

Practicus

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



September 2024
47. årgang // 272

FOKUS PÅ NORDISK KONGRES OG FOLKEMØDE



Practicus: Hvad synes læserne? Er du Practicus' nye chefredaktør?, side 10-12

Lænderygsmerter blandt børn og unge i almen praksis, side 32-34

FYAM mener ... om kunstig intelligens i almen praksis, side 44-45

INDHOLD



// s. 38

LEDER

- 3 Giver kunstig intelligens mere øjenkontakt med patienten?

DSAM

- 4 Kommunikation og presse: Sammen er vi stærke
5 Opdateret vejledning om akutte luftvejsinfektioner og antibiotikabehandling
6 Bestyrelsens klumme
8 Sundhedsstrukturkommissionen: Hvad siger aktørerne til udspillet?
10 Practicus: Hvad synes læserne?

ARTIKLER

- 26 Folkemøde: Sundhed har aldrig før fyldt så meget
30 Effektiv seponering af lægemidler til overaktiv blære
32 Lænderygsmærter blandt børn og unge i almen praksis
35 Hvem følger børnene til lægen? Og er der forskel mellem land og by?
38 Grønt tip: Planterig, sund og klimavenlig frokost
40 En dag med Martin Bell

FYAM

- 42 KBU-læger skal tidligere i almen praksis
44 FYAM mener: Om kunstig intelligens i almen praksis
46 Digital sundhed i primærsektoren: Fremtiden er her nu

SAMS

- 48 Ryst posen!

DEBAT

- 49 Tanker fra stolen: Hverdag og strukturreform
50 Lægens bogstaver: Er det normalt?

OPSLAG

- 12 Er du Practicus' nye chefredaktør?
39 Practicus Podcast - Portræt af en praktiserende læge
51 Lægedage 11.-15. november 2024
52 Hvorfor modtager du denne pakke?



**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

REDAKTIONSEKRETÆR
Annette Scharff Gehrs
asg@dsam.dk

NÆSTE NUMMER
Nr. 273
Udgivelsesuge: 48

Nr. 274
Frist for artikler: 15. december 2024
Udgivelsesuge: 6, 2025

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

FORSIDEFOTO
Fra Turku under Nordisk Kongres
Foto: Hannu Aaltonen

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

OPLAG
5.900

ISSN: 0109-2235

 **Dansk
Selskab for
Almen
Medicin**

Giver kunstig intelligens mere øjenkontakt med patienten?

Kunstig intelligens (AI) er på alles læber. Også på Nordisk Kongres for Almen Praksis. Her deltog jeg i en workshop, hvor to praktiserende læger fra Mayo-klinikkerne i USA løftede sløret for et forskningsprojekt, hvor læger og sygeplejersker i almen praksis havde anvendt kunstig intelligens som støtteværktøj til at skrive journalnotat i deres konsultationer. Et AI-værktøj optager patientsamtalen og skriver med det samme et bud på et kort journalnotat, som lægen eller sygeplejersken gennemgår, tilretter og godkender. De kunne fortælle, at det gav mere tid til øjenkontakt med patienten under konsultationen. Mange bække små.

Udviklingen og implementeringen af kunstig intelligens tager fart i disse år. Også i almen praksis. Men meget skal modnes, før jeg tør tro på, at AI kan favne kompleksiteten i mødet mellem behandler og patient. For eksempel var det omtalte støtteværktøj ikke trænet nok til at forstå, hvis problemstillingen i konsultationen skiftede emne. Og resultatet var, at behandleren måtte sige højt i rummet ”nu skifter vi emne til at tale om dine rygsmerter”. Den slags udfordringer kan løses med tiden, tror jeg. Men så er der alt det om GDPR-regler og datasikkerhed. Jeg er nok ikke den eneste, der synes, at det kan være svært at følge med, og som kan være bange for ikke at gennemskue faldgruberne. Derfor er det vigtigt at vide, at vi har

gode kollegaer i faget, som gør en indsats for at tage stilling til disse udfordringer. FYAM har netop udgivet et holdningspapir om kunstig intelligens i almen praksis. Jeg kan varmt anbefale uddraget af holdningspapiret i ”FYAM mener”, som du kan læse på side 44-45 i dette blad.

Jeg skal arbejde i fremtidens almen praksis. Jeg håber, at brugen af AI kommer til at frigive tid til mere nærvær i mødet med patienterne for mig og mine kollegaer. Jeg vil gerne have mere tid til øjenkontakt og mere hjælp til opsporing af patienter med sårbarhed og brug for opsøgende indsats. Jeg vil også gerne spare tid, når jeg skal udfærdige kvalificerede henvisninger og attester.

Jeg ser frem til at diskutere mulighederne for brugen af kunstig intelligens i almen praksis ved DSAM's årsmøde til oktober: Hvor langt er vi nået? Hvilke benspænd og faldgruber er der lige nu?

Sidste frist for at tilmelde sig årsmødet er 22. september. Jeg håber, at vi ses! //



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



KLUMME OM KOMMUNIKATION OG PRESSE I DSAM:

Sammen er vi stærke

At række ud efter hjælp og søge råd hos andre er et tegn på styrke. Det er også et tegn på, at man har stor tillid til sine omgivelser. Da Sundhedsstrukturkommissionen i juni præsenterede sit reformudspil til en reorganisering af sundhedsvæsenet, rakte DSAM's bestyrelse og sekretariat ud til jer medlemmer. For sammen er vi klogere. Hvis mange øjne læser kommissionens udspil, er der større mulighed for, at vi finder det væsentlige.

Selve hovedrapporten er 420 sider lang. Derudover er der en del ekstra materiale i form af baggrundsrapport, bilagsrapport, figurer og tabeller.

Først blev I medlemmer inddraget frem til slutningen af juni, og det officielle høringssvar blev sendt afsted i starten af august.

En del af jer afsatte tid til at skrive jeres kommentarer og melde opmærksomhedspunkter ind til DSAM, og det er vi glade for. Alle jeres input er blevet læst igennem, inden det endelige høringssvar blev sendt afsted.

Nogle af de væsentligste punkter var:

- Kapacitetsudvidelse og ændret organisering af det almenmedicinske tilbud, herunder lægedækning og arbejdsforhold i udkantsområdet
- Ny organisering af digitalisering og data
- Tilpasset fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet
- Koordination mellem sundheds- og socialsektoren.

DSAM valgte at udforme et kort og præcist høringssvar, der opsummerer de vigtigste elementer ift. almen praksis.

En ting er imidlertid DSAM's og andre aktørers høringssvar, men hvordan kommer regeringens udspil til en reform til at se ud? Det er et arbejde, som DSAM's bestyrelse og sekretariat vil følge nøje og forsøge at påvirke, for at sikre at den endelige aftale om sundhedsvæsenet også afspejler vigtigheden af en stærk almen praksis.

Find QR-kode til DSAM's høringssvar på side 8-9, hvor du også kan læse mere om reaktionerne i kølvandet på Sundhedsstrukturkommissionens udspil. //





Opdateret vejledning om akutte luftvejsinfektioner og antibiotikabehandling

I september 2024 udgiver DSAM en opdatering af vejledningen "Luftvejsinfektioner – diagnose og behandling" fra 2014. Titlen på 2. udgave er ændret en anelse til "Akutte luftvejsinfektioner og rationel antibiotikabehandling i almen praksis", da vejledningen fokuserer på ukomplicerede akutte luftvejsinfektioner, hvor det kan være relevant at overveje peroral antibiotikabehandling.

Involvering af praksispersonale

Målgruppen for denne vejledning er læger og øvrigt personale i almen praksis, som er involveret i håndteringen af patienter med symptomer på en akut luftvejsinfektion.

Organiseringen i almen praksis er mangfoldig, og håndteringen af denne patientgruppe vil foregå meget forskelligt fra praksis til praksis. Vejledningen kan fint læses "fra ende til den anden", men den er også tiltænkt som et opslagsværk. Vi har lagt stor vægt på, at både de enkelte tekstafrsnit

og de fire flowcharts fremstår let overskuelige og med nøje udvalgt information.

Ændringer i dosering og behandlingsvarighed

Arbejdsgruppen har – i samarbejde med Niels Frimodt-Møller, professor i klinisk mikrobiologi – valgt at følge andre nationale og internationale guidelines vedrørende dosering af penicillin V samt behandlingsvarighed. Det anbefales derfor at dosere penicillin V 4 gange dagligt til voksne. Anbefaling om dosering af penicillin V til børn bibeholdes til 3 gange dagligt for at sikre bedst mulig compliance.

I de senere år er der sket et skifte mod en kortere antibiotikabehandlingsvarighed af akutte infektioner, da studier viser, at behandlingsvarigheden kan reduceres betragteligt uden risiko for patienten. I den opdaterede vejledning anbefales 5 dages antibiotikabehandling til både børn og voksne – og til såvel akut otitis media som akut faryngo-tonsillit, akut rhinosinuit og pneumoni. I denne forbindelse er det vigtigt at fremhæve, at hvis den enkelte patient ikke responderer forventeligt på antibiotikabehandling efter få dage, bør diagnosen genovervejes.



Rationel antibiotikabrug

Grundstenen i indsatsen for at begrænse forekomsten af resistente bakterier er at reducere antibiotikaforbruget. I almen praksis er udfordringen at identificere den lille gruppe af patienter, som kan forventes at have gavn af antibiotikabehandling – og undlade at give antibiotika til resten. Det er arbejdsgruppens håb og forventning, at vejledningen vil opleves som et brugbart redskab i den kliniske hverdag af både læger og praksispersonale. //



BESTYRELSENS KLUMME:

En ny æra for almen praksis

Almen praksis står over for en ny æra. I juni 2024 udkom Sundhedsstrukturkommissionens længe ventede rapport. Selvom optakten var præget af store debatter, som gav anledning til både håb og frygt blandt vores kollegaer, endte rapporten med at være et stort skulderklap til almen praksis. For første gang i mange år stod her en statslig enhed og roste – sort på hvidt – almen praksis og understregede vores afgørende rolle i sundhedsvæsenet.

Efterfølgende har debatten ikke handlet om, hvorvidt almen praksis er kernen. Snarere har det handlet om, hvem der kan få en størst mulig bid af ”kagen”; hvilke opgaver der kan flyttes til almen praksis, og selvfølgelig hvordan hele dette nye setup skal organiseres og styres. Også her skal kommissionen have ros for i rapporten at pege på DSAM som hovedspiller i vurderingen af, hvilke opgaver der fagligt giver mening at have i almen praksis fremadrettet.

Regeringen forventes at præsentere sit udspil til en ny sundhedsreform i starten af september (måske er det allerede kommet, mens du læser dette). Der ligger et stort arbejde i at inkorporere forslagene i Sundhedsstrukturkommissionens rapport, og vi skal holde for øje, at det netop blot er forslag. I sidste ende er det vores folkevalgte politikere, der beslutter,

hvordan stregerne skal tegnes, men vi har en opgave i at vejlede og gøre opmærksom på, hvor skoene trykker.

Høringssvar om udvalgte områder
DSAM og FYAM har indsendt et høringssvar til Indenrigs- og Sundhedsministeriet vedrørende en række udvalgte punkter. Selvom man kan fristes til at dykke ned i rapportens forslag punkt for punkt, har vi måttet udvælge de områder, vi ser som de væsentligste for regeringen at tage sig af. Begge høringssvar kan læses i fuld længde på DSAM.dk, men her skal følge en kort beskrivelse af kerneelementerne. Gennemgående gøres opmærksom på udfordringen med den aktuelle kapacitet i almen praksis.

Kapacitetsudvidelse og ændret organisering

Det er positivt, at almen praksis styrkes, men det kræver betydeligt flere tilførte ressourcer (økonomi og læger). Inddragelse af DSAM i den centrale opgavebeskrivelse kræver ligeledes ressourcer til udvidelse af sekretariatet. Øget fleksibilitet og nye opgaver i det almenmedicinske tilbud kræver fjernelse af økonomiløftet. Vi bakker op om et differentieret patientantal, men det vurderes ikke, at nogen klinikker i landet aktuelt har kapacitet til at øge patientantallet væsentligt. I stedet kan det på længere sigt give mening at oprette forholdsvist flere

ydernumre i de lægedækningstruede områder (med nedsat patientantal).

Det problematiseres, at det er uhyre vanskeligt at definere patienter med størst behov, f.eks. kan alder alene ikke bruges som styrepind. Almen praksis skal være et tilbud for både raske og syge, så der ikke sker en overstrømning mod private aktører med negative konsekvenser for sundhedsvæsenet og almen praksis' rolle som gatekeeper. Optimalt sigtes mod højst 1200 patienter pr. kapacitet, men det kræver flere praktiserende læger, og DSAM foreslår, at der uddannes 400 nye speciallæger i almen medicin årligt.

Fokus på digitalisering og data

DSAM ser positivt på digitalisering, men der medfølger udfordringer, som må adresseres. En del af befolkningen er ikke ”digitale”. Der må være analoge muligheder til de borgere, som finder det digitale for vanskeligt. Samtidig kan for let digital adgang medføre, at de ressourcestærke oversvømmer os med henvendelser. Øget digitalisering kræver øget datasikkerhed og kontrol over rettigheder.

Ny fordeling af ressourcer i sundhedsvæsenet

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår flere ressourcer til primærsektoren frem for sekundærsektoren. Det er både positivt og nødvendigt. Struk-

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår flere ressourcer til primærsektoren frem for sekundærsektoren. Det er både positivt og nødvendigt.

turen af sundhedsvæsenet bør primært støtte op om behandlingen i almen praksis. Det kræver bedre adgang til undersøgelser og færre afviste henvisninger. Det kræver en stærk repræsentation af klinisk aktive praktiserende læger på alle ledelsesniveauer, og DSAM har lavet et forslag til denne strukturering.

Private aktører og rettigheder

Det er positivt, at man foreslår en mere ligelig fordeling af privatpraktiserende speciallæger på tværs af landet. Rapporten har dog meget lidt fokus på private sundhedsforsikringer og det tiltagende pres fra disse. Det offentlige mister personale hertil, og praktiserende læger oplever stigende pres til at henvise til undersøgelser og behandling.

Bevar den traditionelle klinik

Der foreslås flere alternative klinikformer for at imødekomme de kommende speciallæger i almen medicin, som ikke ønsker at eje egen klinik.

Den seneste FYAM-undersøgelse viser, at 79 % af de læger, der bliver færdige inden for det næste år, ønsker at eje deres egen klinik inden for 5 år. Blandt de kommende speciallæger, som ikke ser sig selv eje, ønsker størstedelen at være ansat i en traditionel praksis eller i kombinationsstillinger med praksis, forskning, medicinalindustrien eller hospitalet. Med andre ord bør der ikke åbnes mere op for koncerndrevne klinikker og andre private aktører – i hvert fald ikke for de kommende speciallægers skyld.

Bevar ph.d. blandt læger

I rapporten fremsættes et forslag om, at færre læger skal have en ph.d.-grad; i stedet skal lægerne ud i praksis. FYAM påpeger vigtigheden af at fastholde forskning med udgangspunkt i den kliniske hverdag, som kun lægerne kan levere. Det er samtidig professorer og ph.d.-studerende, som forestår undervisningen på medicinstudiet, og på denne måde er de repræsentanter for vores fag og er en vigtig

del af rekrutteringen til faget. Vi foreslår i stedet, at en ph.d.-grad vægter mindre i ansættelsessammenhæng, så man ikke gennemfører et ph.d.-forløb for at sikre sig en stilling, sådan som det kan ses i andre specialer, hvor en ph.d.-grad næsten kan virke obligatorisk.

Fremtiden ser lysere ud

For 2 år siden sagde jeg ved DSAM's årsmøde, at jeg håber og tror på, at praktiserende læger bliver fremtidens rockstjerner blandt de andre specialer. Det ser ud til, at den tid nu er kommet; en ny æra er på vej for almen praksis.

Den 31. oktober bliver jeg speciallæge i almen medicin. Derfor er denne klumme min sidste som FYAM-formand. Selvom almen praksis vil ændre sig i de kommende år, glæder jeg mig til at bidrage til vores fag og løfte de fremtidige opgaver, som vi sammen skal løse. Politikerne har bolden, men jeg ser lyst på fremtiden. //



Sundhedsstrukturkommissionen: Hvad siger aktørerne til udspillet?

Indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde nedsatte Sundhedsstrukturkommissionen den 28. marts 2023. Opgaven var at komme med forslag til, hvordan vi kan sikre bedre sammenhæng og størrelighed i sundhed på tværs af landet. Den 11. juni 2024 præsenterede kommissionen så sit arbejde.

Rapporten omfatter tre forslag til en ny organisering af sundhedsvæsenet og seks tværgående anbefalinger, som bl.a. peger på en styrkelse af almen praksis, der fremover kan spille en større rolle.

DSAM har afholdt en intern høring frem til 30. juni om udspillet. Her kunne medlemmerne komme med deres kommentarer, som efterfølgende ville blive inddraget i DSAM's officielle høringssvar. Fristen for den offentlige høring var 6. august 2024. Herefter vil regeringen præsentere sit forslag til en sundhedsreform.

Practicus bringer her et udvalg af kommentarer fra forskellige centrale aktører til kommissionens udspil.

Sophie Løhde,
sundhedsminister,
siger i en kommentar:

"Vi har generelt et godt og velfungerende sundhedsvæsen, som vi kan være stolte af, men det er også et sundhedsvæsen, der er under et stigende pres. Og hvis vi også i fremtiden skal kunne tilbyde danskerne pleje og behandling i topklasse – og det skal vi – så er det nødvendigt, at vi forandrer sundhedsvæsenet for dermed at styrke det. Derfor er jeg glad for, at kommissionen har fremlagt en række kvalificerede bud på, hvordan vi kan skruer vores sundhedsvæsen sammen på en ny og bedre måde, så vi bl.a. kan få sundhedstilbuddene tættere på borgere og patienter og få en bedre fordeling af ressourcerne i sundhedsvæsenet på tværs af landet og styrke sundhedstilbuddene – ikke mindst i det nære sundhedsvæsen."

Fra Sisse Marie
Welling, formand for KL's
Sundheds- og Ældreudvalg,
lyder det:

"Først og fremmest skal det nære sundhedsvæsen styrkes markant – både økonomisk og kapacitetsmæssigt. Dernæst bør et nationalt myndighedsniveau stå for at sikre, at alle danskere i hele landet har en læge. Så skal vi have få, robuste regioner, som holder sig til deres kerneopgave – at levere ensartet behandling af høj kvalitet på landets sygehuse i hele landet. Og endelig skal vi have skabt en samarbejdsstruktur omkring almen praksis, kommuner og regioner, hvor der samarbejdes tæt og træffes forpligtende beslutninger."

"Vi har lige nu en historisk chance for at investere og prioritere det nære, og vi vil på det kraftigste opfordre Christiansborg til ikke at centralisere yderligere."

Anders Kühnau, formand for Danske Regioner, har ros til udspillet:

”Vi har en historisk chance for at samle ansvaret for danskernes sundhed ét sted og få det nære sundhedsvæsen op i en anden liga. Den mulighed skal udnyttes – for borgernes og patienternes skyld. Og vi mener, at det er oplagt at gøre det i de fem nuværende regioner. Mit budskab til regeringen og folketing er derfor: Husk nu ambitionerne.”

Også i forhold til almen praksis er Anders Kühnau og Danske Regioner positive. De er glade for anbefalinger om almen praksis i forhold til praktiserende læger og speciallæger, hvor udspillet lægger op til en bedre fordeling geografisk, og at de skal have større ansvar i det nære sundhedsvæsen. Anders Kühnau siger:

”Her er kommissionen virkelig visionær i forhold til at skabe mere lighed i sundhed – og vi i regionerne er på linje. Det er afgørende, at lægerne kommer mere på banen i det nære sundhedsvæsen og får flere opgaver. Og det er også uhyre vigtigt, at lægerne i højere grad skal være der i landet, hvor der er brug for dem.”

