

Practicus

Dansk Selskab for Almen Medicin // DEBAT // UPPRÅG // KVALITETSUDVIKLING



Juni 2022
45. årgang // 260



FOKUS PÅ

- Ny vejledning om diabetes
- Ukrainske flygtninge
- Internationalt samarbejde
- Trivsel

DSAM's årsmøde og valg til repræsentantskabet, side 14-21

Repræsentantskabsmøde om Professionsetik, side 5-7

FYAM-kolumnen: Specialerangliste, side 44-45

INDHOLD

// s. 22



LEDER

- 3 Er der stadig håb for lægevagten?

DSAM

- 4 Folkemøde, formandskab og flygtninge
5 Professionsetik – hvad er det, og giver det mening at have en?
8 Paradigmeskifte i behandlingen af type 2-diabetes
10 Erfaringsudveksling og samarbejde styrker fælles linjer
12 Nordisk årsmøde i København
18 FAQ om valget
20 Som DSAM-repræsentant bidrager man til fællesskabet

ARTIKLER

- 22 Lægehjælp til ukrainske flygtninge var force majeure
24 Er det sikkert at seponere statinbehandling hos mine ældre patienter?
26 Kunsten at være syg alene
29 Øger AP-UKYL-ordning AP-lægers trivsel?
32 Hvad påvirker trivslen hos HU-læger i praksisdelen?
36 EURACT holdt fysisk møde igen...
38 Ny kandidatuddannelse i medicin på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg
41 Practicus møder Lise Dyhr

FYAM

- 44 FYAM-kolumnen: Specialerangliste
46 FYAM's nye SoMe-gruppe

SAMS

- 48 Skamfølelsen er elefanten i konsultationsrummet

DEBAT

- 49 Code henvisninger kræver robusthed
50 Når sundhedsskoen ikke passer

OPSLAG

- 11 Lægedage 2022
13 Skarpe debattører fra DSAM på Folkemødet
14 DSAM's årsmøde 30. september 2022, program m.v.
18 Indkaldelse til repræsentantskabsmøde
40 PLU-fonden, ansøgningsfrist
47 Lægetalent søges
52 Interview med Bolette Friderichsen



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

ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR
Ellen Louise Kristensen
redaktoer@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR
Jonas Fynboe Ebert
jonasebert@dsam.dk

REDAKTIONSSEKRETÆR
Annette Scharff Gehrs
asg@dsam.dk

NÆSTE NUMMER
Nr. 261
Frist for artikler: 1. juli 2022
Udgivelsesuge: 36/37

Nr. 262
Frist for artikler: 19. september 2022
Udgivelsesuge: 45/46

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

LAYOUT/TRYK
Jørn Thomsen Elbo A/S
Essen 22, 6000 Kolding
www.jto.dk

FORSIDEFOTO
Niels Poulsen

OPLAG
4.900

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

Er der stadig håb for lægevagten?

I løbet af det seneste årti har fremtiden for lægevagten i Danmark set tiltagende dystre ud – i det mindste lægevagten, som vi kender den. Mangel på arbejdskraft, forhandlinger i hårknuder og et væld af hetz-lignende sager mod vagtlæger har bevirket, at Region Sjælland er på vej med deres egen version af hovedstadens 1813, og at PLO har opsagt samarbejdsaftalen med Region Syddanmark.

Men nu er der måske en snert af lys i horisonten. I Region Hovedstaden har man forhandlet en ”projektaftale” på vegne af de praktiserende læger for resten af 2022. Den giver PLO-læger mulighed for frivilligt at hjælpe med visitationen af patienter i 1813 mellem klokken 16 og 18 (hvor der er længst ventetid). I modsætning til andre steder i landet kan de gøre dette fra deres eget hjem eller egen lægepraksis.

I bedste fald melder mange nyuddannede og mange erfarne praktiserende læger sig, så de – gennem deres gode, effektive og sikre visitation – kan videreføre den almenmedicinske faglighed til patienterne uden for egen læges åbningstid.

I værste fald melder ingen sig, eller de få, der gør, lever ikke op til regionens forventninger og bekræfter dermed, at opgaven kan klares bedre på anden vis.

Blandt de nyuddannede og kommende praktiserende læger er der en klar trend mod prioritering af en god balance mellem arbejde og familie, og i den forbindelse står

en vagtfri tilværelse højt på ønskelisten. Hvad skal der til for at få flere til at arbejde uden for den normale åbningstid?

Det er af afgørende vigtighed for projektforslagets succes, at det er frivilligt, at det er tidsbegrænset (kl. 16-18), og at arbejdet kan udføres ”hjemmefra”. Sidstnævnte tiltag kunne man med fordel forsøge at indføre i resten af landets lægevagter.

Den praktiserende læges rolle i lægevagten og 1813 bør bevares, selvom de fleste har rigeligt at se til i dagtimerne. Hvis lyset i horisonten også kunne bringe flere specialuddannede sygeplejersker til foretagendet, sikkerhed for honorering i nattetimerne og på kørevagter samt muligheden for at besvare opkald fra egen klinik, f.eks. i tidsrummet 16-18, ville flere måske kunne give en hjælpende hånd i de mest belastede timer. Og så ville fremtiden måske se knap så dystre ud. //



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:

Folkemøde,
formandskab og flygtninge

Foråret er på vej, og den danske grønne flora spirer og pibler frem alle vegne. I DSAM spirer det også med forberedelserne til bl.a. Folkemødet på Bornholm, DSAM's regionale valgmoder og årsmødet i efteråret.

DSAM deltager på Folkemødet med en delegation bestående af formanden og to bestyrelsesmedlemmer samt undertegnede. I skrivende stund tikker invitationerne ind til forskellige debatter, og jeg glæder mig til at høre, hvordan de kommer til at spille sig ud – og ikke mindst til at møde kolleger fra pressen og smage de kolde øl, som kan nydes på pladsen.

Pressen udkommer 24 timer i døgnet, og således er der ofte efterspørgsel på DSAM's talspersoner. Derfor er det også en fornøjelse, at formandskabet er forøget med en næstformand, som nu tæller Niels Saxtrup – der bl.a. tidligere har været ansat i DSAM som lægefaglig konsulent. Dagens Medicin skriver i et portræt af ham, at "hertesagen er professionsetikken, det meningsfulde lægearbejde, og hvad rollen som praktiserende læger indebærer."

Krigen i Ukraine har også fyldt avispalterne. Set fra DSAM's vinkel involverer det almen praksis, da et stort antal flygtninge er kommet hertil. Nogle er indkvarteret på hoteller – især kvinder og børn – da mændene er blevet tilbage for at kæmpe.

Jyllands-Posten havde bl.a. opsnappet en historie om, at tusindvis af ukrainske flygtninge bliver ladet i stikken, hvis de bliver syge og dårlige, mens de venter på at komme igennem systemet og blive registreret, så de kan søge opholdstilladelse i Danmark og modtage gratis lægehjælp. Uden en opholdstilladelse har de kun ret til akut lægehjælp qua lægeløftet, og dårligdommene kan være mange.

I DSAM fandt vi ud af, at historien var i gang, og vi fik taletid efter et hurtig

opkald til journalisten. Her fik formand Bolette Friderichsen sagt det væsentlige; at flygtninge ikke kommer med den samme sundhedstilstand, som danskerne har.

"Og de er ikke i samme grad vaccinerede, så der er behov for, at de kan få lægehjælp – også selv om de ikke er i akut nød," siger hun og roser de praktiserende læger, der hidtil har taget opgaven på sig. "Men der er behov for mere ordnede forhold, og der er det ikke rimeligt at basere flygtningenes sundhed på godhjertede læger, selv om de har vist sig at være mange," siger hun til Jyllands-Posten. Ritzau tog historien op, og den spredte sig hurtigt til andre medier.

Der har også været andre pressehistorier, som DSAM har udtalt sig i. Dem kan du læse om i "DSAM i pressen" på dsam.dk.

I skrivende stund har DSAM og FOA netop afleveret et fælles debatindlæg til Altinget med arbejdstitlen: "Personkendskab giver bedre kvalitet i plejen". Budskabet er, at relationerne mellem sundhedspersoner og kontinuitet for patienten er afgørende for at sikre kvaliteten i det nære sundhedsvæsen. Måske har Altinget udgivet indlægget, når denne klumme udkommer.

Vi ses i næste Practicus. //





Professionsetik

– hvad er det, og giver det mening at have en?

Det var temaet på DSAM's repræsentantskabsmøde i marts 2022. En fælles professionsetik kan definere et ståsted, som vi altid kan vende tilbage til, hvis vi mister fodfæstet i det faglige liv, men professionsetikken kan også understrege vores bidrag til samfundet. Det var et af budskaberne på repræsentantskabsmødet i DSAM, hvor årets tema var 'professionsetik'.

Det er vedtægtsbestemt, at vi har repræsentantskabsmøde hvert efterår. Og det er en tradition, at vi i foråret har et temabaseret repræsentantskabsmøde i DSAM. Det er altid en lørdag, og i år dannede Middelfart rammen, og en masse diskussionslystne almenmedicinere fra regionsbestyrelserne i hele landet var mødt op. I år var vi særligt glade for at have et fysisk møde uden tunge coronaskygger, der sidste år fordrev os til Zoom-møde og året før blev til en aflysning. I alt 37 var vi samlet: repræsentantskabet, sekretariatet, PLO's formand og næstformand. Vi var samlet for at tale om professionsetik.

Lidt om mit ståsted

Jeg er fase 3-læge. Jeg er på mit fjerde år som FYAM-medlem i regionsbestyrelsen for Region Sjælland, og jeg har

været heldig at få plads i hovedbestyrelsen i samme tidsrum. Det har givet et kæmpe indblik i DSAM og det enorme arbejde, som de frivilligt udpegede, sekretariatet og formandskabet gør for vores faglighed og udvikling af samme.

Jeg kan ikke påstå, at jeg har skænket dette års hovedtema, professionsetik, mange tanker, og jeg satte endda lidt spørgsmålstejn ved, om vi havde brug for en sådan. Vi bliver jo almenmedicinere og som oftest praktiserende læger, og vi har et synligt fælles-



Mireille Lacroix, næstformand i PLO, og Benny Ehrenreich, mangeårigt medlem af DSAM's repræsentantskab for Hovedstaden og medforfatter til oplægget om professionsetik, var blandt deltagerne på DSAM's repræsentantskabsmøde. Foto: Ellen Louise Kristensen.



Der var god energi og masser af netværk på DSAM's repræsentantskabsmøde. Foto: Ellen Louise Kristensen.

Vi må konstant
huske på, at vi under
ansvar repræsenterer
én lægestand.

skab i vores virke. Burde det være nødvendigt sammen at formulere en professionsetik?

Som læger og almenmedicinere bliver vi formet af vores omverden, og med os har vi allerede vores personlige værdier. Vi lærer som nye læger at navigere i det at være læge, og kollegerne har stor indflydelse på vores udvikling i faget. Det gør også, at vi alle er forskellige. Visse øjeblikke står altid stærkere end andre, og jeg husker et stærkt øjeblik fra min KBU i en praksis i det vestsjællandske, hvor jeg af min tutorlæge, Helle Iversen, blev gjort opmærksom på, at jeg jo tilhørte en stand nu. Jeg husker det klart, fordi det var ord, der gjorde mig opmærksom på, at jeg som del af et fællesskab også var ansvarlig for at repræsentere dette fællesskab. Vi er et fagligt fællesskab som qua uddannelse og virke har fået en særstatus i samfundet, og vi er udsat for en konstant eksponering, hvor patienterne/befolkningen betragter os som én stand. Når vi som læger udøver vores profession, har vi ganske vist autonomi, men vi må konstant huske på, at vi under ansvar repræsenterer én lægestand.

På repræsentantskabsmødet

Alle medlemmer har med Practicus i marts fået tilsendt "Oplæg til en professionsetik" af Niels Saxtrup, Marianne Dam Lentz og Benny Ehrenreich, og det var samtidig overskriften for repræsentantskabsmødet. Oplægget blev født i kølvandet af konflikten i 2013, der var præget af store frustrationer blandt praktiserende læger. Der var manglende kongruens mellem de praktiserende læger og resten af samfundet. Hvad var det, vi var i stand til, som samfundet ikke forstod vi kunne? Det var før min tid i praksis, men jeg husker tydeligt konflikten og den vrede og frustration, der gennemsyrede almen praksis.

