisk lidelse? Uden at vide det?" (forside på BT) ses nu jævnlige.

En diagnose giver en forklaring – som at få et vejkort midt i en skov. De fleste med diagnosen får kun medicin, men mange stopper hurtigt pga. bivirkninger. Mikka Nielsen fortalte om en klinik i Malmø, der "afdiagnosticerer" ADHD, da en diagnose kan gøre det svært at blive politibetjent, få en karriere i militæret og tegne forsikring.

Et fix af følelseslivet

Maja Vain Gilbert, psykolog, fremhævede, at vi ser stigende mistro og øget efterspørgsel på diagnoser. Denne tendens gælder for hele den vestlige verden. Hun har mange samtaleforløb i sin egen klinik, og klienterne er ressourcestærke unge. Nutidens unge har flere mentale lidelser end tidligere. Hun oplever et stigende fokus på det indre

OM DE TRE DEBATTØRER

- **Mikka Nielsen** er antropolog og seniorforsker ved Vive. Hun forsker i ADHD hos voksne, og hvordan det rammer familier. Forskningen er baseret på feltarbejde, hvor hun følger patienterne hos f.eks. læge, psykolog, skole, familie, og familien interviewes om diagnosisens betydning.
- **Maja Vain Gilbert** er psykolog, podcastvært, debattør og forfatter. Hun er leder af psykologhuset UngTerapi i København og er optaget af stigmatisering, og hvordan vi taler om patienters symptomer, uden at det nødvendigvis fører til en diagnose.
- **Simon Hjerrild** er psykiater, overlæge, klinisk lektor og har en ph.d.-grad. Han er tilknyttet Afdeling for Psykoser, Psykiatrien, Aarhus Universitetshospital, hvor han til daglig arbejder med udredning og behandling af ADHD.

Mikka Nielsen, Maja Vain Gilbert og Simon Hjerrild mødte et oplagt publikum til DSAM Midts sommermøde ved Tange sø.
Foto: Emil Heilmann Sørensen.



liv, en øget psykologisering og en tendens til at overfokusere på følelseslivet.

En anden tendens er det massive indtog af diagnosetænkning uden for psykiatrien. Det foregår i stor stil på TikTok og andre platforme. Det har en selvforstærkende effekt, fordi det skaber et tilhørsforhold og et nyt sprog. Samtidig opfordrer statens oplysningskampagner borgerne til at søge læge eller psykolog, hvis man har bestemte symptomer. Særligt unge kvinder føler et stort præstationspres, og mange har lavt selvværd og svært ved at strukturere kalenderen. De har ofte dårlig hukommelse, svært ved at falde i søvn, skolevægring og risikobetonet adfærd. Her kan ADHD være den mindst skamfulde forklaring på mistrivsel.

Ligesom Mikka Nielsen fremhævede Maja Vain Gilbert også ekster-nalisering som en forklaringsmodel: Det er ikke mig, det er min hjerne. ADHD bliver dermed en slags ”helle” i præstationskulturen, en fredsskaber i familien, en adgangsbillet til et særligt fællesskab. Der kan være mange gode grunde til at se ADHD som noget attraktivt. Derfor er det vigtigt at spørge: Hvad håber du at få ved en

diagnose? Et bedre socialt liv? Bedre i skolen? Få en kæreste? Tror du, at en diagnose fixer dit liv?

Mange i gråzonen

Simon Hjerrild, psykiater, pointerede, at ADHD er en sygdom, man kan blive syg af. Men der er mange i gråzonen. ADHD er en diagnose i vækst og er tilsyneladende en mindre stigmatiserende diagnose, end det har været. Der er flere mulige forklaringer på denne vækst: et kognitivt krævende præstationssamfund, informations-overload, studier skal selvstyres, færre ufaglærte jobs og et generelt pres på vores opmærksomhed.

En større del bliver funktionelt påvirket. Mange med ADHD har også uspecifikke kognitive klager, men det ses også ved mange andre tilstande. Det kan være svært at gennemskue, hvordan en funktionsnedsættelse spiller sammen med andre faktorer, f.eks. misbrug eller lav intelligens.

ADHD er tilsyneladende en diagnose, som mange gerne vil have. Det store ubesvarede spørgsmål er: Hvorfor? Nogle betaler op mod 20.000 kroner for at få en udredning ved en privatpraktiserende psykiater. Hvor nemt er det så for psykiateren at sige: ”Nej. Du har ikke ADHD.”

Ansvar i almen praksis

Debatten i plenum bød på flere spørgsmål. Som behandler kan det være svært at vide, hvornår man skal henvise. Ifølge Simon Hjerrild bør man henvise ved svær komorbiditet og svært funktionstab.

Et andet dilemma var det lægefaglige ansvar, som ofte ender i almen praksis. Selvom mange fornemmer, at der foregår overdiagnosticering, er det i almen praksis, man skal udskrive recepterne.

Flere efterspurgte tilbud om psykoeducation og mere fleksibel kommunal rådgivning, da kommunerne har meget forskellige tilbud – en slags selvhjælp til ADHD-ramte og deres pårørende. Det kan være særligt vigtigt, mens patienten venter på udredning.

Livet er ikke sat på pause

Alle tre oplægsholdere pointerede, at det er vigtigt at signalere, at ”dit liv ikke er på pause, mens du venter på en udredning”. Ventetiden kan bruges på at fokusere på kost, motion og brug af skærm. Det kan også være fint at se på sine alkohol- og sovevaner. Der er mange andre ting end medicin, der virker. Som praktiserende læge kan man starte med at gribe fat i dem. //

VIL DU VIDE MERE?

<https://adhd.dk/>



Invers feedback

– uddannelse af dig, som er tutorlæge

God vejledning kan lattes gennem invers feedback ved at udpege indsatsområder, der kan gøre vejledningen endnu bedre.

Hvordan udvikler vi os som tutorlæger og vejledere? Vi kan tage på kursus og høre om pædagogiske principper og feedbackmetoder. Men får vi dem overført i den daglige supervision af uddannelseslægen? Vi kan tro, at vi er gode til det. Men hvis vi virkelig gerne vil vide det, kunne vi jo bede vores uddannelseslæger om at evaluere os og give feedback.

I foråret 2024 var vi så heldige at have en del uddannelseslæger samtidigt i vores lægehus. Derfor besluttede vi at forsøge os med invers feedback for første gang. Med inspiration fra de skemaer, man har udviklet på Bispebjerg Hospital, lavede vi vores eget feedbackskema. Det er opbygget som et 360-graders feedbackskema, der minder om det, som også benyttes under den almenmedicinske videreuddannelse af uddannelseslægerne.

Intern undervisning

Vi startede med intern undervisning i lægehuset. Her brugte vi 30 minutter på at gennemgå konceptet 'invers

feedback', formålet med det, og hvordan man rent praktisk udfylder 360-graders feedbackskemaet.

Undervisningen blev afholdt for alle i lægehuset. Vi underviste vores uddannelseslæger i at give invers feedback til tutorlægerne, men uddannelseslægerne og vores øvrige personale lærte også, hvordan de skulle udfylde feedbackskemaet i videreuddannelsen.

Derefter fik uddannelseslægerne én time til sammen at udfylde feedbackskemaet for hver af de fire tutorlæger i lægehuset. Efterfølgende skulle de sammenfatte hovedbudskaberne ved at udpege to indsatsområder, som den pågældende tutorlæge kunne forbedre, og ét indsatsområde, som tutorlægen endelig skulle fortsætte med.

Rart at få feedback

Ugen efter var der afsat tid til 10-minutters samtaler, hvor to uddannelseslæger sammen skulle overlevere de tre indsatsområder til hver tutorlæge efter tur.

Vi oplevede som tutorlæger, at det faktisk var rigtig rart at få feedback på vores rolle som tutorlæge/vejleder. Vi fik alle udpeget indsatsområder, som vi kan arbejde på at blive bedre til, og budskaberne blev overleveret på en god og tryk måde.

Da vi gik ind i processen med in-

vers feedback, var vi bevidste om, at man altid kan blive bedre, og at det er nemmere at arbejde med sig selv, hvis nogen åbent og ærligt fortæller én, hvad der kan gøres bedre. Man kan kun ændre det, som man ved besked om. Det blev vi bekræftet i.

En bedre forståelse

Vi oplevede, at vores uddannelseslæger fik en bedre forståelse af formålet med 360-graders evalueringerne, og hvordan denne feedback kan overbringes til dem på en god måde. Denne vurderingsmetode har været med til at skabe mere tryk for uddannelseslægerne, når de skulle have feedback på deres kompetencer, så den vil vi også bruge fremover.

Vores personale fik også stor gavn af den interne undervisning i 360-graders evalueringerne, så vi har fået mere fyldestgørende kommentarer tilbage fra personalet. Dermed får vi fremadrettet lavet bedre og mere brugbare 360-graders evalueringer af vores uddannelseslæger.

Træner svære samtaler

Vi har lært meget af dette første forsøg med invers feedback. Næste gang vil vi bede uddannelseslægerne om individuelt at lave 360-graders evalueringer af tutorlægerne, før de mødes til deres uddannelsesmøde.

Der skal også afsættes lidt mere tid



Uddannelseslæger er glade for at give invers feedback. Foto: Eva Schandorf.

til samtalen mellem de to uddannelseslæger og tutorlægen; nok 20 minutter til hver samtale. Der er megen læring i selve samtalen mellem uddannelseslægerne og tutorlægen, og den vil vi gerne udnytte bedre næste gang.

Vi gør det igen

Ved at lave invers feedback træner vi også vores uddannelseslæger i ledelse, at give feedback og at være i den vanskelige samtale på en ordentlig og tryk måde.

Uddannelseslægerne er typisk hos os i kortere perioder ad gangen (6-12 måneder). Derfor har vi aftalt, at de punkter, der kommer frem i samtalen mellem uddannelseslægerne og tutorlægen må nedskrives, så det sikres, at det ikke bare er de samme punkter, som gentages fra gang til gang, men at tutorlægerne formår at arbejde konstruktivt med deres indsatsområder.

Vi har allerede aftalt, at vi vil bruge invers feedback igen. Det kræver, at vi har mindst to uddannelseslæger i huset, men det har vi heldigvis ofte. Så mon ikke vi kan gentage succesen hver sjette måned fremover?

Det siger uddannelseslægerne

Som uddannelseslæge oplevede jeg, at invers feedback gav mig mulighed for aktivt at reflektere over supervision og vejledning. Både hvordan jeg foretrækker at modtage det, men også hvordan det bedst bliver givet. Det kan fremadrettet hjælpe mig med at være mere opmærksom på, hvad jeg selv kan gøre for at få mest muligt ud

af den supervision og feedback, jeg modtager under min videreuddannelse. Derudover vil jeg bestemt bruge det, når jeg selv skal til at være vejleder eller tutorlæge for yngre kollegaer.

Vi var flere uddannelseslæger, der diskuterede invers feedback sammen, og her blev det også tydeligt, hvor forskellige vi alle er, og hvor vigtigt det er at individualisere sin vejledning, supervision og feedback. Af samme grund giver det mening, hvis man først svarer på feedbackskemaet alene og efterfølgende diskuterer dem [svarene] med de andre uddannelseslæger. På den måde skal man selv tage stilling, og man bevarer sine individuelle observationer.

Selvom det kan virke grænseoverskridende at skulle give feedback til sin tutorlæge, så har hele oplevelsen været god og tryk. Det var vigtigt for os uddannelseslæger, at vores feedback var konstruktiv og ikke mindst konkret. Derudover gav vi feedback to uddannelseslæger til én tutorlæge, hvilket var med til at gøre oplevelsen tryk.

At deltage i invers feedback bidrager til, at man som uddannelseslæge føler sig hørt og som en vigtig del af praksis. Jeg deltog i invers feedback, kort inden jeg blev færdig med min introstilling i lægehuset, men hvis man forestillede sig at skulle gentage invers feedback i samme lægehus, kunne det have haft endnu større værdi undervejs og med mulighed for at snakke om, hvordan det er gået siden sidste feedback. //

FEEDBACK FRA UDDANNELSESLÆGERNE

- Virker vejlederen motiveret for uddannelsesopgaven?
- Tilbyder vejlederen uopfordret supervision og feedback?
- Prioriterer vejlederen tid til supervision og feedback?
- Lader vejlederen uddannelseslægen demonstrere egne færdigheder og planer?
- Tilpasser vejlederen sig uddannelseslægens niveau?
- Giver vejlederen specifik og konstruktiv feedback?
- Opfordrer vejlederen til refleksion?
- Foregår supervision og feedback struktureret? (obligatorisk vurdering af kompetencer)
- Er vejlederens samlede performance tilfredsstillende?
- Hvad bør vejlederen fortsætte med?
- Hvad bør vejlederen ændre?

FEM TIPS TIL INVERS FEEDBACK

- Undervis klinikken i formål og metode.
- Bed uddannelseslæger (enkeltvis) udfylde et 360-graders feedbackskema for hver vejleder.
- Hold et uddannelsesmøde, hvor I udpeger én god ting og to ting, som vejlederen kan forbedre.
- Afsæt mindst 20 minutter til en samtale mellem to uddannelseslæger og én vejleder.
- Nedskriv de tre ting, så der kan følges op ved næste runde; uddannelseslægerne er måske ikke de samme, så der er behov for en skriftlig "hukommelse" mellem uddannelseslægerne.



HVERDAGENS ILDSJÆLE

Bidrag til det faglige fællesskab: erfaringer fra en praktiserende læge



DSAM har brug for, at aktive medlemmer gør en indsats for det faglige fællesskab. Practicus har talt med Tove Kristjansen, som bidrager til fagets fælles stemme gennem sit arbejde i forskellige udvalg.

Ingen samlede opgørelser viser, hvor meget lægefagligt arbejde landets praktiserende læger udfører ved siden af deres arbejde i praksis. Men i den seneste FYAM-undersøgelse fra 2023 angiver 14 pct. af de adspurgte, at de er aktive i lægefaglige/fagpolitiske instanser ved siden af deres faste arbejde. Det kan være alt fra kvalitetsarbejde til at sidde i arbejdsgrupper, hjælpe med høringer eller andet for DSAM.

En af DSAM's meget aktive medlemmer er Tove Kristjansen, som er læge i Odense. Hun har tidligere væ-

ret praksisejer i en 5-mands kompagniskabsklinik i Odense i 25 år. For få år siden solgte hun sin andel for at gå ned i tid og få mulighed for at bidrage til faget på andre måder end "kun" ved at drive klinik.

"Jeg har altid ønsket at være mere end bare medlem af det faglige selskab og deltage aktivt for at præge retningen for arbejdet. I efteråret 2019 blev jeg valgt ind i DSAM i Region Syddanmark, hvor jeg nu er arbejdende suppleant," forklarer Tove.

Synspunkter fra almen praksis

Det lokale faglige arbejde gik i stå under coronapandemien, men det er nu oppe i fuld fart igen, og Tove har også hjulpet med en lang række andre opgaver for DSAM.

"Efterhånden som aktiviteterne blev genoptaget, deltog jeg i en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen vedrørende farmakologisk behandling af angst. Det førte til, at jeg medvirkede i en artikel i månedsbladet "Rationel Farmakoterapi" og del-

tog som paneldeltager ved IRF's stor-møde i juni 2023," uddyber hun.