Jørgen Skadborg, formand for PLO, siger om kommissionens udspil i et nyhedsbrev:

”Sundhedsstrukturkommissionen rammer hovedet på sømmet, når den foreslår, at en større andel af sundhedsudgifterne fremover skal bruges

på almen praksis, og at kapaciteten i vores del af sundhedsvæsenet skal styrkes, ligesom vi i højere grad skal kunne trække på faglig støtte fra hospitalerne.”

Han udtrykte dog også bekymring om ændret normtal:

”Jeg må dog sige fra, når kommissionen anbefaler, at normtallet samtidig skal øges for praktiserende læger i andre dele af landet. Det risikerer i værste fald at forværre manglen på praktiserende læger, fordi det kan få nogle ældre eller udbrændte læger til at fremrykke deres pension. Der er ikke noget sted i landet et overskud af praktiserende læger, der ikke har rigeligt at lave, og der er i alt væsentligt lige store problemer med stress og udbrændthed blandt praktiserende læger i hele landet.”

Bolette Friderichsen, formand for DSAM, siger om organiseringen af sundhedsvæsenet:

”Sundhedsvæsenet har brug for almenmedicinsk ledelse for at lykkes, for vi er tættest på de mennesker, der bliver patienter. Vi skal insistere på gode patientforløb, hvor patienterne ikke skal frem og tilbage flere gange af hensyn til sygehusenes arbejdsgange. Vi skal kunne prioritere sammen med den enkelte patient, sådan at det bliver symptomer og bekymringer, funktionstab og lidelse, der afgør indsatsen, fremfor diagnosekategorier, silotænkning og tjeklister. Og vi skal sætte dagsordenen for at undgå overdiagnostik, overundersøgelse og overbehandling.”

Jesper Fisker, formand for Sundhedsstrukturkommissionen, siger ved præsentationen af udspillet:

”Der er brug for at opruste i det primære sundhedsvæsen uden for sygehuse, at patienterne oplever større sammenhæng i deres forløb på tværs af sektorerne, og at ressourcerne fordeles mere ligeligt, så borgerne i hele landet har lige adgang til sundhedstilbud.”

Bred opbakning til kommissionens arbejde

Umiddelbart synes der generelt at være en positiv indstilling til Sundhedsstrukturkommissionens arbejde. Centrale aktører i forskellige organisationer hæfter sig særligt ved, at der er bred opbakning til almen praksis og det vigtige arbejde, der foregår her. Det bliver spændende at se, hvordan regeringen vil omsætte kommissionens forslag til et politisk udspil efter sommerferien.

Læs Sundhedsstrukturkommissionens udspil her: <https://www.ism.dk/temaer/sundhedsstrukturkommissionen>. //

LÆS MERE

DSAM's høringsvar til Sundhedsstrukturkommissionens afrapportering.





PRACTICUS: Hvad synes læserne?

Hvad synes I læsere om Practicus? Op til sommerferien gennemførte vi en læserundersøgelse af Practicus for at blive klogere på, hvad der fungerer godt i magasinet – og ikke mindst, hvordan vi kan gøre det endnu bedre og mere nærværende.

Vi fik mere end 500 besvarelser. Det er vi fra redaktionens side yderst taknemmelige for. Tak til alle jer, der brugte tid på at hjælpe os.

Stor læselyst

Practicus udkommer fem gange årligt, og magasinerne bliver læst – måske ikke det hele hver gang, men det bliver læst. To tredjedele angiver, at de læser hele eller dele af Practicus,

hver gang det udkommer. Blot 6 % læser aldrig Practicus.

Læserne er tilfredse

I alt 60 % er tilfredse eller meget tilfredse med magasinet, mens 23 % er nogenlunde tilfredse, og lige godt 5 % er utilfredse. Med andre ord er 83 % af læserne tilfredse med magasinet. Og noget af det, som mange er glade for at læse, er artikler om almen praksis, og hvad der har betydning for almen praksis i hverdagen.

En læser skriver i sin kommentar:

”Jeg kan godt lide fagligheden i bladet. Altså, at der reflekteres over, hvad vores basis faglighed er. Lækkert design”.

En anden læser skriver:

”Jeg bliver fanget af artikler om hverdagslivet i almen praksis og forskellige måder at drive klinik på”.

Practicus indeholder en række forskellige former for artikeltyper. Nogle er faste elementer, f.eks. lederen og klummen om kommunikation og politik, mens andre skifter format fra gang til gang. Her foretrækker læserne altså artikler om almen praksis. Godt 80 % foretrækker artikler om almen praksis generelt, mens artikler med DSAM-stof også er i høj kurs; her læser 50 % gerne med.

Andre populære emner er forskning, kvalitet og lederen.

Glæden ved det trykte magasin

At modtage et trykt magasin i hån-



den rent fysisk har stor værdi for læserne. I alt 68 % af de adspurgte siger således, at det har stor betydning for dem at modtage Practicus på tryk, og knap 70 % siger, at de slet ikke vil læse Practicus eller læse det i mindre omfang end nu, hvis det overgår til en rent elektronisk udgave. Blot 5 % vil læse bladet i større omfang, hvis det overgår til en elektronisk form.

Mulighed for udvikling

Generelt viser undersøgelsen altså en stor tilfredshed med Practicus. Men i fritekstfeltene er der enkelte, der efterlyser kortere og mere præcise artikler, og nogle ønsker bedre digital tilgængelighed for magasinet.

I forhold til udvikling skriver en læser forslag til, hvad der gerne måtte være mere om:

”Måske mere fra hverdagen i de enkelte praksis. ”Sådan driver vi vores praksis...” for at få erfaringsudveksling og gode idéer til, hvordan man er en glad praktiserende læge, som giver god behandling til sine patienter”.

DSAM's øvrige kommunikationskanaler

Ud over Practicus udkommer information fra DSAM også på en række andre platforme, f.eks. DSAM's hjemmeside. Derudover udgiver DSAM forskellige nyhedsbreve: et generelt nyhedsbrev, et forskningsnyhedsbrev og regionale nyhedsbreve. Herudover er DSAM også til stede på bl.a. Facebook og LinkedIn. At være til stede på de sociale medier er vigtigt, da DSAM her kan komme direkte i kontakt med f.eks. embedsmænd, politikere og journalister. Det handler altså om at være til stede der, hvor modtagerne er.

Ud over DSAM's nyhedsbreve udgiver FYAM også nyhedsbreve og er synlige på de sociale medier. //

Hvad siger redaktørerne til læserundersøgelsen?



ELLEN LOUISE KRISTENSEN, CHEFREDAKTØR

Jeg er først og fremmest glad for, at så mange har taget sig tid til at give os respons. Det er flot. Og så er jeg selvfølgelig meget tilfreds med, at bladet bliver læst af virkelig mange. I en verden med stor konkurrence om læsernes opmærksomhed viser det, at Practicus er relevant. Det glæder mig, at læserne så klart tilkendegiver, at de er interesserede i at læse artikler med fagligt indhold, fordi det jo netop er et af DSAM's, og dermed også Practicus', raison d'être. Forskning, uddannelse, kvalitet og internationalt samarbejde interesserer læserne.

Nu giver jeg snart stafetten videre, men jeg er overbevist om, at læsernes svar vil blive brugt af den nye redaktion, så bladet holder sig aktuelt. Og så håber jeg, at Practicus fortsat vil være stedet, hvor læserne nemt kan komme til orde og sætte aftryk på indhold og debat. Som faggruppe har vi brug for at læse om os selv som profession i forhold til omverdenen. Practicus bliver læst, når det ligger tilgængeligt i hånden. Synlighed er afgørende, sammen med faglighed og kritisk tilgang til faglige og fagpolitiske strømninger. Hverdagen er vigtig, og Practicus er spejlet, som kan vise os og omverdenen, hvem vi er.



SOLVEJ VIDEBÆK BUENO, FYAM-REDAKTØR

Practicus er vores fagvidenskabelige medlemsblad og er til for dig og mig, som er medlem af Dansk Selskab for Almen Medicin. Jeg er derfor virkelig glad for, at 500 af jer, heraf omtrent 100 yngre almenmedicinere, har besvaret læserundersøgelsen 2024. Vi har spurgt jer, fordi vi i redaktionen gerne vil drive bladet, så det vedkommer jer. Så tak for svar!

I kan lide en leder med holdninger og artikler som ”En dag med”, ”Grønt tip” og ”debat”. I kan lide det genkendelige i de faste artikler, og samtidig vil I gerne udfordres og inspireres. At få bredden repræsenteret er en vigtig opgave. Vi har læst jeres besvarelser, og I ønsker et fagblad med plads til debat, kvalitet og en menneskelig vinkel, som giver læselyst i hverdagen. Et fagblad, hvor vi kan spejle os i hinanden og lade os inspirere.

Er du Practicus' nye chefredaktør?

Practicus er en af DSAM's vigtigste kommunikationskanaler. Magasinet udkommer 5 gange årligt og sendes med post til alle medlemmer. Det kan desuden læses på DSAM's hjemmeside. I løbet af de seneste år har redaktionen ligeledes udviklet Practicus Podcast. Medlemmerne – og dermed målgruppen – omfatter praktiserende læger, forskere, pensionerede læger, yngre almenmedicinere med flere.

Practicus har for nylig foretaget en læserundersøgelse af magasinet med over 500 deltagere. Undersøgelsen viste, at mere end ni ud af ti respondenter læser hele eller dele af Practicus, og størstedelen af læserne er generelt tilfredse/meget tilfredse med Practicus.

Har du viljen og lysten til at stå i spidsen for drift og udvikling af magasinet sammen med en dygtig og engageret redaktion? Så læs videre.

Om dig

- Speciallæge i almen medicin – med bred viden om kommunikation og digitale medier.
- Stort netværk og gode samarbejdsevner.
- Har fokus på relevant formidling inden for alle DSAM's kerneområder, dvs. uddannelse, forskning, kvalitetsudvikling og internationalt samarbejde.

- Dygtig til at kommunikere på skrift og give feedback.
- God til at se og tænke i helheder, da magasin og podcast skal ses i samspil med DSAM's øvrige kommunikationskanaler, som bl.a. tæller nyhedsbrev, sociale medier og hjemmeside.

Om stillingen

Practicus udgives i dag 5 gange årligt, hvor hvert nummer har et tema eller fokusområde. Til bladet er knyttet en redaktion bestående af en FYAM-redaktør, en redaktionssekretær og DSAM's presse- og kommunikationsrådgiver. Desuden er der et velfungerende samarbejde med grafisk designer og trykkeri. Bladet postomdeles til alle DSAM's medlemmer og findes desuden i en elektronisk udgave.

Chefredaktørens rolle er at sidde for bordenden og sikre fremdrift og udvikling af bladet. Stillingen kræver en bred indsigt og et stort netværk i det almenmedicinske landskab, da koordinering og motivering af skribenter både inden for specialet og i tilgrænsende specialer er en væsentlig del af opgaven.

Du bliver observatør i bestyrelsen og deltager i bestyrelsens arrangementer. Dette sikrer, at du kontinuerligt har fingeren på pulsen i forhold til bestyrelsens tanker og arbejde og kan formidle dette til redaktionen.

Praktiske oplysninger

Vores nuværende og dygtige chefredaktør Ellen Louise Kristensen stopper med udgangen af marts 2025 som følge af regler om funktionstid. Vi ser gerne, at vores nye chefredaktør får en trinvis opstart i månederne op til, så der sikres et overlap mellem den nye og den afdgående chefredaktør.

Stillingen honoreres i henhold til PLO's Løntabel for bedriftslæger på trin 10 med 249.784,40 kr. pr. år (takst gældende pr. 1. april 2024) svarende til en arbejdstid på 7 timer pr. uge.

Ansøgningsfristen er 15. oktober, og ansøgning sendes til practicus@dsam.dk.

Der holdes samtaler den 13. november mellem kl. 13 og 16 i København. Samtaleudvalget består af DSAM's formand Bolette Friderichsen, sekretariatschef Louise Hørslev, FYAM-redaktør på Practicus Solvej Videbæk Bueno og redaktionssekretær Annette Gehrs.

Ønsker du flere oplysninger om stillingen, er du velkommen til at kontakte den nuværende chefredaktør på mail redaktoer@dsam.dk eller mobil 40872189. Du er også velkommen til at kontakte en af de andre i samtaleudvalget, enten direkte eller via practicus@dsam.dk.

Vi glæder os til at høre fra dig! //



EN NESTORS ERINDRINGER

Her fortsætter serien Praksisvikariat 1966.

Læs om forfatteren og de første to klummer i Practicus 271.

Hele serien kan allerede nu høres på Practicus Podcast.

Så har De da lært det!

Klumme nr. 3 af 6

Vikaren fik en fast dagløn afhængig af praksis' størrelse. Hvad der blev skrevet af regninger til sygekassen osv., tilfaldt principallægen. Jeg kunne godt tænke mig, at der var overskud for lægen, så havde jeg bestået. De første dage gik det fint. Venteværelse var fuldt, ikke fordi man ikke vidste, at der var vikar, nok tværtimod fordi man lige skulle se ham an. Vikaren var det aktuelle samtaleemne.

Da Knud Thomsen på den første aftens rundvisning var nået til instrummentskabet, havde han gjort en fejende gestus langs tredje hylde: *Her*

ligger tandtængerne i rækkefølge, så de passer til tandsættet. Tandudtrækning, spurgte jeg vantrø. Ja, det er billigere for patienten. Hos lægen betalte sygekassen. Midt på formiddagen på min første dag kom en ung mand og ville have trukket to kindtænder ud. Jeg strøg ind i stuen til Thomsen og spurgte, om han kunne lære mig det? Døren til venteværelset blev lukket, og han humpede uset ind i konsultationen. Han var sygemeldt og officielt allerede bortrejst. Bedøvelse, den rigtige tang. Første tand blev rokket forsigtigt, og ud kom den. Ligeledes den næste.

Så efter et par dage kom en mand og ville af med en præmolar i undermund. Jeg måtte til det. Bedøvelsen virkede nogenlunde, og tanden var mærkeligt nok ret let at få ud. Var det ikke sværere? Den næste med ønske om udtrækning pegede på nogle sorte tænder fortil i overmund. Bedøvelsen var sværere, ikke god, men ud ville han have dem. Jeg tog godt fat med tangen. Det yderste af kronen brækkede af og faldt hørligt på gulvet. Ny tang for at få fat i stumpen, der ragede op. Den knustes. Nu vidste jeg ikke meget om efterladte tandrødder – ud over, at det vist var det, den sidste Buddenbrook

i Thomas Manns roman døde af. Jeg ringede til tandlæge i Viborg og spurgte om råd. Han hidse sig op, ikke over mig, men over at folk var så nærige, at de ikke fik plomberet deres tænder og først skulle have dem trukket ud, når de var helt rådne. Han trøstede mig med, at det var ikke noget problem. Roden ville falde sammen og falde ud af sig selv. Jeg ved ikke, om det passer. Der meldte sig ikke flere til tandudtrækning.

En ung og bekymret mor kom med sit lille barn, som kun var let medtaget, men dækket af et uhyggeligt udslæt, røde pletter på meget af kroppen, flere med en lille blære. Et allergisk udslæt, som var blevet inficeret, mente lægen. Der blev udskrevet antibiotikum og antihistamin. Hen på eftermiddagen, hvor jeg sad i konsultationen og lavede notater, bankede det fast på døren, og ind trådte en ældre dame med samme barn på armen. Det var pigens farmor. *Det er altså skalkopper. Så har De da lært det!*

Det daglige antal af patienter i venteværelset dalede. //



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

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



Lars Bjerrum

hædret med nordisk pris

Hvert andet år uddeles Magda og Svend Aage Friederichs mindelegat til en nordisk forsker i almen medicin. I år gik prisen til danske Lars Bjerrum.

Det var en stor glæde at kunne overrække prisen til professor, praktiserende læge, klinisk farmakolog og ph.d. Lars Bjerrum ved Nordisk Kongres i Almen Medicin i Turku i juni 2024.

Lars Bjerrum har i mange år ydet en særdeles stor indsats for at udvikle almen praksis, ikke alene i Danmark, men også i andre lande. Hans bedrifter har primært været inden for det mikrobiologiske område, hvor Lars Bjerrums indsats har været en væsentlig årsag til, at vi i dansk almen praksis er førende inden for rationel anvendelse af antibiotika og mikrobiologisk diagnostik.

Lars Bjerrum har været aktiv som forfatter af diverse vejledninger, som redaktør, som præ- og post-graduat underviser, foruden at han som vejleder har bidraget til at uddanne et stort antal forskere.

Lars Bjerrum læste medicin på Københavns Universitet og blev færdig som læge i 1976.

I 1982 startede han som praktiserende læge i Svendborg, hvor hans hustru, som også er læge, blev kompagnon i 1985. De har gennem mange år drevet en almen lægepraksis sammen i Svendborg.

I 1998 forsvarede han sin ph.d.-afhandling "Pharmacoepidemiological Studies of Polypharmacy. Methodological issues, population estimates,

and influence of practice patterns" ved Syddansk Universitet.

Siden 2010 har han været professor ved Afdeling for Almen Medicin, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Han er forfatter til over 130 videnskabelige publikationer og 15 fagmedicinske bogkapitler. Derudover er han hovedredaktør for "Lærebog i almen medicin" (2014) og medforfatter af bogen "101 almen medicinske patienter". //

OM FRIEDERICHS MINDELEGAT

- Svend Aage Friederich var revisor. Han døde i 1978, men han hensatte en del af sin formue til forskning i almen medicin.
- Den danske pris på 100.000 kr. uddeles hvert år.
- Den nordiske pris på 100.000 kr. uddeles hvert andet år.
- Et antal mindre legater uddeles hvert år til almenmedicinske forskere.
- Legaterne tildeles efter bestyrelsens beslutning og kan ikke søges.

Lars Bjerrum var en glad modtager af den Nordiske Pris.
Foto: Hannu Aaltonen.





NORDISK KONGRES:

Keynotes kredse om kerneværdier og pejlemærker

De nordiske lande har fælles almenmedicinske pejlemærker. Vi skal efterleve dem. Ellers svigter vi de mest trængende patienter. Det var budskabet i fire keynotes ved nordisk kongres.

Svenske, norske, finske, islandske og danske almenmedicinere i alle aldre, regionspolitikere, kommunalfolk og politikere fandt hinanden den 11.-14. juni 2024, hvor nordisk kongres blev afholdt i Turku. Temaet var almen praksis som fundamentet i sundhedsvæsenet og respekt for kerneværdierne.

Stemningen var god. Stærk. Det var tydeligt, at vi har nogle helt grundlæggende fælles værdier. Som kongressens tema antyder, er almen praksis fundamentet for sundhedsvæsenet i alle de fem nordiske lande. Mange af de danske deltagere var optaget af Sundhedsstrukturkommissionens

udspil, som netop var kommet dagen før – og det emne blev diskuteret heftigt!

Marjukka Mäkelä, professor emeritus, fra Finland bød velkommen og åbnede kongressen. Herefter kom danske Roar Maagaard, præsident for NFGP, på scenen, inden to fantastiske finske damer sang og spillede tre folkesange for os – på gamle traditionelle finske instrumenter. Meget gribende.

Det følgende program bød på en række keynote-forelæsninger, som spejlede de syv pejlemærker for almen praksis. Jeg har her udvalgt fire af dem, som rykkede mest ved vores vaner og dogmer. Og hvor der var en del at tænke over.

Variationer af normalitet

Hálfðán Petursson, ph.d. i sundhedsvidenskab, fra Island holdt en interessant forelæsning om, hvordan vi begrænser overdiagnostik. Han tog udgangspunkt i [pejlemærke 2](#): Vi finder og behandler de syge, og lader de raske være raske.