"Præstøgruppen" udsprang af denne konflikt. Præstøgruppen består af 16 praktiserende læger, der siden har arbejdet med professionsetikken som en ny motivation og måde til at finde fælles ståsted og retning for vores fag. Det dokument, som er sendt rundt til medlemmerne, har været drøftet i bestyrelsen og danner nu grundlag for DSAM's videre arbejde hen imod at få en formuleret professionsetik.

Marianne og Niels holdt oplæg herom, og Christina Kjerulff, medlem af DSAM's bestyrelse, som også var med

i planlægningsgruppen, motiverede, hvorfor det er vigtigt at beskæftige sig med professionsetikken. Det er placeringen af os som praktiserende læger ift. samfundet, patienten og kollegerne, som er en del af meningen med dette oplæg. Vi kan miste fodfæstet i det faglige liv, men hvordan definerer vi et ståsted, som vi kan vende tilbage til. Hvor og hvordan placerer vi os?

Oplæg fra en filosof fra CBS

Der var herefter oplæg fra Morten S. Thaning, der er filosof og underviser på Copenhagen Business School (CBS) samt forsker i bl.a. etik. Han understregede vigtigheden af, at vi som fag med monopol definerer os selv med en professionsetik. Det er en måde at navigere i den stigende politiske kompleksitet, man som fag skal forholde sig til. Der er stigende administrative og politiske krav om kvantificering gennem målbare indikatorer, der deles op i flere og flere små delmål, der betegnes Key Performance Indicators. Når man fragmenterer faget på denne måde, fjerner man fokus fra helheden og det overordnede mål. Han mener, at professionsetikken med fordel kan være den skarpe kontrast og modvægten til denne tendens. Den kan samtidig være med til at understrege vores bidrag til samfundet, hvilket er vigtigt ift. vores faglighed, samarbejdet med sundhedsvæsenet og anerkendelsen fra samfundet side. Er der implicit viden, som guider os i arbejdet, og som endnu ikke er fuldt ud beskrevet? Vi skal kunne stå inde for vores faglighed og kunne forsvare vores faglig-

hed over for os selv. Så er den også nemmere at forklare for andre.

Samfund, patient, profession

I løbet af dagen blev vi inddelt i mindre grupper, hvor vi diskuterede udfordringerne for os som praktiserende læger ift. samfundet, patienten og professionen. Det blev bl.a. fremhævet, at vi skal være i dialog med samfundet om de ikke-målbare elementer – de ikke umiddelbart kvantificerbare elementer – det, som vi ved noget om, og som er med til at give mere sundhed, men ikke nødvendigvis er målbart. Det vigtige er her, at vi i stedet for surrogatmarkører giver cases, der beskriver problemstillingerne og tydeliggør disse over for samfundet og politikerne. Giver vi nogle tal (surrogatmarkører), der måske indikerer noget, bliver vi pludseligt målt på dette. Det kan godt være rigtigt, men det er vigtigt at insistere på, at alt ikke kan måles, og at vi qua vores faglighed ved noget og handler på det til fordel for vores patienter og i samfundets interesse.

Vi skal forholde os til faldgruberne

Laver vi de rigtige ting? Der er stor forskel på at være praktiserende læge i indre København og i Region Sjælland, hvor jeg selv er. Man har måske andre tilbud til undersøgelser og muligheder for henvisninger qua beliggenhed. En har ikke LFU-apparat, hvilket for en anden ville være utænkeligt. En har ikke EKG-apparat, hvilket for en anden ville være utænkeligt. Styrken i praksis er dog, at individualiteten som praktiserende læge er meget lidt begrænset. Vi arbejder med at stille diagnoser og behandle på samme tid, og vi gør det forsvarligt med vores faglighed.

Morten Thaning opsummerede, at vi skulle være opmærksomme på de faldgruber, som vores forskellighed og patienternes forskellighed medfører i det arbejde, som vi udfører, men

Vi skal kunne stå inde for vores faglighed

og kunne forsvare vores faglighed over for os selv.

Så er den også nemmere at forklare for andre.

også i måden, som vi gør det på – og vi skal diskutere disse internt. Vi skal over for administratorene på den anden side af bordet åbent kommunikere, at vi er opmærksomme på faldgruberne, og vi skal forholde os åbent til dem.

Som også nævnt på dagen arbejder vi med relationsdannelse som et redskab i vores fag. Forskning viser, at relationen er vigtig, bl.a. for patienternes overlevelse. Et af de store spørgsmål er derfor: Kan vi opretholde relationen, hvis vi uddelegerer? Hvor meget kan der uddelegeres, uden at det udvander relationen mellem lægen og patienten, og vi dermed mister kontinuiteten? Har vi ikke pligt til at stille os selv disse spørgsmål og diskutere relationens betydning og kommunikere relationens betydning til samfundet?

Afsluttende tanker

Det var emner, som alle havde meninger om, og dagen var nok nærmest for

kort til at diskutere professionsetik og oplæggene. Det er forståeligt, at Præstøgruppen har brugt siden 2013 på at diskutere professionsetik og endnu ikke er færdige. Men færdige bliver vi aldrig. Det er en proces, der er startet. Den kræver, at vi diskuterer vores fag løbende.

Professionsetikkens grænser flytter sig, da vi hele tiden skal se den kontekstuel ift. samfundet, der konstant ændrer sig – både ift. hvad vi kan tilbyde, og hvad vores patienter og samfundet forventer af os mht. behandling og tilgængelighed. Professionsetikken er dog en god måde at definere os i samfundet og som profession, så vores profession får nogle overordnede formulerede mål, som vi kan finde fodfæste i, og som samfundet kan se og forstå os ud fra.

Jeg er faktisk ret stolt over, at det er praktiserende læger, der har tænkt disse tanker og har taget teten med at formulere en professionsetik. Det er der brug for. //



Tove Kristjansen, DSAM Syddanmark, og Janni Kristensen, DSAM Nordjylland. Foto: Ellen Louise Kristensen.



Paradigmeskifte i behandlingen af type 2-diabetes

En ny behandlingsstrategi for diabetes bryder med mange års tilgang. I dag anbefales SGLT-2-hæmmere eller GLP-1 RA uanset HbA1c-niveau ved iskæmisk hjerte-kar-sygdom eller kronisk nyresygdom, mens SGLT-2-hæmmere anbefales ved hjerteinsufficiens. Det er således ikke blodsukkerniveauet, der er indikationen for behandlingen, men den organbeskyttende effekt.

DSAM har en efterhånden lang tradition for – sammen med Dansk Endokrinologisk Selskab (DES) – at udarbejde en fælles vejledning for den farmakologiske behandling af type 2-diabetes. Den tredje revision er netop blevet publiceret og kan findes på DSAM's hjemmeside. Den første fælles vejledning kom i 2011, og anbefalinger fra den fælles vejledning indgår som en naturlig delmængde af de respektive selskabers behandlingsvejledninger.

Fokus på følgesygdomme

Behandling af type 2-diabetes er et område i rivende udvikling. Siden den seneste revision er der tilkommet væsentlig evidens fra randomiserede undersøgelser. Den nye viden har på centrale punkter ændret algoritmen for den farmakologiske behandling af en lang række patienter med type 2-diabetes.

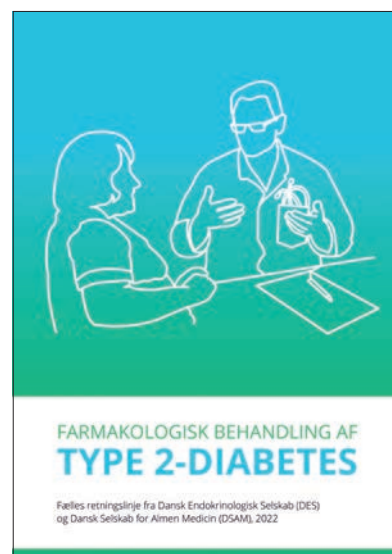
Behandlingen af type 2-diabetes handler i høj grad om at forebygge følgesygdomme. Særligt i forhold til forebyggelse af hjerte-kar-sygdom (dvs. iskæmisk hjertesygdom, cerebral iskæmi, perifer arteriel insufficiens og hjertesvigt) har der i mange år været fokus på rygestop og behandling af dyslipidæmi og hypertension, mens reguleringen af HbA1c-niveauet i forhold til udviklingen og progressionen af hjerte-kar-sygdom har været mere uklar. God blodsukkerkontrol, som er opnået hurtigt efter sygdomsdebut, er dog associeret med en lavere kardiovaskulær risiko på langt sigt.

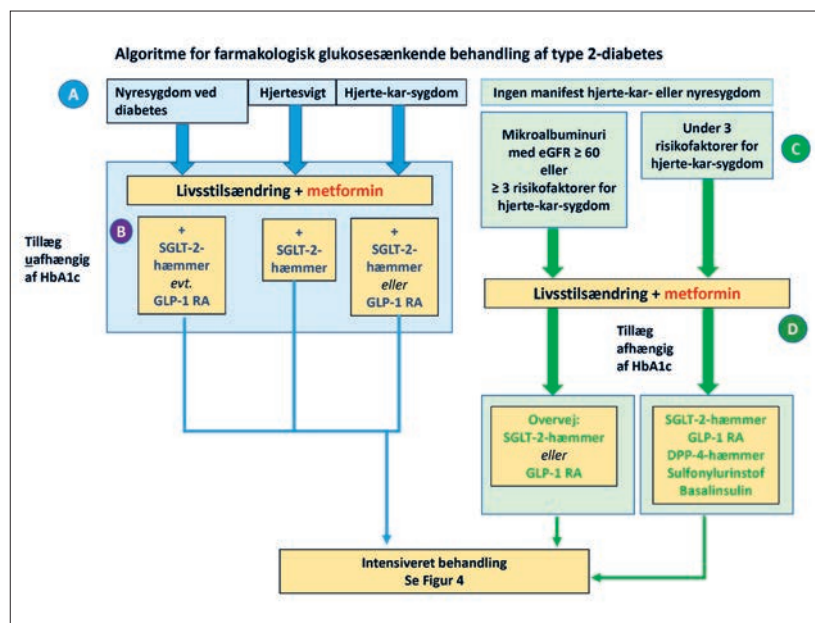
Anderledes er HbA1c-niveauet den vigtigste faktor i forhold til udvikling og progression af mikrovaskulære komplikationer (dvs. øjen-, nyre- og nervekomplikationer). Risikoen stiger eksponentielt med stigende HbA1c over tid. Sammenlignet med HbA1c på 48-58 mmol/mol er risikoen for

komplikationer øget ca. tre gange ved HbA1c på 70-80 mmol/mol og ca. seks gange ved HbA1c på 90-100 mmol/mol.

Blodsukkerniveau er ikke indikationen for behandling

De senere års forskning har vist, at behandling med sodium glucose co-transporter (SGLT-2-hæmmere) og glucagon-like peptide-1 receptor-agonister (GLP-1 RA) har en organbeskyttende effekt i forhold til både nyre- og hjerte-kar-sygdom, som rækker ud over de glykæmiske effekter.





Figur 1: Algoritme for farmakologisk glukosesænkende behandling af type 2-diabetes.

Det betyder, at man i dag anbefaler opstart med SGLT-2-hæmmere eller GLP-1 RA uanset HbA1c-niveau ved tilstedeværelse af iskæmisk hjerter-kar-sygdom eller kronisk nyresygdom. Ved hjerterinsufficiens anbefales opstart med SGLT-2-hæmmere, ligeledes uanset HbA1c-niveau. Det er således ikke blodsukkerniveauet, der er indikationen for behandlingen, men den organbeskyttende effekt.

Ud over at opstarte behandling i de tilfælde, hvor der allerede er opstået senkomplikationer, anbefales også at opstarte behandling med SGLT-2-hæmmere eller GLP-1 RA ved behov for at optimere HbA1c-niveau hos patienter, der har meget høj risiko for at udvikle hjerter-kar-sygdom.

Risikostratificering guider valg af behandling

Vi skal således foretage en risikostratificering som grundlag for valg af behandling og behandlingsmål, og det skal vi allerede fra diagnosetidspunktet. Ved de årlige statusundersøgelser revurderes risikostratificeringen.

For den – heldigvis store – gruppe af patienter, som ikke har hjerter-kar-

sygdom eller nyresygdom, og som heller ikke er i høj risiko for at udvikle hjerter-kar-sygdom, skal vi som tidligere vurdere patientens præferencer, motivation, psykosociale forhold m.m. ved planlægning af behandlingen. Behandlingsmålet for type 2-diabetes individualiseres, og der tilstræbes lavest mulig HbA1c uden hypoglykæmi og uhensigtsmæssig polyfarmaci.