Det er dog ikke det eneste, som Tove har deltaget i. Almen praksis er efterspurgt i en lang række sammenhænge, f.eks. vejledninger og høringer, hvor det er vigtigt at inddrage synspunkter fra almen praksis på et givent emne. Og her har Tove også bidraget.

Høringer og samarbejdsgrupper

Nogle kender måske høringer fra eget lokalområde, hvor kommunen sender et nyt forslag til lokalplan eller skolebudget i høring. På samme måde kan offentlige institutioner som f.eks. styrelser og ministerier sende forslag i høring, inden de skal vedtages endeligt politisk. Det er en måde for beslutningstagerne at inddrage dem, der ved noget om et emne eller bliver særligt berørt af det.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) bliver ofte bedt om at give sin mening til kende i forskellige fora, hvor det kan være relevant. Det kan være ved høringer eller ved udpegninger,

"Jeg har altid ønsket at være mere end bare medlem af det faglige selskab og deltage aktivt for at præge retningen for arbejdet."

hvor en DSAM-repræsentant deltager i f.eks. en arbejdsgruppe under et ministerium eller en styrelse.

"Jeg har deltaget i mange forskellige arbejdsgrupper, herunder udarbejdelsen af tværfaglige vejledninger om behandling af personer med spiseforstyrrelser, behandling af epilepsi og forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Jeg har også været med til at opdatere nefrologernes vejledning til behandling af kronisk nyresygdom og deltager aktuelt i grupper om farmakologisk behandling af smerter og en national klinisk anbefaling til behandling af ADHD," lyder det fra Tove.

Hun har en klar holdning til, hvorfor det er vigtigt, at hun og andre praktiserende læger bruger tid på det:

"Det er vigtigt at få almen praksis' perspektiv på diverse papirer, der berører vores arbejde i almen praksis. Speciallæger og andre faggrupper kan nogle gange have fejlagtige idéer om, hvad der med rimelighed kan lade sig gøre i praksis. Derudover er det vigtigt at undgå for mange "bør behandle"-anbefalinger, som ikke altid passer til patienter med komplekse multisygdomme. Tiden kan være bedre anvendt på at se og høre den enkelte patient end at redegøre for, hvorfor diverse vejledninger ikke er fulgt i den givne situation," forklarer hun.

En anden opgave i DSAM-regi er arbejdet i arbejdsgrupperne, som må-

ske snarere burde hedde samarbejdsgrupper ifølge Tove. Her udpeger DSAM almenmedicinere til at deltage i udarbejdelsen af diverse vejledninger og indgå i tværsektorielt samarbejde. Det kan f.eks. være vejledninger om medicinsk behandling eller forebyggelse af selvmord. Det er vigtigt at deltage for at sikre, at vores perspektiv er repræsenteret, vurderer Tove.

Tidsforbrug varierer

Det er klart, at det tager tid at hjælpe med det faglige arbejde ved siden af arbejdet i klinikken, men som deltids-pensionist er der mere tid til at gøre en forskel, og der er stor forskel på, hvor lang tid man bruger på de forskellige opgaver.

"For dem, der arbejder på fuld tid i praksis, kan det være svært at deltage i mange opgaver sideløbende. Men man kan starte med at deltage i en enkelt arbejdsgruppe og gøre det færdigt, inden man siger ja til en ny gruppe. Typisk indebærer det 4-6 møder, som er fordelt over ca. et år, hvor nogle af dem kan være online-møder, og der vil være noget forberedelse, men det er begrænset," uddyber hun.

Hvad driver lysten?

Det er forskelligt, hvad der motiverer folk til forskellige arbejdsopgaver. For Tove er det en blanding af opdragelse, lysten til at gøre en forskel og det faglige fællesskab med andre læger.

"Arbejdet i DSAM's regi er meget

berigende og giver mulighed for at påvirke retningen for almen praksis. Det er ikke kun spændende, men er også med til at give et større perspektiv på faget. Jeg er vokset op med frivilligt arbejde som barn. Min far var aktiv i forskellige sammenhænge, så for mig var det et naturligt skridt selv at engagere mig. I skoletiden sad jeg blandt andet i elevråd og underviste børn i gymnastik. Siden har jeg været i samarbejdsudvalg og skolebestyrelsen. Og som pensionist er der nu tid til at gøre yderligere," forklarer hun.

Fra Toves side lyder der derfor en opfordring til, at man byder sig til, hvis man har tid og lyst til det. Det er en indsats, som er yderst værdsat og vigtig.

"Jeg opfordrer mine kolleger til at komme til årsmødet og tale med andre om den faglige udvikling i DSAM-regi. Hvis du vil være en del af det centrale arbejde, så henvend dig til bestyrelsen – for ingen kan se på dig, at du ønsker at deltage. Det er en måde at bidrage til, at vores fag udvikler sig på en måde, der giver mening i den praktiske dagligdag", lyder det fra Tove.

Kompensation for aktivitet

DSAM giver refusion for tabt arbejdsfortjeneste og dækker transportudgifter i forbindelse med arbejdet i arbejdsgrupperne.

Læs mere om dette på dsam.dk under Om DSAM > Møder og rejser for DSAM.//

Hvor har DSAM været aktiv i de seneste år?

	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
HØRINGER							
Antal registreret	134	114	87	99	65	84	33
Antal besvaret	57	64	55	39	29	32	14
UDPEGNINGER							
Antal henvendelser	97	86	77	69	101	104	40

*) Tallene for 2024 er opgjort pr. 21. maj 2024.



EN NESTORS ERINDRINGER

Gert Almind har i mere end 40 år sat sit præg på almen praksis. Læs her et udpluk af hans erindringer i miniserien Praksisvikariat 1966.

Kan De være der i morgen?

Klumme nr. 1 af 6

Et halvt år inde i ansættelse på kirurgisk afdeling i Kalundborg var det tid til sommerferie. Det var min første stilling efter kandidateksamen og underlægeskole på Farum Kaserne. Da der ikke var optjent ret mange feriepenge, skulle de fem uge bruges til lønnet arbejde. Tag et praksisvikariat, sagde en kollega. Det er anderledes og velbetalt. Man ringede blot til den erfarne sekretær i Lægeforeningens vikarbureau. Behovet for en vikar dukkede gerne op pludseligt, så jeg kunne ikke få en aftale i god tid. Jeg ville godt til Jylland. Kør De på ferie, foreslog hun, men ring til mig dagligt. Tredje dag, kun nået over Fyn til Sønderjylland, var der bid. En læge i Midtjylland havde brækket benet. Kan De være der i morgen?

Knud Thomsen (1910–1997) havde praksis i Hammershøj mellem Viborg og Randers. Lægeboligen lå på hovedvejen, nabo til dyrlægen, apoteket lidt derfra. Stor villa med plads nok til en rummelig konsultation og venteværelse, uden at privaten skulle inddrages. Husets unge pige ville sørge for ”standsmæssig forplejning”, som kontrakten lød på.

Principallægen, som det hed, var blevet påkørt i et vej kryds af en last-

bil, som havde overset sin vigepligt. Den værste skade var et brud på lårbenshalsen. Da Thomsen var pligttopfyldende og, som han selv sagde, en sej vendelbo, mente han nok, at han kunne passe praksis, eftersom bruddet var indkilet. Han havde anskaffet sig en Thomassplint og kunne gå, men ikke køre bil eller klare trapper. Antallet af sygebesøg var stort dengang. Hans kone, Inger, kørte, og patienterne måtte under nogen protest gå ned fra deres loftskammer, når lægen kom. Det gik imidlertid ikke, så der var brug for en vikar.

Thomsen humpede ind i konsultationen og viste instrumenter, kartotekskasser og fortalte stort og småt. Jeg anede intet om regninger, sygekassegrænser eller kørepenge, men en del om fødsler, gynækologi og skadestuearbejde. Åben konsultation om formiddagen, sygebesøg om eftermiddagen. Efter 15 var nogle dage faste aftaler til graviditets- og børneundersøgelser eller større at-

tester. Eller akutte patienter kunne møde op.

Det var en pænt stor praksis med godt 1500 tilmeldte, det vil sige personer over 16 år, som var A-medlem (gruppe-1) i en af de lokale sygekasser. Området havde få såkaldt B-medlemmer, stort set kun skolelærerne og nogle forretningsdrivende. Selv store gårde havde tilsyneladende ikke indtægter over den grænse, som tvang en ud af sygekassen. Næsten alle brugte dr. Thomsen, som var omhyggelig og respekteret. //

Lægeboligen med patientindgang foran. Familien selv gik ind fra bagsiden af huset. Hammershøj 1966. Foto: Privat.



To menneskers arbejde

Klumme nr. 2 af 6

For en sololæge var dagligdag, hjem og arbejde smeltet sammen – alle ugens døgn. Udkald til hastebesøg midt i aftenmaden, opringninger om natten, kontakt, når man var i Brugsen. Man var helt afhængig af at være to. Da ret få alment praktiserende læger var kvinder, ikke mindst i landpraksis, var lægekoner blevet et centralt begreb, næsten en stillingsbetegnelse. Mange havde sundhedsuddannelse, andre lærte det hen ad vejen og blev uvurderlige med stort ansvar, når henvendelser i telefonen eller ved døren skulle besvares og prioriteres, mens lægen var på sygebesøg eller måske til møde. Skulle hun sende en ambulance, eller vente til hun kunne få fat sin mand, når han ringede hjem fra en patient, som havde telefon? Var en patient 'kendt i praksis', kendte lægens kone og patienten også hinanden.

Således også hos min Knud Thomsen. Hans kone sad med i konsultationen ved et lille bord, gik til hånde, undersøgte urinprøver, lavede regnskab, osv. sludrede ofte lidt med patienterne. Den plads skulle min kone, Inge, udfylde. Ved vores første dag ville fru Thomsen sidde hos for at sætte Inge ind i papirarbejdet. Nu var deres ældre, velanskrevne læge erstattet af en fremmed ung mand, netop fyldt 27. Så den dags konsultationer forløb ved, at patienten stort set talte henvendt til fru Thomsen, selvom jeg var den anden part i samtalen. Hun hørte interesseret efter, men blandede sig overhovedet ikke.

Morgenens telefonkø administrerede bestyrerinden af telefoncentralen, og hun foretog uden tvivl prioriteringer. De fleste opkald handlede

om sygebesøg og receptfornyelser. Der var kun tidsbestilling til 'profylaksen', svangre- og børneundersøgelser. Klokken ni var venteværelset fyldt. Patienterne holdt selv styr på rækkefølgen.

Ved mit første akutudkald midt i konsultationstiden, gik jeg ud i venteværelset og undskyldte. Det tog de helt roligt. Jeg hentede lægetasken, og da jeg passerede venteværelset mindre end et minut efter, var det tomt. Tre kvarter senere var jeg tilbage, stadig tomt, men på fem minutter var de alle tilbage. De havde opholdt sig hos bekendte eller familie i nærheden, siddet ved vinduet og holdt øje med min røde Morris Mascot.

Ved eftermiddagens svangerundersøgelser medbragte den gravid et kartonkort med navn, fødselsdag og en række taloner, en hvid til første lægeundersøgelse, to grønne, også til lægen og syv gule til jordemoderen. Farverne skaffede det navnet papegøjekortet. Man klippede den rette talon af, satte sit stempel på og indsendte hvert kvartal bunken af taloner sammen med nogle tilsvarende fra børneundersøgelserne til Sundhedsstyrelsen, idet Staten betalte for 'profylaksen'. Til konsultationer og sygebesøg havde man regningsblokke i forskellige farver, alt efter om det var egne patienter, passanter eller vagtydelser. Lægen udfyldte, og patienten skrev under. Man skulle huske at lægge kopipapiret rigtigt, så det kom noget på patientens eksemplar. Derefter kom de hen i Inges langsomt voksende bunke, som vi kunne aflevere til fru Thomsen ved deres hjemkomst. //



Vikaren på vej ind til et sygebesøg med dr. Thomsens fine læderlægetaske. Foto: Privat.

OM CERT ALMIND

Praktiserende læge i Holbæk 1970-2000, adm. direktør i Novo Nordisk Fonden 2000-09, siden senioradvisør samme sted.

I DSAM-regi: Fra 1967 tilknyttet Forskningselskabets bestyrelse som yngre læge. Deltog i generalforsamlingerne, da selskabet i 1970 ændrede formål og navn til DSAM. Ordinært bestyrelsesmedlem i 70'erne.

Skrev doktordisputats i 1984: "Forebyggende arbejde med småbørnsfamilier i almen praksis og sundhedspleje", og blandt de første med et emne fra almen praksis. Adjungeret professor i primær sundhedstjenesteforskning ved KU 1993-98 med vejleder og bedømmelsesopgaver.

Udpluk af øvrige poster: SST's sagkyn-dige rådgiver inden for det praktiserende lægevæsen.

Formand for Forskningsfonden for Almen Praksis' faglige råd og Forskningsudvalget, Lægeforeningens Sundhedskomite, Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd og Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse.

Redaktør og forfatter af lærebøger, bl.a. Forebyggende Sundhedsarbejde. Og sidst, men ikke mindst, en værdsat bestyrer af DSAM's arkiver, så selskabets historie er sikret for eftertiden.



EQuiP-konference i Ghent, Belgien, 24-27. april 2024

Fremtidens populationsomsorg

Konferencen i Ghent havde populationsomsorg, population health management (PHM), som hovedomdrejningspunkt. Marc Bruijnzeels fra Holland havde som indledning til konferencen et meget vitalt indlæg med en gennemgang af denne nye og overordnede indfaldsvinkel til fremtidens sundhedsvæsenet. Primærsektoren skal styrkes og reorganiseres.

I takt med at udfordringer i form af stigende omkostninger, en voksende byrde af multimorbiditet og stigende ulighed i sundhed lægger et tiltagende pres på sundhedsvæsenet i de fle-

ste lande, er der enighed om, at der bør foretages en styrkelse og reorganisering af primærsektoren. Kun ved en holdningsændring og mere proaktiv indsats i sundhedsvæsenet kan fremtidens udfordringer imødegås.

WHO: fra reaktiv til proaktiv

WHO har udgivet et politikpapir vedrørende populationsomsorg, og hvorledes sundhedsindsatsen kan styrkes i primærsektoren via en datadrevet, borgercentreret og proaktiv indsats i en subpopulation. Ved at identificere særlige grupper af borgere med ens karakteristika og behov kan populationsomsorg muliggøre, at praktiserende læger sammen med andre aktører kan flytte fokus fra en ensrettet reaktiv løsningsmodel til en målrettet skræddersyet inter-

vention, der tilfredsstiller behovene blandt forskellige befolkningsgrupper og individer.

Ved at målrette indsatsen til sociale determinanter i sundhed og psykosociale behov vil populationsomsorg kunne understøtte praktiserende læger i at anvende en holistisk og mere etisk retfærdig prioritering af indsatsen ved at modvirke uligheder i sundhed på lokalt og kommunalt niveau. WHO har i deres publikation beskrevet eksempler fra 12 forskellige lande i Europa på anvendelse af populationsomsorg. På denne baggrund har man udarbejdet 16 anbefalinger, der kan anvendes i primærsektoren til at styrke populationsomsorgen.