Han pointerede, at vores gatekee-

perrolle er under pres; der er trængsel ved lågen. Sortering (ved lågen) er en af de vigtigste opgaver i almen praksis. Men vi har begrænsede muligheder for gatekeeping, når patienternes krav er urealistiske, og vi mangler støtte fra myndighederne.

Vi kan overveje, om gatekeeperrollen kan kommunikeres tydeligere til borgerne, og om den generelle viden om sundhedsvæsenets opgaver kan forbedres. Måske er det ikke altid nødvendigt at gå til lægen eller kontakte lægevagten? Noget kan man måske klare selv? Er man "patient" eller "kunde" hos lægen?



Hálfðán Petursson
Pejlemærke 2: Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske.
Foto: Hannu Aaltonen.



Han kom også ind på det stigende antal recepter, der udskrives på anti-depressiv medicin og ADHD-medicin. Vi ser øgede udgifter til sundhedsvæsenet, men ressourcerne bruges måske ikke klogt og flytter ikke altid sundhed.

Hálf dán Petursson reflekterede over begreber som overdiagnosticering, dvs. at identificere et problem, der sandsynligvis ikke vil udvikle sig til sygdom, og overdefinition, som er en udvidet sygdomsdefinition, hvor en risikofaktor bliver til en sygdom. Der er variationer af normalitet. Og det skal vi være opmærksomme på. Lavere tærskelværdier for visse risikofaktorer øger sygeligheden, og det fører til mere behandling. Bogen "Selling sickness" af Ray Moynihan og Alan Cassels beskriver, hvordan medicinalfirmaer sælger sygdomme og gør os til patienter eller i hvert fald til medicinbrugere.

Et andet problem i samme boldgade er overdetektion. Hálf dán Petursson fortalte om cancer-"epidemien" i Korea, hvor stigende screeningstilbud førte til overdiagnostik, men ikke højere dødelighed i befolkningen. Heldigvis kom han også med gode forslag til, hvad vi kan gøre ved det.

Det kræver en kulturændring, hvis befolkningen skal tage bedre vare på sig selv og hinanden. Der skal flere indsatser til i stil med Vælg Klogt eller den internationale pendant Choosing Wisely. Og så skal vi læger prioritere res-

sourcerne. Det er ikke myndighedernes ansvar alene. Almen praksis skal lede vejen og afklare, hvad der er vigtigt for patienten, og vi skal agere efter det. Det er vi gode til. Her ligger styrken i vores faglighed. Vi kan prioritere, fordi vi kender patienten. Vi kan sikre kontinuiteten i patientens forløb i samarbejde med kolleger fra andre specialer. Hvis myndighederne giver os lov.

En flod af forebyggelse

Minna Johansson, praktiserende læge i Uddevalla, Sverige, holdt en blændende forelæsning om **pejlemærke 3**: Vi giver mest til dem, som har størst behov.

Denne forelæsning forsøgte at gøre lidt op med vores vanetænkning og fokus på forebyggelse. Måske har forebyggelse taget overhånd? Hvem bliver prioriteret? Vi kan spørge os selv, hvorfor guidelines kræver så meget af vores tid og ressourcer.

Sundhedsvæsenet kan ses som en flod. Oppe af floden foregår forebyggende behandling af raske mennesker, der måske udvikler tegn på kronisk sygdom, hvis vi leder grundigt nok, sætter barren lavt nok. Og leder efter præ-tilstande. Men det flytter ikke meget sundhed.

Nede i flodens delta drukner de alvorligt syge, de akut syge og de akut tilskadekomne. Jo længere vi bevæger os op ad strømmen, jo flere læger

HOVEDBUDSKABER FRA KONGRESSEN

- Kurven knækker nu.
- Vi får ikke mere sundhed for pengene, selvom der bruges flere sundhedskroner.
- Vi skal prioritere og spare på ressourcerne i almen praksis.
- Mere er ikke altid bedst.
- Vi skal stille mod et bæredygtigt sundhedsvæsen.

og mere sundhedsvæsen har vi brug for. Nærmest hele befolkningen er vores patienter. Og jo mere tid vi bruger på dem med milde symptomer, hvor intervention kun flytter meget lidt sundhed, jo mindre tid er der til dem i deltaet, der er længere væk.

Stærke kræfter presser på for at reducere grænseværdier for f.eks. blodtryk, kolesteroltal, hgbA1c. Lavrisikofaktorer ved kroniske sygdomme lægger beslag på mere og mere af vores tid. Men hvor meget sundhed flytter vi?

Beregninger viser, at hvis vi skulle følge alle anbefalinger og guidelines, ville det kræve en hel del flere praktiserende læger, sygeplejersker og ikke mindst arbejdstimer. Som vi ikke har.

Ensomhed og fedme er nu en "epidemi". Som praktiserende læger skal vi håndtere disse tilstande og finde dem, der er i risiko for at udvikle disse tilstande og flere andre lignende. Spørgsmålet er, om det er en god idé at gøre sundhed og forebyggelse af risiko til hele meningen med tilværelsen. Skal vi synge, danse og være sammen med andre for at sænke vores blodtryk og kolesteroltal? Eller skal vi gøre det af lyst og for at leve det liv, som vi er skabt til?

Minna Johansson anbefalede, at vi fokuserer ressourcerne på patienterne i nedstrømmen: de akut syge, de



Minna Johansson
Pejlemærke 3: Vi giver
mest til dem, som har
størst behov.
Foto: Hannu Aaltonen.



Tuire saloranta
Pejlemærke 4: Vi skaber
en dialog, der fremmer
sundhed hos den enkelte.
Foto: Hannu Aaltonen.

svært syge – dem, der risikerer at drukne i deltaet; dem, der har mest behov for vores hjælp.

Se patientens samlede situation

Tuire Saloranta, praktiserende læge i Finland, holdt en spændende forelæsning om personcentreret omsorg med afsæt i **pejlemærke 4**: Vi skaber en dialog, der fremmer sundhed hos den enkelte.

Hun kom med mange fine betragtninger om, hvordan vi kan yde engageret, professionel og respektfuld interesse i patientens samlede situation, mens vi hjælper med at finde de mulige sammenhænge mellem symptomer og de samlede påvirkninger og belastninger, der leder til sygdom.

Vi skal gøre det for patienten, men også for at passe på os selv som behandlere – for at styrke vores modstandskraft og holdbarhed på den lange bane og prioritere vores eget velvære.

Tuire Saloranta nævnte den velkendte figur med de tre mennesker, der kigger ind over plankeværket, og minder os om at lighed (equality) og ens tilbud ikke altid er retfærdighed (equity).

Vi skal se på patientens behov – ikke systemets behov. Vi skal sørge for at give flest ressourcer til dem, der har mest behov. Vi skal rumme patientens frygt og behov. Vi skal dele behandlingsansvaret med patienten

selv, når patienten kan det. Og så skal vi kunne rumme egen uperfekthed som behandler. På den måde kan vi fremme sundheden hos den enkelte og udnytte de tilgængelige ressourcer bedst muligt.

Fokus på store jokere

Juho Saari, professor i sundhedsvidenskab, Tampere, Finland, holdt en fin forelæsning om livskvalitet og skjulte hierarkier. Den tog afsæt i **pejlemærke 6**: Vi tager ansvar lokalt, tværfagligt og tværsektorielt.

Han argumenterede for, at skjulte hierarkier i samfundet har meget stor indflydelse på modtageligheden for sygdom og dermed på sundhedstilstanden i befolkningen, og at social belastning, traumatiske oplevelser, manglende ressourcer samt økonomisk/social/politisk ulighed øger modtageligheden for sygdom.

Han fremhævede en række faktorer som de helt store jokere i sundhedsvidenskaben, fordi de har meget stor betydning for sundheden – også i langt højere grad end de faktorer, som vi traditionelt anser som betydningsfulde for sundhed (f.eks. KRAM-faktorerne): social status, selvurdering, selvrespekt, manglende succesoplevelser i tilværelsen, begrænsede kognitive og sociale ressourcer, manglende evner til at planlægge og sætte mål i tilværelsen, ensomhed, fedme.

Det er faktorer, som vi skal give lige så meget opmærksomhed som de traditionelle risikofaktorer som kost, alkohol og motion, når vi skal være læger for borgerne i det moderne samfund.

På gensyn i 2026

Tak for en spændende kongres og gode dage i Turku. Vi ses i Jönköping, Sverige, i 2026! //

HVOR KOMMER DELTAGERNE FRA?

- Finland: 633
- Danmark: 196
- Island: 72
- Norge: 61
- Sverige: 58
- Andre lande: 60
- I alt: 1.080 deltagere fra 22 lande



Juho Saari
Pejlemærke 6: Vi tager
ansvar lokalt, tværfagligt
og tværsektorielt.
Foto: Hannu Aaltonen.



POSTKORT FRA TURKU:

“Team work makes the dream work”

Nordisk kongres er ikke kun for læger. Det beriger hele klinikken, når personalet deltager og får indblik i de fælles kerneværdier, som driver de almenmedicinske valg i hverdagen.

Hos Lægerne Solsortevej i Rønde på Djursland er vi 2 læger og 2 lægesekretærer. I juni måned deltog vi alle 4 i “Nordic Congress of General Practice” i Turku, Finland. Årets kongres havde overskriften: “General Practice – the bedrock of healthcare; respecting the core values”.

Vi læger havde på forhånd lagt en fælles plan for vores deltagelse med fokus på emner om prioritering i sundhedsvæsenet og om at undgå overdiagnostik. Dels var vi til keynote lectures, dels til symposier, hvor personalet blev introduceret til nogle af fagets faglige “fyrtårne”, og vi fik virkelig gennemgået kerneværdierne én for én. Desuden deltog vi i forskellige workshops, bl.a. om læge-patientforholdet og om, hvordan vi fremmer sundheden og øger empowerment hos den enkelte.

Fokus på bæredygtighed

Bæredygtighed viste sig at være det nye “buzzword” – også i vores verden. Det gælder både i de små valg, vi træffer i klinikken mht. udstyr, valg af medicin og klinikdrift, men også mere generelt i forhold til, hvilke patienter vi behandler eller undlader at behandle, og den overordnede politiske ramme, vi arbejder indenfor, og med en befolkning, der bliver stadig ældre og mere ressourcekrævende.

Bæredygtighed er da også temaet for den næste nordiske kongres om to år i Sverige, for vi har alle de samme udfordringer internationalt.

Det gav anledning til nogle rigtig gode snakke om, hvorfor vi lægger den linje i klinikken, som vi arbejder ud fra i det daglige, og hvorfor vi på Solsortevej jævnligt afviser nogle af de ønsker, som patienterne har om dette og hint, f.eks. helbredstjek til rask, for hyppige kontroller af velbehandlede kroniske lidelser, øreskyl, blodprøver til diagnostik af menopause – henvendelser om alskens ting, som vi ikke finder fagligt relevante.

Mere robust visitation

Det giver personalet meget mere robusthed i telefonvisitationen, når de kender baggrunden for, hvorfor vi dis-

ponerer, som vi gør. De står dagligt på mål for vores holdninger, når de møder patientens henvendelse om, hvad der måtte være oppe i tiden, og de kan bedre hjælpe med at styrke patientens egenomsorg i stedet. At det så på et højere plan taler ind i FN’s verdensmål (særligt 3, 12 og 13) er vi nu blevet gjort opmærksomme på.

Det faglige niveau på kongressen er højt og foregår på engelsk, men emnerne er så almengyldige, at personalet sagtens kan være med.

Et styrket team

Det sociale program på kongressen var også højt prioriteret! Vi var til velkomstreception på Turku City Theatre, som ligger meget smukt ved Aurafloden, der løber igennem byen. Der var kunstneriske indslag med sang og musik, og stemningen blev lagt til en god kongres. Der blev sunget ikke blot finske sange, men også sange fra nabolandene Sverige og Estland, og det var egentlig en ret fin gestus.

Vi lejede cykler en dag og drøned op og ned langs floden i det gode vejr. Turku er en fin by med bygninger, der ser meget gamle og østeuropæiske ud, men den byder også på både helt moderne og charmerende ældre byggeri. Byen blev travet tynd med gå-



Lægerne Anne Dorte Brostrøm (yderst tv) og Britta Jepsen (yderst th) med sekretærerne Heidi Eirby og Louise Andersen. Det giver fælles indsigter og fælles faglig stolthed, når hele klinikken tager sammen til kongres. Et fantastisk fundament for teamfølelsen. Foto: Privat.



ture hver eftermiddag, og heldigvis kan man finde både mikrobryggerier, skønne restauranter og fin kunst undervejs.

Vi deltog i kongressens gallamidag på den næstsidste aften – og sikken en fest! Vi sejlede en times tid i bragende solskin ud gennem Turku til det gamle træskibsværft ved Ruisalo, som ligger 6 km uden for byen, hvor der ventede os middag, underholdning og live musik. Sådan en lys nordisk sommeraften i juni med hundredvis af kollegaer på dansegulvet, DET er godt at tænke tilbage på, når hverdagen melder sig igen.

Vi tog afsted på kongres hele klinikken sammen for at nære teamfølelsen, og det må siges at lykkes.

Det gav os fælles oplevelser i nogle rigtig dejlige rammer. Vi tog ny viden med hjem sammen. Og vi fik ikke mindst boostet hele klinikkens almenmedicinske faglighed og stolthed.

Et fælles fundament

Som praktiserende læger har vi igenem mange år arbejdet på et fælles fundament af fagets pejlemærker. Det taler vi ikke nødvendigvis om i dagligdagen, men det er en implicit måde at lede, agere og være læge på i klinikken hver dag. Men personalet er jo

ikke på samme måde skolet i faget "almen medicin". Vi har to meget dygtige lægesekretærer, og hvis vi for alvor vil være et team, så må vi sørge for, at de også kender til "core values" som et fælles fundament at arbejde ud fra.

Her giver Nordisk Kongres noget helt andet end f.eks. Lægedage. Vi er i helikopterperspektiv i forhold til vores fag – også fordi vi får nogle gode snakke med udenlandske kollegaer. Vi fik talt med søde lægekollegaer fra flere andre nordiske lande, og det var spændende at høre om, hvor forskelligt almen praksis er organiseret, ikke bare fra land til land, men også internt i landene.

I Finland er f.eks. langt flere læger ansat i offentlige klinikker, og det var ikke samme kvalitet, lod man os forstå! Vi nikkede ivrigt! Sådan er det skam også i Danmark – at læger ejer deres egne klinikker, det er nu bedst (og mest bæredygtigt).

En god investering

Vi har tidligere deltaget i Nordisk Kongres 2017 i Reykjavik og i WONCA

Europe i København 2016 sammen med personalet. Vores klinik er lukket, mens vi er afsted, men vores gode kollegaer i Rønde passer patienterne imens.

Det er desværre ikke muligt at søge økonomisk refusion til personalet fra deres efteruddannelsesmidler, hvilket er ærgerligt, da der bestemt er tale om relevant efteruddannelse og indføring i faget på et andet plan, end hvad der ellers tilbydes på gængse personalekurser. Vi vælger ubetinget at betragte det som en god investering i trivlsen i klinikken, og de penge er godt givet ud.

Der var 1080 tilmeldte læger ved Nordisk Kongres i Turku - os bekendt var vi den eneste klinik, der deltog sammen med vores personale! Det er synd – for der er SÅ meget at hente for hele klinikken.

Det er jo formentlig vores alles drøm at have en hverdag i klinikken, hvor både læger og personale trives, men det er svært at få det til at lykkes. Og hvad skal der til?

Opfordringen til at deltage som samlet klinik er hermed givet videre! //



Brænde til ilden! Uddannelseslæger på Nordisk Kongres

I lægedækningstruede områder har yngre almenmedicinere ekstragode muligheder for at tage på kurser eller kongres.

Som uddannelseskoordinerende yngre læger for almen praksis-området (AP-UHYL) er vores funktion på Slagelse Sygehus blandt andet at facilitere netværksdannelse og kursusdeltagelse blandt de almenmedicinske hoveduddannelseslæger. En decemberdag faldt tankerne på OK22-aftalen, som giver mulighed for, at uddannelseslæger i et lægedækningstruet område kan tage på kursus - herunder deltage i Nordisk Kongres.

Der blev gået til tastene og udfyldt en lidt forvirrende formular. Herefter ventede vi med tålmodighed. Der gik ikke længe, inden vi fik svar: Formularen på hjemmesiden passede ikke til en ansøgning til Nordisk Kongres, og PLO-e måtte hurtigt oprette en ny formular.

Kunne det passe, at ingen havde ansøgt om det før nu? Tankerne faldt på den paradoksale følelse af, at man som hoveduddannelseslæge i almen medi-

cin, særligt under sygehusopholdet, er nederst i hierarkiet uden mange ekstra tilbud om kurser og uddannelse.

Kun få kender mulighederne

På Slagelse Sygehus er der både mulighed for at søge en regional pulje, en lokal sygehuspulje og så OK22-aftalen. Erfaringsmæssigt er det dog desværre ikke alle uddannelseslægerne, der kender til mulighederne - og endnu færre, der gør brug af dem.

Hvorfor sidder uddannelseslægerne tilbage med en følelse af manglende tilgængelighed? Er det manglende kendskab? Er det barrieren i form af formularer? Eller er det frygten for et nej, en indsats uden gevinst?

Et styks godkendelse blev det til. Herefter gik tankerne på rekrutteringen, for der skulle ikke siges nej til et så godt tilbud.

Udmeldingen foregik først lokalt på Slagelse Sygehus, men her blev man mødt med uddannelseslægerens trætte blikke, snerten af udbrændthed, uoverskuelighed og tvivl. Spørgsmålene stod i kø: Vil afdelingen give tjenestefrihed med eller uden løn? Burde man ikke bruge sin sparsomme tid på noget andet? Og hvad med familien?

Det lykkedes ikke at rekruttere selv

med håndholdt fremvisning og optimisme. Men alene skulle vi da ikke være! Så vi forsøgte med et opslag på Facebookgruppen for FYAM-Sjælland. Det blev til flere likes og kommentarer som "dejligt tiltag" og "hvor er I seje", men desværre kun få med oprigtig interesse. Men vi havde blæst i Gjallerhornet, og vores gruppe blev udvidet med et lille hold med bred geografisk repræsentation i regionen.

I juni måned stod Nordisk Kongres endelig for døren, og med udsigt til 2 dages prækongres for internationale yngre læger i NYCGP tog vi afsted fra Københavns Lufthavn og derefter med et mindre propelfly fra Stockholm til Turku.

Turku fremstod fra dag 1 med en tydelig nordisk stemning og et klart historisk fundament. Trods det var der alligevel en vis fremmedhed. Det var trods alt Finland, ikke hverken Tyskland, Sverige eller Norge, vores naboer.

Internationalt fællesskab

Til prækongressen var 100 yngre læger mødt op. Trods vores forskellige internationale baggrund (endda en fra Italien) stod vi under samme fane: almen medicin, praktiserende læger in spe.



Finsh søbad og sauna var et af programpunkterne på de yngre lægers prækongres før Nordisk kongres. Foto: Privat.

Det stod hurtigt klart, at selvom vi alle havde forskellige idéer, udformninger og nationale tilgange til faget, så bankede vores hjerter for det samme; at være generalister. En selvsikkerhed og stolthed trådte frem, for selvom vi er generalister, er vi også specialister! For hvem kunne erstatte vores funktion og faglighed? Skulle en geriater se børn? Kunne en ortopædkirurg føre en stresssygemeldingssamtale? Ville en neurolog have tålmodighed til at tilse og betrygge en bekymret patient med viral ØLI? Ligesom vi ikke kan erstatte de andre specialister, så kan vi heller ikke erstattes. Dette perspektiv blev udfoldet under 2 dages intensive forelæsninger og workshops, men det blev nok først rigtigt bundfældet i vores sind under godt selskab i finsk sauna og søbadning med en øl.