Ud over dette meget markante skift i vores behandlingsalgoritme indeholder vejledningen også opdaterede anbefalinger i forhold til behandlingen af dyslipidæmi, hypertension og mikroalbuminuri.

Derudover er der et appendix, der sætter fokus på den farmakologiske behandling af specielle grupper, herunder patienten med fremskreden alder og patienten med psykisk sygdom.

Du finder vejledningen og en pixi-udgave af den på <https://vejledninger.dsam.dk/fbv-t2dm/>

Vi håber, at vejledningen er en hjælp i den kliniske dagligdag. //

MEGET HØJ RISIKO FOR UDVIKLING AF HJERTE-KAR-SYGDOM:

Mikroalbuminuri med eGFR ≥ 60 eller ≥ 3 af følgende faktorer:

- Alder > 60 år
- Mandligt køn
- Familær disposition til tidlig debut af kardiovaskulær sygdom: mænd < 55 år, kvinder < 65 år
- Dysreguleret hypertension $\rightarrow$ 130/80 mmHg trods behandling
- Dyslipidæmi LDL $> 1,8$ mmol/l trods behandling
- Rygning > 10 pakkeår.

Behandlingsmål for HbA1c

HbA1c ≤ 48 mmol/mol

Bør tilstræbes, hvor det er gennemførligt uden større risiko for hypoglykæmi. Dette anses for at være vigtigt for forebyggelsen af komplikationer på langt sigt.

HbA1c ≤ 53 mmol/mol

Hvis en stram kontrol bliver tiltagende vanskelig, må der sættes individuelle mål for behandlingen, hvor risikoen for hypoglykæmi og det realistisk opnåelige opvejes over for risikoen for diabetiske komplikationer.

HbA1c ≤ 58 mmol/mol

Hos skrøbelige patienter (lang diabetesvarighed, fremskreden alder, megen komorbiditet) og ved svingende blodglukose, hvor polyfarmaci inkluderer lægemidler med risiko for hypoglykæmi.

HbA1c 58-70 mmol/mol

Hos patienter, hvor det primære behandlingsmål er symptomfrihed, kan et HbA1c på 58-70 mmol/mol være acceptabelt.



Erfaringsudveksling og samarbejde styrker fælles linjer

SAMS og DSAM har igen holdt fælles møde med plads til gensidig inspiration og netværksdannelse.

Der kan vist kun være bred enighed om, at der er al mulig grund til at gentage et godt arrangement. Og netop derfor var der taget initiativ til endnu et møde mellem de fire SAMS-formænd, DSAM's formand og DSAM's sekretariat. Første gang, vi holdt fælles formands- og sekre-

tariatsmøde, var i foråret 2021, og her et år senere var det så tid til at ses igen. Denne gang med et par nye formænd ombord. Emma Magnussen deltog fra Aalborg, Merete Pedersen fra Aarhus, Mathilde Keller Lausten fra Odense og Mathilde Tuborg Andersen fra København.

Formålet med at mødes var – foruden at lære hinanden bedre at kende – at diskutere fremtidige samarbejdsmuligheder – både mellem sekretariatet, DSAM's formand og SAMS og så de fire SAMS-afdelinger imellem. Og det blev et inspirerende møde, der var fyldt med gode, store tanker og konkrete ideer, hvoraf

HVAD ER SAMS?

Studerendes Almen Medicinske Selskab (SAMS) er en interessegruppe under Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) for medicinstuderende med interesse for almen medicin. SAMS' primære formål er at fremme interessen hos de medicinstuderende for det bedste speciale, der findes: almen medicin.



De fire SAMS-formænd flankeret af de fleste medarbejdere fra DSAM's sekretariat. Foto: Sekretariatet.

nogle let kan omsættes til praksis, og andre har en lidt længere tidshorisont.

På dagen mødte de fire SAMS-formænd først DSAM's formand, Bolette Friderichsen, der var interesseret i at høre, hvad de studerende synes, der skal til, for at et klinikophold i almen praksis bliver vellykket. Alle var enige om, at noget af det vigtigste er, at der på første dag i praksis bliver afstemt forventninger for opholdet: at der bliver talt om læringsmål, og hvordan de kan udledes i den konkrete praksis.

HVAD SAMARBEJDER SEKRETARIATET OG SAMS AKTUELT OM?

DSAM's bestyrelse har besluttet at nedsætte kontingentet for SAMS-medlemmer for at gøre det endnu mere attraktivt at blive medlem. En sådan beslutning kræver handling. I den forbindelse har der været et samarbejde mellem sekretariatet og SAMS-afdelingerne, for at sikre at den viden kommer ud til de medicinstuderende. Ikke overraskende er de sociale medier på de enkelte universiteter en vigtig kanal til dette!

De øvrige af sekretariatets medarbejdere var på skift til stede på mødet for at fortælle om og høre om, hvordan vi bedst kan hjælpe SAMS-afdelingerne. //

HVAD FIK DE FIRE SAMS-FORMÆND UD AF DAGEN?

- **Mathilde, Odense:** Det var rart at få ansigt på, hvem man skriver med i sekretariatet. Jeg synes, vi har fået strømlinet nogle ting og også fået videndelt en masse SAMS-afdelingerne imellem.
- **Merete, Aarhus:** Det var godt at blive klogere på, hvordan SAMS er en del af DSAM, og hvad vores rolle er.
- **Emma, Aalborg:** Jeg synes, det var godt at blive lyttet til af DSAM's formand, der var interesseret i at høre om vores tanker om uddannelsen – og endda vil bringe dem videre til bestyrelsen.
- **Mathilde, København:** Det var rigtig godt at møde hinanden i virkeligheden og få sat ord på en fælles vision for SAMS.

14.–18. NOVEMBER 2022

LÆGEDAGE

Årets tema er: Værdier i almen praksis – værdien af almen praksis

På PLO og DSAMs fælles efteruddannelseskongference udbyder vi 129 forskellige kurser for praktiserende læger og deres personale. Kursuskataloget sendes ud ultimo juli og tilmeldingen åbner den 19. august kl. 10.

Som noget nyt på Lægedage i år, vil der hver dag efter kurserne være netværksbar. Husk at tilmelde dig!

Tilmeldingsfristen til Lægedage er den 1. november 2022.



PRAKTISERENDE
LÆGERS
ORGANISATION
EFTERUDDANNELSE

Læs mere på www.PLO-E.dk



Nordisk årsmøde i København

Nordic Federation of General Practice afholdt årsmøde i København i begyndelsen af april. I år deltog også de yngre læger, Nordic Young General Practitioners, for første gang.

En af DSAM's kerneopgaver er at etablere og udbygge internationale kontakter med henblik på at sikre fagets udvikling både nationalt og internationalt. Situationen med coronavirus har i de seneste par år gjort det vanskeligt at mødes på tværs af

landegrænser. Derfor var det med stor glæde, at vi – for første gang siden 2019 – kunne samles til årsmøde i København den 7.-8. april 2022 i regi af Nordic Federation of General Practice (NFGP).

INFGP foregår mange vigtige ting: planlægning af vores nordiske kongresser, udgivelse af det videnskabelige tidsskrift *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, udvikling af samarbejdsrelationer på tværs af grænser mellem yngre og ældre almenmedicinere og også en række øvrige udviklingstiltag. Aktuelt er der arbejdsgrupper i gang om specialeuddannelsen i almen medicin og vores nordiske pejlemærker (Core Values).

Det var første gang, at den yngre "afdeling", Nordic Young General Practitioners (NYGP), deltog, og det var inspirerende at mærke den energi, de yngre læger lægger for dagen. De er p.t. i gang med at planlægge en prækongres, som afholdes før "Nordisk kongres i almen medicin" i Stavanger i juni 2022, for netop yngre læger.

Til mødet fik vi en opdatering på deltagerantal til kongressen. I skrivende stund er der tilmeldt ca. 800

deltagere, hvoraf knap halvdelen af deltagerne er fra Danmark. I 2024 foregår kongressen i Finland, og planlægningen af denne kongres er allerede i gang. (Danmark har værtstjansen igen i 2030).

I mødet deltog også Anna Stavdal, der er præsident for WONCA World, og som også for år tilbage var den første formand for NFGP. Anna er de nordiske landes "bro til verden", og hun delte værdifulde perspektiver på, hvad der sker på den internationale scene, og hun fik input med retur, som hun bringer med videre ud i verden. Et vigtigt input var, at alle nordiske lande arbejder for at bevare kontinuiteten hos egen læge og ikke mindst, hvilken betydning det har. Vi ved, at kontinuitet i almen praksis er forbundet med større patienttilfredshed, bedre sundhedsfremme, bedre medicin-compliance og færre hospitalsindlæggelser.

Netop fagets kerneværdier har NFGP haft stort fokus på i de forgangne år. Det har bl.a. udmøntet sig i lille filmproduktion i 2021 om vores fælles nordiske "Core Values". (Filmen kan ses på www.nfgp.org). Vores nordiske samarbejde om Core Values har inspireret både WONCA Europe og WONCA World til også at arbejde på at forankre fagets værdier videre ud i verden. Og det er jo i bund og grund,



Anna Stavdal, præsident for WONCA World, og Johann Sigurdsson, formand for NFGP.
Foto: DSAM's sekretariat.



hvad vores internationale engagement drejer sig om: Lad os inspirere hinanden og lære af hinanden!

Fra Danmark deltog:

- Bolette Friderichsen, formand for DSAM, medlem af Executive Board i NFGP
- Jette Kolding Kristensen, medlem af Congress Committee i NFGP
- Jørgen Nexøe, medlem af Editorial Board for Scandinavian Journal of Primary Health Care
- Roar Maagaard, formand for arbejdsgruppen "specialist training" i NFGP
- Anne-Mette Torp, NYGP-repræsentant i NFGP
- Sanne Bernard, sekretær i DSAM og NFGP
- Louise Hørslev, sekretariatschef i DSAM og direktør for NFGP //



Bolette Friderichsen



Marianne Dam Lentz



Søren Due Andersen

Skarpe debattører fra DSAM på Folkemødet 2022

I år deltager en DSAM-delegation på Folkemødet, som løber af stablen fra den 16. juni til den 19. juni. Her vil de deltage i forskellige sundhedsfaglige debatter og give almenmedicinsk input til de udfordringer sundhedsvæsenet står overfor.

Vi glæder os meget til Folkemødet og til at fortælle jer om vores oplevelser i et af de kommende numre af Practicus. //

I delegationen deltager:

- Bolette Friderichsen, praktiserende læge, formand for selskabet
- Marianne Dam Lentz, praktiserende læge, bestyrelsesmedlem med ordførerskab uddannelse
- Søren Due Andersen, praktiserende læge, bestyrelsesmedlem med ordførerskab ulighed i sundhed.

DSAM's ÅRSMØDE

30. september 2022 på Comwell Kolding

Praktiserende læge i Danmark – status og drømme

Vi har en af verdens bedst fungerende almen praksis, men vi kan stadig gøre det bedre. Myndighederne stiller krav, og samfundet udfordrer os. Hvilke knapper kan vi selv dreje på for at bevare vores etiske ståsted og fastholde arbejdsglæden? Det skal vi debattere på DSAM's årsmøde.

Den enkelte praktiserende læge i Danmark er en af flere tusinde. Men hver lille klinik er en del af et samlet og forbundet netværk, der når ud til landets grænser. Vi er forskellige, og alligevel er vi meget ens. Vi er hver for sig og alligevel sammen. Glæden ved det daglige kliniske arbejde og mødet med det enkelte menneske er stor. Men udfordringerne står også i kø. Ofte føler vi os som gruppe ikke tilstrækkeligt forstået. Krav fra myndigheder og samfundet kan føles som en belastning og i værste fald være svære at opfylde. Det kan få os til at

føle os overbelastede, og det kan få os til at miste glæden og gøre det svært at se meningen med arbejdet.

På DSAM's årsmøde vil vi stille en række spørgsmål til samfundet, myndighederne og hinanden om vores virke: Hvilken retning skal vi tage? Og på hvilken måde? Hvordan skal fremtidens praktiserende læge se ud – set i lyset af omverdenens og egne forventninger? Det er vigtigt, at vi ikke uddelegerer blindt. Det er vigtigt, at vi står fast på det, vi er rigtig gode til. Og det er vigtigt, at vi gør det i lyset af en professionsetik.