Vi skal tage lederskab

Indlægget blev afsluttet med en opfordring til, at almen praksis trådte aktivt ind på scenen i denne strategi, da vores fag er en central aktør i primærsektoren. Det var Marc Bruijnzeels holdning, at det er uomgængeligt, at almen praksis skal tage lederskabet i denne udvikling, da både metode og tankegang i indsatsen bygger på og samtidig styrker den patientcentrerede tankegang til særlige populationer.

Denne nye sundhedspolitiske vinke l udfordrer den hidtidige kronikermodel, som kan ses som reaktiv, da den bygger på en tankegang om one-size-fits-all. Set i dette perspektiv er evidensbaseret medicin en alt for snæver model for arbejdet i primærsektoren. Det bliver interessant at se, om Sundhedsstrukturkommissionen har indarbejdet disse tanker om populationsomsorg i sundhedsreformen. Hvis det er tilfældet, vil almen praksis skulle rykke ind som en central aktør i sundhedsvæsenet.

Klyngen kan blive central

Netop klyngearbejdet i Danmark kan gøre det muligt for almen praksis at blive en central aktør i populationsomsorgen og være med til at påvirke den fremtidige udvikling i primærsektoren.

En spæd start på denne udvikling kan ses i form af klyngebårne populationsbaserede projekter i form af "social henvisning" i både Ringsted og Vesterbro-Sydhavnen. Repræsentanter fra KiaP beskrev ved en udmærket præsentation, hvor stor en succes klyngearbejdet i Danmark er. Der er stor interesse i EQuIP for dette kvalitetsarbejde.

Vi kan stadig lære af hinanden

Konferencen havde mange interessante temaer på programmet, bl.a. om bæredygtig praksis,

som er ved at være et centralt tema i EQuIP's arbejdsområder.

Den italienske læge Marcella Dannon havde et indlæg om ecopsykologi. Dette emne supplerer bæredygtig praksis, da man inden for dette område bruger naturen og dennes cyklus som helbredende og styrkende elementer for patienterne. Emnet dækker samme område, som vi her i landet kalder "haveterapi". Det er interessant, at den italienske gruppe ikke var klar over, at man i Sverige har brugt denne behandlingsterapi systematisk i mange år. På trods af vores digitalisering kan der være sådanne isolerede faglige nicher i europæiske lande, som ikke har kontakt med andre lignende faggrupper andre steder på kontinentet.

Konferencen var som sædvanligt med et begrænset deltagertal, hvilket gav god mulighed for inspirerende samtaler med kolleger fra andre lande i Europa og oversøiske nationer. //

FEM ANBEFALINGER OM POPULATIONSSOMSORG

- Identifier sårbare populationer og individer.
- Indsaml og analyser data, der er nødvendige for at forstå variationen i populationen og identificere de behov og indsatser, der er nødvendige for at løfte sundheden i populationen bedst.
- Lav en risikostratificering inden for populationen, som kan hjælpe med at dosere indsatsen til de enkelte grupper.
- Skræddersy indsatser til de forskellige risikogrupper.
- Foretag jævnligt en evaluering og tilpasning af indsatsen.

Kilde: WHO, Population Health Management in Primary Care, juni 2023.



Af: Line Flytkjær Virgilsen, seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og konsulent i VID, Mogens Folkmann Andersen, kommunikations- og presseansvarlig i DSAM, og Sune Holm Pedersen, konsulent i VID - line.virgilsen@ph.au.dk

Ny oversigt gør det let for praktiserende læger at deltage i forskning

En ny database med aktuelle almenmedicinske forskningsprojekter vil gøre det både nemt og overskueligt for praktiserende læger at deltage i forskning.

Det er blevet lettere for praktiserende læger at finde og deltage i almenmedicinske forskningsprojekter. En ny database, som er udviklet af organisationen VID (Netværk for viden og kompetencer i almen praksis) i samarbejde med DSAM og Region Hovedstadens kvalitetsenhed KAPH, samler nemlig nu aktuelle forskningsprojekter, som søger deltagere fra almen praksis.

“Sådan en oversigt kan bidrage til udviklingen af vores fag, og faglig udvikling er med til at give glade og tilfredse læger,” siger Bolette Friderichsen, praktiserende læge og formand for DSAM.

For DSAM er det en stor glæde og tilfredsstillelse at få skabt et overblik over forskning i faget, hvor praktiserende læger har mulighed for at bidrage. Det mener Bolette Friderichsen,

der selv flere gange som læge har bidraget til forskellige forskningsprojekter.

“Forskning er vigtig for udviklingen af vores fag. Det giver glade og tilfredse læger. I DSAM er vi glade for, at man med den nye database kan finde aktuelle forskningsprojekter over hele landet. Det giver et uvurderligt overblik,” uddyber hun.

Drives af VID

At skabe forbindelse mellem klinik og forskning er en central opgave for VID, der til daglig driver den nye database og holder den opdateret. Derfor er databasen opbygget, så almen praksis nemt kan finde aktuelle forskningsprojekter med fokus på lægernes faglige interesser.

“En tæt kobling mellem klinik og forskning er afgørende for at skabe relevant og nyttig viden, som lægerne kan bruge til at hjælpe patienterne. Nu kan de praktiserende læger simpelthen se deres muligheder for at bidrage til forskningsprojekter, der handler om deres egen dagligdag, og så bliver koblingen endnu tættere. Det skaber værdi for både læger, patienter og forskere,” siger Janus Laust Thomsen, praktiserende læge, for-

mand for VID og forskningsleder ved Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet.

Konkret værdi for patienter med svær psykisk sygdom

Værdien af at koble praksis og forskning har været tydelig for de forskere og læger, der har deltaget i projektet SOFIA, som er forankret ved Center for Almen Medicin ved Københavns Universitet. SOFIA undersøger, hvordan livskvaliteten kan øges og levetiden forlænges hos mennesker med svær psykisk sygdom i almen praksis.

Et omdrejningspunkt for SOFIA har været den nye ydelse 2150, Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk lidelse. Ydelsen blev introduceret i OK22 af forhandlingspartnerne på baggrund af forskning fra SOFIA. Ydelsen består blandt andet af en forlænget konsultation på 45 minutter til borgere med svær psykisk sygdom for at opspore somatiske lidelser.

SOFIA som eksempel

I SOFIA har en række praktiserende læger hjulpet forskerne med at forstå, hvordan man som praksis kan arbejde med at identificere og skabe kon-

takt til patienterne i målgruppen. Derudover har lægerne og forskerne i samarbejde kortlagt, hvordan den forlængede konsultation kan organiseres for at imødekomme behovene hos patienter med svær psykisk sygdom. Delta-gere fra almen praksis har derfor spillet en stor rolle i at skabe viden om, hvordan mødet med psykisk syge borgere foregår mere hensigtsmæssigt i den kliniske hverdag.

”De fleste praktiserende læger møder patienter med alvorlig psykisk sygdom i deres kliniske hverdag. Det er en målgruppe med mange konkurrerende udfordringer, sociale, psykiske og fysiske, og hvor de fysiske symptomer let kan træde i baggrunden. Derfor er det utrolig meningsfyldt at forske i, hvordan vi kan hjælpe netop denne målgruppe og bedre relationen mellem almen praksis og patienter med svær psykisk sygdom. Og de praktiserende læger i projektet har gjort en kæmpe forskel ved at dele deres erfaringer fra deres kliniske hverdag og egen praksis,” siger Anne Møller, som er praktiserende læge, lektor ved Center for Almen Medicin på Københavns Universitet og projektleder på SOFIA.

Fra nord til resten af landet

Flere praksis fra Region Nordjylland, Region Hovedstaden og Region Sjælland har deltaget i SOFIA, blandt andre Helle Frandsen, som har praksis i Køge.

”Vi fik i min praksis rigtig meget ud af at deltage i forskningsprojektet. Dels lærte vi vores psykisk sårbare patienter bedre at kende. Men vi blev også bevidste om, at dét, de havde lyst til, at vi skulle hjælpe dem med, ofte slet ikke var det, vi troede,” siger Helle Frandsen.

Før SOFIA oplevede hun ofte, at hun ikke havde tid til at gå i dybden med andet end patientens psykiske sygdom inden for rammerne af en traditionel konsultation. At være en del



Projekter, der netop nu søger deltagelse fra almen praksis (screenshot fra vidap.dk/deltagiforskning).

af forskningsprojektet har givet hende redskaber til at strukturere sin behandling af målgruppen på en ny måde.

”Det betød, at arbejdsglæden fik et betydeligt skub opad, fordi jeg havde god tid til at lytte til og forstå mine patienter i målgruppen. Og mange af de behandlingstilbud, vi søsatte, har efterfølgende givet patienten en væsentligt bedre hverdag,” siger Helle Frandsen.

Hvordan kan jeg eller min praksis deltage i forskningsprojekter?

Aktuelt er der 12 forskningsprojekter i den nye database, der søger deltagere fra almen praksis. Du finder databasen på VIDs hjemmeside: vidap.dk/deltagiforskning (se QR-kode i infoboksen). Databasen opdateres løbende, så aktuelle forskningsprojekter altid fremgår.

Du kan let søge efter forskningsprojekter, som foregår i den region, som du har praksis i, eller du kan søge efter projekter om konkrete emner som for eksempel kræft, luftvejsinfektioner, medicin og videokonsultation.

Honoraret for at bidrage fremgår af VIDs hjemmeside og er fastsat efter gældende regler. Du får let et overblik over, hvor lang tid projektet kører, og hvilke konkrete opgaver det in-

debærer for dig og din praksis, hvis du vælger at deltage i projektet.

Fanger et projekt din opmærksomhed, kan du let finde mere information om projektet ved at vælge ”læs mere” og se, hvordan du tilmelder dig. //

VIL DU DELTAGE I FORSKNING?

- Find oversigten over projekter på vidap.dk/deltagiforskning.
- Databasen indeholder projekter, som udføres ved de fire forskningsenheder for almen praksis i Aalborg, Aarhus, København og Odense.
- Du får honorar for deltagelse efter gældende regler.
- Du får en bedre brugeroplevelse på computerskærm end mobilen.



VIDSTE DU?

VID har udgivet en guide til det almenmedicinske miljø. Den giver et samlet overblik over miljøets aktører, deres indbyrdes sammenhæng og opgaver samt en oversigt over kanaler med nyheder fra miljøet. Find guiden på: vidap.dk/guide.





Viden på tværs

– en hilsen fra forskningsenhedernes forskningsworkshop 2024

Over to solbeskinnede dage i maj samledes 120 medarbejdere fra forskningsenhederne for almen praksis i Danmark til årets forskningsworkshop. Arrangementet er en tilbagevendende begivenhed, som giver forskerne mulighed for at blive opdateret på, hvad der rører sig i miljøerne, drøfte eksisterende samarbejder eller lade sig inspirere til at iværksætte nye. Dagene er centreret omkring et aktuelt tema, og ansvaret for planlægningen går på skift rundt i landet. I år var det Københavns tur med overskriften: viden på tværs.

Data som samlingspunkt

Vi mødtes midt i landet i Middelfart med det formål at arbejde med viden på tværs i og omkring det almenmedicinske forskningsmiljø. Målet var at arbejde med både deltagernes egen og andres viden. Men hvordan gør man det "på tværs"? Efterhånden som programmet skred frem, blev det tydeligt, at det var på tværs af fagligheder, forskningsfelter, fokusområder og mange andre samlingspunkter.

Klaus Høyer, professor ved Institut for Folkesundhedsvidenskab ved Københavns Universitet, slog tonen an

med oplægget "Data som samlingspunkt?" I sin tankevækkende præsentation drøftede han, hvordan data kan tage mange former, at det er alt fra måling af blodtryk og urinvejsinfektioner til registerdata, feltnoter, ferieregistrering og meget, meget mere. Han argumenterede for, at mens der umiddelbart synes at være bred enighed om, at data betyder meget i hverdagens arbejde og er afgørende for god forskning, er der langt mindre opmærksomhed på, hvordan den enkelte egentlig arbejder med data, og om mere data per definition er en god ting. "Hvordan oplever du selve dataarbejdet? Hvordan føles det?", spurgte Høyer publikum. Han fulgte op med en opfordring til alle om at se kritisk og undersøgende på det konkrete dataarbejde og den måde, vi som forskere og klinikere udfører det på.

Netværk og tid til at gå i dybden

Herefter fulgte første runde af en række workshops med mulighed for at afprøve nogle af Høyers pointer på specifikke emner, f.eks. "Hvordan kan vi arbejde med data som vejledere og ledere?" eller "Hvordan kan jeg bruge mine dataerfaringer og -præferencer i mit daglige forskningsarbejde?". Del-

tagerne havde hjemmefra valgt sig ind efter interesse, og mens de forskellige sessioner gav mulighed for at gå i dybden med eget arbejde, gav gruppearbejdet i de forskellige workshops samtidig en god mulighed for at lære kollegaerne fra de andre enheder lidt bedre at kende. Det er sjovt at få sat ansigt på et navn, hvis artikel du har refereret adskillige gange. Og kaffepauserne, og de snakke, som fulgte, gav tilmed mulighed for at få lidt mere kendskab til personen bag ansigtet.

Ud på tur

Efter nogle produktive timer var det tid til at klare tanker og nyde det skønne vejr. Guidet af to lokale naturvejledere blev vi taget med rundt i Middelfarts gader og parker. Mens den ene halvdel af selskabet gik på jagt for at spotte marsvin i Lillebælt, havde den anden halvdel fornøjelsen af en vandring, der introducerede området omkring byens gamle sindssygehospital.

Vel tilbage på hotellet afholdtes runde to af workshops, som markerede afslutningen på dagens faglige program. Fællesnævneren for de forskellige sessioner var et fokus på at undersøge, hvordan viden på tværs kan

understøtte konkrete tværdisciplinære projekter, f.eks. "Bæredygtighed i almen praksis" og "Tilgængelighed og kontinuitet".

Prisuddeling og bobler

Før middagen mødtes vi igen i den festlige anledning, at modtagerne af Magda og Svend Aage Friederichs Mindelegat skulle røbes. Legatet gives til lovende forskere i starten af deres karriere eller til forskere med utraditionelle idéer og metoder. Fælles for alle årets modtagere er deres ekstraordinære indsats for faget og deres store engagement i miljøerne, og ud over æren medfølger DKK 20.000. Stort tillykke og tak for indsatsen til: Sofie Gjessing og Camilla Aakjær Andersen fra Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet, Annette Fischer Pedersen og Linda Huibers fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Gritt Overbeck og Pernille Hølmkjær fra Center for Almen Medicin ved Københavns Universitet og Isabella Raasthøj og Trine Thilsing fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense-Esbjerg.

Tovtrækning og karaoke

Selvom forskningsenhederne prioriterer at mødes for at fremme samarbejdet og styrke båndene på tværs, så er det ikke muligt at samles, uden at lidt sund konkurrence mellem enhe-

derne opstår. I år tog det tydeligst form i først tovtrækningskonkurrencen og siden en karaoke-battle! Hidtil skjulte sangtalenter åbenbarede sig, efter karaokeanlægget var åbent for alle...