Et problem er også en mulighed for forandring

Selve Nordisk Kongres var imponerende med 1.000 deltagere. Der blev delt tanker, forskning og arbejdet med workshops intensivt i 2,5 dage fra morgen til aften.

Oplevelsen af sammenhold var gennemgående, når man mødte velkendte ansigter fra prækongressen. Dage var fyldt med spænding, men også usikkerhed om fremtiden. Der blev meldt klart ud om fremtidens stormvej med "dødens gab" i form af stigende alder i populationen, øget kompleksitet og uoverensstemmelse mellem udbud og efterspørgsel på læger. Men kongressen var ikke fyldt

med læger uden håb! Stemningen var grundlæggende optimistisk. Et problem er også en mulighed for forandring.

Torsdagen inden afrejsen sluttede kongressen med højdepunktet; middag og fest, og vores danske gruppe åbnede dansegulvet.

Dare to be the change: Kan vi få flere AP-UKYL'er?

I løbet af kongressen blev spontane nye netværk til idéer og projekter, som kommer til at følge med os hjem. Mange nye opgaver blev iværksat med optimisme og håb om forandring. Blandt andet fik vi kontakt til flere kollegaer, som er interesserede i at udbrede AP-UKYL-funktionen til de øvrige sygehuse i regionen.

Denne korte rejse har haft både kvantificerbar og kvalitativ indflydelse på os yngre læger.

Desværre dog med en bittersødhed fornemmelse af, at selvom vores lille delegation var hyggelig og inspirerende, fremstod alle individerne allerede som fyrtårne for forandring med roller i det faglige, organisatoriske eller planer om progression i deres fremtidige praksis. Hvorfor var det kun os, der deltog? Andre yngre læger kæmper med udbrændthed, håbløshed, og nogle befinder sig i en overlevelsestilstand. Burde de ikke have fået netop dette tilbud?

At opleve networking, refleksion og sammenhold kan give fornyet brænde til ilden som almenmedicinere. //



Af: Gudrun Agusta Sigurdardottir, HU-læge i almen medicin, Region Hovedstaden og forskningsassistent ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København - gudrunagusta@gmail.com

NC²⁰
GP²⁴

Høj vægt er andet end store tal

Nordisk Kongres bød på en workshop om høj vægt, og hvordan forskellige definitioner påvirker tilgangen til vægt i almen praksis.

Nordisk kongres samlede hundredvis af læger fra de nordiske og flere andre lande. Temaet for kongressen var de nordiske pejlemærker for faget almen medicin, og det blev afspejlet i alle keynotes samt mange af de spændende workshops. En af disse workshops bar titlen "Defining obesity – changing standards and the impact on general practice".

Workshoppen handlede blandt andet om, hvordan patienter med høj vægt kan kategoriseres, og den satte fokus på, hvilken indflydelse forskellige definitioner har på vores arbejde i almen praksis. Workshoppen bød på en række indsigtsfulde oplæg og spændende diskussioner blandt deltagerne.

Høj vægt bliver ofte omtalt som en sygdom eller epidemi, snarere end en tilstand eller en mulig risikofaktor. Nuværende diagnostiske kriterier for høj vægt baseres på body mass index (BMI), og de fleste sundhedsmyndigheder anvender BMI-grænser på 25 til 29,9 kg/m² for overvægt og ≥ 30 kg/m² for fedme. Den gængse antagelse

er, at personer med et BMI over 30 har en højere risiko for helbredsproblemer, og de rådes derfor ofte til vægttab.

Pétursson: **BMI er ikke entydigt**

Hálfðán Pétursson, praktiserende læge og lektor ved Universitetet i Island, indledte workshoppen med "the million dollar question: Is BMI the best we got?" Han antydede, at risikoen for sygdom og død ved høj vægt er overestimeret, og det blev understøttet af grafer fra studier, som prøver at klarlægge sammenhængen mellem BMI og risikoen for sygdom eller død. Et studie viste, at den laveste dødelighedsrisiko observeres ved et BMI på ca. 28,4 kg/m². Et andet studie viste, at betydningen af BMI for kardiovaskulær risiko varierer med alderen, og at overvægt kan være gavnligt for ældre, mens undervægt er en betydelig risikofaktor for dødelighed, især hos ældre.

Mossberg: **Vi mangler et holistisk perspektiv**

Karin Mossberg, praktiserende læge og lektor ved Universitetet i Göteborg, arbejder med de svenske guidelines for høj vægt og gennemgik de aktuelle udfordringer på området. Den svenske socialstyrelse har konkluderet, at BMI ikke kan måle central fedme, og at der mangler et holistisk per-

spektiv på patienternes sundhed. Alligevel ser det ud til, at BMI stadig er målestokken for at beslutte, om der foreligger behandlingsindikationen eller ej.

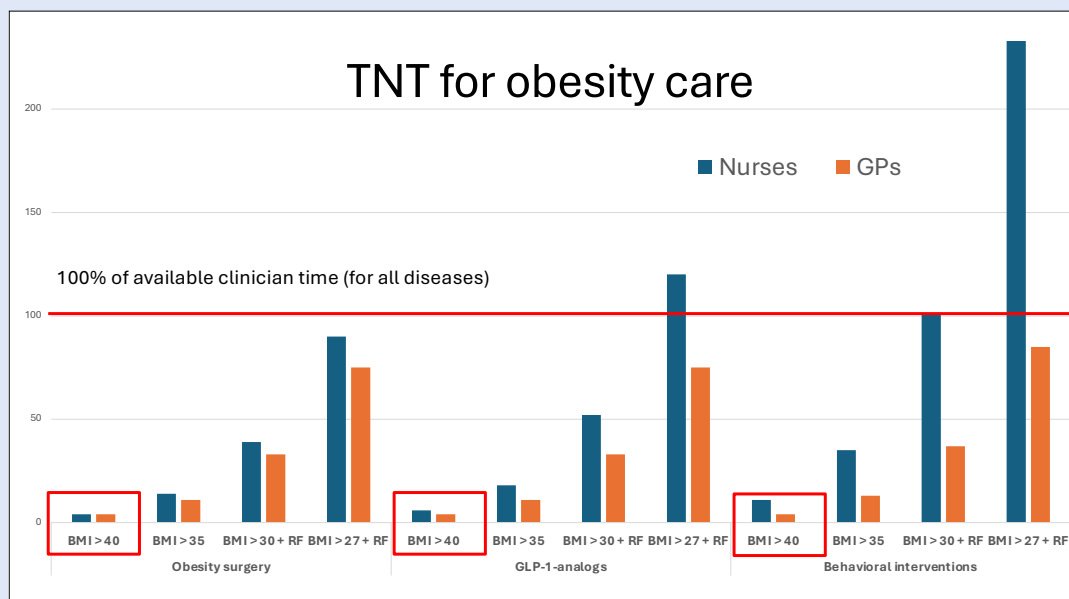
Svenskernes aktuelle anbefaling er at bruge BMI (30-34,9) til screening, men samtidig måle taljeomfang, og derudover tage stilling til, om patienten har en risikofaktor, inden det vurderes, om der er indikation for behandling.

Johansson: **Ressourcekrav skal tænkes ind**

Minna Johansson, praktiserende læge og lektor ved Universitetet i Göteborg, fulgte efter med et oplæg om begrebet "time needed to treat" (TNT). Det refererer til den tid og de ressourcer, der kræves for at behandle en bestemt tilstand i en klinisk praksis. Hun understregede, at det er vigtigt at minimere uligheder i, hvordan sundhedsydelser leveres, og at organisere praksis, så der dedikeres mest tid og indsats til dem, der har størst behov for behandling og støtte.

Hun præsenterede eksempler på TNT for fedmebehandling med forskellige cut-offs for BMI, som illustrerer den markante forskel i ressourcekrav, afhængigt af om cut-off ligger på over 40, over 35, over 30 eller 27+ risikofaktor for henholdsvis sygeplejersker (blå) og praktiserende læger

Figur 1: Tidsforbruget (TNT) ved behandling af fedme.
Kilde: Slide fra workshoppen.



(rød) i almen praksis. Her blev det tydeligt, at almen praksis kan bruge mere end al deres tid på overvægt, hvis alle med BMI > 27 + risikofaktor skal behandles (se figur 1).

Mjølstad: Bør lægen være opsøgende?

Bente Prytz Mjølstad, praktiserende læge og lektor ved NTNU i Norge, fortalte om et studie fra Norge, som viste, at praktiserende læger bruger 13 % af konsultationerne på at tale om forebyggelse, og at 38 % af konsultationerne indeholder forebyggelsestiltag. Så tidlig opsporing og forebyggelse fylder meget hos læger i primærsektoren.

Til workshoppen blev der stillet spørgsmål til, hvilken rolle den praktiserende læge skal have i mødet med en person med høj vægt. Skal man være paternalistisk og opsøgende? For eksempel blev det diskuteret, om det kan have negative sundhedskonsekvenser, set fra et etisk perspektiv, at give patienten en "risiko-label", hvis patienten ikke selv har ønsket denne risikovurdering.

Køster: Sundhed er vigtigere end vægt

Rasmus Køster-Rasmussen, praktiserende læge og lektor ved Københavns Universitet, introducerede tilgangen "vægtneutral sundhed", som handler om at fokusere på sundheden frem for vægten. I podcasten "Radio Ligevægt" formidler han evidensbaseret forskning om krop, vægt og sundhed. Det er veldokumenteret, at livsstilsbaserede vægttabsindsatser ikke giver varigt vægttab, og at råd om vægttab kan bidrage til stigmatisering, oplyste han.

Han præsenterede den nye rapport om vægtstigmatisering fra Vidensråd for Forebyggelse. Rapporten gennem-

går den videnskabelige litteratur om stigmatisering af personer med høj vægt og sammenhængen mellem det at være udsat for vægtstigmatisering og en række sundhedsmæssige og sociale udfald. Vægtstigmatisering kan opleves overalt i samfundet, og både bevidste og ubevidste fordomme om personer med høj vægt forekommer ofte. Danmark toppe listen over 34 lande med flest ubevidste fordomme om vægt.

Fordommene er mere udbredte blandt personer, der ser høj vægt som et individuelt ansvar, snarere end at høj vægt ofte afhænger af faktorer uden for den enkeltes kontrol. Rasmus fortæller, at gennemgangen af den videnskabelige litteratur åbenlyst viser, at vægtstigmatisering er et sundhedsproblem, der bør forebygges. Det stemmer overens med det sjette af de fælles nordiske pejlemærker: "We recognise that social strain, deprivation, and traumatic experiences increase people's susceptibility to disease, and we speak out on relevant issues."

Refleksion over praksis

Workshoppen gav anledning til refleksion over de nuværende praksisser og inspirerede til forbedringer i både diagnostiske kriterier og i patientbehandlingen. Diskussionerne om medicinering mod høj vægt, vægtstigmatisering og overdiagnostik er særligt relevante i lyset af de nye typer af vægttabsmedicin på markedet.

Samlet set bidrog workshoppen til at fremme en mere nuanceret og empatisk tilgang til mødet med patienter med høj vægt, og hvornår vi kategoriserer patienterne som behandlingskrævende. //



Af: **Katrine Høgenhaven**, HU-læge i almen medicin, medlem af DSAM's Kvalitetsudvalg og af FYAM-udvalget, og **Malene Lindholmer Nepper**, HU-læge i almen medicin, medlem af DSAM's Videreuddannelsesudvalg og af FYAM-udvalget - malene.lindholmer@hotmail.com

**NC²⁰²⁴
GP**

Vi misunder ikke stor-driftsklinikkerne: erfaringer fra klinikbesøg i Finland

Et besøg hos to sundhedscentre i Turku gjorde det klart, at kontinuitet, tilgængelighed og læge-patient-relationen har gode kår i de små klinikker i Danmark.

Vores nordiske naboers velfærdssamfund er kendetegnet ved frit tilgængelige sundhedstilbud og en almen praksis, som på mange måder er sammenlignelig med den i Danmark.

Det var i hvert fald, hvad vi troede, da vi i juni drog mod Turku i Finland for at deltage i prækongres og siden Nordisk Kongres for Almen Medicin.

Vi blev dog klogere allerede på første dag, hvor vi besøgte hver vores praktiserende læge i den finske by Turku og fulgte deres arbejde i sundhedscentrene i et par timer mandag morgen. Her blev det hurtigt tydeligt, at der er omfattende forskelle i både struktur, arbejdsliv og den praktiserende læges rolle.

Strukturen i Finland

I Finland har de 446 kommuner, som er ansvarlige for det finske sundhedsvæsen. Kommunerne driver lokale sundhedscentre, hvor de praktiserende læger arbejder i fællesskab med blandt andet fysioterapeuter, tandlæger, plejepersonale og en række andre fagpersoner. Lægerne er ansat med fast månedsløn, men kan få en bonus ved ekstra effektivitet. Praksis har ansat ledere, som ikke nødvendigvis er læger.

I Finland er man praktiserende læge for 2-3.000 patienter

i behandlingsteams med sygeplejersker og andre sundhedsprofessionelle, og hver klinik rummer op til 50.000 patienter. På papiret lyder det innovativt, men det var ikke det billede, vi oplevede i klinikkerne.

Mandag morgen i sundhedscenteret

Vi besøgte mandag morgen to større sundhedscentre i Turku med 21-30 læger, som er fordelt på flere etager i bygninger i institutionel stil med ældre møbler og gulnet li-



Venteværelse i sundhedscenteret. Foto: Katrine Høgenhaven.

noleum på gulvet. I venteværelset står stolene på række, og alle vender samme vej – som på en busterminal. Der er stille, og mange patienter venter. De unge praktiserende læger, Heikki, som er på sidste år af sin hoveduddannelse, og Aura, som er færdig speciallæge, møder os, klædt i kitler. Der er først afsat lidt tid til en samtale om vores respektive lægeliv.

Patienterne i almen praksis i Finland er typisk ældre, og mange lever med multimorbiditet. De raske, yngre, erhvervsaktive har adgang til arbejdsgiverbetalt "occupational medicine" eller private tilbud. Tidsbestilling og simple problematikker klares ved sygeplejerskekonsultationer. Ventetiden på en ikke-akut lægetid er 6-12 uger, og tilgængelighed opleves af lægerne som en udfordring. Lægerne fortalte, at de konsulterer to patienter i timen og typisk i alt 6-7 patienter dagligt. Til gengæld er der stort set ikke grænser for, hvor mange problemstillinger man kan nå; typisk 3-6 (eller 10!). Derfor tager hver konsultation gerne 30-45 minutter. I alt kan lægen være inde over 50-70 patienter på en dag, fordi sygeplejersker og fysioterapeuter i teamet konsulterer lægen om behandlingsplanerne.

De akutte patienter bookes ind på dagen fra kl. 8, og akutprogrammet fyldes hurtigt op. De patienter, der ikke får en tid, søger typisk til lægevagt eller akutmodtagelsen. Akutprogrammerne dækkes af sygeplejersker og nogle af sundhedscenterets læger på skift, og her ser lægen ca. 15 patienter på en dag. Kontinuiteten er altså forbeholdt de elektive problematikker.

En stor del af arbejdstiden går, som i Danmark, med administration. FMK eksisterer ikke, så det er svært for den praktiserende læge at have overblik over, hvilken medicin patienten får. Receptfornyelser kan derfor tage længere tid end herhjemme. Sundhedscenterets sygeplejersker og fysioterapeuter har behov for supervision og konfererer fælles patienter med lægen. Vi fik indtryk af, at man også i Finland bruger en ikke ubetydelig mængde tid på papirarbejde til attester og e-konsultationer.

Mange læger arbejder i almen praksis i den private sektor. Her er der bedre tilgængelighed, raskere patienter, højere løn og korte konsultationer.

En lang konsultation om meget

Vi var med til to konsultationer – på finsk! Vi forstod selv sagt ikke meget af det faglige indhold. Det gav mulighed for at iagttage kommunikation og læge-patient relationen, der umiddelbart ikke virkede til at adskille sig væsentligt fra herhjemme.

Den største forskel var, at patienterne gentagne gange hev en seddel op af lommen med de mange problemstillinger, der skulle løses. I de klinikker, vi besøgte, var der



Lægen Heikki på sit kontor på et Sundhedscenter i Turku by. Foto: Malene Lindholmer Nepper.

6-12 ugers ventetid på en ny tid, så patienterne forventede at få samtlige punkter løst i konsultationen. Så en 40-minutters konsultation kunne omhandle osteoporoseudredning, reflux, stress og en længere samtale om og undersøgelse af en tennisalbue. Det virkede som meget at skulle forholde sig til for både læge og patient.

Anledning til nye refleksioner

Mødet med almen praksis i Finland har givet anledning til nye refleksioner hos os. Kan der være fordele ved, at alle konsultationer tager form af en overblikskonsultation med næsten ubegrænset tid og mange problemstillinger? Som læge får man lov til at være grundig, og patienten føler sig taget godt hånd om. De finske læger så med bekymret mine på os, når vi fortalte om vores kalendere med 4 patienter på en time som udgangspunkt. Hvordan kan vi være det bekendt over for patienterne, at de skal spises af med korte konsultationer og komme gentagne gange i praksis? Hvordan kunne vi klare det som læger?

Efter besøget i de finske klinikker er vi dog glade for at skulle være praktiserende læger i Danmark. Her vægter vi kontinuiteten med patienterne højt, og vi ser fordelene i vores mindre klinikker med højere tilgængelighed og effektivitet, og hvor man selv bestemmer og sammensætter sin arbejdsplads. Det tror vi i sidste ende giver den bedste behandling til patienterne.

I den uge, vi var afsted, udkom også Sundhedsstrukturkommissionen med deres anbefalinger, og forude venter debatten om deres modeller. Vi skal være opmærksomme på, at det ikke er en selvfølge, at almen praksis ser ud, som den gør i Danmark. //



Folkemødet 2024:

Sundhed har aldrig før fyldt så meget

Folkemødet 2024 fandt i år sted samtidig med Nordisk Kongres i Turku. Derfor stillede DSAM og FYAM med et lidt mindre hold end i 2023. Fra DSAM deltog Bolette Friderichsen (formand) og Maria Krüger (medicinerordfører og bestyrelsesmedlem), og fra FYAM deltog Tabitha Krogh (medlem af Almen praksis-udvalget) og Siff Randløv Lydolph (medlem af Internationalt udvalg).

Folkemødet bød på godt 3.400 debatter og arrangementer, og formentlig godt 100.000 besøgende var forbi over de tre dage. Med andre ord var der masser at se til og være med til.

Sundhedsområdet var igen i år et af de store emner, ikke mindst på grund af Sundhedsstrukturkommissionen. FYAM og DSAM satte aftryk på en lang række debatter.

MUS i Sundhedsstyrelsen

Folkemødet i Sundhedsstyrelsens telt begyndte med en særdeles interessant MUS mellem direktør Jonas Egebart og sundhedsminister Sophie Løhde. Den var baseret på modellen "blomsten", som bruges i styrelsen. Til forskel fra de traditionelle MUS foregik denne samtale foran omkring 100 op-

mærksomme tilskuere, som fulgte nøje med, da samtalen kom ind på Sundhedsstrukturkommissionens udspil om fremtidens sundhedsvæsen.

Der var enighed om, at Danmark har et godt og velfungerende sundhedsvæsen. Men for at bevare det på langt sigt, er der behov for betydelige ændringer i de nuværende strukturer. Sophie Løhde understregede, at selv om systemet generelt fungerer godt, er der brug for ændringer. Hun udtrykte også solid opbakning til almen praksis som en hjørnesteen i det danske sundhedsvæsen, hvilket blev modtaget med stor tilfredshed.

Fremtidens lægedækning

Sundhedsstrukturkommissionen var uden tvivl et af de mest omtalte emner under Folkemødet. Emnet rundede hele 20 forskellige debatter, der direkte omhandlede kommissionens udspil, og mange andre debatter inddrog også kommissionens arbejde. Bolette Friderichsen og Maria Krüger mødtes med både politikere og analytikere for at diskutere udspillet, herunder forslaget om at ansætte en almen praksis-chef i regionerne.