Vi læner os op ad det udkast til pro-

fessionsetik, som du har modtaget sammen med Practicus nr. 259. I et par af de parallelle sessioner debatterer vi delemner fra professionsetikken, og udbyttet herfra tager vi med som input til en fælles professionsetik for praktiserende læger i Danmark. Andre sessioner byder på emner som lægedækning, drømmepraksissen, supervision, ultralyd, patientklager, ulighed i sundhed, vejledninger og forskningstræning.

Uanset hvor du er i det almenmedicinske miljø, håber vi, at du har lyst til at deltage, blive inspireret og yde dit bidrag til vores fælles fremtid.



PRISER

Se priser for deltagelse i årsmødet på dsam.dk/aarsmoede. Bemærk, at der er early bird-priser frem til 19. juni. Derefter stiger priserne med cirka 20 procent.

PROGRAM FOR ÅRSMØDET 2022

Kl. 08:30	Registrering, morgenbrød og kaffe	Kl. 11:00	Pause og posterwalk
Kl. 09:30	Plenumsession: Velkomst ved konferencier Ellen Louise Kristensen, DSAM-formand Bolette Friderichsen og FYAM-formand Thomas Purup Peter Clement Lund, sociolog, Aalborg Universitet: Om præstations- og diagnosesamfundet. Hvad gør det ved lidelsesbillederne og dermed den opgave, vi har i almen praksis? Søren Brostrøm, direktør, Sundhedsstyrelsen: Hvordan ser Sundhedsstyrelsen den praktiserende læges rolle nu og i fremtiden? Anders Beich, praktiserende læge, tidligere formand for DSAM: Hvordan ser vi os selv i forhold til opgavernes indhold og mængde – nu og i fremtiden? Spørgsmål fra salen og debat	Kl. 11:45	Parallelle sessioner 1-6
		Kl. 13:00	Frokost
		Kl. 14:00	Plenumsession: Ph.d. Cup
		Kl. 14:30	Kort pause
		Kl. 14:45	Parallelle sessioner 7-12
		Kl. 16:00	Pause
		Kl. 16:30	Afslutning i plenum
		Kl. 17:00	For uddannelseslæger: FYAM-timen For alle andre: Radio Ligevægt live (en skøn blanding af oplæg, jingles, konkurrence, livemusik m.m.)
		Kl. 18:00	Slut på det faglige program
		Kl. 19:00	Middag og dans til levende musik fra Barock
		Kl. 02:00	Festen slutter



PARALLELLE SESSIONER

FORMIDDAG

1. Hvordan sikrer vi, at vi kommer ud i alle hjørner af landet?

Oplægsholdere: Christina Svanholm (moderator), Katrine Rose Larsen og Christian Lund Hansen

Alle har ret til at have deres egen praktiserende læge, men aktuelt kniber det med lægedækningen flere steder i landet. Hvordan sikrer vi patienternes ret til læge og samtidig lægers ret til et godt arbejdsliv? Kom og bliv inspireret af nogle af dine kolleger, som har taget modige beslutninger og lavet kreative tiltag.

2. Grøn Praksis – bæredygtighed i klinikken

Oplægsholdere: Nanna Holt Jessen (moderator), Salli Rose Tophøj og Asthildur Arnadottir

Klimaforandringerne påvirker menneskers sundhed, og samtidig kan vi som individer reducere vores klimaftryk ved bl.a. at leve sundere. Men hvad kan vi gøre på arbejdspladsen? I denne session introduceres du til, hvad du som praktiserende læge kan gøre for at reducere CO₂-udledningen i klinikken med konkrete tiltag, som du kan starte på allerede i morgen. Der vil være oplæg og diskussion.

3. Professionsetik – Hvem er vi, og hvor skal vi hen?

Oplægsholdere: Niels Saxtrup (moderator), Jørgen Skadborg og Bolette Friederichsen

I DSAM taler vi om, at den praktiserende læges honorarstruktur bør reformeres, så honorar og incitamentsstrukturer fremmer det fagligt relevante. Vi vil i denne workshop have besøg af PLO, så vi sammen kan arbejde med, hvordan en sådan reform kan se ud, og hvad den bør indeholde.

4. Det gode lægeliv i almen praksis

Oplægsholdere: Malene Lindholmer (moderator), Heidi Bøgelund, Thilde Villemann
Hvad skal der til, for at netop du kan skabe dig det lægeliv, du drømmer om, og hvad er det gode lægeliv for dig? Hvordan sætter man grænserne for, hvor meget og hvordan man vil arbejde, og hvordan er man tro mod de grænser, man har sat? Hvis du er bevidst om, hvad der påvirker dit arbejdsliv, bliver det nemmere at styre mod det gode lægeliv. I denne session, som er for alle kommende praksisejere, kommer du selv på banen og får lejlighed til at stille dig selv de rigtige og måske svære spørgsmål, der kan være med til at sætte kursen for din fremtidige praksis.

5. Nyt fra vejledningsområdet: demens og skrøbelige ældre

Oplægsholdere: Anne Møller (moderator), Frans Waldorff, Karen-Dorthe Bach Nielsen og Anne Søndergaard

DSAM's nuværende demensvejledning blev udgivet i 2006, og der har længe været ønsket en opdatering. På denne session gennemgår vi de vigtigste punkter i den kommende reviderede vejledning om demens.

Opdateringen af DSAM's vejledning om den ældre patient er godt på vej og omdøbes til den ældre skrøbelige patient. For at hjælpe med at finde dem med størst behov introduceres frailty-begrebet og en frailty score, hvor den reducerede fysiske reservekapacitets betydning for sygdomsbilledet hos den skrøbelige ældre sættes i fokus. Vanskelige emner som boligskift, kørekortinddragelse og genoplivning diskuteres.

6. Præsentation af praksisnære forskningstræningsprojekter

Oplægsholdere: Troels Mengel-Jørgensen (moderator) og en uddannelseslæge fra hver af de tre uddannelsesregioner
Har du tænkt over, hvordan man formulerer sit eget forskningsprojekt? Eller er du nysgerrig efter at vide, hvad uddannelseslægerne laver, når de er afsted til forskningstræning? Alle læger i hoveduddannelse til almen medicin gennemfører et kursus i forskningstræning. Her formulerer de et praksisrelevant forskningsspørgsmål, der efterfølgende undersøges videnskabeligt. I denne session præsenteres tre udvalgte forskningstræningsprojekter, der er gennemført i løbet af forskningstræningskurset.

EFTERMIDDAG

7. Professionsetik – uddelegering af opgaver, hvad har vi på spil?

Oplægsholdere: Niels Saxtrup (moderator), Marianne Dam Lenz og Benny Ehrenreich

PLO og Danske Regioner har i deres udspil om sundhedsvæsenet peget på, at flere opgaver skal løses af praksispersonalet. Men hvilke opgaver kan uddelegeres? Er der risiko for at overse alvorlig sygdom? Og hvad med kontinuitet og relationer? Vi organiserer os forskelligt; nogle læger klarer stadig selv det meste, andre læger uddelegerer til personalet, som har selvstændige konsultationer, og enkelte andre læger har sygeplejersker i front og er selv supervisor. I denne workshop reflekterer vi – med udgangspunkt i professionsetikken – over, hvad vi har på spil, både som læge og som leder.

8. Ultralyd i almen praksis – muligheder og barrierer

Oplægsholdere: Troels Mengel Jørgensen (moderator), Thomas Løkkegaard og Birthe Nørby

Interessen for at bruge point-of-care-ultralyd i almen praksis er stigende. Men hvad indebærer indførelsen af denne nye teknologi for vores arbejde som praktiserende læger? I denne session vil vi belyse, hvordan ultralyd kan bruges i udredning, visitation og behandling af den almenmedicinske patient. Introduktion af ny, kostbar teknologi som ultralyd i almen praksis giver også anledning til flere spørgsmål vedrørende hensigtsmæssig brug, patientsikkerhed og overdiagnostik. Vi ønsker med sessionen også at lægge op til en debat om de udfordringer, brugen af ultralyd indebærer.

9. Supervision: Fra sniksnak til struktur ... og retur

Oplægsholdere: Gunver Lillevang og Helle Ibsen

Inspirationsworkshop for uddannelseslæger og tutorlæger. Hvordan kommer vi fra sniksnak til struktureret supervision? Hvordan løfter vi os fra de daglige patienter til overordnede kompetencer? Hvornår er 'godt nok' godt nok? Hvordan holder vi fokus og sikrer fremdrift? Hvordan bliver jeg den bedste uddannelseslæge? Hvad hvis min uddannelseslæge lærer helt anderledes end mig? Hvordan får jeg det bedste frem i min tutor? Hvordan understøtter jeg det helt særlige ved min fase 3-læge?

10. Nu kommer Diagnosekortet!

Oplægsholdere: Daniel Kaminski Røntgen og Nicholas Christoffersen

I år bliver Diagnosekortet udrullet. Måske er det allerede implementeret i din klinik, måske endda uden at du har lagt mærke til det? Diagnosekortet bliver et fantastisk hjælpemiddel, ligesom FMK blev det. Deltag i sessi-

onen og bliver klogere på, hvordan Diagnosekortet kan hjælpe din patient, hvad du kan bruge det til som læge, og ikke mindst hvad du ikke kan bruge det til.

11. Nyt fra vejledningsområdet: SAD og osteoporose

Oplægsholdere: Anders Beich (moderator), Kaj Sparle Christensen og Johan Ludvig Reventlow

Stress, angst og depression (SAD) er de hyppigste mentale lidelser i almen praksis. Videnskabelige studier tyder på en betydelig og u hensigtsmæssig variation i almen praksis' håndtering af disse lidelser. Vejledningen vil bidrage til mere ensartet udredning, diagnostik og behandling af SAD.

Skøre knogler er noget, vi alle får, hvis vi lever længe nok, men samtidig noget, som nogle får på et væsentligt tidligere tidspunkt, og det kan være svært invaliderende. Der kan gøres meget for at forhindre, at osteoporose udvikler sig. Der har vi i almen praksis en vigtig opgave. Vi gennemgår de vigtigste punkter i den kommende vejledning, bl.a. hvilke risikofaktorer vi skal være opmærksomme på, samt både den non-farmakologiske og farmakologiske behandling i almen praksis.

12. Refleksioner over, hvad patientklager gør ved lægen

Oplægsholdere: Christina Kjerulff (moderator) og Christian Busch

Patientklager kan ramme alle, og det kan ramme dybt. Man kan risikere at blive slået ud af sin professionelle rolle, usikker på sin dømmekraft og reagere u hensigtsmæssigt både på job og hjemme. Formålet med sessionen er at sætte fokus på lægers reaktioner og tanker i forbindelse med klagesager. Målet er at viderebringe mulige værktøjer til at stå krisen igennem, så lægen er bedre klædt på til at tackle sine reaktioner på klagesager. //

FYAM-TIMEN

FYAM-timen er for alle medlemmer af FYAM. FYAM-timen holdes fredag den 30. september 2022 kl. 17.00-18.00 på Comwell Kolding. Først og fremmest skal vi hygge os, og derudover får du bl.a. en beretning fra FYAM-udvalget og en præsentation af arbejdet i de udvalg, hvor FYAM er repræsenteret. Inden årsmødet holder FYAM elektronisk valg til de ledige poster. Mere herom i nyhedsbreve fra FYAM.

SAMS' ÅRSMØDE

Kalder alle SAMS'er! Sæt kryds i kalenderen lørdag den 1. oktober 2022, hvor vi byder velkommen til SAMS' årsmøde på Comwell Kolding (i forlængelse af DSAM's årsmøde). Programmet vil stå på spændende faglige oplæg og masser af inspiration til livet som praktiserende læge. Der vil være god mulighed for at netværke med SAMS-medlemmer fra både Odense, Aarhus, Aalborg og København samt at dele erfaringer og tanker om studielivet og det kommende lægeliv. Der er 10 pladser til hver af de fire universitetsbyer – så slå hurtigt til. Læs mere på vores Facebooksider.



Indkaldelse til repræsentantskabsmøde

DSAM indkalder til ordinært repræsentantskabsmøde lørdag den 1. oktober 2022 kl. 09.30-12.30 på Comwell Kolding, Skovbrynet 1, Kolding.

Dagsordenen kan du finde på DSAM's hjemmeside. Fra primo september vil også regnskaber, beretninger og øvrige bilag være tilgængelige på hjemmesiden. Hvis du har en sag, du ønsker behandlet af repræsentantskabet, skal du sende den til DSAM's formand på dsam@dsam.dk senest to uger inden repræsentantskabsmødet, dvs. senest den 16. september 2022. Mødet er åbent for alle medlemmer. Der er mødepligt for repræsentanter.