Brainstorm over samarbejder og vidensmobilisering

Dag to fortsatte med muligheden for at arbejde videre både med etablerede projekter, men også med projektidéer. Selvom der i dag er god mulighed for at afholde møder online, og selvom det i høj grad understøtter samarbejde på tværs betragteligt, er der noget særligt ved at mødes fysisk. Måske er det særligt vigtigt i opstartsfasen af et projekt, hvor brainstorm over fokus, retning og form er afgø-

rende. Den type arbejde er forskningsworkshoppen et oplagt rum til at facilitere. Samtidigt med projektarbejdet afholdt VID en velbesøgt workshop om formidling under overskriften "Vidensmobilisering – fra forskningsviden til praksis". Her var fokus på de tiltag, som både den enkelte og enhederne kan gøre for at omsætte forskningsviden til praksis, så forskningsenhederne kan skabe værdi af viden på tværs af både patienter, praktikere og politikere.

Fra København vil vi gerne takke gode kollegaer fra hele landet for nogle givtige dage sammen, og så ser vi allerede frem til næste år, hvor forskningsenheden i Odense står for planlægningen! //



Prisuddeling. Foto: Henrik Hedegaard Pliess Larsen.



Tovtrækning. Foto: Henrik Hedegaard Pliess Larsen.



Hvad siger du til patienten med graviditetsgener?

Vær lykkelig gravid!

De fleste graviditetsproblemer øger ikke risikoen for abort eller fødselskomplikationer, viser et dansk studie.

Graviditet er en rejse fyldt med forventning og forundring. Men for mange kommer graviditeten med belastende følgesvende: kvalme, opkast, bækkensmerter, kløe, krampes – listen er lang. Og når kroppen larmer, kommer bekymringerne: Har baby det godt, når jeg har det så skidt? Ja, baby har det temmelig sikkert godt. Selvom det kan være svært at forestille sig, at den lille har det godt, når man selv er sløj, kommer der langt oftest en god fødsel ud af det.

I studiet beskrives sammenhænge mellem de mest almindelige graviditetssymptomer og risikoen for komplikationer senere i graviditeten og ved fødslen.

Sådan gjorde vi

I alt 1.500 nygravide kvinder blev af deres praktiserende læge indbudt til at deltage i studiet. De svarede på spørgeskemaer fra begyndelsen til slutningen af deres graviditet. Vi spurgte til de mest almindelige graviditetssymptomer: kvalme, opkast, smerter i ryg og bækken, graviditetsrelateret kløe, krampes i benene og vaginal blødning. Vi var interesserede i at finde ud af, om kvinder med graviditetssymptomer i 1. trimester fik alvorlige komplikationer senere i graviditeten eller i forbindelse med

fødslen, så derfor holdt vi kvindernes besvarelser op mod data fra Det Medicinske Fødselsregister.

Hvad fandt vi ud af?

Graviditetsgener er hyppige, og 14 % af kvinderne oplevede komplikationer senere i graviditeten. Alvorligst var spontan abort (4,6 %). Andre hyppige komplikationer var hypertension (2,4 %), mild til moderat præeklampsi (2,4 %), kløe med forhøjet levertal (1,2 %) og gestationel diabetes (0,8 %).

Fødselskomplikationer var også hyppige (14 %). Alvorligst var dødfødsler (0,3 %). Hyppigere var akut kejsersnit (9,2 %), feber under fødsel (2,2 %), udtrættet fødende (1,4 %) og for tidlig fødsel (0,8 %).

Tabel 1 viser, at der ikke er ret stor forskel på graviditetssymptomerne

Tabel 1: Fordelingen af graviditetssymptomer blandt gravide med og uden fødselskomplikationer

	Havde ikke fødselskomplikationer	Havde fødselskomplikationer
GRAVIDITETSSYMTOMER:		
Kvalme	88,7 %	87,6 %
Opkast	39,9 %	46,0 %
Underlivssmerter	55,3 %	58,9 %
Bækkensmerter	32,8 %	37,8 %
Krampes i benene	6,0 %	9,7 %
Vaginal blødning	16,2 %	19,6 %

Tabellen er et udsnit af originalartiklens tabel 2, N = 1348.

mellem gruppen af kvinder med fødselskomplikationer og gruppen af kvinder uden fødselskomplikationer. Ingen statistisk sammenhæng blev fundet mellem tidlige graviditetsgener og fødselskomplikationer. Generelt kunne de tidlige symptomer ikke forudsige komplikationer senere i graviditeten, men bækkenløsning, underlivssmerter og tidlig blødning var hyppigere blandet de kvinder, der senere fik graviditetskomplikationer.

Fremtidens svangreomsorg

Studiet åbner for nye veje i forståelsen af graviditetsforløbet. Ved at fremhæve vigtigheden af tidlig opmærksomhed på bestemte symptomer baner det vejen for yderligere forskning i, hvordan tidlige indgreb, som er baseret på disse tegn, kan forbedre udfaldene for både mor og barn. Samtidig tjener det som en påmindelse om, at svangreomsorgen bør tilpasses den enkelte og med en balance mellem opmærksomhed på potentielle risici og anerkendelse af graviditetens naturlige variationer.

Studiet giver et vigtigt bidrag til vores forståelse af graviditetens tidlige faser ved at afmystificere de tidlige symptomer og deres forbindelse til senere graviditets- og fødselskomplikationer. //

HVAD VISER STUDIET?

- Symptomer i de tidlige faser af graviditeten kan give ledetråde om potentielle risici.
- Bestemte risici kan føre til tidligere og mere målrettet intervention.
- Graviditet er en individuel oplevelse.
- Mange af de tidlige symptomer er normale og indikerer ikke nødvendigvis fremtidige problemer.
- De fleste graviditetsproblemer øger ikke risikoen for abort eller fødselskomplikationer.

Læs mere i originalartiklen:

<https://doi.org/10.1111/aogs.14474>



Af: Pii Baltzarsen, læge, Mette Lausten Hansen, uddannelsesansvarlig overlæge, ph.d., Ane Marie Thulstrup, cheflæge, ph.d., og Rikke Damkjær Maimburg, professor, MPH, ph.d., Arbejdsmedicin, AUH - piibal@rm.dk

De arbejdende GRAVIDE

Et lille kryds i svangrejournalen kan have stor betydning for den gravide. Krydset henviser til muligheden for at få en arbejdsmedicinsk undersøgelse, der kan hjælpe den gravide trygt igennem graviditeten på arbejdsmarkedet. En netop udført opgørelse viser, hvilke gravide der hyppigst ses til arbejdsmedicinsk undersøgelse i Region Midtjylland.

I Region Midtjylland er der årligt ca. 15.000 fødsler. Heraf ses omkring 100 gravide til en arbejdsmedicinsk undersøgelse, svarende til omkring 0,7 %. I forbindelse med første graviditetsundersøgelse kan egen læge henvise til en arbejdsmedicinsk undersøgelse, hvis det vurderes, at den gravide har behov herfor. Opgørelsen fra Region Midtjylland viser, hvilke erhverv de gravide varetager og viser yderligere, at det oftest er gravide, der er udsat for fysisk belastning eller kemisk eksponering, der ses til den arbejdsmedicinske undersøgelse.

Sygefravær i graviditeten

Studier har vist, at 36-56 % af gravide på arbejdsmarkedet har graviditetsrelaterede sygedage, hvor det estimeres, at blot 9 % er på grund af patologisk sygdom. Årsagerne til sygefravær i graviditeten er mange og komplekse, men det er vist, at social status har indflydelse på graviditetsrelateret sygefravær, hvor kvinder med korte ud-

dannelser og ufaglærte har en højere risiko for langtids-sygemelding i graviditeten. Formentlig skiller denne gruppe af kvinder sig ud, hvad angår fysiske eksponeringer i arbejdet, som muligvis er en del af årsagen til sygefraværet.

Gravide, der ses til en arbejdsmedicinsk undersøgelse, er ofte bekymrede for, om eksponeringer i arbejdet kan påvirke fosteret negativt, og der foreligger ikke altid en graviditetspolitik på arbejdspladsen. Denne bekymring ytres til den gravides egen læge, som henviser til arbejdsmedicinsk afdeling. Men ikke alle gravide får udtrykt deres bekymring, ligesom det ikke er alle gravide, der kender deres rettigheder, hvis arbejdsgiver ikke kan tilrettelægge arbejdet, så det er sikkert for den gravide. Dette kan medføre unødigt sygemelding i graviditeten.

Sådan fordeler erhvervene sig

Rengøringsarbejde	10,1 %
Landbrug	8,2 %
Bygningsmalere, metal- og maskinarbejde	7,4 %
Frisører og pedicurister	7,2 %
Lager- og pakkeriarbejde	6,6 %
SOSU-arbejde	4,7 %
Undervisning	3,15 %
Salgsarbejde	2,9 %
Sygeplejersker	2,5 %
I alt	52,8 %

Tabel 1: Fordeling af de hyppigste erhverv blandt gravide, som er set til arbejdsmedicinsk undersøgelse i Region Midtjylland i perioden 2015-2024.

Arbejdstilsynet anbefaler, at arbejdspladserne udarbejder en graviditetspolitik for at imødekomme sikkerheden for gravide medarbejdere. Hvis der er risici i arbejdet, skal arbejdsgiver forsøge at ændre arbejdet eller omplacere den gravide, så belastningerne eller påvirkningerne har et acceptabelt niveau. Hvis dette ikke kan honoreres, har den gravide ret til hel eller delvis fraværsmedling efter barselslovens §6, stk. 2.2. For mange gravide har det stor økonomisk betydning, om fravær registreres som en 'fraværsmedling' eller en 'sygemelding', da der er forskellig kompensation for de to fraværsårsager.

Eksposeringer i arbejdet

I denne opgørelse, som er lavet ved arbejdsmedicinsk afdeling på Aarhus Universitetshospital, har vi opgjort, hvilke erhverv de gravide arbejder i, når de deltager i en arbejdsmedicinsk undersøgelse. Ganske få erhverv er ansvarlige for over halvdelen af de gravide, der ses til vurdering (tabel 1). Størstedelen af netop de erhverv har en høj grad af stående og gående arbejde, løftearbejde, risiko for stød og/eller kemiske påvirkninger.

Det er særligt gravide med arbejde inden for rengøring og landbrug, der ses til arbejdsmedicinsk undersøgelse. I disse erhverv ses en overvægt af udenlandske kvinder, hvor det kan være særligt udfordrende at udspørge til arbejds-eksponeringer og at rådgive, da der kan være behov for en særlig kommunikativ indsats (f.eks. brug af tolk).

Den arbejdsmedicinske undersøgelse

Når kvinden henvises fra egen læge til arbejdsmedicinsk afdeling, bliver hun hurtigt indkaldt til en samtale, da det er vigtigt at vurdere arbejds-eksponeringerne så tidligt som muligt i graviditeten.

Ved den arbejdsmedicinske undersøgelse bliver den gravide spurgt ind til eksponeringer i arbejdet på baggrund af den aktuelle viden fra forskningen om, hvad der kan påvirke barnet og den gravide, heriblandt fysiske, smitsomme og kemiske eksponeringer samt natarbejde.

Arbejdsmedicineren udspørger kvinden detaljeret om hendes arbejde og laver en individuel vurdering af bl.a. løftebelastning, gående/stående arbejde, natarbejde, lange arbejdsdage, støj, infektioner, vibrationer, stråling og kemi. Vurderingen tager udgangspunkt i Arbejdstilsynets vejledning for gravide i den afdækkende samtale (se boks til højre). I tilfælde af kemiske eksponeringer gennemgår den arbejdsmedicinske læge sikkerhedsdatabaserne for de pågældende produkter for at vurdere teratogeniciteten.

Fokus på forebyggelse

I tilfælde af kemiske eksponeringer kan det være relevant at vurdere, om kvinden har været udsat for reproduktionsskadelige stoffer, allerede inden hun blev gravid. Det er dog en vanskelig opgave at lave forebyggende rådgivning til kvinden uden at gribe ind i hendes privatsfære og uden at skabe unødig bekymring. Men arbejdspladser kan med fordel have en graviditetspolitik, hvor også rådgivning anbefales før konceptionen, hvis der er reproduktionsskadelige eksponeringer på arbejdspladsen.

Ved de arbejdsmedicinske klinikker er der et stort fokus på forebyggelse, selvom vi

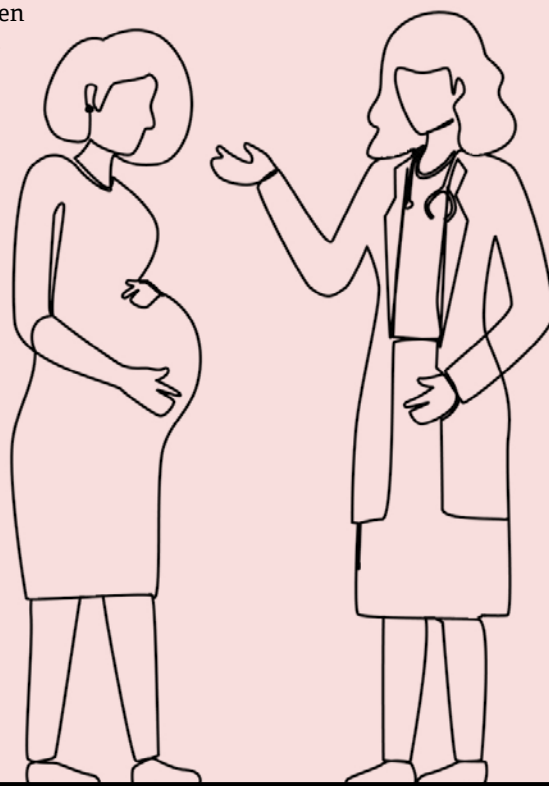
VIDSTE DU?

Arbejdstilsynet har udarbejdet en vejledning om gravide og ammendes arbejdsmiljø: <https://at.dh/regler/at-vejledninger/gravides-ammendes-arbejdsmiljo-a-1-8/>.

ofte først ser patienterne, når de har udviklet sygdom. Det gælder ikke for de gravide, for her kan vi netop lave primær forebyggelse.

De praktiserende læger er væsentlige samarbejdspartnere, når det kommer til forebyggelse. Næste gang du står med en gravid patient, så overvej gerne: Har arbejdet indflydelse på patientens og/eller fosterets helbred? Kan en arbejdsmedicinsk konsultation give et bedre forløb for den gravide og hendes ufødte barn?

Projektet har modtaget støtte fra Region Midtjyllands Sundhedsvidenskabelige Forskningsfond. //



Størstedelen af de kvinder, der ses til arbejdsmedicinsk undersøgelse, har et erhverv med fysisk belastning eller kemisk eksponering.



Af: **Oscar Alexander Perch**, stud.med., ansat i en almen praksis og laver selv p-pillekontroller, og **Anne Gisselman Egekvist**, AC-medarbejder, Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital - oscar.perch@gmail.com



KAUSUISTIK

Kan endometriose progredierte, hvis hormonal kontraception seponeres?

Det var tilfældet i sygehistorien om en 36-årig kvinde med peritoneal endometriose. Hun blev indkaldt af lægehuset til rådgivning og vejledning om brugen af kontraception.