En del af kommissionens arbejde handler om lægedækningen i fremti-

den. Her deltog Tabitha Krogh i en debat om, hvordan vi fremover sikrer lægedækning, hvis både lægers og patienters behov bliver anderledes end nu. Og her er særligt de unge lægers stemmer vigtige, hvis vi skal nå målet om 5.000 praktiserende læger i 2035. Tabitha påpegede, at det er en stor beslutning at flytte efter sin praksis, da det ofte betyder at flytte hele sit liv, inklusive familie, netværk og evt. partners arbejde, hvilket kan være en stor overskyggende udfordring for mange læger, når de tidligere i uddannelsen allerede har cementeret deres liv.

Problemet løses ikke nemt og hurtigt, men der kom mange gode forslag, f.eks. udvidet brug af "praksisbussen" (også under hoveduddannelsen) samt økonomiske incitamenter, bedre arbejdsvilkår og mulighed for at skabe stærkere faglige og sociale fællesskaber.

AI vinder frem

Kunstig intelligens, eller AI, var også et stort emne på Folkemødet med over 75 debatter dedikeret til emnet. Siff Randløv Lydolph deltog i en debat om, hvordan AI kan styrke fremtidens sundhedsmedarbejdere. Siff fremhævede, at AI rummer store muligheder, især



Klippeø, solskin og rundkirker - rammen var sat til et Folkemøde, hvor sundhedsområdet fyldte godt i debatterne. Foto: Forfatteren.

inden for rutineprægede opgaver i almen praksis. Hun understregede dog, at AI aldrig må erstatte den personlige relation mellem patient og læge, da denne kontakt er afgørende for patienternes tillid og behandlingsforløb.

FYAM har netop udarbejdet et omfattende holdningspapir om AI, og DSAM er også i gang med at udvikle et holdningspapir om emnet. Debatten om rollen for AI i sundhedssektoren vil utvivlsomt fortsat være et varmt emne i de kommende år, da teknologien fortsætter med at udvikle sig i hastigt tempo.

Stigende medicinforbrug

Danmark oplever et stigende medicinforbrug, især blandt ældre borgere. I april publicerede lægerne Anton Pottegård og Carina Lundby en kronik i

Zetland, der satte ord på stigningen i brugen af medicin.

I kronikken står der blandt andet: "I alt blev der i 2023 hentet 3,5 milliarder doser medicin på apotekerne rundt om i landet. Det er omtrent en fordobling over de sidste 25 år. Det er så markant, at vi tager den en gang til: Vi danskere bruger simpelthen dobbelt så meget medicin som omkring år 2000."

Med udgangspunkt i kronikken arrangerede Apotekerforeningen og DSAM i fællesskab en debat med titlen



Maria Kruger i debat på Folkemødet. Foto: Forfatteren.



DSAM's formand Bolette Friderichsen var på pletten til MUS i Sundhedsstyrelsens telt. Her er hun flankeret af Sundhedsstyrelsens direktør, Jonas Egebart, og sundhedsminister Sophie Løhde. Foto: Forfatteren.

"Danmark på piller – kan vi bruge medicinen bedre?" Debatten satte fokus på, om det stigende medicinforbrug er problematisk, og hvordan vi kan evaluere og forbedre brugen af medicin.

Bolette Friderichsen nævnte, at selvom vi er blevet bedre til at behandle sygdomme, er der behov for løben-



de evaluering, for at sikre at behandlingen stadig er relevant og effektiv.

Plads ved lægens bord?

Sundhed handler også om prioriteringer. Især i lyset af mangel på personale i sundhedsvæsenet skal der prioriteres. Hvem skal så have plads ved lægens bord i fremtiden? Det var en debat, som Steno-centrene tog hul på med bl.a. Jesper Fisker og Bolette Friderichsen i panelet. Der var enighed om, at patienter med mindre behov for kontinuerlig overvågning (f.eks. med velreguleret diabetes) i højere grad skal klare sig selv for at frigøre ressourcer til dem med større behov.

Derudover blev det debatteret, om nogle patientgrupper får mere opmærksomhed og ressourcer end andre, hvilket kan skabe ulighed i sundhedsvæsenet. Inden for diabetesområdet får patienter med diabetes 1 måske mere støtte end dem med diabetes 2. Det blev understreget, at det ikke handler om konkurrence mellem patientgrupper; det handler om at sikre, at alle får den nødvendige hjælp.

Resistens mod antibiotika

Maria Krüger deltog i en debat om antibiotikaresistens, hvor hun forklarede, hvordan almen praksis arbejder med at vurdere patienter for at undgå

unødvendig brug af antibiotika. Det er afgørende for at forhindre udviklingen af antibiotikaresistente bakterier, som udgør en stor trussel mod folkesundheden.

Er sundhedsvæsenet for alle?

Umiddelbart vil man nok tænke, at sundhedsvæsenet er for alle, men som det er i dag, oplever flere patienter ulighed, enten geografisk eller på anden måde. Sundhedsstrukturkommissionens rapport præsenterer tre modeller for, hvordan sundhedsvæsenet kan organiseres for at understøtte et forebyggende, nært og sammenhængende sundhedsvæsen. Bolette Friderichsen deltog i debatten

VOX POP

Hvad siger deltagerne om Folkemødet?

SIFF RANDLØV LYDOLPH



Jeg synes, Folkemødet i år var en helt unik oplevelse. Jeg har tidligere været med som deltager, men aldrig har sundhed og kunstig intelligens fyldt så meget, som det gjorde i år. Som repræsentant for FYAM (og praktiserende læger generelt) fik jeg en uvurderlig oplevelse, da jeg deltog i en debat om kunstig intelligens (AI) i sundhedsvæsenet sammen med et panel af IT-eksperter. Det viste sig, at der var stor enighed i panelet mhp. på potentialet i AI til at forbedre patientbehandlingen, spare tid og ressourcer samt øge arbejdsglæden – så længe AI ses som et «ekstra værktøj» og ikke erstatter lægens kliniske blik og patientrelation. Dagen efter fik jeg en

uformel snak med direktøren for Sundhedsstyrelsen, Jonas Egebart, der ligeledes så mange muligheder. Men vigtigst af alt mente han, at vi kunne begynde at høste »de lavthængende frugter» med hjælp fra kunstig intelligens inden for de næste 3 år.

Min oplevelse med Folkemødet er, at det virkelig føles som et »møde med folket». Jeg synes, det er fantastisk at have mulighed for at møde højtstående personer inden for sundhedsvæsenet og kunne diskutere vores idéer direkte med dem.

BOLETTE FRIDERICHSEN



Folkemødet er et godt sted for alle, der har noget på hjerte og gerne vil finde ud af, hvad man kan samarbejde

med andre om. Der er mange slags debatter, nogle store og nogle små, men som deltager i en debat får du set de andre debattører i øjnene, samtalen lever, paraderne falder. Det er ligesom nemmere at forstå de andre aktørers perspektiv, når man står på scenen i et lille telt frem for i et stramt styret arbejdsgruppemøde, hvor man skal positionere sig, eller i en sur debattråd et eller andet sted. Det betyder ikke, at man fraviger sit eget standpunkt, for det er også helt OK at være enige om, hvor man er uenige. Men alle er her jo, fordi de vil noget godt for vores fællesskaber, både ens egen lille gruppering og Danmark og hele universet. Det giver en positiv stemning, som jeg holder meget af.

Der er masser af netværkeri og kaffemøder mellem debatterne, og me-

om, hvorvidt strukturændringer kan være med til at skabe et sundhedsvæsen for alle, og om det overhovedet er muligt at eliminere social ulighed fuldstændigt.

FYAM og fremtiden

FYAM-timen, et velkendt koncept fra DSAM's årsmøder, blev også afholdt ved Folkemødet. Her samledes studerende, læger og andre med interesse for almen praksis til en uformel snak foran Allinge Lægehus. Der var hygge, grin og uformelle snakke om fremtidens udfordringer og muligheder inden for almen praksis. Allerede nu er der planer om at gentage konceptet i 2025. //



Siff Randløv Lydolph tager ordet i en debat om kunstig intelligens. Foto: Forfatteren.



De to FYAM'er Tabitha Krogh og Siff Randløv Lydolph går på med krum hals. Foto: Forfatteren.

get af det giver nye tanker og alliancer – og en masse ekstraarbejde at følge op på bagefter.

Lørdag havde jeg et par timer for mig selv uden program og kunne drive rundt og bare suge til mig. Duvede træskibe, vajende flag, regn og sol, dejlige mennesker. Fik hørt nogle drømmescenarier om, hvor godt det kunne blive, hvis vi passede bedre på kloden og hinanden og tillod mennesker at være kreative og genbrugen-de, fremfor hele tiden at øge forbrug og tempo og produktivitet.

TABITHA KROGH



Folkemødet 2024 var mit første, men det bliver bestemt ikke mit sidste! Allerede ved ankomsten til folke-mødepladsen oplevedes en sprudlende og livlig stemning blandt de mange deltagere!

Jeg var heldig at få lov at deltage i en debat om, hvordan vi sikrer fast læge til alle danskere. Et emne, som ligger mig meget på sinde, både som

læge, men også som privatperson. Debatten var spændende og nuanceret, og jeg synes, at vi fik slået fast med syvtommersøm, at pisk og tvang ikke er vejen frem for at sikre kontinuerlig, fremtidssikret lægedækning af god kvalitet i yderområderne!

Flere debatter var jeg tilskuer til, og det var en unik oplevelse at få lov at stille direkte spørgsmål til panel-deltagerne og være med i direkte og nærværende diskussioner i slutningen af en debat.

Folkemødet sprudlede af spændende debatter om sundhedsvæsenet. Lægeforeningen holdt en debat om aktiv dødshjælp, som satte mange tanker og diskussioner i gang efterfølgende.

MARIA KRÜGER



Jeg deltog i Folkemødet med en lille delegation fra DSAM med det formål at gøre os synlige i debatten og få fokus på, hvor vigtig almen praksis er for det samlede sundhedsvæsen.

Sundhedsstrukturkommissionens nye rapport lå højt på dagsordenen på Folkemødet, og det var tydeligt, at almen praksis blev talt op i alle de debatter, jeg overværede. Alle var enige om, at vi kommer til at spille en meget vigtig nøglerolle fremadrettet, og at der må tilføres flere ressourcer til almen praksis.

Vi deltog i forskellige debatter, havde uformelle møder, fik talt med forskellige samarbejdspartnere og kolleger og fik plejet et netværk, som er nødvendigt for vores synlighed. Sidste gang, jeg deltog i Folkemødet, var under konflikten i 2013. Dengang var vi en lille græsrodsbevægelse fra PLO, som tog derover iført t-shirts med påskriften "Bevar familielægen".

Det var en helt anden oplevelse dengang. Folkemødet var mindre og mere overskueligt, og jeg husker det som om, der var mere dialog mellem publikum og politikerne under debat-arrangementerne. Det er vigtigt, at almen praksis har repræsentanter på Folkemødet, for vi er så vigtig en brik i langt de fleste af sundhedsdebatterne. //



Effektiv seponering af lægemidler til overaktiv blære: en simpel arbejdsmodel til almen praksis

Kan lægemidler til overaktiv blære nemt seponeres? Denne artikel præsenterer en simpel arbejdsmodel til seponering af lægemidler til overaktiv blære i almen praksis.

Overaktiv blæresyndrom forekommer generelt i befolkningen, men det rammer primært ældre både ift. prævalens og sværhedsgrad. Forekomsten af tilstanden er ens blandt mænd og kvinder, men inkontinens forekommer dog hyppigere hos kvinder end mænd.

De fleste patienter med overaktiv blæresyndrom kan behandles i almen praksis. De to typer lægemidler, der bruges som hhv. første og andet valg ved farmakologisk behandling af overaktiv blæresyndrom, er muskarinreceptor-blokkere (bl.a. solifenacin) og $\beta 3$ -adrenoceptoragonist (mirabegron). I 2023 blev ca. 53.000 personer i Danmark behandlet med disse lægemidler, heraf var ca. en fjerdedel af patienter-

ne over 80 år og ca. halvdelen var 65-79 år. Undersøgelser viser, at lægemidlerne generelt har ringe effekt og er forbundet med risiko for f.eks. antikoagulerende bivirkninger. Den gennemsnitlige effekt svarer til 1,2 færre vandladninger på 2 døgn og et fald på 1 inkontinensepisode på 2 døgn.

Ingen eller en ringe effekt kombineret med risiko for bivirkninger, særligt hos ældre, bør motivere patienter og almen praksis til at forsøge at seponere lægemidler til overaktiv blære. Ved længerevarende behandling anbefales opfølgning hver 6.-12. måned. Det bør overvejes at pausere behandlingen cirka tre uger årligt med henblik på vurdering af fortsat behov. Lægemidler til overaktiv blære seponeres altid ved manglende effekt efter 1-2 måneders behandling. Behandlingen er symptomatisk og kan seponeres uden aftrapning.

Kvalitetsprojekt i almen praksis

Kvalitetsprojektet "Seponering af lægemidler til overaktiv blære" blev gennemført fra januar til august 2023 i Klinik for Almen Medicin, Lemvig. Formålet var at afprøve en arbejdsmodel

for seponering af lægemidler til overaktiv blære med inddragelse af praksissygeplejersker. Projektet involverede fire centrale elementer (Figur 1).

I alt 36 patienter blev inkluderet i projektet og blev kontaktet mhp. seponering af et lægemiddel til overaktiv blære. Heraf accepterede 33 patienter (92 %) at få lægemidlet seponeret. Tre patienter (8 %) var ikke motiverede til at seponere på daværende tidspunkt. Ud af de 36 patienter fik 19 (53 %) patienter lægemidlet seponeret permanent, mens 14 (39 %) genoptog behandlingen efter kort tid (Figur 2: Fordelingen af patienter, der fik seponeret (blå), seponeret med genoptagelse (lilla) og ikke seponeret (rød) lægemidler til overaktiv blære.

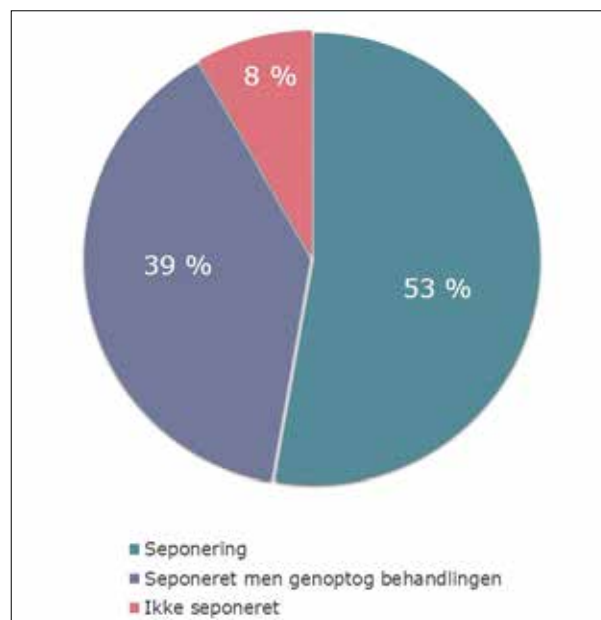
Simpel arbejdsmodel med mange fordele

Erfaringer med denne arbejdsmodel blev belyst i individuelle interviews med to praktiserende læger og to praksissygeplejersker.

Læger og sygeplejersker fremhævede flere fordele ved kvalitetsprojektet. Det var enkelt og afgrænset til en specifik lægemiddelgruppe og en over-



Figur 1: De fire centrale elementer i kvalitetsprojektet om seponering af lægemidler til overaktiv blære.



Figur 2: Fordelingen af patienter, der fik seponeret (blå), seponeret med genoptagelse (lilla) og ikke seponeret (rød) lægemidler til overaktiv blære.

skuelig patientpopulation. Projektet blev opfattet som simpelt og havde en struktureret tilgang, der kunne integreres i det daglige arbejde i praksis. Det var motiverende for både læger og sygeplejersker, at patienterne ville få en mere rationel behandling.

”Det havde en direkte effekt på patienterne. Altså, hvor man for eksempel kunne give dem mulighed for at få mindre medicin i hverdagen. Og også sådan samfundsøkonomisk, så er det jo bedst, at patienterne får præcis den medicin, som de har brug for”, forklarer en af de praktiserende læger.

Sygeplejerskerne spillede en central rolle i projektet ved at stå for patientkontakten og foreslå seponering. Sygeplejerskerne var også ansvarlige for at booke patienternes opfølgende konsultationer hos lægerne. Sygeplejerskerne oplevede ikke, at det var ekstra arbejde eller tidskrævende, da der var afsat tid til at ringe til patienterne, og de følte, at det passede ind i deres daglige arbejde. Generelt følte sygeplejerskerne sig klædt på til at tale med patienterne om seponering af lægemidler mod overaktiv blære.

”Vi kunne holde os meget klart til,

hvad forskningen viser... så jeg synes egentlig, at jeg havde argumenterne i orden for, at de skulle holde deres pause. Også det her med, at uanset om man har effekt eller ej, så anbefaler man, at man bare holder pause en gang om året. Det synes jeg egentlig var fint”, siger en sygeplejerske.

Lægerne oplevede, at projektet styrkede sygeplejerskernes faglige kompetencer. Både læger og sygeplejersker bemærkede, at projektet skabte et øget fokus på vigtigheden af at vurdere behovet for medicin og overveje seponering generelt, hvilket har haft en afsmittende effekt på andre lægemidler.

”Jeg er jo blevet ekstra opmærksom på den medicin, som patienterne får. Husker at vurdere, om de ikke godt kan prøve at stoppe med det. Der er rigtig mange lægemidler, som blæremidler og andre lægemidler, som man nemt kan stoppe med umiddelbart, altså uden aftrapning, bare stoppe, og hvis det så ikke går, så kan man jo faktisk bare starte igen. Så hvorfor ikke forsøge det? Og det er jeg nok blevet meget mere opmærksom på... Den tilgang til flere lægemidler har jeg taget med mig”, uddyber en praktiserende læge. //

HOVEDBUDSKABER

1. Overaktiv blæresyndrom forekommer hyppigt hos ældre patienter.
2. Farmakologisk behandling har begrænset effekt; 1,2 færre vandladninger på 2 døgn og et fald på 1 inkontinensepisode på 2 døgn i gennemsnit.
3. Arbejdsmodellen, hvor en sygeplejerske kontakter patienterne om seponering af lægemidler til overaktiv blære, er en simpel indsats, som kan gennemføres i almen praksis.
4. Flertallet af patienterne ønsker at seponere deres lægemidler til overaktiv blære, og mange opnår succesfuldt permanent seponering.
5. Modellen faciliterer ikke kun effektiv seponering, men øger også opmærksomheden på medicin og seponering generelt i almen praksis.



PH.D.-PROJEKT

Lænderygssmerter blandt børn og unge i almen praksis

Mange børn og unge søger læge for smerter i lænd og ryg. Det var omdrejningspunktet i en ph.d.-afhandling, som bestod af tre delstudier, fra Aalborg Universitet.

Mange børn og unge søger behandling hos deres praktiserende læge for lænderygssmerter. De oplever ofte intense smerter flere gange om ugen, og mange af dem bekymrer sig meget over de smerter, de oplever.

Smerter i knæ, ankler og lænderyggen udgør de hyppigste muskuloskeletale smertetilstande blandt børn og unge i Danmark. Tidligere forskning blandt elever fra folkeskoler og gymnasier viser, at lænderygssmerterne aftager betragteligt hos 44-78 % af de afficerede inden for den første uge. Disse børn og unge rapporterer ofte lav til moderat smerteintensitet og en lav grad af funktionelle begrænsninger. Derfor opsøger denne gruppe typisk ikke behandling for deres lænderygssmerter. Selvom vi efterhånden ved meget om de ikke-behandlingssøgende unge med lænderygssmerter, er der meget lidt tilgængelig viden om den gruppe af dem, som vælger at søge behandling i almen lægepraksis.