Oplysning om tilmelding til repræsentantskabsmødet findes på DSAM's hjemmeside.

FAQ om valget

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

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

og debatterer med jævne mellemrum retning og faglige emner på DSAM's intranet. Mødeform og antal møder er forskelligt fra region til region, så det kan du selv være med til at påvirke. Der er behov for flere kræfter i alle regioner, men antallet af ledige medlems- og suppleantposter varierer.

Overvejer du at stille op?

Du har mulighed for at blive valgt til DSAM's regionsbestyrelse i din arbejdsregion. De fem regionsbestyrelser danner tilsammen DSAM's repræsentantskab, der i alt består af 25 medlemmer. Du bliver derfor medlem af regionsbestyrelsen og repræsentantskabet på én og samme tid. Repræsentantskabet mødes fysisk i hyggelige rammer 1-2 gange om året

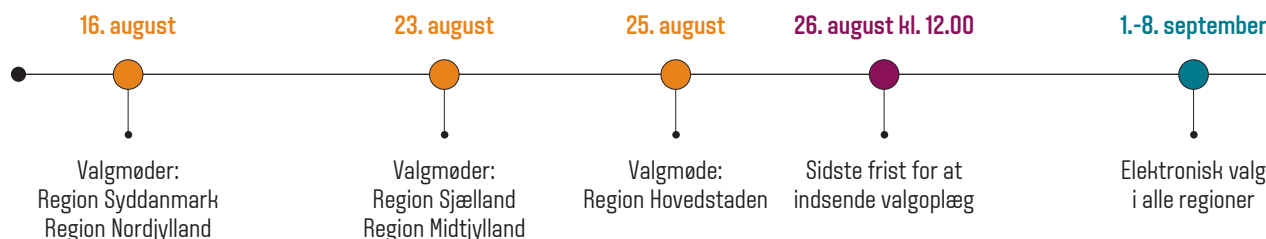
Hvordan er man valgbar?

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

Hvordan stiller jeg op?

Du skal skrive et valgoplæg og sende det til DSAM's sekretariat på dsam@dsam.dk

TIDSLINJE 2022:





dsam.dk – gerne sammen med et foto af dig selv. Du kan sende det allerede nu, og vi skal senest modtage det den 26. august 2022 kl. 12.00. Valgoplæg lægges på valgsiden for den region, du opstiller i.

Hvad skal jeg ellers gøre for et stille op?

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

Får jeg som kandidat oplyst, hvor mange der har stemt på mig?

Når valghandlingen er overstået, of-

fentliggør vi den samlede valgdeltagelse og valgdeltagelse fordelt på regioner. Regionsbestyrelserne og de opstillede får desuden en opgørelse over stemmefordelingen.

Hvor længe er man valgt for?

Valget gælder for to år. Efter de to år kan du stille op igen. Der er ingen regler for samlet funktionstid. For FYAM-poster gælder dog, at du kun kan fortsætte til næste FYAM-årsmøde, hvis du i mellemtiden bliver speciallæge.

Fakta om valghandlingen

Fristen for at melde sit kandidatur udløber den 26. august 2022 kl. 12.00, og valget holdes elektronisk i perioden 1.-8. september 2022. Der holdes kun valg, hvis der er flere kandidater end ledige poster. Den nye regionsbestyrelse skal umiddelbart efter valget konstituere sig og indtræder officielt på det ordinære repræsentantskabsmøde, der altid holdes dagen efter DSAM's årsmøde. I år er det den 1. oktober 2022 på Comwell Kolding. Læs mere på dsam.dk/valg, hvor også alle valgoplæg løbende lægges op.

Din stemme er vigtig

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

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

FYAM holder også valg

Når alle stemmeberettigede medlemmer af DSAM den 1. september modtager en mail med link til stemmeseddel, så modtager medlemmer, der henhører til FYAM, to mails. Og det er ikke en fejl. Ud over at have indflydelse via DSAM's regionsbestyrelser og repræsentantskab har FYAM også en række poster i DSAM's faste udvalg, og her er det kun FYAM'er, der kan stemme. Hvilke poster der er ledige, og hvordan du stiller op til dem, kan du læse mere om på fyam.dk og i nyhedsbreve fra FYAM. //

12. september

1. oktober

Valgresultat offentliggøres

Repræsentantskabsmøde



Som DSAM-repræsentant bidrager man til fællesskabet

I efteråret er der valg i DSAM. Derfor har Practicus interviewet tre medlemmer fra repræsentantskabet om deres rolle som repræsentant, hvilke arbejdsopgaver der er forbundet hertil, og hvordan du som medlem kan støtte op om valget. DSAM håber, at så mange som muligt vil gøre brug af deres stemme og bakke op om selskabet og de opstillede kandidater.



Jo mere du magter, jo mere magter DSAM



TOVE KRISTJANSEN,
repræsentant i
Region Syddanmark

HVILKE OPGAVER ER FORBUNDET MED AT VÆRE REPRÆSENTANT I DSAM?

Opgaverne som repræsentant i DSAM er meget forskellige og nok også forskellige afhængig af region. Der er bl.a. lokalt arbejde, som har ligget under drejet under coronapandemien. Flere tiltag er blevet opgivet i vores region. For eksempel var vi i gang med at planlægge et møde, hvor FYAM-medlemmer kunne møde etablerede praksisejere i såvel opstart som længere henne i praksislivet. Det dagligt administrative kan dels udføres af pri-

mært formand og sekretær eller alternativt uddelegeres til de menige repræsentanter. Der er både centralt udvalgsarbejde og tidsbegrænsede opgaver som f.eks. udarbejdelse af DSAM-vejledninger og arbejdsgrupper til rådgivning af Sundhedsstyrelsen.

HVORDAN KAN MAN VÆRE MED TIL AT SKABE ET STÆRKT LÆGEFAGLIGT SELSKAB?

Man deltager især ved at stille op til repræsentantskabet i den lokale region. Jo mere man magter at deltage i, jo mere kan DSAM magte, og selv om det kan forekomme fremmed i begyndelsen, kommer man til at kende de andre repræsentanter, som man kan yde et stykke foderarbejde med. Det er også helt OK at suge til sig i begyndelsen, så man kan se, hvor man selv har noget at byde ind med.

Som menigt medlem af DSAM kan man også styrke DSAM, f.eks. i den

lokale region ved at kontakte bestyrelsen med gode ideer, især hvis man også kan deltage i at få et arrangement gennemført med større eller mindre grad af støtte fra bestyrelsen. Det vil sige, man kan også være med, selv om man ikke kan overskue længerevarende forpligtelse.

HVORDAN KAN MEDLEMMERNE STØTTE OP OM VALGET?

Først og fremmest ved at afgive sin stemme til valget. Møde op til valg-møde og videregive sine ønsker til, hvad DSAM skal beskæftige sig med lokalt og centralt.

Det er også helt OK
at suge til sig
i begyndelsen...

Et fagligt fællesskab er et værn mod udbændthed



CHRISTINA KJERULFF,
repræsentant i Region
Hovedstaden (kvalitetsord-
fører i bestyrelsen)

HVILKE OPGAVER ER FORBUNDET MED AT VÆRE REPRÆSENTANT I DSAM?

Som repræsentant er man med til at bestemme kursen for selskabet. Man får mulighed for at påtage sig opgaver, hvor man repræsenterer DSAM i faglige sammenhænge. Når man er valgt til at sidde i hovedbestyrelsen, giver det mulighed for forskellige opgaver – lige fra at planlægge årsmødet og til at være med i arbejdsgrupper i sundhedsfaglige fora. Som kvalitetsordfører er der bl.a. fokus på pa-

tientsikkerhed. Det breder vi ud i f.eks. workshops med kollegaer og relevante samarbejdspartnere i regionen og kommunerne.

HVORDAN KAN MAN VÆRE MED TIL AT SKABE ET STÆRKT LÆGEFAGLIGT SELSKAB?

Man kan bidrage til at gøre DSAM til et stærkt lægefagligt selskab ved at deltage med engagement og bidrage med det, der interesserer én mest inden for faget. Vi har alle nogle strukturelle eller patient- relaterede problemstillinger i vores hverdag, som vi har særlig interesse i, og jo flere der – med hver sin indfaldsvinkel – sætter sig sammen, jo højere fagligt niveau kan vi opnå. Det er også en vigtig ting at nå ud til kollegaer, der ikke endnu er opmærksomme på DSAM's arbejde, og eventuelt inspirere til aktivt engagement – jo flere

kloge hoveder, jo stærkere lægefagligt selskab!

HVORDAN KAN MEDLEMMERNE STØTTE OP OM VALGET?

Jeg kan kun anbefale at stille op til valget. Det giver arbejdsglæde og et værn mod udbændthed at være med i et fælles fagligt selskab, hvor man prøver sine tanker af, bliver inspireret og har mulighed for at præge fremtiden for almen praksis - til glæde i hverdagen, for patienterne og vores fags fremtid, og ikke mindst for vores kommende kollegaer.

Jo flere kloge hoveder,
jo stærkere
lægefagligt selskab.

Man bør lytte ekstra meget til dem, man er uenig med



MARIUS ANDERSEN,
repræsentant i
Region Midtjylland

HVILKE OPGAVER ER FORBUNDET MED AT VÆRE REPRÆSENTANT I DSAM?

Hovedopgaven som repræsentant i DSAM er at diskutere vores fag med gode kolleger. Det foregår skriftligt bl.a. via debat på vores hjemmeside og mundtligt til vores regionale, nationale og måske internationale træf. Du vil også få mulighed for at repræsentere DSAM over for samarbejds-

partnere regionalt, nationalt og eventuelt internationalt.

HVORDAN KAN MAN VÆRE MED TIL AT SKABE ET STÆRKT LÆGEFAGLIGT SELSKAB?

Det gør man ved at deltage og engagere sig i arbejdet og lytte ekstra meget til dem, du er uenig med, og argumentere velforberedt for dine synspunkter. Lad os håbe, at mange lytter til dig og lader dig uddybe dine argumenter - måske påpeger de svage sider i din argumentation, som du her ved kan gøre stærkere - indadtil i selskabet og udadtil over for samarbejdspartnere. Vi har tradition for at koble faglighed med hyggeligt socialt samvær. Det bidrager til at styrke fællesskabet i selskabet.

HVORDAN KAN MEDLEMMERNE STØTTE OP OM VALGET?

Ved at stille op til valget, stemme og ved at møde op til de regionale, nationale og internationale træf, hvor faget diskuteres. Læs på dsam.dk/valg og her i Practicus. Jeg synes, selskabet har rigtig meget at være stolt af som følge af tidligere og nuværende medlemmers arbejde.

Du vil også få
mulighed for at
repræsentere DSAM
over for
samarbejdspartnere.



Lægehjælp til ukrainske flygtninge var force majeure

Den 14. marts bad København Kommunes overborgmester de praktiserende læger om at tilse de flygtninge, som var kommet hertil. En stor gruppe læger meldte sig frivilligt og organiserede hurtigt og effektivt opgaven med at yde lægehjælp, selvom formalia og aftale om honorering ikke var på plads. Practicus har talt med nogle af de læger, som var de første på matriklen, om arbejdet, og hvorfor det var muligt at organisere sig så hurtigt.



It biograflokale på et modtagecenter for nyankomne ukrainske flygtninge er der stillet et bord og to stole op. Derudover er to borde sat sammen med en dyne over, som skal gøre det ud for et undersøgelsesleje. En lægekollega er til stede i et tilstødende konferencerum med lignende møbelopsætning. I en lind strøm kommer patienterne ind og får lægehjælp. De fejler lidt af hvert, men primært almenmedicinske tilstande og få må henvises til hospitalet.

Sådan beskriver den pensionerede praktiserende læge Anna Munkeboe lægearbejdet i de første dage, hvor hun havde meldt sig som frivillig til at yde

lægehjælp på et af de modtagehoteller i København, hvor ukrainske flygtninge har opholdssted, mens krigen raser i Ukraine. Der er især kommet mange kvinder og børn hertil, da mændene er blevet tilbage for at kæmpe.

Med sig havde hun pakket en rygsæk med stetoskop, blodtryksmåler, otoskop, doptone, urinstix samt forskelligt medicin – penicillin, smertestillende, sovepiller og angstdæmpende. Og lidt smålegetøj til børnene, som – fortæller hun – vakte stor lykke og glæde.