Den vanlige p-pillekontrol hos praktiserende læge har til formål at screene for risikofaktorer og kontraindikationer forbundet med hormonal kontraception. Denne sygehistorie beskriver aggressiv progression af endometriose hos en patient med laparoskopiverificeret peritoneal endometriose, som fik seponeret sin hormonelle behandling i form af p-piller i kombination med minipiller. Kvinden blev rutinemæssigt indkaldt af sit lægehus til samtale og vejledning om hormonal kontraception, hvorefter man seponerede behandlingen. Beslutningen blev taget på baggrund af den kendte risikofaktor ved p-piller for dyb venetrombose. Desuden havde kvinden kendt migræne gennem en år-række. Behandlingen var påbegyndt efter fund af peritoneal endometriose ved en diagnostisk laparoskopi på et regionshospital.

En sygdom med store gener

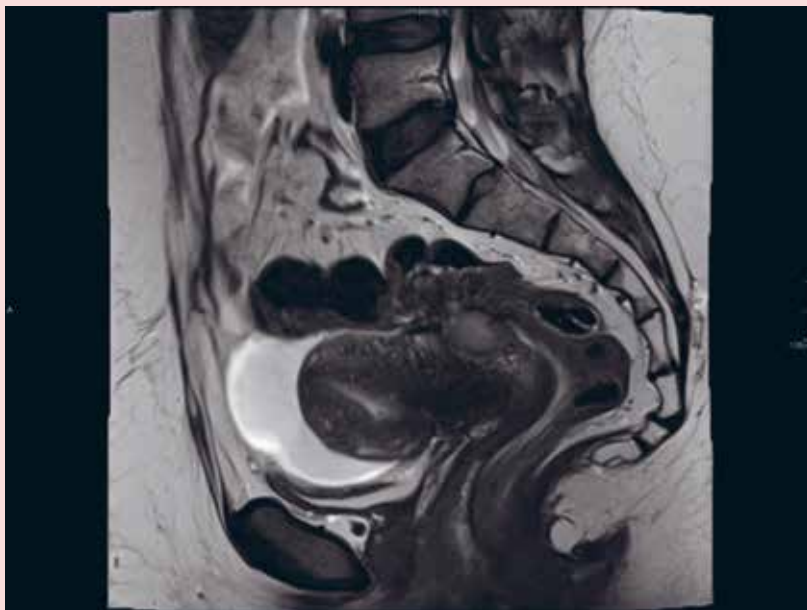
Endometriose er en hyppig og behandlingskrævende inflammatorisk og kronisk sygdom med ektopisk vækst af endometrie celler. Sygdommen kan inddeles efter lokali-

sation og vækstmønster i 1) den overfladiske/peritoneale endometriose, 2) endometriomer (cyster på ovarierne, også kendt som chokoladecyster) og 3) den dybt infiltrerende endometriose, hvor flere former for endometriose ofte er til stede samtidigt. Symptomerne kan være betydelige, f.eks. kraftige menstruationssmerter (dysmenoré), smerter ved samleje (dyspareuni), defækationssmerter (dysketsi), smerter ved vandladning og infertilitet.

Histologisk benign

Endometriose er histologisk set en benign sygdom, men har mange cancerlignende karakteristika. En af de ældste teorier for ætiologien er, at endometrielle celler spredes til bækkenet ved retrograd blødning gennem æggelederne. Her implanteres cellerne på organer i bækkenet og spredes via lymfe- og blodkar. Da retrograd blødning også ses hos raske kvinder, peger litteraturen på (epi)genetiske faktorer, som i kombination med hormonal stimulation af ektopiske endometrie celler fører til deling og ukontrolleret infiltrerende vækst i det omkringliggende væv. En an-

Sygdomsprogressionen – efter seponering af hormonal behandling ved p-pillekontrollen – må betragtes som sjælden og særdeles aggressiv.



Figur 1: Her ses MR-billeder af patientens bækken før (venstre) og efter (højre) 6 måneders pause i kontraception. Røde stjerner viser tarminfiltrerende endometriose, som vokser i tarmvæggen, forsnævrer lumen og binder tarmen fast på bagsiden af livmoderen. Derudover ses en cyste, som ikke var relateret til ovariet men infiltreret i rectosigmoideum (markeret med cirkel).

den teori er, at endometriose udvikles in situ fra stamceller af endometrium, der er efterladt i bækkenet som residualer fra embryoet eller de Müller-ske gange.

Hormonel behandling kan suppressere

Symptomer og sygdomsprogression kan hos mange suppresseres ved brug af hormonal behandling (p-piller/minipiller/hormonspiral) i kombination med NSAID og paracetamol. Endometriose er ektopisk endometriellignende væv, som har østrogen-sensitive vækstceptorer, ligesom det intrauterine endometrium. Kontinuerlig brug af kontraception virker ved at påvirke hypothalamus-hypofyseaksens feedbackmekanisme, hvilket fører til atrofi af endometriet og endometriose. Behandlingsmålet er et amenoré (lindring af dysmenoré) og hæmning af yderligere sygdomsprogression. Diskontinuation af hormonal behandling fører ofte til genopblussen af symptomer og i denne sygehistorie progression af endometriose.

Sygehistorien fra begyndelsen

Forud for p-pillekontrollen har patienten en lang, diffus smerteproblematik med en blanding af ryg- og mavesmerter. Smerterne hæmmer hendes arbejdsevne, og aktuelt arbejder hun 9 timer ugentligt i fleksjob. Hun har inden for de sidste ti år haft 7 akutte indlæggelser pga. abdominale smerter. Hun er blevet udredt med 2 koloskopier, 2 gastrokopier, 5 CT-scanninger og 4 ultralydskanninger af abdomen. Den eneste påviselige årsag er peritoneal endometriose, diagnosticeret laparoskopisk på et dansk regionshospital i 2013, hvor patienten blev opstartet i p-piller og minipiller som behandling.

Sygehistorien – første skanning

I 2017 ses patienten i endometrioseklinikken på AUH. Hun angiver klassiske endometriosesymptomer som dysmenoré, dyspareuni, svær dyskesi og obstipationstendens. De tarmrelaterede symptomer og historik med peritoneal endometriose giver klinisk mistanke om infiltrerende sygdom

evt. i tarmen, og patienten henvises til MR-scanning af bækkenet. Scanningen vurderes af en erfaren radiolog med speciale inden for endometriose som værende uden suspekter fund. Denne scanning bruges til at udelukke større, dybe endometrioseinfiltrater og endometriomer, men peritoneale og små endometrioseelementer kan ikke visualiseres. Derfor tilbydes patienten en elektiv diagnostisk laparoskopi med mulighed for at fjerne peritoneal endometriose på betingelse af vægttab, som patienten har svært ved at efterleve.

Forværrede smerter

I 2022, 6 mdr. efter seponering af den hormonelle behandling, genhenvises hun af en privatpraktiserende gynækolog til endometrioseklinikken pga. fund af endometriose på en ny MR-scanning, nu med forværret smertebillede, forstoppelse og stort forbrug af laksantia. Patienten fortæller, at hormonbehandlingen er stoppet pga. bekymring for risici ved dyb venetrombose, migræne med aura, relati-



Oversigt over patientens diagnostiske endometriosehistorik

År	2013	2017-2020	2020-2022	2022	2023	2023
Metode	Laparoskopi	MR		MR	MR	Laparoskopi
Fund	Peritoneal endometriose	Ingen endometriose	P-piller og minipiller seponeres ved egen læge	Endometriom + tarminfiltrat (6 cm*1,7cm). P-piller og minipiller genopstartes	Atrofi af endometriose, tarminfiltrat (3*1cm)	Operation med tarmresektion

Her ses patientens endometriosehistorik, hvor perioden for sygdomsprogression er markeret med gult.

ve kontraindikationer for minipiller og p-piller. Den nye MR-scanning vurderes af samme erfarne radiolog.

Sygehistorien – nye fund

Sammenlignet med scanningen to år tidligere findes nyttilkommen endometriosecyste på bagsiden af uterus og et tarminfiltrat på den rectosigmoidale overgang over et 6 cm langt område og med 1,7 cm indvækst i rectum. Sygdomsprogressionen er betydelig, med overensstemmelse i udviklingen mellem symptomer og billeddiagnostik. Uden p-pillebehandlingen udviklede kvinden avanceret endometriosesygdom med indvækst i rektum, og hun måtte i 2023 undergå operation, rektumresektion med primær anastomose pga. invaliderende smerter.

Diskussion

Var der flere relative kontraindikationer for p-piller som alder for denne

patient? BMI>40 og migræne. Der er en tidsmæssig sammenhæng mellem seponeringen af oral kontraception og tiltagende symptomer samt aggressiv progression i sygdommen. Op mod 40 % af kvinder, som behandles laparoskopisk for peritoneal endometriose, får recidiv uden brug af hormonel efterbehandling. Derfor anbefales det, at disse patienter forbliver i behandling for endometriose, indtil menopausen, hvor endometriosen vil blive inaktiv.

Hvis patienten har mange risici (rygning, alder, overvægt, migræne), som er forbundet med kombinationspræparater med østrogen-gestagen (p-piller), kan de ofte ændres til behandling med rene gestagenpræparater (højdosering minipiller) evt. i kombination med gestagenspiral. Endelig må man overveje, om patientens behandling af endometriose bør vægte højere end de potentielle risici ved be-

handling med p-piller, hvis denne i øvrigt fungerer.

Sygdomsprogressionen – efter seponering af hormonel behandling ved p-pillekontrollen – må betragtes som sjælden og særdeles aggressiv. Men endometriose er en hyppig sygdom, og flere kvinder er i hormonel behandling pga. menstruationssmerter eller verificeret endometriose. Derfor er den medicinske indikation en vigtig faktor til overvejelse før seponering af p-piller uden alternativ løsning, da dette kan forværre endometriose og symptomer herpå.

Sygehistorien understreger, at det er vigtigt at inddrage indikationen for p-piller og andre hormonpræparater, inden man beslutter at seponere behandlingen, så man sikrer den bedst mulige behandling af kvinden. //

Op mod 40 % af kvinder, som behandles laparoskopisk for peritoneal endometriose, får recidiv uden brug af hormonel efterbehandling. Derfor anbefales det, at disse patienter forbliver i behandling for endometriose, indtil menopausen, hvor endometriosen vil blive inaktiv.



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

Grøn praksis

GRØNT TIP

Har I lavet en klimapolitik i jeres praksis?

At have en klimapolitik for sin egen praksis har flere formål. Den kan internt motivere medarbejderne og gøre det meningsfuldt at nedbringe klimaaftrykket på arbejdspladsen. Samtidig kan den udadtil være med til at informere om klimaforandringernes påvirkning af vores sundhed og italesætte nødvendigheden af at undgå yderligere temperaturstigninger. Klimapolitikken kan være en del af en kulturændring, hvor klima indgår som en naturlig del i vores bevidsthed og dagligdag i alle henseender.

Eksempel på en klimapolitik til klinikken (udviklet af Grøn Praksis):

- Klimaforandringerne påvirker vores sundhed. Derfor har vi udarbejdet en klimapolitik i vores praksis:
- Ikke-medicinsk behandling: Vi har fokus på ikke-medicinsk behandling, når det er relevant. Fysisk aktivitet og øget indtag af frugt og grønt kan enten alene eller sammen med medicinsk behandling have gavnlig effekt ved forskellige sygdomme (hjerte-kar, diabetes, depression og angst) samt ved psykiske og sociale belastninger.
- Undgå overbehandling: Vi ønsker den bedste behandling af vores patienter og arbejder aktivt for at undgå overdiagnostik og overbehandling som ved Vælg Klogt. Herved undgår vi unødvendige undersøgelser og bekymringer. Samtidig undgås unødvendig belastning af hospitalsressourcer og reduktion af drivhusgasudledning i forbindelse med unødvendig klinisk aktivitet.
- Uddannelse: Vi forpligter os til at uddanne os i sammenhængen mellem klima og sundhed og at informere vores patienter og borgere om dette område.
- Reduktion af drivhusgasser: Vi arbejder aktivt med at nedbringe drivhusgasudledningen fra vores egen klinik. Det er sundhedsfremmende arbejde.

Lad dig inspirere af "Den klimavenlige praksis" på Lægehåndbogen.dk. Flere inspirationslinks kan fås ved at kontakte forfatterne. //





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

EN DAG MED ...

Simon Nyvang Mariussen

Jeg hedder Simon Nyvang Mariussen, 62 år, ansat som speciallæge i almen medicin, lægefaglig konsulent i Region Syddanmarks praksisafdeling, der har 65 ansatte. Det er regionens direkte kontakt med alle de omtrent 800 praktiserende læger.

Mine opgaver er fordelt med to dage om ugen i hele afdelingen og tre dage om ugen i afdelingens kvalitetsafsnit (SydKIP). Jeg har tidligere arbejdet 12 år på hospital, 17 år som praktiserende læge og 1 år i privat forskningsklinik. Ud over mit lægefaglige arbejde har jeg interesseret mig for samarbejde med "alverdens" samarbejdspartnere som amt, region og kommune og været aktiv i Lægeforeningen, herunder formand for PLO-kommunalt (PLO-K), og jeg var med til at etablere det kommunalt-lægelige udvalg (KLU) lokalt.

Kl. 05.30 Står op sammen med min kone til sædvanlig tid, morgenmad og madpakke og løber til arbejde, hvor der heldigvis er bad i kælderen.

Kl. 08.00 Møder i afdelingen og siger på vej ned af den lange kontorgang godmorgen til kollegaerne – hyggeligt og en god start på dagen.

Jeg deler kontor med øvrige fagkonsulenter for fysioterapi, fodterapi og kiropraktik. Dynamiske fagfolk, som

jeg har et tæt samarbejde med, og som giver mig en masse arbejdsglæde og energi. Lige nu handler det rigtig meget om implementering af regionens nye rygforløbsprogram. Vi fra fys, kir og almen medicin stikker hovederne sammen og lægger plan for det nye budskab til hele primærsektoren.

Kl. 08.45 Stående afdelingsmøde, hvor vores afdelingschef opdaterer os om det vigtigste, som afdelingen arbejder med lige nu. Vi har gode punkter som "Brændpunkter", "Ugens succes" og "5 faglige minutter". I de faglige minutter har jeg fået lov at tale om, hvad et EKG er, hvad det kan bruges til, og hvorfor egen læge altid tager blodprøver.

Senest har jeg og kollegaer på tavlemødet præsenteret de tre almenmedicinske posters, som vi havde med til Nordisk Kongres i Almen Medicin 2024 i Finland. Vi var 5 afsted fra kvalitetsafsnittet SydKIP og mødte talrige praktiserende læger fra hele Norden – og faktisk også Belgien og sågar Mayo-klinikken USA.

Kl. 09.00 Teammøde i vores samordningsteam, som består af en teamleder, administrativ bistand og jeg, som er regionalt samlende figur for alle regionens knap 50 praksiskonsulenter på sygehus og i kommuner. Det giver også god energi at samarbejde med alle de engagerede og dedikerede praktiserende læger. I teamet er det min opgave at bidrage med den almenmedicinske synsvinkel og min nyeste viden fra regionens praktiserende læger. Det helt store i vores team lige nu er en fælles workshop med "top-

pen af poppen” fra PLO, praksiskon-sulenter, sygehusledelser og regions-ledelse. Workshopen er en opføl-gning på en stor spørgeskemaundersø-gelse blandt alle praktiserende læger i Region Syddanmark om deres vur-dering af samarbejdet med sygehu-sene. I alt 44 % af lægerne svarede, og nu sætter vi os sammen og bliver eni-ge om, hvad vi skal arbejde sammen om at forbedre i fællesskab – prakti-serende læger og sygehuse.