Rygssmerter – den hyppigste muskuloskeletale kontaktårsag for unge på 14-17 år

Et registerstudie fra England viser, at rygssmerter er den hyppigste muskuloskeletale årsag til, at unge mellem 14

og 17 år konsulterer deres praktiserende læge. Disse data fortæller dog intet om, hvordan det går med de unges smerter over tid. Derfor var formålet i vores første studie at undersøge forløbet blandt børn og unge i året efter deres første konsultation hos deres praktiserende læge på grund af lændesmerter. I dette studie indsamlede vi selvrappede data via online spørgeskemaer foruden journaloplysninger fra indekskonsultationen.

På trods af den lille stikprøve (n=13) indikerer resultaterne fra studiet, at de unge var plaget af moderat til høj smerteintensitet, som de oplevede hver dag eller flere gange om ugen, da de konsulterede deres praktiserende læge. Ligeledes var de alle funktionelt begrænset i hverdagen og bekymrede sig meget om deres smerter. Selvom både smerteintensitet og bekymringer var reduceret efter et år, havde de fleste unge fortsat smerter, og de bekymrede sig stadig om deres lænderygssmerter ved opfølgningen.

Ønsker håndteringsstrategier – med vejledning

Formålet med andet studie i ph.d.-forløbet var at undersøge, hvornår og hvordan unge med lænderygssmerter interagerer med sundhedsprofessionelle, når de søger behandling. Et andet formål var at undersøge, hvilke sundhedskompetencer og egenhåndteringsstrategier de unge anvendte for at tage hånd om deres lænderygssmerter. Her deltog 10 unge i individuelle semi-strukturerede interviews. Den tematiske analyse viste, at den primære årsag til at søge behandling var smerter relateret til lænderyggen eller en pludselig stigning i smerteintensiteten.

De fleste af de unge havde prøvet at tage hånd om deres





smerter ved at anvende smertestillende håndkøbsmedicin over en længere periode, ofte med minimal eller ingen effekt. Mange af de unge udviste kompetencer til at navigere i sundhedsvæsenet på egen hånd eller sammen med deres forældre eller bekendte. De fleste unge havde et eksplicit ønske om at egenhåndtere deres lænderygssmerter. Samtidig udtrykte de et behov for at blive guidet kontinuerligt af en sundhedsprofessionel for at føle sig sikre nok til selv at håndtere smerterne. En hyppig barriere for at etablere et produktivt samarbejde mellem den unge og den sundhedsprofessionelle var problemer med at kommunikere. Ud over at de unge oplevede udfordringer med at forstå den megen information og til tider svære ord, var de unge også bevidste om, at de ikke altid var i stand til at videregive ”de rigtige” oplysninger under konsultationen.

Hvordan takles tilbagevendende smerter?

Tidligere forskning viser, at forekomsten af smerter i lænderyggen stiger med alderen. I relation hertil har studier identificeret tidligere episoder af lænderygssmerter som den mest konsistente risikofaktor for at opleve en ny episode med lænderygssmerter. På nuværende tidspunkt findes der ikke evidens, som understøtter effekten af en konkret forebyggelsesstrategi til unge med lænderygssmerter. Hvis man oplever en eller flere episoder af lænderygssmerter i ungdomsårene, er der altså en høj risiko for, at man vil opleve gentagne episoder med lænderygssmerter igennem livet.

Kan vi som sundhedsprofessionelle klæde de unge på til selv at håndtere deres lænderygssmerter, når de opstår? Dette spørgsmål var omdrejningspunktet i det tredje studie, der havde et ’single case experimental design’. I studiet undersøgte vi den umiddelbare effekt af en intervention, som havde til hensigt at facilitere unge patienters egenhåndtering af lænderygssmerter. Vi var primært interesseret i at vurdere smerteintensitet og funktion. Studiet havde også til formål at undersøge om lænderygsrelaterede bekymringer og smerterelateret tro på egne evner

(pain self-efficacy) ville mediere effekten af interventionen.

Tre unge med længerevarende og begrænsende lænderygssmerter deltog i alle studiets faser. Resultaterne var baseret på prospektive selvrapporterede data, som blev indsamlet dagligt eller ugentligt via online spørgeskemaer og en mobilapplikation. Af resultaterne fremgik det, at det var muligt at reducere den lænderygsrelaterede smerteintensitet og at forbedre funktionen på kort sigt ved at facilitere unge patienters egenhåndtering af lænderygssmerter. Vi fandt det særligt interessant, at der var en signifikant sammenhæng mellem smerteintensitet og lænderygsrelaterede bekymringer for alle deltagere i studiet. Med andre ord; når smerteintensiteten steg, steg bekymringsniveauet også. Ligeledes observerede vi, at når smerteintensiteten steg, så faldt de unges smerterelaterede tro på egne evner. //

PH.D.-PROJEKTETS TRE STUDIER

- **Studie 1:** Dette prospektive kohorte studie undersøgte smerteintensitet og mængden af bekymringer hos børn og unge i alderen 8-19 år efter konsultation hos deres praktiserende læge angående smerter i lænderyggen. De unge havde moderat til høj smerteintensitet og var meget bekymrede over smerterne. Selvom både smerter og bekymringer aftog efter et 1 år, oplevede de fleste fortsat smerter og var bekymrede over deres smerter.
- **Studie 2:** Dette semi-strukturerede interviewstudie undersøgte årsagerne til, at unge med lænderygssmerter opsøgte behandling, og hvilke strategier de anvendte for selv at tage hånd om smerterne. Studiet havde 10 informanter i alderen 15-19 år. De fleste opsøgte behandling pga. smerter i lænden eller pludselig forværring af lænderygssmerter. Mange havde taget smertestillende håndkøbsmedicin med ringe eller ingen virkning. De fleste ville gerne håndtere smerterne selv, men de efterspurgt kontinuerlig sundhedsprofessionel vejledning. Kommunikationsproblemer var en typisk barriere for et godt samarbejde med de sundhedsprofessionelle.
- **Studie 3:** Dette enkelt-persons-eksperiment undersøgte unges egenhåndtering af lænderygssmerter. Tre unge kvinder i alderen 15-19 år deltog i alle projektets faser. Data blev indhentet via online spørgeskemaer og en mobilapplikation. Det var muligt at reducere smerteintensiteten og øge funktionsniveauet på kort sigt. Hos alle deltagere fandt vi en sammenhæng mellem smerteintensitet og lænderygsrelaterede bekymringer.

Det var muligt at reducere den lænderygsrelaterede smerteintensitet og at forbedre funktionen på kort sigt ved at facilitere de unge patienters egenhåndtering af lænderygssmerter.



Af: Mette Elneff Graversen, Kirsten Skipper-Mortensen, HU-læger i almen medicin, Region Midtjylland, og Annemette Bondo Lind, Forskningstræningen, Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet - metchen20@hotmail.com

FORSKNINGSTRÆNING

Hvem følger børnene til lægen? Og er der forskel mellem land og by?

Ligestilling er et emne, der ofte debatteres i medierne. Det gælder også sundhedsområdet. Som læger i primærsektoren fornemmer vi klart, at vi møder flest mødre i relation til såvel akutte som planlagte børneundersøgelser (BUS). Derfor undersøgte vi i vores forskningstræningsopgave, hvorvidt denne antagelse var korrekt.

Vi fandt ét dansk studie fra 2017, som tog udgangspunkt i mere end 20 år gamle data. Man konkluderede, at andelen af lægebesøg, som moderen deltog i på barnets vegne, udgjorde mere end 90 %. De nyeste udenlandske artikler var fra 00'erne og pegede ligeledes på, at det oftest var moderen, som fulgte barnet til læge.

Indsamling af data

Vores data blev indsamlet prospektivt i tre forskellige lægehuse, heraf to bypraksisser og en landpraksis, over en periode på to uger uden for skoleferier.

Et afkrydsningsskema (se Figur 1) blev lavet til dataindsamling. Skemaet blev udfyldt af personalet i hver en-

kelt konsultation, uanset hvilken faggruppe der foretog konsultationen. I alt blev der indsamlet 223 besvarelser, fordelt på 113 fra landpraksis og 110 fra de to bypraksisser.

Lever de traditionelle kønsroller?

Vores studie viste en tydelig tendens; en klar overvægt af mødre (62,8 %) i forhold til fædre (21,5 %) deltog i konsultationerne med børnene. Det gjaldt, uanset om det var land eller by, akutte eller planlagte konsultationer. Interessant var det, at andelen af konsultationer med tilstedeværelse af begge forældre var betydeligt større i byen (20,9 %) end på landet (5,3 %).

Endvidere viste vores data, at fædre i langt højere grad bestilte de akut-

te frem for de planlagte konsultationer; det gjaldt både på landet og i byen.

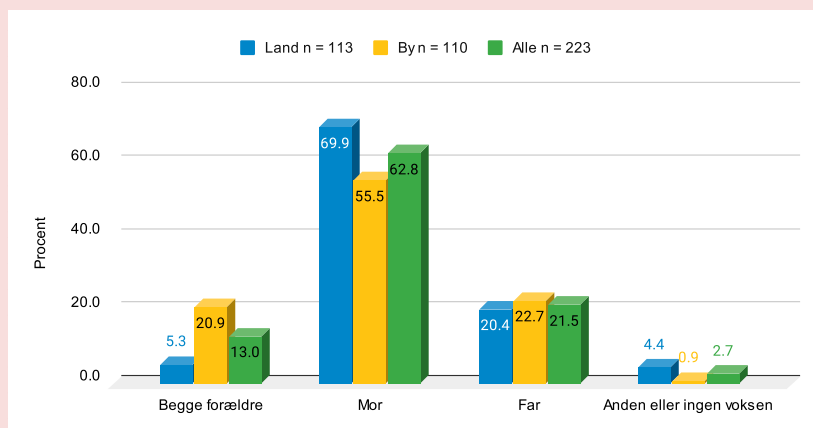
Mor er primær omsorgsperson

Overordnet set deltog mødre således i 62,8 % af alle konsultationer, mens fædre deltog i 21,5 % af konsultationerne. Ved de øvrige konsultationer var enten begge forældre til stede, andre voksne, eller barnet kom alene. Tallene var stort set de samme, uanset om der var tale om akutte eller planlagte konsultationer.

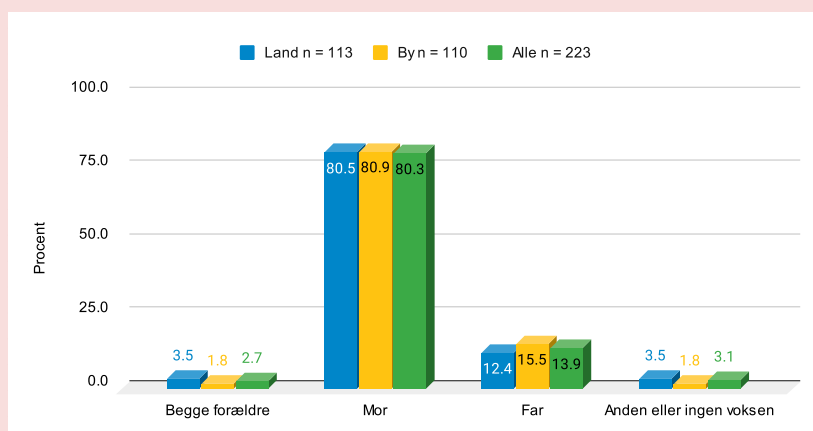
Angående forholdet mellem fædre og mødre, som deltog i konsultationerne i henholdsvis land- og bypraksis, var der procentuelt flere mødre, som deltog i konsultationerne på landet (69,9 %) kontra i byen (55,5 %) →

Akutte- og planlagte konsultationer med børn, hvem ledsager barnet og er der forskel på by- og landpraksis? Forskningsopgave Mette Elneff Graversen, Tara Atkins og Kirsten Skipper-Mortensen. Forår 2024											
Dato: Barnets fødselsdato xx.xx.xx	Typen af konsultation			Hvem følger barnet				Hvem har foranlediget konsultationen			Aktuelt på børsel med barnet
	Akut (booket < 36 timer)	Planlagt (booket > 36 timer)		Far	Mor	Bedsteforældre	Anden	Far	Mor	Anden	Ingen
		BUS	Anden								

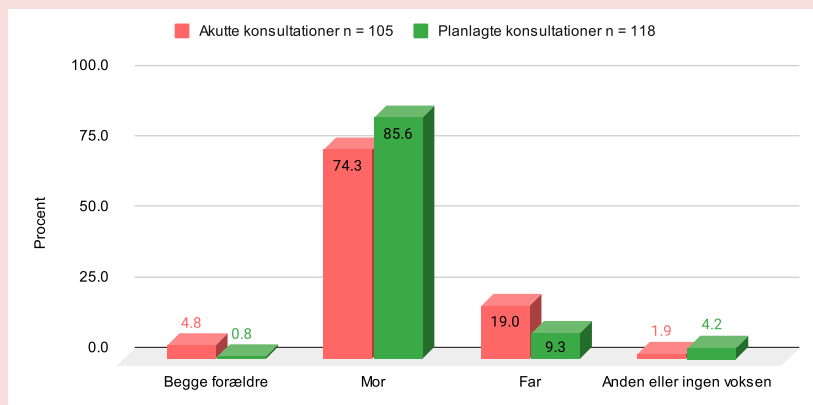
Figur 1: Skemaet til dataindsamling i de tre klinikker.



Figur 2: Hvem følger barnet til lægen?



Figur 3: Hvem bestiller konsultationen?



Figur 4: Hvem bestiller henholdsvis akutte og planlagte konsultationer?

(se Figur 2). Proportionen af fædre var 20,4 % på landet og 22,7 % i byen. Den lavere proportion af mødre, som deltog alene i konsultationerne i byen, skal primært findes i den væsentligt større andel af konsultationer med deltagelse af begge forældre i byen (20,9 %) kontra på landet (5,3 %). Fle-

re fædre deltog altså i konsultationerne i byen, men det var sammen med barnets mor.

I de konsultationer, hvor ingen forældre var på barsel, deltog mødre i 62,4 % og fædre i 27,4 % af konsultationerne. Det kan ses som et udtryk for, at her tager far oftere alene afsted

med barnet frem for sammen med barnets mor.

Mental load

Corona-nedlukningen, hvor mange forældre skulle arbejde hjemmefra og undervise deres børn, satte fokus på begrebet mental load. Begrebet dækker over den usynlige arbejdsbyrde, som det f.eks. kan være at bestille tid ved lægen til sit barn (se infoboks).

Bestilling af konsultation kan ses som et udtryk for, hvem der bærer den mentale byrde i familien i relation til at planlægge tid ved lægen (se Figur 3). Her tegner sig et klart billede.

Andelen af mødre (85,6 %), som bestilte de planlagte konsultationer, var betydeligt større end andelen af fædre (9,3 %) (se Figur 4). For de akutte lægebesøg påtog fædre (19,0 %) sig dog at bestille en højere andel af konsultationerne, selvom mødre (74,3 %) også her bestilte størstedelen. Ved de akutte konsultationer har man et mærkbart dårligt barn foran sig. Det tolkes derfor ikke i samme grad som et udtryk for mental load, som hvis man skal huske at bestille tid til en BUS i den nærmeste fremtid.

Vigtig udvikling at spore

Sammenlignet med studiet for 20 år siden, hvor moderen fulgte barnet til lægen i 90 % af konsultationerne, finder vi altså, at der er sket en mindre, men vigtig, udvikling, hvor fædre følger barnet i 20,4 % på landet og 22,7 % i byen.

I byen var 20,9 % af konsultationerne desuden med deltagelse af begge forældre, hvorimod dette kun var tilfældet i 5,3 % af tilfældene i landpraksis. Det kan måske ses som et udtryk for, at fædre faktisk gerne vil mere på banen, men mødre ikke vil give slip?

I Helle Thorning-Schmidts regeringsperiode i 2011-2015 havde regeringen politisk flertal til at indføre øremærket barsel til mænd på bekostning



af længden af kvindernes barselsperiode. Man undlod dog at indføre det, primært pga. stor modstand i befolkningen, herunder kvinderne.

Positiv effekt på mænds sundhed?

Danmark ligger på en 114. plads, når det kommer til ligestilling i forhold til sundhed og overlevelse. Og her er det mændene, der halter bagefter.

Mænd og kvinder har samme sygelighed, men det vurderes, at noget af overdødeligheden hos mænd skyldes, at de ikke går til læge i tide. Kunne det tænkes, at fædrenes øgede kontakt til lægehuset, når de følger barnet til lægen, kan sænke barrieren for selv at søge læge?

Børnene ser samtidig, at far også går til lægen, så barrieren for at op-søge læge som voksne (mænd) forhåbentlig også bliver mindre, og mænds sundhed kan derved øges.

Kvinder rammes oftere af depression

Til gengæld rammes kvinder i højere grad af depression (10,4 %) end mænd (5,5 %). Har mental load en del af skyl-

den for, at kvinder oftere end mænd rammes af psykiatri minor i de år, hvor de har små børn?

Vi fandt, at det overvejende var kvinderne, der stod for at bestille barnets planlagte konsultationer hos lægen. Hvis det er tilfældet, er det ikke kun i den enkelte kvindes og families interesse at fordele den mentale byrde mere ligeligt forældrene imellem; det er også i samfundets og i allerhøjeste grad arbejdsgivernes interesse – specielt de arbejdsgivere, der har en overvægt af kvinder ansat, såsom lægepraksis, sygehuse, hjemmepleje og daginstitutioner.

Vores undersøgelse belyser et hidtil sparsomt undersøgt område, såvel internationalt som i en dansk kontekst, og den rejser flere spørgsmål, end den giver svar. Der er brug for større undersøgelser og grundigere analyser af, hvorfor det forholder sig, som det gør, og hvad det betyder for både mænds og kvinders sundhed, børns trivsel, løn, sygedage og meget mere. Og vigtigst af alt; vi mangler at undersøge, hvad vi kan gøre for at ændre på det. //

HVAD ER MENTAL LOAD?

Mental load – eller mental byrde – er et begreb, der dækker over det usynlige arbejde, som kræves for at holde styr på aftaler og skabe sammenhæng i et hjem og en familie. Det forveksles ofte med husligt arbejde, som dog består af en konkret opgave med et klart defineret start- og sluttidspunkt, f.eks. støvsugning, indkøb, lægebesøg med børn eller græsslåning.

Den mentale byrde er kendetegnet ved at være usynlig, allestedsnærværende og vedvarende, og der indgår en komponent af følelser – både egne og andres.

Det er en proces, der foregår internt i personen, f.eks. i hjemmet, til sport, på arbejde, ved sociale arrangementer. Det foregår løbende og har ikke en naturlig afslutning. Kognitivt arbejde, der har et følelsesmæssigt element, bliver til en mental byrde.



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

Grøn 
praksis

GRØNT TIP

Planterig, sund og klimavenlig frokost

Kan jeres frokostordning blive mere klimavenlig?
Og gør det en forskel på klimaaftrykket for jeres klinik?

Ja! Danskernes madforbrug belaster i gennemsnit klimaet mere end den samlede belastning fra vores forbrug af el, varme og benzin!

Fødevarer systemet er en af de største bidragsydere til klimaforandringerne. Det nationale forbrugsbaserede klimaaftryk pr. dansker er aktuelt på ca. 11 ton CO₂ om året; heraf stammer ca. en fjerdedel fra madforbrug. Hvis vi medregner den udledning, som vores forbrug medfører uden for Danmarks grænser, ligger tallet på 17 ton pr. indbygger. Til sammenligning udleder en inder i alt 1 ton årligt, og verdensgennemsnittet er på knap 6 ton pr. indbygger.