”Det er jo vanvittigt meningsfuldt at lave lægearbejde på den måde for mennesker, som virkelig har brug for

din hjælp. Og da jeg hverken kan synge eller bygge huse, men jeg er god til at være læge, ville jeg gerne bidrage. Og jeg var lige gået på pension, så jeg havde god tid til det,” siger hun.

Møde med overborgmesteren

Et par dage forinden havde overborgmesteren i København ved et møde i Kommunalt Lægeligt Udvalg (KLU) spurgt formanden for PLO-København, Benny Ehrenreich, og de øvrige lægelige medlemmer af udvalget, om de kunne yde lægehjælp til de mange ukrainske flygtninge, som var blevet indkvarteret på et modtagehotel i Valby. Benny formidlede samme aften kontakt til sine kolleger via Facebook-gruppen ”PLO Initiativgruppen - medlemmernes debatforum” og sendte også en mail ud til alle praktiserende læger

i København. To af de tilstedeværende læger på KLU meldte sig umiddelbart efter mødet til de første dage.

Der blev ikke aftalt nogen form for honorering, så al arbejde foregik på frivillig basis. I løbet af ganske få dage havde mange læger meldt sig, så man kunne lave et rul, hvor der blev sikret lægebesøg nogle timer hver dag i flere uger.

Benny Ehrenreich fortæller, at det var et spørgsmål om force majeure, og at praktiserende læger er ekstremt omstillingsparate, når de kan se vigtigheden af det.

"Det ville vi gerne hjælpe med, også selvom formalia ikke var på plads. Det afgørende var det etiske aspekt. Det vil sige, at her måtte vi gøre, hvad der var nødvendigt, og så bygge skinnerne, mens vi kører på dem," siger han og påpeger, at han efterfølgende presede hårdt på, for at der blev udarbejdet en regulær aftale om honorering, da det også var et spørgsmål om forsikringshensyn, hvis noget gik galt.

Den første på matriklen

Jan Værnet, som har lægepraksis på Amager, var en af de første til at reagere på borgmesterens anmodning. Han var med til mødet på rådhuset og rakte hånden i vejret som en af de første og tilbød at køre ud på matriklen allerede dagen efter. Administrationen klappede og drog et lettelsens suk.

Dagen efter mødet kørte han og en kollega ud til hotellet. Kommunen havde stillet en akutsygeplejerske og tolke til rådighed, som skulle hjælpe med patientarbejdet.

På modtagehotellet blev de mødt med venlighed og taknemlighed fra de mange ukrainere, som ventede på at blive tilset. Og selv om forholdene var primitive, fik de det til at virke.

"Jeg tilså blandt andet et barn med en spastisk lammelse, som jeg fik henvist til hospitalet. Der var et par med infektioner og både børn og voksne med kroniske sygdomme. Vi måtte



Læge Jan Værnet meldte sig hurtigt til at tilse ukrainerne på modtagehotellet i Valby. Foto: Nicolai Lorenzen.

skrive alt op i hånden, da vi ikke havde nogen PC, og undersøgelserne foregik i en biografsal. Vi havde lavet en aftale med det lokale apotek om, at de godtog skriftlige recepter, så patienterne kunne få udleveret deres medicin," siger han.

"Patienterne var glade og taknemlige, og flere af dem sagde 'God bless you.' Vi tænkte ikke så meget over, hvad vi fik for det. Det var en opgave, som skulle løses, fordi nogle mennesker havde brug for vores hjælp," uddyber han.

Bolette Friderichsen, formand for DSAM, roser de praktiserende læger og alle, der deltog, for deres indsats med "kæmperos".

"Det var ikke overraskende, for det var jo nødvendigt at træde til, og det gav faglig mening. Det var ikke en opgave, alle skulle tilmelde sig, og det var nok, at der var tilstrækkeligt, som meldte sig frivilligt til at hjælpe. Det er akkurat, som da det tredje coronastik skulle gives til danskerne op til jul i 2021. Der fik vi organiseret tilstrækkeligt mange lægehuse hurtigt nok til at komme i mål," siger hun.

Vi styrer vores egne klinikker

Benny Ehrenreich mener, at det hele

kunne arrangeres så hurtigt, fordi de praktiserende læger er selvstændige klinikejere.

"Vi er klinikledere og selvstændige og kan vælge at organisere os, som vi finder det vigtigt. Hvis jeg var ansat som overlæge på et hospital, skulle jeg have ledelsen med på det eller gøre det i min fritid, men her har vi mulighed for selv at bestemme," siger han.

Bolette Friderichsen mener, at hurtigheden og effektiviteten skal findes i de praktiserende lægers selvstændighed og selvorganisering.

"Praktiserende læger er vant til at skulle omstille sig hurtigt. Vi prioriterer og gør det vigtigste først, både for den enkelte patient og for det samlede lægehus. Vi styrer vores egne klinikker og er vant til at løse tingene med de forhåndenværende søm, lavteknologisk og ubureaukratisk. Der behøver ikke være så langt fra tanke til handling. Det giver en stor ekstra kapacitet, at lægerne i bogstavelig forstand har ejerskab til egne klinikker" siger hun.

Ordningen fungerede i 3-4 uger, før PLO og RLTN indgik en aftale, som honorerer lægerne for deres arbejde og sikrer vederlagsfri lægehjælp til de ukrainske flygtninge. //



Af: Peter Haastrup, læge, ph.d., lektor, Wade Thompson, cand.scient., ph.d., Jesper Bo Nielsen, cand.scient., ph.d., professor, og Dorte Ejg Jarbøl, læge, ph.d., professor, alle fra IST, Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU - phaastруп@health.sdu.dk



Er det sikkert at seponere statinbehandling hos mine ældre patienter?

Den praktiserende læge skal ofte tage stilling til, om statinbehandling skal fortsætte. Men det kan være svært at gennemskue konsekvenserne ved seponering.

Statiner er de hyppigst udskrevne lægemidler i Danmark. Statiner kan være indicerede som primær profylakse for hjerte-kar-sygdom hos patienter med moderat eller høj risiko for hjerte-kar-sygdom eller som sekundær profylakse hos patienter med manifest hjerte-kar-sygdom som f.eks. iskæmisk hjertesygdom eller apopleksi. Mange patient-er påbegynder statinbehandling som yngre eller midaldrende og fortsætter behandlingen i mange år. Som årene går, udvikler mange patienter – også en del af dem i statinbehandling – andre kroniske sygdomme, eller de får flere andre lægemidler, ligesom deres ønsker og mål for behandlingen kan ændre sig over tid. Derfor står den praktiserende læge ofte i en situation, hvor der skal tages stilling til, om statinbehandling skal

fortsætte eller seponeres. Denne problemstilling er særlig relevant hos ældre patienter med anden alvorlig sygdom eller skrøbelighed.

Fra tidligere studier blandt danske praktiserende læger ved vi, at overvejelserne om seponering af statinbehandling ofte opstår under gennemgang af patientens medicinliste, og at praktiserende læger i drøftelserne med patienterne om evt. seponering bl.a. synes, at det er vigtigt at drøfte evidensen på området med patienterne. Men hvilke risici kan der være ved seponering af statinbehandling? Kan vi give vores ældre patienter et klart svar på, om risikoen for hjerte-kar-sygdom ændrer sig ved seponering af statinbehandling? Det korte svar er nej. Det lidt længere er, at vi alligevel har gjort et forsøg på at skabe lidt mere viden på området.

Som en del af et ph.d.-studie fra Forskningsenheden for Almen Praksis og Forskningsenheden for Klinisk Farmakologi, Farmaci og Miljømedicin ved Syddansk Universitet gennemførte Wade Thompson sammen med en række nationale og internationale kolleger et stort registerstudie blandt ældre danskere i statinbehandling.

Hvad gjorde vi?

I sundhedsregistrene identificerede vi alle 67.418 danskere, der den 1. januar 2011 var 75 år eller ældre og havde været i fast behandling med statin gennem mindst fem år. Ud fra patienternes registrerede diagnoser kunne vi identificere, at 39.955 (59 %) personer var i statinbehandling som sekundær profylakse (dvs. de havde en diagnose på myokardieinfarkt, iskæmisk hjertesygdom, apopleksi/TIA og/eller perifer arteriosklerose). Endelig var 27.463 (41 %) i statinbehandling som primær profylakse, dvs. uden kendt manifest hjerte-kar-sygdom.

Henholdsvis 30 % af de personer, der blev behandlet med statin som primær profylakse, og 25 % af dem, der blev behandlet med statin som sekundær profylakse, stoppede med behandlingen i opfølgningsperioden på seks år.

Det var ikke muligt for os at identificere årsagen til, at patienterne stoppede med behandlingen, eller om patienterne var stoppet på eget initiativ eller i samråd med lægen. Omkring hver tredje, der havde stoppet statinbehandlingen, genoptog behandlingen igen inden for observati-

onsperioden på seks år, hvilket kan indikere, at patienterne har anvendt statin sporadisk eller i en periode har holdt pause på eget initiativ.

Absolut risiko forskellig

I observationsperioden opgjorde vi, hvor mange personer i gruppen af statinbrugere, der blev ramt af alvorlig kardiovaskulær sygdom. Vi anvendte et sammensat endepunkt, som blev udgjort af AMI, iskæmisk apopleksi/TIA, PCI/bypass-operation eller død med AMI eller iskæmisk apopleksi som dødsårsag. Herefter sammenlignede vi forekomsten af alvorlig kardiovaskulær sygdom blandt dem, der havde seponeret statinbehandling, og dem, der havde fortsat statinbehandlingen.

I den samlede opgørelse fandt vi, at ophør med statinbehandling var associeret med en øget risiko for alvorlig kardiovaskulær sygdom. For personer i primær profylaktisk behandling, der ophørte med statinbehandling, var der én ekstra alvorlig kardiovaskulær sygdom pr. 112 patienter per år (svarende til en øget absolut risiko på 0,9 %), mens der var én ekstra alvorlig kardiovaskulær sygdom pr. 77 patienter per år (svarende til en øget absolut risiko på 1,3 %) blandt personer, der ophørte statinbehandling som sekundær profylaktisk behandling, når vi sammenlignede med de patienter, der fortsatte statinbehandlingen.

Hvad betyder det så?

Også i andre europæiske studier har man fundet, at statinseponering hos ældre er associeret med øget risiko for alvorlig kardiovaskulær sygdom. Da det drejer sig om observationsstudier, er det imidlertid ikke muligt at konkludere kausale sammenhænge. Det vil sige, at vi ikke kan konkludere, at den øgede risiko for alvorlig kardiovaskulær sygdom hos de patienter, der stoppede med statinbehandling,

skyldes, at de stoppede med statinbehandlingen. En af vores teorier er, at statinseponering kan være et udtryk for skrøbelighed, hvilket kan medføre et generelt skift fra forebyggende behandling til udelukkende symptomatisk/lindrende behandling hos den enkelte patient med kort forventet restlevetid.

Udtryk for skrøbelighed?

Vores efterfølgende analyser støtter den hypotese, idet vi fandt, at patienter, der seponerede statinbehandlingen, havde større risiko for hoftenære frakturer og død af ikke-kardiovaskulære årsager, hvilket jo næppe kan tilskrives en effekt af statinseponering. Det er derfor vanskeligt at afgøre, hvor stor en del af den trods alt begrænsede risikoforøgelse for alvorlig kardiovaskulær sygdom efter statinseponering på omkring 1 %, der skyldes statinseponeringen, og hvor stor en del, der skyldes, at det er hos de mest skrøbelige patienter, vi seponerer statinbehandlingen.

Behov for randomiserede studier

For at afklare det interessante spørgsmål nærmere er der behov for kliniske randomiserede forsøg, der kan afdække de specifikke effekter af statinseponering hos ældre. Blandt nogle af

de allermest sårbare patienter, de terminalt syge, tyder et randomiseret forsøg på, at det ikke er forbundet med øget risiko for kardiovaskulær sygdom at seponere statinbehandling. Tværtimod ser det ud til, at seponering af statinbehandling kan føre til bedre livskvalitet og et generelt lavere medicinforbrug hos denne gruppe patienter med forventet kort restlevetid.

Indtil der foreligger resultater fra randomiserede studier blandt ikke-terminalt syge ældre, må beslutningen om seponering af statinbehandling hos den enkelte ældre patient bero på en samlet vurdering af patientens risiko for hjerte-kar-sygdom, øvrige medicinering og funktionsniveau og ikke mindst patientens egne ønsker og præferencer. //

LÆS MERE:

Artiklen er baseret på den videnskabelige publikation "Statin Discontinuation and Cardiovascular Events Among Older People in Denmark", som blev publiceret i JAMA Network Open i december 2021.