Kl. 10.00 Tanker op med kaffe og fort-sætter til teammøde med lægemid-delteamet. I det team har vi ”alt om lægemidler” – viden og læring til de praktiserende læger. Vi arbejder lø-bende med at gøre denne viden let til-gængelig på Sundhed.dk. Jeg har sam-men med en dygtig farmaceutkollega i de seneste måneder været på adskil-lige praksisbesøg om smertebehand-ling. De består af ca. 1 times informa-tion og dialog om smertebehandling – både med og uden medicin. Det er en super direkte kontakt med prakti-serende kollegaer og deres personale og giver god fornemmelse af hverda-gens udfordringer i almen praksis.

Kl. 11.30 Frisk kaffe og en omgang med computer og mailcheck. Rigtig mange af mine opgaver er at bidrage med almenmedicinsk viden, erfaring og indsigt i, hvad der vil kunne bru-ges og anvendes til daglig i praksis. En af lederne i min afdeling kigger lige ind og får konkret svar på detaljer om morfologi og dyrkningssvar på urin-prøver. Datakonsulenten kigger også forbi med en ny folder om forløbspla-ner for KOL, diabetes og hjertesyg-dom, hvor jeg har bidraget til udarbej-delsen af folderen.

KL. 12.00 Spiser madpakke med kol-legaerne. Det er altid hyggeligt, og snakken går livligt.

Puster lidt ud, og gør klar til næste teammøde.

Kl. 13.00 Møde med laboratoriekon-sulentteamet. Det er et team med drøn på – mange formalia er blevet støvet godt af og opdateret i tæt dialog med almen praksis. Jeg bidrager i det dag-lige arbejde med at lægge gode fagli-ge linjer for kollegaerne, så der er sik-kerhed for rigtigt svar på f.eks. POCT-test.

Kl. 14.30 Ringer til speciallæge, hvor der har været lidt knas med oplevel-sen af videotolkning i patientdialo-gen. Jeg bliver af og til bedt om at rin-ge til læger eller selv ringe og kontak-te læger om diverse problemer. Her oplever jeg en meget stor fordel ved at være erfaren læge fra en meget bred flade af faglige samarbejdsfora og ”gammel” praktiserende læge. Det er helt klart rart for kollegaerne at blive ringet op af en ”der ved, hvad vi snak-ker om”.

Kl. 14.45 Møde med lægelig leder og administrativ leder fra kvalitetsaf-snittet SydKIP. Vi lægger en slagplan for afrapportering til kollegaerne i af-delingen og andre afdelinger i regi-onsadministrationen om ny faglig vi-den fra Nordisk Kongres i Almen Me-dicin. Vi fik i Finland gode samtaler både med ”menige” praktiserende læ-ger fra hele Finland og med lægelige almenmedicinske ledere fra region og universitet.

KL. 16.15 Videomøde med praksis-konsulenter fra 4-5 kommuner. Del-tagelsen er honoreret af de respektive kommuner. Udover at styrke netvær-ke mellem praksiskonsulenterne er formålet med mødet at få fælles fag-lig opdatering om aktuelle udfordrin-ger og succeser. Min opgave er at få et regionalt overblik, men også at for-midle viden og erfaring fra praksis-konsulent til praksiskonsulent. Den-ne gang lykkes det at skabe kontakt mellem en kollega, der har fået et rig-tig dynamisk og udviklende samar-



'In action' på kontoret. Foto: Line Først Sørensen.

bejde i sin kommune, og en kollega, der var løbet sur i samarbejdet med sin kommune – selvom de egentlig alle havde gode intentioner, var der brug for at tale med en ekstern kolle-ga.

Kl. 16.45 Færdig med video, skriver korte notater og slukker PC og arbejds-telefon.

Kl. 17.00 Skifter til løbetøj og løber omkring den lokale grøntsagspusher på vej hjem.

Kl. 18.00 Starter på grøntsagsruller, soya til og en lille sjat rødvin sammen med min kone. Vi får vendt dagens begivenheder og perspektiver og ”fal-der ned” sammen. Min kone er også læge, men på sygehuset. //



FYAM-KLUMMEN

Being young, staying young

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

To lune forårsdage var jeg på European Young Family Doctors Movement Forum (EYFDM) i Wien. Jeg returnerede med et skud gejst af en fælles glæde for faget, og jeg fik sat udfordringerne for almen praksis i perspektiv.

Hvad er EYFDM Forum?

EYFDM (tidligere Vasco da Gama Movement) er WONCA Europas datter-netværk for kommende og yngre almenmedicinere – officielt defineret som uddannelseslæger i almen medicin og de første 5 år efter speciallægetitlen. Men som klummetitlen antyder – being young, staying young – mødte jeg bl.a. en sød tjekkisk kvinde, som havde været speciallæge i 10 år, havde været lidt ind og ud af almen praksis og stadig følte sig som en del af dette netværk af yngre almenmedicinere.

Det er EYFDM, der afholder prækongres

i forbindelse med WONCA Europe, men altså også afholder EYFDM Forum, som er en kongres, der løber af stablen kun for netværket af nye og kommende almenmedicinere, og det foregår uafhængigt af WONCA.

Forummet organiseres og afholdes praktisk af det nationale selskab for almen medicin i landet, hvor det afholdes. Så Junge Allgemeinmedizin Österreich (Østrigs svar på FYAM i Danmark) havde virkelig lagt sig i selen og skabt en enormt flot og velorganiseret kongres.

Skabt af yngre for yngre

Hele kongressen og programmets indhold er skabt af yngre almenmedicinere for yngre almenmedicinere. Så det afspejler i høj grad, hvad vi selv ligger inde med af viden og erfaringer, som vi ønsker at dele og inspirere hinanden med. Der var mange workshops



Selvom der er klare forskelle i organiseringen, er vi alligevel på europæisk plan endt med at stå med rigtig mange af de samme udfordringer for almen praksis. Vi er ikke alene!

og større og mindre mundtlige oplæg at vælge imellem. Jeg deltog bl.a. i en workshop om, hvordan vi tilegner os og udvikler vores kommunikative evner og redskaber i forskellige europæiske lande, og jeg hørte mundtlige præsentationer om alt fra tutorlægers facilitatorer og barrierer til kvalitetsprojekter om brug af proton-pumpeinhibitorer til en case om et vanskeligt forløb med et kronisk sår, og hvad der til sidst virkede.

Gennem EYFDM kan også arrangeres udvekslingsophold, og der var også en workshop om de forskellige muligheder for dette. Og så havde jeg selv været med til at arrangere en workshop om, hvordan vi bruger og uddannes i ultralyd i almen medicin i forskellige europæiske lande.

Et åbent Europa

Jeg håber ikke, at alle har haft det som mig, men Europa er nok desværre blevet mindre og mindre i min bevidsthed gennem nogle år. Måske mit tilbageblik delvist er farvet af barnets beskyttende naivitet og uvidenhed, men jeg husker det som om, at Europa lå åben for mine fødder, når jeg med min familie susede denne verdensdel rundt med vores CombiCamp i 90'erne (selvom, let's face it, på Balkan var alt i hvert fald ikke fryd og gammen i

1990'erne). Og mit voksne blik på tingenes tilstand er i hvert fald anderledes – med genindført grænsekontrol, udmeldinger af fællesskabet og krig på europæisk grund. Og efter meget begrænset rejseaktivitet under pandemien føltes dele af Europa nok lidt fjerne for mig.

Bakser med de samme ting

På den weekend i Wien oplevede jeg dog, at Europa bredte sig lidt ud for mig igen. Jeg fik indblik i samfundsstrukturer og uddannelse og almen praksis for flere europæiske lande, som jeg slet ikke havde den viden om. Jeg knyttede bekendtskaber med søde og dygtige unge læger, og stemningen emmede af åbenhed og fællesskab.

Og ved I hvad? Alle de andre lande bakser såmænd med mange af de samme ting, som vi gør: et sundhedsvæsen, der står over for store strukturelle forandringer – med den usikkerhed, det bringer, problemer med lægedækning, særligt i yderområder, ændring i befolkningsdemografien og medfølgende kapacitetsproblemer. Og så kæmper de andre lande også med, at praktiserende læger brænder ud, at der er en ubalance. Dét ses i sådan en grad, at det var emnet for én af keynote-præsentationerne. Andrée Rochfort, præsident for European Society for Quality and Safety in Family Medicine, EQUIP, WONCA Europe og praktiserende læge i Skotland, holdt en personlig og brændende tale om forebyggelse af udbrændthed og fokus på vores egen trivsel.

Så det slog mig virkelig, at selvom der er klare forskelle i organiseringen, så er vi alligevel på europæisk plan endt med at stå med rigtig mange af de samme udfordringer for og i almen praksis. Vi er ikke alene! Og det føles på en måde betryggende, når man er på vej ind i faget med alle dets glæder, men også udfordringer.

Being young, staying young

På forummet blev EYFDM's award "Being young, staying young" også uddelt. Den gives til en seniorlæge, der har støttet og bidraget til udviklingen af EYFDM. Steve Mowle, praktiserende læge i England og aktiv i Wonca Europe, fik tildelt prisen og holdt et inspirerende oplæg, hvor han reflekterede over, hvad der har været det mest givende i hans arbejdsliv. I skal ikke snydes for hans 5 tips til at opnå et givende arbejdsliv: 1) leading and volunteering, 2) the skill of giving people confidence – a great role model, 3) work with those who inspire you, 4) promote others diversity, 5) go the extra mile for those who are most in need.

Næste EYFDM Forum: april 2025

Næste EYFDM Forum afholdes den 25.-27. april 2025 i samarbejde mellem Luxembourg og Strasbourg. Har man et lille interessefelt, en forskningstræningsopgave eller et lille kvalitetsprojekt, kan jeg klart opfordre til at præsentere det på EYFDM Forum. Det kan også være en spændende case fra almen praksis, som kan danne baggrund for en diskussion af behandling, forløb eller lignende. Det behøver ikke være noget, der skal udgives i et videnskabeligt tidsskrift. Så hold øje med, hvornår man kan sende abstracts til næste EYFDM Forum. Eller tag afsted for bare at suge viden til dig, opdyrke nye bekendtskaber og få ny gejst for faget almen medicin! //

VIDSTE DU?

Danmarks repræsentant i EYFDM er Nicolai Bjerregaard.
nicolaibjerregaard@hotmail.com



Omstruktureret speciallægeuddannelse kan øge fagligheden

Omstrukturering af hoveduddannelsen i almen medicin er snart en realitet. Men hvad betyder disse ændringer i praksis?

Som led i sundhedsaftalen, der blev vedtaget i maj 2022, blev det besluttet at omlægge speciallægeuddannelsen i almen medicin under navnet "praksispligt". Ændringen indebærer, at forløbene i almen praksis udvides fra 24 til 30 måneder, mens tiden på hospitaler reduceres tilsvarende. Under udarbejdelsen af målbeskrivelsen af 2013 var det DSAM's mål at ende ud i en 24-måneders hospitalsdel, og målbeskrivelsen er således også skrevet med dette i sigte. Dog blev man dengang i sidste øjeblik enige om en 30-måneders hospitalsdel af økonomiske årsager. Derfor hilser vi i DSAM's videreuddannelsesudvalg den varslede omlægning velkommen.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet bad i januar 2024 Sundhedsstyrelsen, i samarbejde med relevante parter, om at revidere målbeskrivelsen for speciallægeuddannelsen i almen medicin for at implementere denne "praksispligt".

Hvad er vores opgave?

Ifølge Indenrigs- og Sundhedsministeriet skal den reviderede målbeskrivelse mindst omfatte 4 punkter:

1. Ophold i almen praksis stiger fra 24 til 30 måneder, og tiden på sygehus reduceres tilsvarende.
2. Den øgede tid tildeles ophold under fase 1 i almen praksis (12 mdr.).
3. Der tages stilling til, hvilke uddannelseselementer de ekstra 6 måneder i almen praksis skal indeholde.
4. Der tages stilling til fordelingen af tid på sygehus mellem specialer.

Mulighed for fagligt løft

Mens denne tilpasning af hoveduddannelsen i almen medicin af politikerne italesættes som et svar på lægedækningsudfordringen, ser vi det i DSAM's videreuddannelsesudvalg også som en mulighed for at kigge hoveduddannelsens indhold igennem, opdatere og løfte det faglige indhold.

FYAM-udvalget ser også overordnet positivt på omstruktureringen, men understreger, at læringen i hospitalsdelen skal øges markant for at gøre op med den kortere hospitalsdel. Desuden er der et stort ønske om at bringe ledelseskompetencer tydeligere frem allerede fra hoveduddannelsens start.

Arbejdsgruppen

Sundhedsstyrelsen har bedt DSAM's videreuddannelsesudvalg komme med konkrete forslag til en opdateret målbeskrivelse, kvalifikationskort og den tidsmæssige fordeling mellem opholdene i hospitalsdelen. Til dette arbejde blev der nedsat en arbejdsgruppe, som fra februar til juni 2024 skulle udarbejde dette på vegne af DSAM.

Gruppen består af fem medlemmer, ledet af Søren Prins (PKL og formand for DSAM's videreuddannelsesudvalg) og tre yderligere erfarne AMU'er/PKL'er (Gunver Lillevang, Joachim Frølund og Joachim Nørmark) og undertegnede som repræsentant for de yngre læger.

Arbejdsgruppen er desuden spredt bredt ud geografisk, hvilket sikrer en bred repræsentation af faglige perspektiver. Det har været nødvendigt at nedsætte denne mindre arbejdsgruppe, da tidsplanen er stram. Det er et stort ansvar, og det har været et stort, men meningsfuldt stykke arbejde, og jeg har været begejstret for muligheden for at forme uddannelsen af speciallæger i almen medicin.

Revision af videreuddannelsen

Sideløbende med ændringen af hospitalsdelen kører en helt anden og større proces, nemlig revisionen af hele den lægelige videreuddannelse. Det forventes, at alle specialer i løbet af nogle få år vil skulle udarbejde først en specialebeskrivelse, som beskriver specialets opgaver, og dernæst en ny og mere moderne målbeskrivelse.

Da den ændrede hospitalsdel gerne skal føre til flere kræfter i almen praksis hurtigst muligt, er der ikke tid til at vente på, at den store revisionsproces kommer på skinner. Derfor planlægger vi to revisioner af målbeskrivelsen: en mindre tilpasning nu og en større senere. Samtidig skal sammensætningen af hospitalsdelen helst ikke ændres markant mere end én gang, så den del skal helst være langtidsholdbar.

Fagligheden først

Arbejdsgruppens vision har været at fokusere på fagligheden først og dernæst i slutningen af arbejdet at overveje den tidsmæssige fordeling af opholdene i hospitalsdelen. Det må være vigtigst at afgøre, hvad og hvordan vi ønsker uddannelseslægerne skal lære, før vi sætter den tidsmæssige ramme.