Kilde: De officielle kostråd (Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri).



Måske I kan skifte

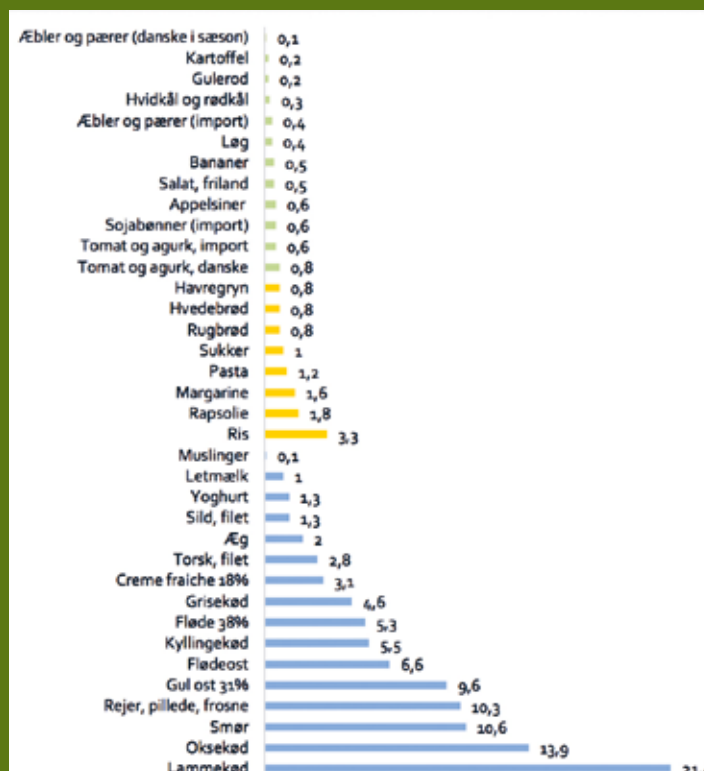
kødpålægget ud med f.eks.

hummus, æg eller kartofler?

I oktober 2023 fremlagde regeringen en handlingsplan for plantebaserede fødevarer, der skulle sikre en mere planterig kost for at nedbringe klimaaftrykket, jvf. regeringens mål om en 70 % reduktion af CO₂-udledningen i 2030. Handlingsplanen er historisk af sin art og understøtter de officielle kostråd, der blev indført i 2021.

De nye kostråd har – som de første kostråd nogensinde – fokus på plantebaserede fødevarer, der tager klimaaftrykket med i betragtning og ikke kun sundheden.

Måske I kan skifte kødpålægget ud med f.eks. hummus, æg eller kartofler? Og tilføje en god portion salat? //



Figuren viser, hvor meget forskellige madvarer belaster klimaet. Klimaaftryk er angivet i kg CO₂-ækvivalent fra produktion af 1 kg af fødevareren inklusive alle led i fødevarekæden, indtil varen ligger i supermarkedet. Kilde: Guide: Sådan spiser du mere klimavenligt, Fødevareguiden.dk.

PRACTICUS // Opslag

Portræt af en praktiserende læge



Hvordan er det at være praktiserendelæge i samme by, som man bor i? Hvad vil det sige at have et patientråd i sin praksis?

FYAM-redaktør Solvej Videbæk Bueno har været på besøg hos forhenværende praktiserende læge i Skødstrup Lægepraksis Roar Maagaard. Udover at have været patienternes

læge i Skødstrup nord for Aarhus i mere end 30 år har Roar Maagaard medvirket til udviklingen af speciallægeuddannelsen i almen medicin, været formand for Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) og er nu formand for Nordic Federation of General Practice (NFGP). Lyt til denne episode af "Portræt af en praktiserende læge", hvor Roar Maagaard tager os

med en rejse gennem et lægeliv, hvor arbejdet med patienterne har været raison d'être. //

LYT TIL
PODCASTEN





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

EN DAG MED ...

Martin Bell

Martin Bell er speciallæge i almen medicin. Ud over at se patienter i sin egen klinik i Aarhus arbejder han én dag om ugen som tilkaldsvagt for Østjyllands politi.

6.30 Nutella! Jeg ligger bekymrende yderligt på kanten af sengen og mærker min 6-åriges lidt svedige fod mellem mine skulderblade. Ordet gentages langsomt og en anelse irriteret NUUU-TEELL-AAAA. "Nej! Max, det er hverdag". I stedet for yderligere krav om hasselnøddesmør indtræder en efterhånden indstuderet kraftoverførsel fra en barnefod, og jeg fornemmer vores soveværelsesgulv komme nærmere. Søvnens sidder stadig dybt i kroppen, da jeg trasker ud i køkkenet. Forestillingen "Morgenkaos" udspiller sig. Drengene agerer kæmpende dinosaurer, mens min datter perfektionerer rollen som energiforladt teenager. Konen overtager styringen, og familien kommer ud ad døren med et minimum af skrammer og bandeord.

8.30 Nyder den flygtige ro og den tiltrængte morgenkaffe. De fleste hverdage bener jeg ud ad døren for at tilse patienter i vores lægepraksis, men i dag er jeg på tilkald ved Østjyllands Politi. Et kærkomment møde med eksistenser, der kun alt for sjældent kommer i praksis.

Telefonen kimer "Vi har gæster i kælderen".

8.50 Ankommer på stationen, hilser og modtager briefing om de detentionsanbragte.

Første besøgende er en kending i gadebilledet. Han har drukket sig i hegnet, og der er behov for vurdering af, om han kan sove den ud i detentionen. Døren til detentionscellen glider op, og jeg rammes af en distinkt vibrerende snorken. Et par venskabelige klap på skulderen og et "godmorgen" bringer ham langsomt tilbage til overfladen. De første sekunder er vigtige; hvis relationen går skævt, risikerer jeg, at samtalen bliver meget kort.

Jeg præsenterer mig og lader ordene trænge gennem alkoholtågen. Vi har mødt hinanden en håndfuld gange før. Alligevel er der ingen genkendelse at spore i hans ansigt. Svarene indtræder efter latenstid, men er relevante, og den objektive undersøgelse er acceptabel. Jeg lægger en plan for observation og lader ham sove den ud i kælderen.

9:15 Anden besøgende er kendt med paranoid skizofreni. Han har raseret en lejlighed i jagten på overvågningsudstyr. Ikke overraskende har miseren skræmt naboerne. Øjnene hviler ikke længe det samme sted, men følger noget, som kun han kan se. Den vanlige medicin er vist ikke taget efter forskrifterne, og samtalen er fuld af skæve, flakkende og paranoide oplevelser - heldigvis med et strejf af selverkendelse. Vi enes om en frivillig samtale i psykiatrien.

9.50 En hurtig kop kaffe på stationen, inden telefonen ringer. Atter en tur i kælderen. Tredje besøgende er beskrevet som psykisk uligevægtig. Han sidder sammenkrummet på madrassen med nedslået blik og rødsprængte øjne.



Martin Bell efter at have tilset en af de anbragte i detentionen på Aarhus Politigård. Foto: Privat.

Dialogen skrider langsomt frem. En beretning om deroute, tab af familie-medlem, arbejde og bopæl. Tankerne kredser om død og selvmord. Der mangler en fungerende relation med almen praksis, og vi enes om en frivillig samtale i psykiatrien.

11:45 Når en tidlig frokost, før der er gæster igen. En ung kvinde er sendt til Aarhus for at hente stoffer. Stikmærker på fodryggen og alt for små

pupiller i et markeret ansigt, formet af misbrug og gaden. Hun er her uden at være her. En historie om ubehandlet ADHD, PTSD og depression. Nu en konstant dans på kanten af døden – tager hun for lidt, får hun ingen rus. Jeg lægger en plan for observation, forlader kælderen og en anden virkelighed møder mig.

16.00 Mindstemanden hentes i SFO'en. Han er i gang med Matador Junior –

I dag er jeg på tilkald ved Østjyllands Politi. Et kærkomment møde med eksistenser, der kun alt for sjældent kommer i praksis.

formentlig er han ved at indkassere et sviende nederlag, for afhentningen forløber overraskende fredeligt.

Pizzaovnen tændes. Jeg forsøger mig med kartoffel, rosmarin, burrata og gedeost som topping. Der er bred konsensus blandt ungerne om, at pizzaerne fra "Surprise Pizza" klart er at foretrække.

20.30 Putter mellemste mand og læser "Kaptajn Underhyler ordner den onde Olfert-kvinde". Hvorvidt Kaptajn Underhyler har held i sit foretagende står hen i det uvisse, for telefonen ringer igen. En borger har været i slagsmål på en beværtning. Han er selv af den opfattelse, at han har vundet opgøret, men at dømme ud fra skaderne er det vist tvivlsomt. En anseelig flænge i baghovedet smyger sig op ad hans shunt. Vi enes om, at en vurdering i akutafdelingen alligevel er at foretrække, og en ambulance rekvireres.

21.30 Hopper i seng. Reflekterer over de skæbner, jeg har stiftet bekendtskab med i dag; marginaliserede med høj sygelighed, men uden kontakt til deres praktiserende læge. De har ganske vist mange fragmenterede kontakter til sundhedsvæsenet, men uden at det nødvendigvis medfører en generel fremadskridende behandling og bedring. //





Af: Siri Jolander Kirstein, introduktionlæge i mave- og tarmkirurgi, Aalborg Universitetshospital, talsperson for Gruppen af Yngste Læger, Yngre Læger og Sara Radl, HU-læge i almen medicin, næstforperson i Yngre Læger og forperson for Almen Praksisudvalget - smh.ylbest@DADL.DK

KBU-læger skal tidligere i almen praksis

Med den politiske aftale "En bedre psykiatri" fra november 2023 blev det besluttet, at psykiatrien igen skulle indføres i den kliniske basisuddannelse (KBU) efter at være blevet udfaset over en årrække til fordel for almen medicin. Den nye aftale fastlægger, at alle KBU-forløb skal indeholde et ophold i almen praksis, men nu skal 10 % af forløbene foregå i psykiatrien og ikke på en somatisk afdeling, som vi kender det i dag. Man forventer desuden, at forløbene i psykiatrien vil ligge som uddannelsens anden del, og at de forløb, der indeholder psykiatri, derfor vil starte i almen praksis. Det betyder altså, at almen praksis fremadrettet skal modtage KBU-læger, der ikke nødvendigvis har anden klinisk erfaring end den, de har fået gennem klinikophold under stu-

diet, og som derfor skal træde deres første lægeskridt i almen praksis. Det bliver en stor og vigtig opgave for almen praksis.

I Yngre Læger laver vi hvert år en undersøgelse blandt KBU-lægerne, hvor vi spørger dem, hvordan de oplevede starten på deres lægeliv. I lyset af den forestående ændring af KBU-forløbene, synes vi, at svarene er mere relevante end nogensinde. For hvordan sikrer vi den bedst mulige start på lægelivet? Hvordan klæder vi dem bedst muligt fagligt på? Og hvordan viser vi vores yngste kollegaer, at lægelivet i almen praksis også er vejen for dem? Vi har udvalgt tre områder, der – i vores øjne – giver stof til eftertanke: supervision og feedback, introduktion til arbejdet og ensomhed.

God supervision i almen praksis

Som i tidligere undersøgelser peger KBU-lægerne på, at de får god supervision og feedback i almen praksis. Henholdsvis 31 % og 40 % svarer, at de i høj eller i meget høj grad finder omfanget af supervision og feedback passende. Cirka 1 ud af ti (11 %) svarer, at de slet ikke eller i lav grad finder omfanget af supervision og feedback passende.

Oplevelsen af tilstrækkelig super-

vision og feedback er afgørende for, om man har et godt uddannelsesforløb. Det ses tydeligt i undersøgelsen, at de KBU-læger, der har haft et godt ophold i almen praksis, fremhæver supervision og feedback, som én af årsagerne hertil. Omvendt er manglende supervision ét af omdrejningspunkterne hos dem, der har haft et dårligt ophold i almen praksis.

FAKTA OM KBU-UNDERSØGELSEN

- Undersøgelsen laves af Gruppen af Yngste Læger (GYL) under Yngre Læger.
- Undersøgelsen foretages blandt de læger, der halvdant år forinden har færdiggjort deres studie og har opnået ret til selvstændigt virke.
- Undersøgelsen udsendes to gange årligt, og svarene samles i én årlig opgørelse.
- Denne undersøgelse omfatter svar fra december 2023 og april 2024.
- I alt 35 % af de inviterede læger har svaret på den seneste undersøgelse.
- I alt 99 % af alle forløbene indeholdt et ophold i almen praksis.

Og hvordan viser vi vores yngste kollegaer, at lægelivet i almen praksis også er vejen for dem?

Introduktion til arbejdsopgaverne

Spøger vi KBU-lægerne, hvordan de er blevet introduceret til deres arbejdsopgaver, og om introduktionen var brugbar og tilstrækkelig, svarer de fleste ja. Men næsten hver femte (18 %) svarer faktisk, at introduktionen i lav grad eller slet ikke var tilstrækkelig og brugbar.

Det er naturligvis vigtigt, at man introduceres til det arbejde, man skal udføre. Opgaven bliver endnu vigtigere, når en del af KBU-lægerne skal starte deres lægeliv i almen praksis. Hvordan sikrer vi det?

Føler sig ensomme

I alt føler over halvdelen af KBU-lægerne sig ensomme i løbet af deres ophold i almen praksis: 22 % føler nogen grad af ensomhed, 19 % føler en høj grad af ensomhed, mens 15 % føler en meget høj grad af ensomhed. Følelsen af ensomhed har flere årsager.

Nogle fortæller, at de pendler langt eller er flyttet til en anden del af landet pga. lodtrækningsnummeret, andre at selve arbejdsgangen i almen praksis med selvstændige konsultationer er ensom. Det er måske faktorer, der kan være svære at ændre. Men andre nævner, at man som eneste yngre læge i almen praksis kan mangle jævnaldrende kollegaer. De savner et fællesskab af yngre læger og nogle at spejle sig i. Nogle nævner, at pauser

ikke prioriteres. Det skyldes måske, at tutorlægen har for travlt, eller måske har KBU-lægen ikke selv for meget på sit program. Men når man ikke mødes regelmæssigt med sine kollegaer, føles arbejdsdagen ensom. Desuden kan det (særligt) i mindre klinikker skabe en stor følelse af ensomhed, hvis der er konflikter mellem tutorlægen og personalet. Slutteligt beskriver nogle KBU-læger også, at de savner at føle sig som en del af et team, og at manglende interesse i den enkelte som person også kan medvirke til en følelse af ensomhed.

Opholdene er ikke kun gode

Langt de fleste, faktisk syv ud af ti, angiver at have haft et godt eller et meget godt ophold i almen praksis. Rigtig mange oplever at blive bekræftet i, at de gerne vil være almenmedicinere. Rigtig mange oplever at have gode kollegaer, et godt fællesskab og at få god supervision og faglig udvikling. Det er positivt. Men der er også en betydelig andel, ca. 17 %, der angiver at have haft et dårligt eller et meget dårligt ophold i almen praksis.

Når der spørges ind til årsagen [til et dårligt forløb], er svarene overvejende: følelsen af ensomhed, manglende vejledning og supervision, travlhed (for mange patienter i timen) og manglende fokus på læring og udvikling. Nogle ting kan og skal løses i den

Oplevelsen af tilstrækkelig supervision og feedback er afgørende for, om man har et godt uddannelsesforløb.

enkelte praksis, mens andre ting måske nærmere skal understøttes i videreuddannelsessystemet. Det kan være fordeling af KBU-læger til klinikker med flere yngre læger på én gang eller mere fokus på supervisions- eller netværksgrupper, enten som en del af eksisterende fælles mødedage eller som et selvstændigt element under opholdet. Det ville være gode initiativer for alle KBU-læger. Vi tror dog, at forebyggelsen eller bekæmpelsen af ensomhed bliver endnu vigtigere blandt de KBU-læger, der starter i almen praksis.

Opholdet i almen praksis under KBU'en er utvivlsomt en stor mulighed for at vise, hvordan man kan få et godt lægeliv uden for sygehuset. Som tutorlæge spiller man en stor rolle i forhold til fremtidigt specialevalg. Vi er sikre på, at almen praksis langt de fleste steder er et godt og trygt sted at starte sit lægeliv. Tak for det! //



FYAM MENER ...

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

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



Om kunstig intelligens i almen praksis

FYAM-udvalget ser en stigende interesse for kunstig intelligens (AI). Fokus på anvendelsen af AI har hidtil primært rettet sig mod sekundærsektoren, men det flytter sig nu gradvist mod primærsektoren. Derfor skal vi som kommende praktiserende læger have en holdning til AI.

FYAM vurderer, at AI snart bliver indført i dele af sundhedsvæsenet. Vi tror, at AI gennem systematisk genkendelse af data vil kunne spare tid og ressourcer i et presset sundhedsvæsen, så nogle opgaver kan løses hurtigere. Det kan frigive mandskab og forbedre behandlingen af alle patienter. AI bliver en integreret del af arbejdsdagen, også for praktiserende læger.

FYAM-udvalget har nedsat en arbejdsgruppe, som har skrevet et holdningspapir om AI.

Idéen kom under et udvalgsmøde

i juni 2023. Vi nedsatte en arbejdsgruppe, som arbejdede med emnet over et halvt år. Fra nytår fik gruppen hjælp fra bl.a. Janus Laust Thomsen, Christoffer Bjerre Haase og Andreas Pihl. Et udkast til holdningspapiret blev diskuteret ved DSAM's repræsentantskabsmøde i marts 2024.

Det endelige "Holdningspapir om kunstig intelligens i almen praksis" blev vedtaget af et samlet FYAM-udvalg den 3. maj 2024. Det tager udgangspunkt i 8 temaer:

1. Vi er positivt indstillet over for AI

AI kan have en positiv effekt for sundhedspersonale, læger og patienter. Det er afgørende, at implementering først og fremmest kommer patienterne til gode. En succesfuld integrering af AI i almen praksis kræver, at læger er inkluderet i beslutnings-, implementerings- og evalueringsprocesserne.

2. AI kan spare tid, forbedre økonomien og øge både personlige ressourcer og arbejdsglæde, hvis vi bevarer den relationelle kommunikation og det holistiske overblik

Anvendelse af AI i den kliniske hverdag vil give besparelser i tid, økonomi og personlige ressourcer for mange ansatte i sundhedsvæsenet, og det kan øge arbejdsglæden og måske endda forebygge udbændthed blandt læger og andre sundhedsfaglige. Frigivelse af behandlertid vil formentlig også bidrage til lægedækningen. Men vi skal bevare den relationelle kommunikation og det holistiske overblik, så korrekt visitation, vurdering, udredning og behandling sker hensigtsmæssigt og på lægens anmodning og ansvar.

3. Lægens kliniske blik og relation til patienten kan ikke erstattes, men AI kan understøtte beslutninger og lette overblikket over data

AI vil snart kunne rekvirere og analysere sig frem til diagnose og behandling, men det er lægens kliniske blik og forståelse for patienten, der afgør evt. diagnoser og behandlinger. FYAM-udvalget ønsker, at alle uddannelseslæger i almen medicin opnår kompetencer på mindst det aktuelle niveau for at sikre, at vi som speciallæger kan træffe egne velovervejede kliniske beslutninger. AI skal have fokus under uddannelsen, så kommende praktiserende læger kan anvende AI som beslutningsstøtteværktøj i den kliniske hverdag.

4. De almenmedicinske kerneværdier skal bevares: AI er kun "et ekstra lag"

Det grundlæggende er en god anamnese og en grundig objektiv undersøgelse. AI skal alene fungere som klinisk beslutningsstøtte, men kan ikke tage beslutninger for os. Det er lægefaglige vurderinger, der afgør, hvornår og hvordan patientens bekymrin-

ger skal undersøges, og hvornår de ikke skal udredes. Det er centralt for at mindske overdiagnostik og fastholde den personlige relation som en kerneværdi i almen medicin.