Af: **Rikke Sand Andersen**, professor MSO, Forskningsenheden for Almen Medicin, SDU, og Afdeling for Antropologi, AU, og **Sara Marie Hebsgaard Offersen**, seniorforsker, antropolog, ph.d., Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, og Steno Diabetes Center Aarhus - rsandersen@health.sdu.dk



Kunsten at være syg alene

Er det et problem for sundhedsvæsenet, at stadig flere mennesker bor alene?

I Danmark og i andre europæiske lande bor stadig flere mennesker alene. Nogle forskere mener, at det er en af de største sociale forandringer i nyere tid. Vi har dog kun sparsom viden om, hvorfor flere mennesker bor alene, og hvordan det hænger sammen med familienormer, køn og social organisering; herunder organiseringen af vores sundhedsvæsen. Med udgangspunkt i et etnografisk forskningsprojekt om ældre, der bor alene og er alvorligt syge med kræft, beskriver vi i denne artikel, hvorfor vi skal have mere forskning, der har blik for de alene-boende.

I dag bor lige knap fire ud af ti ældre over 65 år alene, og andelen af husstande i Danmark, hvor der kun bor én voksen, nåede i 2021 op på 1.1 million. Den amerikanske sociolog Eric Klinenberg skriver i bogen "Going Solo: The Extraordinary Rise and Surprising Appeal of Living Alone", at det er en global tendens, at stadig flere mennesker bor alene, og at Danmark, sammen med de andre skandinaviske lande, er verdensmestre i den disciplin.

Det er måske ikke så mærkeligt, at Danmark er et af de steder i verden, hvor flest mennesker bor alene. Siden efterkrigstiden har en veludbygget velfærdsstat, herunder et omfattende hospitalsvæsen og et fintmasket net af sociale og økonomiske ordninger, haft til formål at yde alle et mindstemål af sikkerhed

og omsorg i tilfælde af sygdom og alders-svækkelse. Det har betydet, at mange af de omsorgs- og plejeopgaver, der tidligere blev klaret inden for familien og i private hjem nu udføres af pædagoger, sygeplejersker, læger, SOSU-assistenter og i institutioner, som er skabt til formålet. Siden 1960'erne er de fleste kvinder også kommet på arbejdsmarkedet, og velfærdsstaten har gjort det muligt for alle at indgå i fleksible familie- og samlivsformer, herunder at bo alene. Forskere peger også på, at urbanisering, sociale medier, længere levealder og øget velstand bidrager til det forhold, at flere mennesker vælger eller ender med at bo alene.

Alenehed og ensomhed

I forskningen og i den offentlige debat har der gennem de sidste ti år

været et voksende fokus på ensomhed og relationen mellem ensomhed og sundhed. Den forskning viser entydigt, at det både er lidelsesfuldt og sygdomsfremkaldende at føle sig ensom. Man er dog ikke nødvendigvis ensom (eller single), fordi man bor alene. Mange alene-boende trives med at bo alene, og forskningen viser, at det er kvaliteten og indholdet af de sociale samspil mellem mennesker, frem for kvantiteten, der bestemmer, om man bliver ensom. Så hvorfor interessere sig for de alene-boende i forskningen og i klinikken?

Når man bliver syg, har smerter og er træt, er der mange livsopretholdende praksisser – som at børste tænder, få tøj på, spise og blive transporteret rundt – der besværliggøres. Hvis man bor alene, kræver det ekstra kræfter og tålmodighed at få hverdagen til at fungere. Det siger sig selv. Men syge, alene-boende menneskers udfordringer vokser også i disse år, fordi vi er i gang med at ændre på den ansvarsfordeling af omsorgsopgaver, der blev etableret mellem familien og velfærdsstaten i den periode, vi kort har beskrevet i det ovenstående, hvor mange af familiens og særligt kvindernes opgaver blev gjort til statens ansvar.

Omsorgsarbejde er også politik og kultur

”Dyb krise i sundhedsvæsenet: 19.000 jobs umulige at besejtte og det bliver kun værre” (overskrift i Politiken d. 9. marts). Vi kender alle overskrifterne. Der mangler ’varme hænder’ til at tage sig af de syge, og fremskrivninger viser, at stadig flere danskere i fremtiden vil leve med kroniske sygdomme som KOL, diabetes og kræft. Det er naturligvis et problem, og det siger sig selv, at vi skal forsøge at løse det. De sidste år har politikere og ansvarlige inden for sundhedssystemet forsøgt at løse det ved at flytte flere omsorgsopgaver tilbage; ud i familierne og i private hjem. Antallet af hospitalsindlæggelser søges nedbragt, og hospitalsophold er blevet kortere. Man kan sige, at ’velfærdsstatens omsorgsetik’, forstået som forestillinger om ’hvem der gør hvad’ og ’hvad der er god omsorg’, i disse år forskydes i rum og tid (fra hospital til hjem) og i definitionen af omsorgsevne (fra det professionelle til det private domæne). Og i den politiske retorik, der omgiver dette skif-



Fra feltarbejdet – en af informanterne går tur alene i skoven.
Foto: Sara Marie Hebsgaard Offersen.

te, betragtes familien eller folks private hjem ofte som ’naturlige eller autentiske’ steder for omsorg under indsatser for pårørendeinddragelse og slogans som ’længst muligt i eget hjem’.

Vi ved fra forskningen, at pårørende kan opleve at blive unødigt belastet af at skulle passe deres syge familied medlemmer. Det er uhensigtsmæssigt. Men hvis vi skal forstå kompleksiteten af den øvelse, det er at flytte rundt på omsorgsansvar, så skal vi også have blik for, at omsorgsarbejde ikke ’bare er arbejde’, det er også kultur og politik. Vores forskning viser for eksempel, at forhandlingen af omsorgsarbejde sker i krydsfeltet mellem moralske forestillinger om forbundethed og familieliv (f.eks. om hvem der gør hvad, og hvad man forventer, der kan udveksles i familierelationer) og det, vi kunne kalde ’velfærdsstatens politiske økonomi’ (f.eks. fordelingen af omsorgsressourcer, tilhørsforhold til arbejdsmarkedet). Velfærdsstatens fordeling af ressourcer er med til at regu-

Når velfærdsstaten flytter mere omsorgsarbejde over i familien og i private hjem, øger det derfor de udfordringer, alene-boende står overfor, når de bliver syge.

lere, hvem vi forventer gør hvad, og hvorvidt døtre, sønner eller svigerdøtre har tid til at yde omsorg for familiens ældste. Omsorgsarbejde er kulturelt i den forstand, at det forbinde den enkeltes livsforløb med fællesskabets gennem fællesskabets forestillinger om 'hvem der gør hvad og hvordan'.

Hvem gør hvad?

Lad os give et eksempel. En af de informanter, som vi har arbejdet med i vores forskning – lad os kalde hende Anne – er tidligere leder i det offentlige. Hun er i slutningen af 60'erne og er det, man kunne kalde 'ressourcestærk'. Hun har mange venner og en velfungerende familie. Hun har boet alene i mere end 20 år og sætter stor pris på det. Anne har kræft og er blevet opereret i maven, og hver morgen får hun besøg af en SOSU-assistent, der hjælper hende i tøj og sørger for, at hun får mad. Anne bor på anden etage i et stort lejlighedskompleks. Når Anne har fået kemoterapi og er træt, kan hun ikke selv gå i vaskekælderen, og nabokonen i opgangen må hjælpe med at handle ind. Anne er god til at bede om hjælp, og hendes hverdag fungerer nogenlunde, fordi hun har en del venner og familie, der træder til. Det kræver dog altid en form for overvindelse, når hun skal ringe til sin datter og bede hende kigge forbi. 'Hun arbejder jo også og har travlt', som Anne siger. Anne fortæller også, hvor flov hun blev en dag, hvor hendes barnebarn måtte

hjelpe med at vaske noget meget beskidt tøj. Der var kommet afføring på det, og hun ville gerne have det vasket, inden hun skulle have gæster. Og hun plejer at takke nej til at lade familien hjælpe hende i bad, selvom hun trænger til det. "Det er ikke deres opgave", som hun siger.

En opgave for "de professionelle"

Dette korte eksempel viser, at der intet 'naturgivent' er over at inddrage familien i omsorgsopgaver, og at fordelingen af omsorgsopgaver sker under hensyn til moralske forestillinger om, hvad man udveksler og med hvem i familierelationer, og til velfærdsstatens politiske økonomi. Uden undtagelse talte vores informanter om, at deres yngre familiemedlemmer "jo har travlt og ikke skal bebyrdes med min sygdom" eller "skal have lov til at have normal hverdag", og alle understregede de, at der var grænser for, hvor meget hjælp de kunne bede om, og hvad de kunne bede om. Det at pleje og yde omsorg for den syge og svage krop blev af de fleste af vores informanter betragtet som en opgave for 'de professionelle'. Også selvom mange af dem gerne ville gerne have været mere i bad, kunne have haft gavn af hjælp til at håndtere medicin, få skiftet sengetøj eller have selskab på triste dage med smerter og træthed. Der er meget arbejde forbundet med at bo alene og være alvorligt syg, også for ressourcestærke mennesker som Anne.

Når man omfordeler omsorgsansvar, så omfordeler man ikke blot arbejdsopgaver. Man griber ind i, hvordan mennesker lever i og med intime relationer, i forestillinger om privatliv og uafhængighed, og i moralske forestillinger om, hvem der kan og må håndtere syge kroppe. Familier er naturligvis forskellige, men den generation af ældre, der bliver syge og plejekrævende nu, er vokset op sammen med velfærdsstatens institutioner. Deres børn er aktive på arbejdsmarkedet, og der er ikke tradition for, at man bor sammen på tværs af generationer. For mange familier er det mere 'naturligt', at det er professionelle, der tager sig af og kommer tæt på den syge krop, end det er at få hjælp af familie og venner. Når velfærdsstaten flytter mere omsorgsarbejde over i familien og i private hjem, øger det derfor de udfordringer, alene-boende står overfor, når de bliver syge.

Det behøver ikke at være et problem for sundhedsvæsenet, at flere mennesker bor alene. Men det er noget, der skal italesættes og tages hensyn til, når vi omfordeler omsorgsansvar, og vi har brug for forskning, der undersøger spillet mellem slægtskab, omsorg og velfærd. Vi er i gang med at undersøge kræftpatienters erfaringer med at bo alene og arbejder bl.a. med et livsfase-perspektiv, der kaster lys over, hvordan omsorgsbehov og moralske forestillinger om 'hvem der gør hvad' knytter sig til det at være hhv. ung eller gammel. Men vi mangler forskning, der undersøger, om pågående forandringer øger social ulighed, hvordan de knytter sig til kulturelle forestillinger om køn og til sundhedspolitiske forestillinger om 'sammenhængende patientforløb'. //



Af: **Arbnor Gashi**, introduktionslæge i akutmedicin, **Mathias Harborg Jensen**, introduktionslæge i pædiatri, **Anne Sofie Friis Andersen**, introduktionslæge i intern medicin, og **Bjarke Kryger**, uddannelseskoordinerende overlæge, MI, Ortopædkirurgisk Traumesektor, Aabenraa, Sygehus Sønderjylland - arbgas1@hotmail.com



Øger AP-UKYL-ordning AP-lægers trivsel?

I Danmark mangler vi alment praktiserende læger, men AP-lægenes trivsel halter på hospitalsdelen af hoveduddannelsen. En ny AP-UKYL-ordning kan måske være med til at forebygge frafald.

Vi mangler praktiserende læger i Danmark. Manglen har fået stigende politisk fokus i de seneste år. Ifølge en opgørelse fra PLO er antallet af praktiserende læger faldet med 9 pct. i perioden 2007-2020. I samme periode er antallet af borgere steget, og der er kommet flere ældre og flere med kroniske sygdomme. Hele to tredjedele af landets praksisser har nu lukket for tilgang. Da mere end hver tiende praktiserende læge er 65 år eller derover, er der stort behov for at uddanne flere praktiserende læger.

En undersøgelse blandt 744 yngre læger under uddannelse til almen medicin fra 2018 viste, at en høj procentdel af deltagerne følte sig mere presede og ensomme på sygehusene end i almen praksis, og at de oplevede stør-

re udfordringer med arbejdsmiljøet. For at forbedre trivslen blandt alment praktiserende læger (AP-læger) under sygehusopholdet og forebygge frafald introducerede Sygehus Sønderjylland (SHS) to nye stillinger som uddannelseskoordinerende yngre læge (UKYL) for AP-lægerne.