Derfor indledtes arbejdet med en række uformelle møder med repræsentanter fra hver af de fem hospitalsforløb (intern medicin, akutmedicin, pædiatri, psykiatri og gynækologi) med henblik på at gennemgå den nuværende målbeskrivelse og kvalifikationskort. Her afdækkede vi specialernes erfaringer og visioner for uddannelsen af bloklæger og talte os ind på, hvad der skulle ændres. Desuden er der afholdt møder med DYNAMU'er fra alle fem regioner, der bidrog med deres erfaringer med og forventninger til den fremtidige uddannelse. I hele arbejdet er det tydeligt, at der er store forskelle i den nuværende uddannelse af almenmedicinere på tværs af regioner – og mellem de højtspecia-

liserede universitetssygehuse og sygehuse i mindre byer.

Sideløbende med erfaringsindsamlingen har arbejdsgruppen gennemgået målbeskrivelsen fra 2013 mhp. at identificere, hvad læringsindholdet i det ekstra halve år i fase 1 skal være. Enkelte mål skrives sammen, andre opdateres i 2024-kontekst, og nogle flyttes mellem speciallægeuddannelsens faser. Desuden har arbejdsgruppen udarbejdet forslag til erhvervelse af en række nye kompetencer, og det te arbejde skal især ligge i den nye længere fase 1 af hoveduddannelsen.

Vi løfter lidt af sløret

Arbejdsgruppens forslag er stadig på tegnebrættet, og der er mange interesser på spil. Vi kan her til slut løfte lidt af sløret.

Det endelige mål er at styrke fagligheden i speciallægeuddannelsen i almen medicin og forberede fremtidens praktiserende læger bedre til de udfordringer, de vil møde i deres daglige arbejde. Desuden er det vores forventning, at trivslen øges med den længere fase 1, hvor uddannelseslægen i 12 måneder forankres dybere i specialet og sin stampraksis fra starten af hoveduddannelsen, før det går løs med mange skift i hospitalsdelen.

Vi ønsker, at introduktion af nye kompetencer i fase 1 omhandler blandt andet kommunikation, ledelse, det kontinuere patientforløb og den almenmedicinske tilgang. Der skal samtidig også være tid til at lande i hoveduddannelsen og igennem 12 måneder lære sin patientpopulation dybere at kende.

Hospitalsdelen bliver forkortet til 24 måneder. I skrivende stund er det ikke besluttet, hvad vi kommer til at foreslå omkring tidsfordeling mellem hospitalsopholdene. Det står heller ikke endnu klart, hvor meget det bliver muligt at ensrette uddannelsen på tværs af landet.

Det, der står klart, er, at kvalifika-

tionskortene skal opdateres gennemgående for alle hospitalsforløb, så de beskriver, hvilket niveau uddannelseslægen skal have fået en given kompetence på, hvor de fleste forløb i dag desværre primært fungerer som en tjekliste for patienttyper uden skelen til, hvad der egentlig er lært. Læring skal gå forrest på alle forløb i hospitalsblokken, men bloklægerne indgår fortsat i vagt på de fleste af afdelingerne, da mødet med akutte patienter også ofte indeholder vigtig læring.

Desuden undersøges det, om ophold ved de praktiserende speciallæger kan indgå i uddannelsen.

Det har været virkelig spændende at tage en tur op i helikopteren og være med til at tegne linjerne for den speciallægeuddannelse, jeg selv er midt i. Det er en styrke, at vi i DSAM i dette arbejde kan arbejde på tværs af generationer og tage input ind fra både egne rækker og de berørte specialer i hospitalsdelen og fokusere på fagligheden før logistik.

Jeg glæder mig til det videre arbejde i arbejdsgruppen og til at se vores visioner og slid blive til en endnu bedre speciallægeuddannelse i almen medicin, når ændringerne træder i kraft fra starten af 2026. //

VIGTIGE DATOER

- Juni 2024: Forslaget blev fremlagt for Sundhedsstyrelsen.
- Efterår 2024: Forslaget kommer i høring.
- Årsskiftet 2024/2025: Forslaget kan forhåbentlig godkendes.
- Primo 2026: Ændringerne træder i kraft for hoveduddannelsesforløb.



Nyt tiltag planter et frø hos medicinstuderende



FYAM har siden februar 2024 holdt oplæg om almen medicin på Københavns Universitet for medicinstuderende på 12. semester.

FYAM Hovedstaden har sammen med Rekrutteringsenheden i Region Hovedstaden fået lov at afholde et nyt oplæg for studerende på medicinstudiets 12. semester med henblik på at løfte rekrutteringen til det almenmedicinske speciale.

Tæt på karrierevalg

På det sidste semester af kandidatuddannelsen i medicin bliver de studerende fordelt på fire specialekurser: akutmedicin, pædiatri, gyn./obs. og almen medicin. Og netop kursets første dag i almen medicin blev lidt anderledes end de forrige mange årganges. Det vakte opsigt, da de medicinstuderende fik besked om at blive sidende lidt længere efter forelæsningen – vel at mærke inden de fik lov at gå til frokost.

Her var det muligt at fange interessen på karrierevalg, mens man stod i det og lige inden KBU'en – en mulighed, som ikke mange andre specialer har kunnet benytte sig af.

Inspirationen og tilblivelsen

Tilbage i 2023 blev jeg, via FYAM, kontaktet af vores gode samarbejdspartner Rekrutteringsenheden i Region Hovedstaden, som foreslog dette nye 'joint venture'. Det er et tiltag, hvor vi sammen fremhæver den gode fortælling om almen medicin, afliver nogle myter og giver inspiration til, hvordan man kan nedsætte sig i praksis.

Det var en stor fornøjelse at komme tilbage på Panum, købe en kaffe i studentercaféen og gå hen mod det auditorium, hvor jeg selv havde siddet for få år siden, uden endnu at vide at almen medicin var det speciale, jeg selv ville vælge. Og så endda på det kursus, der tidligere havde overbevist mig om, at almen medicin selvfølgelig var den rette vej for mig at gå.

Jeg havde sammen med Mette Marie fra Rekrutteringsenheden aftalt på forhånd, hvem der kom ind på hvilke emner. Vi blev hurtigt enige om, at hun fik det praktiske om praksisformer, samarbejdspartnere og økonomi,

mens jeg fik lov at snakke om det, det falder mig lettest: uddannelsen og arbejdet som almen mediciner.

Mens jeg gik op mod auditoriet, gennemgik jeg de pointer, jeg gerne ville have frem. Almen medicin er fedt. Forebyggelse er sjovt. Det er hårdt arbejde – men det værd – at være generalist. Kontinuitet og et særligt kendskab til patienten er essentielt for en god arbejdsdag. Det faglige og sociale netværk er stort. Jeg ville alt i alt gerne sætte et personligt præg på fortællingen og ikke være bleg for at dele detaljer om mit privatliv, eller hvordan jeg ønskede at arbejde som almen mediciner.

Og selvom jeg altid har haft nerver på inden eksaminer, oplæg og taler, så var det noget anderledes i dag. For at tale om sig selv og fortælle, hvorfor man som studerende bør satse på almen medicin, var langt nemmere end forventet.

Min egen forestilling om dagens oplæg var et rum med trætte studerende, der bare ville 'have det overstået', så de kunne komme til frokost, for det var sådan, jeg selv ville have tænkt det dengang, hvor jeg selv var mættet af information, eksaminer og nye kurser konstant. Men den fore-

Vi fremhæver den gode fortælling om almen medicin, afliver myter og giver inspiration til, hvordan man kan nedsætte sig i praksis.

stilling måtte jeg hurtigt fortryde. Sådan blev det nemlig ikke i dag.

Den gode debat

Vi havde aftalt, at jeg – efter en kort introduktion – skulle starte oplægget med at fortælle om mig selv og min vej til almen medicin. Derefter fortalte Mette Marie om de forskellige praksiskonstellationer, og hvordan regionens rekrutteringsfunktion kunne hjælpe én med at komme i gang.

Oplægget gik sin gang, kun afbrudt af ét enkelt spørgsmål: Hvordan var vores holdning til Alles Lægehus? Ja, det var lige et par dage før oplægget, at Kontant var gået i gang med at afsløre, hvad man IKKE skal gøre som almen mediciner. Selvfølgelig var der spørgsmål til dette – det kunne man jo have sagt sig selv.

Da vores oplæg var færdigt efter et kvarters tid, kom der dog langt flere spørgsmål. De studerende spurgte ind til arbejdstider, arbejdsopgaver, kollegialt samarbejde, socialt netværk og løn. Det gav os mulighed for både at reflektere over, hvilke emner der optager de kommende læger som helhed, men også over hvem – og hvor mange – der i rummet mon havde interesse for en fremtid i almen medicin. Det gav os samtidig mulighed for at svare bredt og frit på, hvordan vi hver især så på emnerne, og hvilken god måde vi kan samarbejde og løfte det nære sundhedsvæsen.



Daniel præsenterer almen medicin for kommende læger- måske en dag kolleger. Det er håbet.
Foto: Mette Marie Bargum Lundager.

Derefter tog vi hul på en snak om, hvad fremtiden mon vil bringe, når Sundhedsstrukturkommissionen løfter sløret for, hvad vi forventer vil blive en omstrukturering af bl.a. det nære sundhedsvæsen. Det var en ganske interessant samtale, og den blev da også kun lidt spændende af, at jeg repræsenterede FYAM og de praktiserende læger, mens Mette Marie jo er ansat under Danske Regioner, som nyligt har ønsket at overtage driften af almen praksis. Det skal understreges, at Mette Maries og mit samarbejde er ganske godt, så vi nemt kunne grine af denne lidt akavede snak – man

behøver jo ikke mene det samme som ens arbejdsgiver.

Næste skridt

Oplægget her var en prøvekørsel af, om det havde interesse for de studerende, og det må vi så sandelig sige, at det havde. Selvfølgelig er der nogle ting, vi laver om til næste oplæg, og det er vi allerede i gang med at arbejde på. Planen er at lave dette oplæg otte gange årligt på Københavns Universitet og derefter hjælpe de øvrige regioner i gang med samme oplæg, så vi alle kan give en ekstra hånd til rekrutteringen til almen medicin. //



Vil du være læge i Sønderjylland?

30 medicinstuderende var med SAMS Odense på en spændende dagstur for at blive klogere på livet som læge i udkantsdanmark.

Det var fredag morgen i Odense, klokken 07:30. Tredive spændte medicinstuderende var mødt op på SDU's parkeringsplads. Vi gik ombord på den sponsorerede private bus fra Rekruttering Syd, satte os til rette i sæderne, og over højtalere lød det: "Næste stop – Sønderjylland".

Sygehus Sønderjylland

Første stop var Sygehus Sønderjylland i Aabenraa. Vi blev mødt af tre læger, som viste rundt på det topmoderne sygehus. Vi så Lærings- og Forskningshuset, hvor der afholdes et væld af medicinske og kirurgiske simulationskurser, f.eks. fødescena-

rier og håndtering af nyfødte børn, hvilket skabte stor begejstring blandt de studerende.

To praktiserende læger fortalte om deres vej gennem speciallægeuddannelsen, og hvilken betydning Sønderjylland har haft for dem. De nævnte bl.a. de specielle bonusser, som ansatte ved Sygehus Sønderjylland kan benytte sig af: økonomisk bonus i KBU og for afsluttede introstillinger, 24/7 børnepasning, nedsat tid på hoveduddannelse m.m. De lagde vægt på det sociale sammenhold under KBU'en og i hoveduddannelsen. Efter sygehusbesøget overvejede halvdelen at tage deres KBU hernede.

Hotel Europa

Næste stop var Hotel Europa i Aabenraa, hvor teamet fra Rekruttering Syd havde inviteret flere praktiserende læger til at fortælle os om, hvorfor de valgte at nedsætte sig i Sønderjylland. Efter en dejlig frokost samt lidt kaffe og kage gik turen videre til næste stop.

Lægehuset i Padborg

Vi kørte til Padborg for at besøge Lægehuset. Praktiserende læge Mona fortalte om, hvorfor det er fedt at arbejde som læge ved grænsen.

Grænseområderne har nemlig et stort foreningsliv og et godt sammenhold. Noget af personalet i lægehuset er fra Tyskland, mens andre er danskere, der taler flydende tysk, og nogle kan intet tysk. Man skal altså ikke opgive drømmen om at være læge ved grænsen, fordi man ikke kan tysk.

Smut over grænsen

Så kørte bussen 10 minutter længere sydpå over grænsen, hvor de studerende købte snolder til den store guldmedalje. På vejen hjem stoppede bussen ved Sunset Boulevard, og vi rundede turen af med burgere, som var sponsoreret af Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet. En læringsrig dag var kommet til sin afslutning. Vi vendte trætte, men glade hjem igen. Forhåbentlig har turen inspireret til, hvordan et lægeliv i Sønderjylland kan se ud. //



To praktiserende læger holder oplæg i Lærings- og forskningshuset. Foto: Kira Faarup Christensen.



Af: Pia Müller, speciallæge i almen medicin, ansat i sundhedsklyngen SUH i Region Sjælland - pia_mueller@dadlnet.dk

TAK TIL PIA

Dette er de sidste tanker fra Pias stol. Redaktionen vil gerne takke Pia mange gange for det gode samarbejde og alle de mange interessante tanker, som hun har delt med os.

TANKER FRA STOLEN:

Poesien i praksis

Hvornår har du sidst dvælet ved poesien i din praksis? Jeg tænker på morgenlyde i trappeopgangen eller elevatoren, døren, der knirker, eller nøglen, der skal dirke låsen, som er lidt i udu – stadigvæk. Duften, når du træder ind – måske skramler du lidt i køkkenet med kaffen, som du andægtigt

Bærer ind på dit skrivebord, hvor kruset kan stå dampende, medens du vakst klikker på pc'en og de velkendte lyde kommer dig i møde, inden

Dagens program dukker op på skærmen. Hører du lydene i lokalet? Og uden for? Tager du et tjek i stolen, sidder du godt? Og hvordan er indstillingen

Til i dag? I tankerne, i maven, er dine sanser allerede skærpede på en dag i praksis? Er du veloplagt til stede, glæder du dig til dagen – inden du skal hjem?

Der er så mange poetiske øjeblikke i praksis, rytmer, gentagelser, velkendte ansigter, der siger det samme – eller det samme på en ny måde. Der er

Stemninger; trykke, spændte, gla-

de, forventningsfulde, vrede, ulykkelige, energiske – du fortsætter selv... Og der er små og store følelser, hypoteser,

Diagnoser og magiske øjeblikke, som du knapt nok kan forklare. Så meget nyt og gammelt liv på nye måder, som du forholder dig til, så godt du magter.

Og så begynder de at dukke op patienterne, teamets stemmer blander sig med patienternes i konsultationsrummene, i venteværelset, og der høres

Bløde hæle og hårde hæle tæt på og i det fjerne – den velkendte støj fra praksis i aktion – tydelige lyde og sagte summen i et virvar.

Du indstiller dig om og om igen, så du "passer" til patienten; du behandler dine patienter forskelligt for at behandle dem ens. Du er på! Du svarer på

Spørgsmål løbende fra teamet, du indstiller dig, for du skal støtte hver enkelt forskelligt for at støtte teamet ens. Du holder dig, fordi du er bagefter programmet.

Du kan jo tisse, når du alli-

gevel skal ud med prøverne efter næste konsultation. Åh, det glemte du – for du blev revet med af en patients episke

Fortælling, der udviklede sig til en fabel, som satte for mange hypoteser i gang – og din mave er begyndt at knurre. Mærk efter!