5. AI bruges først til administrative opgaver i almen praksis

AI skal i første omgang introduceres ved administrative opgaver i fremtidens almen praksis, bl.a. håndtering af korrespondancer, e-mailkonsultationer, udeblivelser og prøvesvar samt optimering af henvisningssystemet mellem sektorerne.

6. AI kan give overblik over patienten "på rette tid"

AI kan bidrage til at give et bedre overblik på "rette tid" over patientens diagnoser, medicin samt objektive og parakliniske fund. AI skal primært foreslå alternativer, hvis der skulle forekomme uoverensstemmelser i data i en aktuel behandling. Det kan sikre beslutningsstøtte, læring, forbedringer og øget patientsikkerhed ved eventuelle fejl. Et optimeret overblik over klinikens samlede klientel vil kunne bidrage til bedre opsporing af klinikens udsatte borgere og bedre kvalitetssikring i almen praksis.

7. Mere forskning skal bevare den faglige skepsis og undgå merarbejde

Flere AI-værktøjer kan give realistiske produkter, men nogle giver falske fortolkninger af data ("hallucinerer") og diskriminerer på baggrund af forkert og selekteret datafodring, særligt i forhold til race, køn og seksualitet. AI må aldrig anvendes til "rygdækning" i kliniske vurderinger, og som læge skal man udvise faglig skepsis og dømmekraft, når AI kommer med forslag. Vi skal undgå merarbejde for os selv, patienterne og vores samarbejdspartnere.

8. Vi ønsker en restriktiv lovgivning med fokus på etiske overvejelser, retningslinjer for brug og mulighed for at teste AI i en almen praksis-kontekst

Anvendelse af AI i almen praksis skal hvile på restriktiv lovgivning og etiske overvejelser, der værner om patientsikkerheden og beskytter lægens ansvar. Mange aktuelle AI-værktøjer bygger på open source, hvilket skaber risiko for fejl i både datafortolkning og produkt. Det giver også udfordringer ift. GDPR og deling af data. Alle AI-værktøjer skal være grundigt testet i en almen praksis-kontekst og have bevist deres værd inden indførelse i almen praksis. Der bør også være klare regler for, hvornår man ikke må bruge AI i almen praksis og mulighed for at kontakte eksterne samarbejdspartnere for sparring og juridisk bistand. Vi anbefaler en exitstrategi, hvis forskning viser, at integreret AI skaber forkerte data og/eller medfører merarbejde for den praktiserende læge.

Arbejdet stopper ikke her

FYAM's arbejde med AI stopper ikke med udarbejdelsen af holdningspapiret om kunstig intelligens. FYAM er inviteret med i DSAM's arbejdsgruppe om avanceret teknologi og dataetik i almen praksis, så vi bliver endnu klogere på brug af AI i almen praksis.

Og så glæder vi os til DSAM's årsmøde den 5. oktober 2024, hvor temaet er "Kunstig intelligens i almen praksis". Ses vi? //

LÆS MERE

FYAM har udarbejdet et holdningspapir om kunstig intelligens, som findes på dsam.dk/fyam





FYAM-KLUMMEN

Digital sundhed i primærsektoren: Fremtiden er her nu

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

Har du været nedfrosset det sidste årti? Eller skal du mindes om, hvad der (også) fungerer i sundhedsvæsenet? Så læs med her.

Teknologien har for længst indtaget en central rolle i det daglige arbejde i primærsektoren. Elektroniske patientjournaler, telemedicin og andre digitale værktøjer er blevet uundværlige redskaber, der hjælper os med at forbedre patientplejen og gøre arbejdet mere effektivt. Spørgsmålet er, hvordan vi bedst udnytter disse teknologier til at løfte vores praksis til nye højder.

EPJ: mere end bare papirløst arkiv

Den elektroniske patientjournal (EPJ) er blevet en integreret del af dagligdagen og tilbyder langt mere end digital

opbevaring af patientoplysninger. Den gør det lettere at koordinere pleje og træffe informerede beslutninger ved at indsamle data fra forskellige kilder og præsentere dem overskueligt. Den giver en samlet oversigt over patientens historik, aktuelle behandlingsplaner og medicinering. Den understøtter kommunikationen mellem forskellige sundhedsprofessionelle og sikrer, at alle relevante oplysninger er tilgængelige for dem, der har brug for dem. EPJ'en hjælper os med at give mere sammenhængende og effektiv behandling, som er skræddersyet til den enkelte patient.

Telemedicin: sundhedspleje uden grænser

Telemedicin har vist sig at være en gamechanger, især i lyset af de seneste års udfordringer. Det er en smuk tanke, at video- og telefonkonsultationer kan øge tilgængeligheden for



patienter, der har svært ved at møde op i klinikken. Det giver nye muligheder for kontinuerlig pleje og støtte, uanset hvor patienterne befinder sig.

Telemedicin er ikke kun en nødløsning; det er en værdifuld tilføjelse til vores værktøjskasse. Under pandemien blev det tydeligt, at vi hurtigt kunne omstille os og fortsat levere pleje, selv under strenge restriktioner. Patienter, der er immobile eller bor langt væk, kan nu lettere få regelmæssige tjek og rådgivning. Det kan også reducere antallet af udeblivelser og optimere tidsstyringen i klinikken. Derudover giver telemedicin mulighed for at inkludere pårørende i konsultationer, hvilket kan forbedre støtten og effektiviteten af behandlingen.

Det er ikke kun en midlertidig løsning, men en langsigtet strategi for at forbedre tilgængeligheden og fleksibiliteten i sundhedsplejen. Telemedicin er også en værdifuld ressource for os, uanset om vi skal vende en scanning med radiologen eller vurdere hududslæt med dermatologen. Vores samarbejde øges. Og det fører mig til vores næste nye fælles ven: AI.

Kunstig intelligens: vores nye værktøj

Artificial intelligence (AI), kunstig intelligens, er allerede en del af hverdagen, men måske ikke helt, som mange forestiller sig. Vi bruger ikke AI til at stille diagnoser, men til at håndtere store datamængder, hjælpe med administrative opgaver og forbedre effektiviteten i de daglige rutiner.

AI kan sortere og analysere data. Det frigør tid til det, vi er bedst til; at

tage os af vores patienter. AI kan identificere mønstre i patientdata, som kan indikere behov for tidlig intervention. Det betyder, at vi kan fokusere på forebyggende pleje snarere end reaktiv pleje, hvilket kan forbedre resultaterne for patienten. AI kan også optimere lagerstyring og forudsige behov for medicinske forsyninger. Det kan reducere spild og sikre, at de nødvendige ressourcer er til rådighed. AI-assisterede systemer kan effektivisere håndteringen af administrative opgaver, så vi kan få mere tid til patientpleje.

Udfordringer og muligheder

Men teknologiske fremskridt har også udfordringer. Teknologien skal være brugervenlig og tilgængelig for alle i vores praksis, og patienternes data skal beskyttes i en digital tidsalder. Det kræver, at vi kontinuerligt tilpasser os og lærer nye færdigheder. Implementering af nye systemer kræver træning og tilvænning, hvilket kan være en barriere for nogle. Ved at investere i oplæring og støtte kan vi sikre en glidende overgang og maksimere fordelene ved teknologien.

Datasikkerhed er en topprioritet

Vi skal have stærke sikkerhedsprotokoller for at beskytte følsomme oplysninger og bevare patienternes tilid. Det er vigtigt at huske, at teknologi skal være et værktøj, der understøtter vores arbejde, ikke en hindring. Vi skal værne om lige sundhed for alle og huske de patienter, som måske ikke selv har ressourcer til at bruge de mange sundhedstilbud. Vi skal bevare den menneskelige kontakt og empatien i patientplejen, da teknologi ikke kan erstatte den personlige relation.

Fremtiden er nu

Digitaliseringen af sundhedssektoren er ikke noget, vi ser frem til. Den er her allerede, og den udvikler sig konstant. De teknologiske muligheder kan forbedre vores praksis, så vi kan

Det er vigtigt at huske, at teknologi skal være et værktøj, der understøtter vores arbejde [...].

levere bedre patientpleje og skabe en mere effektiv og tilfredsstillende arbejdsgang. Det kræver, at vi er åbne for forandring og villige til at lære og tilpasse os.

Vi skal se fremad og være proaktive i vores tilgang til nye teknologier. De praksisser, der formår at integrere disse værktøjer bedst, vil stå stærkest i fremtiden. Vi skal også være åbne for feedback fra vores patienter og personale, så vi kan tilpasse vores brug af teknologi til deres behov og forventninger. Ved at integrere teknologi i vores daglige rutiner kan vi skabe en mere bæredygtig og effektiv sundhedssektor, hvor vi er bedre rustet til at møde fremtidens udfordringer.

På tærsklen til en ny æra

Digital sundhed i primærsektoren er en spændende udvikling, som allerede har løftet vores praksis. Ved at integrere teknologien i vores daglige arbejde kan vi forbedre patienternes oplevelse og øge egen arbejdsglæde.

Vi står på tærsklen til en ny æra, hvor teknologi og menneskelig omsorg sammen kan skabe en bedre sundhedssektor for alle. Det kræver, at vi alle er engagerede og villige til at lære, men belønningerne er enorme – for os som sundhedsprofessionelle og for vores patienter.

Teknologiens fremskridt giver os værktøjerne til at levere mere præcis, effektiv og personlig pleje. Hvis vi tør omfavne fremtidens muligheder, kan vi skabe en innovativ sundhedssektor med mennesket i centrum, så vi er godt rustet til at imødekomme de behov, vi står overfor i morgen. //

Telemedicin er ikke kun en nødløsning; det er en værdifuld tilføjelse til vores værktøjskasse.



Ryst posen!

En kommende læges refleksioner over Sundhedsstrukturkommissionens udspil

”Ryst posen”, sådan råbte jeg med min gamle mormor, da jeg som barn i ny og næ blev slæbt med til bingo, og tallene ikke passede med dem på bingopladen. I overført betydning er ”ryste posen” lige netop den opgave, som er blevet stillet Sundhedsstrukturkommissionen. For fremtiden byder på en eksplosiv stigning i antallet af patienter som min gamle mormor, og det er det nuværende sundhedsvæsen ikke gearret til.

Der går mange år endnu, før jeg (forhåbentligt) kan kalde mig alment praktiserende læge. Men det lægeliv,

der venter mig et sted derude i horisonten, vil i høj grad blive formet af Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger. Min overbevisning er, at dansk almen praksis er stærk og derfor bør være en del af løsningen. Det glædede mig derfor også at læse Sundhedsstrukturkommissionens anbefaling om, at en større del af sundhedsudgifterne skal gå til almen praksis. Men kapaciteten skal være til det, både hvad angår læger, klinikpersonale og honorering, for udbrændthed er desværre ikke et fremmed ord i almen praksis!

Som kommende læge bed jeg også

særligt mærke i, at en national sundhedsplan ”skal fordele læger geografisk, så flere kommer ud af sygehusene og af de store byer”, og at ”fordelingen af de praktiserende læger bør ske nationalt”. Det lyder jo meget godt, at lægen er, hvor patienterne er. Men bekymringen om tvangsfordeling lurar i baghovedet: Skal den fremtidige læge tvinges til at arbejde i et lægedækningstruet område? Jeg synes i forvejen, at togturen fra Aarhus Universitet til klinikophold på Regionshospitalet Gødstrup er ulidelig lang... Eller vil man lave konkurrencedygtige forhold i provinsen? Måske flytter vi os helt automatisk derhen, hvor ydernumrene er, hvis målet om de 5.000 praktiserende læger i år 2030 bliver en realitet?

Uanset hvad udfaldet af disse mange anbefalinger bliver, tillader jeg mig at drømme videre om et lægeliv med tid til både familieliv, fritid og faglig fordybelse. Med disse anbefalinger håber jeg ikke, at almen praksis bliver yderligere djøfiseret. Dokumentation har vi nok af. Lad ydernumrene bestå, så vi fortsat selv kan eje vores klinikker og ”ryste posen”, når familielivet, patientdemografien eller tidens behov er til det. Jeg vil gerne være praktiserende læge i mange år uden at brænde ud. //





TANKER FRA STOLEN:

Hverdag og strukturreform

Jeg skriver denne klumme på sommerferiens sidste dag. Det er et godt tidspunkt at gøre status. Længes jeg tilbage på job? Det er nok en overvejelse, der rammer os alle efter ferien – ja faktisk hver søndag aften – og for de fleste er situationen vel præget af en vis melankoli. Det er jo dejligt at have fri. Men jeg – og de fleste praktiserende læger – finder stor mening i at møde på job mandag morgen og igen tage mig af mine patienters smerter i krop og sjæl, spørgsmål og bekymringer. Patienterne har jo ikke kunnet holde fri fra deres helbred og har set frem til at drøfte deres forhold med den læge, der kender dem, og som de har tillid til.

Netop kendskab, kontinuitet og tillid er nok hovedårsagen til, at vi kan overkomme så meget som praktiserende læger. Vi passer hver især vores ca. 1600 personer +/-, og det giver mening: "forbundne, forpligtede på helbredsbevarelsen i hver vores lille del af kongeriget Danmark" – med en let omskrivning af kongeordet.

Men den danske praksismodel er under pres. Vi er for få, og der er ønske om at ændre på vores organisering, så vi bliver både lettere tilgængelige og spredt mere ud over landet. De problemer, der plager det danske sundhedsvæsen, handler om prioritering, strukturel forebyggelse, ledelseskultur og rekruttering. Men det, som landspolitikerne har lagt op til, er i stedet at omkalfatre administrationsstrukturen, med opgaveflytninger, sammenlægninger, opsplitninger og ændrede incitamentsstrukturer. Vi kan se frem til flere år med usikkerhed om rammerne for vores virksomhed.

Erfaringerne med strukturreformer i sundhedsvæsenet er generelt dårlige. Senest så vi det i Finland, hvorfra man indstændigt tilråder at fokusere på ledelse og kultur – og med tilstrækkelige ressourcer til implementering. Jeg kan frygte for, om man lytter på Slotsholmen. Og selv om det kan fremstå bagstræberisk, må jeg henlede opmærk-

somheden på citatet, der tilskrives kejser Neros statholder Gaius Petronius:

"Vi arbejdede hårdt. Men hver gang det begyndte at fungere, blev nye planer om omorganisering iværksat. Jeg lærte mig senere i livet, at vi er tilbøjelige til at møde hver ny situation med omorganisering. Og jeg lærte, hvilken vidunderlig metode dette er til at skabe illusion om fremgang, mens det i virkeligheden forårsager kaos, ineffektivitet og demoralisering."

Men det skal alligevel ikke ødelægge mine forventninger til en god arbejdsdag i morgen. Indflydelsen på egne arbejdsforhold og muligheden for hver dag at kunne gøre en positiv forskel, er fortsat en stor inspiration. God arbejdsdag til alle i praksis! //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk

NY SKRIBENT
FRA NÆSTE
NUMMER!



L ÆG E N S B O G S T A V E R

Er det normalt?

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.

Som praktiserende læge får jeg ofte spørgsmålet: "Er det normalt?" Eller det mere mistroiske: "Det kan da ikke være rigtigt?"

Sandt at sige så ved jeg ikke, hvad "normalt" betyder. Der kan f.eks. spørges om det at hoste, snutte og have feber i en uge er normalt. Det er det jo ikke, for de fleste dage har vi ikke en øvre luftvejsinfektion, men på den anden side er det vel normalt, at mennesker bliver syge en gang imellem. En umanerlig træt patient kan betyde, at det ikke er normalt! Jo, hvis trætheden skyldes smerter, dårligt arbejdsklima eller bekymringer, kan træthed være en normal reaktion på belastning – men kombineret med vægttab og nattesved er det en anden sag.

"Normalværdier" er et misvisende ord for referenceinterval. Når der tages en række blodprøver, og nogle af værdierne ligger uden for dette, er det normale svært at afgrænse, for der vil helt naturligt være en gruppe af raske med værdier uden for de 95 % i en normalfordeling. Desuden ligger bl.a. kolesterol referenceinterval så lavt i forhold til gennemsnittet i Danmark, at mange uden risikofaktorer oplever et rødt varsel, når de på sundhed.dk læser deres svar. (Det burde for øvrigt ikke være muligt at se sine prøver uden lægens støtte).

Men hvad med overvægt? Arbitrært har "man" besluttet, at normalvægtige har et BMI på under 25, selvom der ikke er nogen sammenhæng med sygdom for et BMI på op til 20-30 % højere...

Danskernes BMI-gennemsnit er steget støt og er over 25. Men gennemsnittet regnes åbenbart ikke for at være normalt! (I øvrigt er det bedre at benytte betegnelsen "tyk" fremfor "OVERvægt", når nu korrelationen til helbredet er dårlig).

At holde fokus og opmærksomhed kan være svært, især hvis der ikke sker noget interessant, og for mange er det svært at sidde stille. Det, har jeg erfaret i hele min skole-, studie- og voksentid, er normalt for mange. Men nu oplever jeg dagligt patienter, der fastslår: "Det er altså ikke normalt! Jeg må have ADHD!" (selvom de både har uddannelse og stiftet familie). Tja, det er i al fald blevet hyppigere at få mistanken og ønsket om at blive undersøgt.

Det er uundgåeligt, at vi i et liv oplever perioder med sorg, ensomhed, irritation, frustration såvel som smerter og fysisk ubehag. Det unormale er et liv med fravær af symptomer. En større undersøgelse af psykiske symptomer viste i 2017, at over 85 % af os i løbet af livet kvalificerer til en psykiatrisk diagnose. Det er altså også normalt at være psykisk syg.

Når patienterne bliver bekymrede over en smerte, de ikke har haft før, en knop eller lidt hoste, kan jeg godt forstå, de søger læge – det er helt normalt! Men hvis den samme patient kommer gentagne gange med bekymringer over helbredet i en grad, så det invaliderer dem, så må jeg mistænke en behandlingskrævende angstlidelse, for det er ikke normalt.

Som læge er det en af mine privilegerede opgaver at hjælpe patienter med at ac-



ceptere, at deres symptomer ikke nødvendigvis er tegn på sygdom, og at de kan være helt normale trods deres skavanker, skæve blodprøver og bekymringer. Det afstedkommer heldigvis ofte lettelse – og kun sjældent et mistroisk: “Det kan ikke være rigtigt!”

Alle disse “er det normalt”-kon-takter er for mig lige så meningsfulde som de sjældne alvorlige henvendelser og tilbagevendende årskontroller af kronisk sygdom.

Jeg håber, vi kan udvide det normale og rumme langt flere tykke, tyn-

de, generte, sprælske og skæve eksistenser.

Nu glæder jeg mig til at læse: “Saving normal” af Allen Frances, som jeg lige har bestilt. //

LÆGEDAGE

11. – 15. NOVEMBER

Du kan tilmelde dig Lægedage frem til og med tirsdag den 22. oktober.



Vi glæder os til at se dig!



2024

www.laegedage.dk

Practicus og to kliniske vejledninger udsendes sammen

Sammen med dette nummer af Practicus finder du DSAM's nyeste vejledninger om hhv. osteoporose hos kvinder efter overgangsalderen og hos mænd over 60 år samt akutte luftvejsinfektioner og rationel antibiotikabehandling.

Af hensyn til økonomi og bæredygtighed har vi valgt at samle forsendelsen, så mens nogle måske normalt kun modtager Practicus og andre kun vejledninger, modtager alle nu begge dele. Det er et forsøg, som vi evaluerer efterfølgende.

Vil du vide mere om DSAM

DSAM er dit videnskabelige selskab, som arbejder for høj faglighed inden for de almenmedicinske aspekter og i særdeleshed inden for vores kerneområder kvalitet, forskning, uddannelse og internationale relationer.

Scan QR-koden for at læse mere på vores hjemmeside.