Du har et helt vildt fantastisk arbejde, du betyder så meget for så mange mennesker i og uden for praksis, når du arbejder som praktiserende læge.

Nærvær er en begrænset ressource; brug nærværet til din trivsel. Og pas på poesien i praksis; den skal passe på dig.

Min sidste tanke i klummen ☺ TAK



Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



Købmand eller læge?

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.

Det er med tungt hjerte, jeg skriver denne klumme. Anledningen er, at der atter er historier i medierne om praktiserende læger, der uretmæssigt tjener penge ved at udnytte honoreringssystemet og/eller udbyde tjenester, der ikke er fagligt belæg for. Jeg bliver SÅ træt! Træt af overvejende at få serveret de dårlige historier, når nu jeg ved, der er mange flere gode.

I foråret afslørede DR1 Kontant, at Alles Lægehus helt ublu havde taget honorar for psykometriske tests en masse. Dét var sådan set ikke så overraskende en afsløring af en koncern, hvis hovedformål er at tjene penge. Samtidig udstillede udsendelserne Region Nordjylland, der ikke havde ført tilstrækkeligt tilsyn med Alles Lægehus.

Efterfølgende fik medierne fokus på almindelige praktiserende lægers brug af honoreringssystemet, hvilket afslørede, at enkelte kolleger havde taget honorar på eget cpr-nummer. Omfanget er lille, men signalet er umisforståeligt: grådige læger! Man kan kun gisne om, hvem der plantede idéen hos naive journalister. Det kan blot konstateres, at fokus belejligt kom væk fra regionens rolle over for Alles Lægehus og kompromitterede PLO-læger op til OK-25!

At tage honorering for tests, der ikke er udført, eller for behandling af sig selv er klart ulovligt ift. overenskomsten. Men der er også andre måder at tje-

ne penge på, ud over almindelige konsultationer. Eksempler fra almen praksis er f.eks. tilbud på sundhedstjek, UL-scanninger for åreforkalkning, helkropsscanninger, specielle konsultationer til selvbetaling og andre kreative tiltag. Det er måske ikke direkte ulovligt, men er det i orden?

I professionsetikken for praktiserende læger i Danmark (DSAM, 2022) står der bl.a.:

"Klinikkerne drives efter "public-private-partnership"-modellen, som sikrer, at vi med ansvar for "hele butikken" – inden for rammerne af en aftale med det offentlige – netop over for den enkelte patient kan opretholde autonomien, kontinuiteten i relationen og tilliden. Af samme grund begiver vi os ikke af med ydelser (heller ikke som nebensgeschäft), der ikke er evidensbaserede eller udgør en del af de faglige retningslinjer. [...] Således skal lægen se sig selv som læge med de værdier, der er lagt i faget og dets etik; og i mindre grad som købmand, hvis primære målsætning er omsætning [...] På trods af vores organisation som små selvejende virksomheder er vi ikke købmandsforretninger, der udbyder en række varer, som en kunde kan vælge at købe. Således er det servile "kunden har altid ret" fra den merkantile verden ikke et grundlag for forholdet mellem læge og patient."

Når der tilbydes helbredsundersøgelser og scanninger uden anden faglig begrundelse end såkaldt "forebyggende øjemed" og "for en sikkerheds skyld", er det i strid med al faglig viden, der siger, at den slags undersøgelser hverken redder liv eller frem-



mer sundhed. Tværtimod genererer de bekymringer, flere overflødige undersøgelser og potentiel skade. Altså kun udgifter for patient og samfund. Dét er ikke i orden!

Jeg bliver simpelthen vred på kolleger, der udbyder sådanne "tjenester" for at tjene penge, helt uden skelen til, om det egentlig er lægearbejde, om det er fagligt indiceret eller etisk forsvareligt! Det går ikke kun ud over deres egne patienter, men skader vores fælles troværdighed og omdømme. Dermed lider læge-patient-forholdet

skade for os alle, for slet ikke at tale om samfundets tiltro til almen praksis.

Vi må erkende, at vores honoreringssystem er tillidsbaseret, ligesom vores forhold til den enkelte patient er det. Hvis vi skal bevare den høje tillid til almen praksis (trods massive angreb), kræver det, at vi alle holder snuden i sporet og hånden på bolden!

Når jeg skriver med tungt hjerte, skyldes det, at jeg ser kommerialiseringen af sundhedsvæsenet, med almenmedicinske stråmandsklinikker,

privathospitaler og unødvendige plastikkirurgiske indgreb, åbenbart ukritisk får lov at brede sig. Vi praktiserende læger burde holde os for gode til at følge den trend.

Først læge og dernæst købmand!

Det giver arbejdsglæde at gå hjem fra arbejde med følelsen af at have gjort sit fagligt bedste, også selvom enkelte ydelser ikke er rentable i økonomisk forstand.

Det rentable er investeringen i egenomsorg, faglig stolthed og kollegialitet. //

PRACTICUS // opslag

Vil du være vores nye klummeskribent?

Kan du lide at skrive? Tænk du over arbejdet som praktiserende læge? Og har du lyst til at dele dine tanker med andre? Så har du chancen for at blive en af de tre skribenter, som på skift skriver 'Tanker fra stolen'. Klummens tema og indhold skal relatere sig til faget almen medicin og din hverdag. Det skrevne må højst fylde to sider.

Har du lyst til dette ærefulde, men ulønnede hverv? Kontakt redaktionen på Practicus på mail: practicus@dsam.dk.





BOGANMELDELSE:

Velkommen til fremtiden

Ny bog sætter fokus på fremtiden i sundhedsvæsenet og diskuterer, hvordan den digitale dimension kan forme den moderne Doktor Hansen.

Andreas Pihl og Michael Skov Hejmadi tager læserne – og Doktor Hansen – med ind i en innovativ teknologisk fremtid med fokus på tidsoptimering, mere kontakt med de 'rigtige' patienter og mindre overdiagnostik til alle de andre. Det er inspirerende og motiverende læsning, som allerede nu er et skridt fra at halte bagefter den hurtige teknologiske udvikling.

Vi har vist efterhånden alle forstået, at sundhedsvæsenet er presset. I medierne kører historier om lange ventelister og et stigende antal (overskredne) udrednings- og behandlingsgarantier. Vi hører historier om flaskehalse på kræftpakker, der medfører så stor risiko for fejl- og underbehandling, at sundhedsministeren kommer med kritiske udtalelser, og cheflæger opsiger deres arbejde i frustration over ikke at kunne behandle de rigtige patienter på det rigtige tidspunkt.

Blandt emnerne af relevans for almen praksis er de manglende hænder, en stigende ulighed i Vandkantsdanmark, et stort politisk ønske om flere

praktiserende læger og en ny sundhedsstruktur, som måske (ikke) vil gavn patientforløbene i det nære sundhedsvæsen. Sundhed er på alles læber.

Sundhed eller sygdom?

Netop konceptet 'sundhed' er et af de temaer, som denne bog forsøger at få os til at tænke over. For ifølge forfatterne er vi læger ikke uddannet til at varetage og optimere sundhed. Næh, vi er trænet til at opdage og behandle sygdom, når den opstår. Hvorfor skal vi spille tid og kræfter på sundhed, raske borgere, unødvendige undersøgelser og besværlig dokumentation? Og spørgsmålet bliver endnu mere aktuelt, når kunstig intelligens kan hjælpe os med at understøtte udredningen og behandlingen af de rigtige patienter så tidligt i sygdomsforløbet som muligt. Bogen provokerer fabelagtigt med spørgsmålet: Hvor sunde har vi egentlig lov til at være på det offentlige regning?

Med flotte metaforer maler introduktionen billedet af nutidens sundhedsvæsen, som strækker sig (alt for) langt for at rumme alle borgere – så langt, at systemet er ved at bryde.

Idéen om, at 'alle har ret til at gå til lægen' angribes med flere eksempler på sunde og raske borgere, der gerne vil være endnu sundere eller tjekkes for en sikkerheds skyld. Og det er relevant for læserne at forstå, at dette desværre er hverdagen for mange af os læger. Hver dag er der sunde og ra-

ske borgere, der booker tid til unødvendige undersøgelser i almen praksis. Bogens angrebspunkt går blandt andet på, at hvis disse kontakter kan mindskes eller endda fjernes, kan almen praksis bedre rumme de socialt udsatte og syge patienter, som har et reelt behov for lægehjælp. Det taler netop ind i den aktuelle politiske tidsånd.

Som forfatterens tidligere bog tager denne bog også udgangspunkt i vores allesammens kære Doktor Hansen fra Matador. Den type læge, vi alle gerne vil være. Den læge, som har et dybt kendskab til sine patienter, som svarer, når der kaldes, og som behandler de syge, når der er behov. Bogen leverer et spændende og relevant fremtidsscenario, hvor vores tids Doktor Hansen – i bogen kaldet Louise – kan få hjælp af tidens teknologiske udvikling, såsom kunstig intelligens og wearables, til at visitere mellem de 'raske' og de 'muligvis syge' patienter.

Handlingen foregår både nu og om fem år for at give et indtryk af, hvordan teknologien udvikler sig til gavn for sundhedsvæsenet gennem hjælp til at minimere overdiagnostik og overbehandling. Dog får man som læser hurtigt det indtryk, at virkeligheden allerede har overgået fantasien, da mange af de mulige fremtidsscenarier er udviklet i dag og snart er klar til anvendelse i praksis.

Debat om prioritering

Personligt går jeg som læge meget op

i at mindske overdiagnostik og overbehandling. Det kan være trættende, når en maratonløber kommer med knæsmærter, der skal ultralydsscannes, når en veganer vil have målt sin vitaminstatus, eller når den 27-årige gerne vil have en helbredsundersøgelse eller have tjekket sin fertilitet. Jeg tænker, at vi alle kender disse borgere, som forfatterne giver talrige eksempler på.

Ud over anvendelsen af kunstig intelligens til visitation af patienter som disse, lægger bogen op til mere forebyggende behandling og mere relevant patientuddannelse, så flere af de sunde og raske borgere selv kan monitorere og behandle deres skavanker i hjemmet. Det hele handler om prioritering, som er endnu et 'hot topic' i medierne. Hverken forfatterne eller jeg tænker, at borgerne bevidst bruger lægen forkert. Men netop tankegangen om, at 'alle har ret til en tid hos lægen' er det koncept, man som samfund bør prioritere at forebygge på. Alle skal lære at bruge lægen rigtigt – og kun, når det er nødvendigt. Det skal fremtidens teknologi hjælpe os med.

Man kan som læser – og læge – undre sig over, at der findes færdigudviklede digitale værktøjer, som vil kunne aflaste os gevaldigt i hverdagen, men som endnu ikke er i brug. Hvorfor ikke? Bogens forfattere foreslår, at det er et problem, at vi er selvstændige virksomheder, som hver især skal finde tiden til at lære og implementere disse værktøjer. Det tager tid væk fra patienterne. Så hvor er incitamentet? Og støtten? Ifølge en kilde i bogen tager det i gennemsnit 17 år at indføre en ny behandling eller et nyt værktøj. Det duer ikke i et presset sundhedsvæsen.

Generobre nærværet

En af de stærkeste sætninger i bogen, som stadig giver rungende genklang i mit hoved, er idéen om, at vi 'skal generobre nærværet i læge-patient-re-

lationen'. Sætningen står klart, fordi det netop er det, som mange af os gerne vil prioritere i konsultationen, men typisk hindres vi af dårlige IT-løsninger og dumme 'klik', som kræver vores tilstedeværelse foran skærmen, mens vi snakker med patienten. Det giver en dårlig relation. Ifølge bogen giver den aktuelle digitale udvikling, særligt inden for kunstig intelligens, mulighed for at tage et opgør med dette, så vi igen kan prioritere nærværet!

En af de digitale løsninger, som bogen bl.a. nævner, er tale-til-tekst-programmer, som nærmest kan erstatte journalskrivning, fordi den genererer teksten selv ud fra kontekst og samtale. Det værktøj har jeg selv været med til at afprøve til DSAM's repræsentantskabsmøde, hvor der blev 'lyttet' og skabt et referat fra dagens oplæg og diskussioner – med ret stor præcision. Jeg giver forfatterne ret i, at det kan give nærværet sin rette plads i konsultationen. At værktøjet så også selv opdager, at der skal laves en henvisning, som den i øvrigt selv udfylder og skriver, ville være et drømmescenarie for mange af os, som finder det drænende at skrive lange 'korrekte' henvisninger af frygt for at få henvisningen afvist af hospitalet.

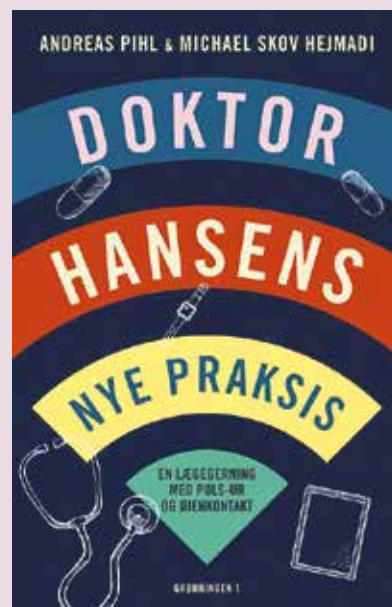
Tidlig diagnostik

Bogens øvrige temaer omhandler, at kunstig intelligens (og de tilhørende værktøjer og wearables) kan bruges til at diagnosticere borgerne, før de selv eller deres læge opdager symptomerne. Snart vil vi få koblet et kamera og en mikrofon på journalsystemet og på laboratoriekort, diagnosekort og FMK. I vores fremtidige konsultationer vil vi kunne koble det med bittesmå spor af tidlige sygdomsstadierne af f.eks. demens, kroniske og psykiatriske lidelser. Se, det er smart! Måske kan teknologien udvikles til også at inkludere gadgets i hjemmet, der aflæser strømforbrug, indkøbskurven og vores sociale adfærd? Og

på den måde give lægen en langt større diagnostisk fordel? Det kan lyde som en fjern fremtid, men der findes allerede digitale toiletter og afløb, der kan spore blod, bakterier og virus.

Forfatterne tydeliggør de fantastiske muligheder, der kan være for fremtidens visitation, diagnostik og behandling for alle os Doktor Hansen'er i sundhedsvæsenet. Men vi skal være med i processen, og det kræver indblik i jura og teknologi på et helt nyt niveau, som vi alle bør lege med i.

Denne provokerende og inspirerende bog bør være obligatorisk for alle i sundhedsvæsenet. Den bør være pensum på medicinstudiet, og den kan med stor fordel læses af maratonløberen, veganeren og den 27-årige, så vi allerede nu kan generobre tiden til den vigtige relation mellem lægen og den 'syge' patient. //



TITEL: Doktor Hansens nye praksis

FORFATTERE: Michael Heimadi & Andreas Pihl

UDGIVELSESDATO: 06-05-2024

ISBN13: 9788773391716

FORLAG: Grønningen 1

LÆGEDAGE

11. – 15. NOVEMBER

**Tilmelding til Lægedage åbner
tirsdag den 20. august kl. 10.00.**
Kataloget bliver sendt til klinikken ultimo juli.



**Vi glæder os
til at se dig!**



2024

www.laegedage.dk

Hjemmesiden er tilgængelig medio august.