AP-UKYL'erne på SHS har nu hver to dage om måneden til bl.a. at organisere obligatoriske månedlige netværksmøder for AP-lægerne og løse diverse uddannelsesproblemer. Netværksmøderne foregår i arbejdstiden og varer ca. to timer. Her fortæller hver enkelt uddannelseslæge, hvordan det går, og får mulighed for at bringe trivsels- og uddannelsesmæssige problemer op, som man har mødt på sin afdeling. Ud over "bordet rundt" bruges tiden på netværksdannelse og praksisrelevant undervisning.

Formålet med denne artikel er at undersøge, om AP-UKYL-ordningen har optimeret de uddannelsesmæssige forhold og øget trivslen hos AP-lægerne på sygehusdelen af uddannelsen. Fokusgruppeinterviews (med en semistruktureret interviewguide) er gennemført med to grupper af AP-læger samt nuværende og tidligere AP-UKYL'er. Citater angives uden navn for at sikre deltagernes anonymitet.

Hvad sagde AP-UKYL'erne om ordningen?

For at kickstarte ordningen modtog alle afdelinger et dokument, som beskrev AP-UKYL'ernes opgaver og de generelle tiltag, der gerne skulle arbejdes med. Det inkluderede bl.a., at AP-lægerne skulle have fri til netværksmøderne, have tilknyttet en fast vejleder, og at arbejdsopgaver og uddannelsesprogrammer skulle målrettes deres senere virke i praksis.

Generelt oplevede AP-UKYL'erne, at afdelingerne var samarbejdsvillige. "Det var vores klare indtryk, at afdelingerne kunne se ideen heri og var lydhøre og tog det til sig". De fremhævede også, at ordningen klart har gjort en forskel i forhold til trivslen og fremmet netværket blandt AP-lægerne. Der var dog endnu ikke sket så meget med supervisionen, da ordningen med fast vejleder først er blevet indført senere.

Hvad sagde AP-lægerne om ordningen?

AP-UKYL'erne er selv uddannelseslæger og kender derfor til uddannelsen. De ved, hvilke kompetencer man skal opnå, og det ser AP-lægerne som en stor fordel. "Det er dejligt, man har én, man kan gå til, hvor det er 100 pro-

Ordningen har styrket det sociale samvær, fremmet netværksdannelsen og øget trivslen på sygehusdelen.

cent relevant i forhold til ens uddannelse”.

Da lægerne hele tiden skifter afdeling og starter forfra på sygehusdelen, har det stor betydning med sådanne ”ankerpersoner”, som man arbejder sammen med i hverdagen og løbende snakker med, så nogle ting kan tages i opløbet. ”På et tidspunkt påpegede min UKYL, at jeg skulle være et sted, hvor der ikke var afsat ordentlig oplæring, hvilket der var blevet snakket om på et netværksmøde tidligere. Det gjorde, at jeg lynhurtigt kunne gå til ledelsen og få den oplæring, jeg skulle”. En anden nævner: ”På én afdeling var det f.eks. altid et problem med vagtplanen, at der ikke blev sat tid af til møder med vejleder. Det blev taget op på netværksmødet, hvorefter der blev taget kontakt til UAO, og siden har det fungeret fint”.

Erfaringsdeling, fælles problemer og granatchok

Møderne bliver også brugt til at dele oplevelser og erfaringer fra de forskellige afdelinger. Det betyder, at lægerne bedre kan forberede sig til de forskellige ophold. ”Det har været dejligt [...] at mødes med nogle andre AP-læger og høre, hvad man har i vente på de andre afdelinger”.

Netværksmøderne giver også mulighed for at diskutere problemer fra de forskellige afdelinger. For eksempel følte flere af AP-lægerne sig utrygge ved at tage tele-EKG alene om natten. Derfor skrev AP-UKYL’erne et brev til ledelsen om dette. ”Det vægter nok lidt tungere, at vi er 20-30 mand bag i stedet for bare et par stykker, der er lidt bekymrede. Man er en større flok, der taler samme sprog, én

stemme, selvom vi er spredt ud over hele sygehuset.”

En nævner, at man altid er lidt i ”granatchok” i den første tid som ny på en afdeling og næsten er videre, inden man finder ud af, at forholdene ikke er helt okay. En fordel med ordningen er derfor også, at man kan følge op på tidligere problemer og sikre, at forholdene rent faktisk bliver bedre.

Trivsel, fællesskab og tilhørssted

Særligt på det sociale aspekt har netværksmøderne haft en betydning, mener alle de interviewede. På møderne har man mulighed for at catche op med sine kollegaer i en ellers travl hverdag, hvor man kan føle sig lidt alene. ”Selvom vi arbejder det samme sted alle sammen, så møder man ikke folk. Du kan sagtens gå fra netværksmøde til det næste møde uden at møde de kollegaer, som arbejder i afdelingen lige ved siden af, eller som man burde møde i FAM”.

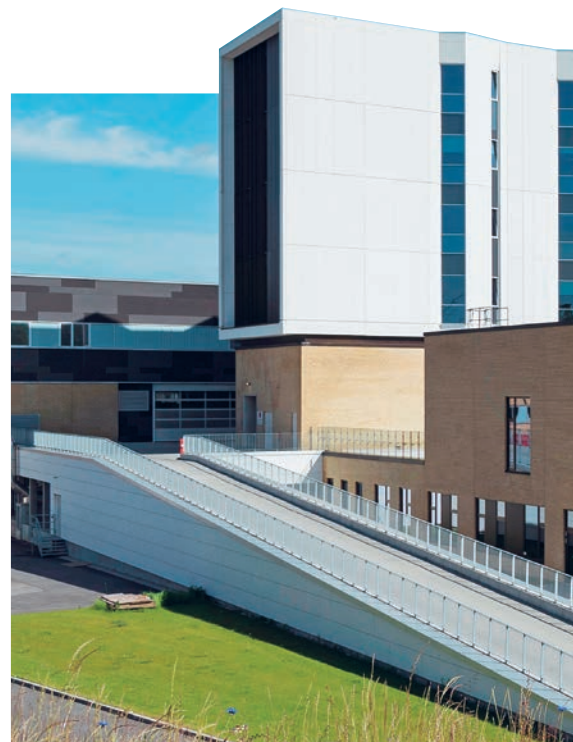
De interviewede afviser, at de personligt selv har følt sig ensomme, men de bekræfter, at hverdagen med skiftende afdelinger ofte resulterer i manglende kontakt til kollegaer. Derfor sættes der pris på netværksmøderne, som ”giver en følelse af tilhørssted samt et fællesskab, man kan vende tilbage til”.

Trivselsrunden på netværksmødet giver mulighed for at se andre i samme situation, pointerede en af lægerne. ”Det har en stor betydning psykisk, at man ikke er alene i det her”. De korterevarende stillinger på forskellige afdelinger betyder, at AP-lægerne konstant skal forholde sig til nyt arbejdssted, nye kollegaer, nye rutiner og nyt fagligt indhold, hvilket kan gøre ar-

bejdslivet hårdt og stressende. ”Jeg tror bare generelt set, så er det bare hårdt ad helvede til at skifte job hele tiden. Jeg har skiftet job 17 gange nu. Det er fandme hårdt at blive ved”.

Arbejdsopgaver og kompetencer

Ifølge AP-lægerne er det af stor betydning, at deres arbejdsopgaver på de respektive afdelinger er relevante for deres senere virke, da det kan minimere antallet af unødvendige henvisninger, hvis problemet kunne være klaret i praksis. ”Jeg tror, at netværksmøderne har en stor indirekte indflydelse på de arbejdsopgaver, vi som hoveduddannelseslæger bliver stillet på sygehuset. Via den feedback, som afdelingerne får fra netværksmøderne, kan vi være med til at skabe en arbejdskultur, der gør, at folk bliver bevidste om, at vi som uddannelseslæger i almen praksis ikke skal opnå de samme kompetencer som en uddannelseslæge inden for det pågældende speciale”. Det bemærkes, at det nok ikke er noget, der ændrer sig fra den ene dag til den anden, men ved at ændre arbejdskulturen kan netværksmøderne og AP-UKYL’erne være med til





gradvist at ændre afdelingernes opfattelse af de opgaver, der er væsentlige ift. et arbejdsliv i almen praksis.

Nogle afdelinger har prioriteret at sætte sig ind i de kompetencer, der er relevante for uddannelseslægen og dennes kommende dagligdag. "På pædiatrisk afdeling er der meget fokus på alle de kompetencer, jeg skal tillære mig. Da jeg startede på afdelingen, gennemgik den uddannelsesansvarlige overlæge alle de kompetencer, jeg skal nå under mit ophold, og derefter har der været meget fokus på, at det er de patienttyper, jeg primært skal se".

Andre afdelinger har oprettet ambulatorier med problemstillinger, der specifikt er målrettet almen medicin. "På gynækologisk afdeling havde vi et AP-læge-ambulatorium og en bagvagt, som det nærmest var meningen, at vi skulle gå ud at konferere alle patienter med. Det gør, at man lærer så meget mere om specielt de emner, der er relevante for den hverdag, der venter mig".

Varierende vejledning

På området vedrørende faste vejledere er der fortsat plads til forbedring.

Generelt er holdningen, at den vejledning, der modtages under hospitalsopholdet, er meget varierende.

Flere mener, at deres vejleder har forsøgt at ruste dem til at kunne klare mest muligt selvstændigt arbejde for at fjerne lidt af presset fra sygehusafdelingerne. Nogle har dog også oplevet, at deres vejleder ikke har haft det store kendskab til, hvad der praktisk er muligt i primærsektoren.

Vigtigheden af hospitalsdelen

AP-lægerne var generelt enige om, hvor central en rolle hospitalsdelen af hoveduddannelsen spiller for deres fremtidige virke som praktiserende læge. "Hospitalsdelen er afgørende både for den lægefaglige del, men også for den strukturelle del, hvor man lærer at forstå, hvordan man skal henvise patienterne og kunne forberede patienten på forløbet". "Det hjælper meget på samarbejdet at kende hospitalslægerne".

Flere ser kendskabet til arbejdsgangene på sygehuset som et godt udgangspunkt for at skabe bedre samarbejde mellem primær og sekundær sektor. "Hospitalsdelen er meget vigtig.

Det er jo vores fundament. Alt det, man skal have med sig som intern mediciner, og alle de forskellige praksiselementer, der er i hospitalsopholdet. Det er det, man kommer til at bygge sin faglige stolthed på. Det er fundamentet for hele ens arbejdsliv og har derfor en enorm betydning".

AP-UKYL gør en forskel

Med AP-UKYL-ordningen har SHS forsøgt at øge AP-lægenes trivsel på hospitalsdelen af deres hoveduddannelse. På basis af vores interviews kan vi konkludere, at lægerne generelt synes, at ordningen har styrket det sociale samvær, fremmet netværksdannelsen og øget trivslen på sygehusdelen.

Hvorvidt ordningen har optimeret de uddannelsesmæssige forhold, er der til gengæld lidt delte meninger om. Nogle har oplevet en klar effekt, mens andre har savnet mere pondus bag ordningen.

Da ordningen stadig er ny, kan man forestille sig, at den får større betydning, når afdelingerne lærer den at kende og får implementeret flere af de foreslåede tiltag. //



Hvad påvirker trivslen hos HU-læger i praksisdelen?



En forskningstræningsopgave ved Videreuddannelsesregion Nord har undersøgt, hvilke faktorer der påvirker trivslen – positivt og negativt – hos hoveduddannelseslæger under praksisdelen af speciallægeuddannelsen i almen medicin.

Baggrund

I de senere år er arbejdspresset i almen praksis øget. Det skyldes bl.a. flere komplekse patienter og flytning af et stigende antal opgaver fra sekundær- til primærsektoren. Dette har lagt et pres på praktiserende lægers hverdag og trivsel. I 2016 var 96 % af PLO-lægerne enige i, at deres arbejde var blevet mere krævende, og 58 % angav, at dette generede dem noget eller meget. I alt 20 % oplevede dagligt et højt stressniveau. Det øgede pres i almen praksis er en tendens, som kan antages i høj grad også at påvirke hoveduddannelseslæger i almen medicin (HU-læger) negativt.

HU-læger har ikke samme viden og erfaring som speciallægerne, ligesom presset kan forstærkes af, at HU-lægerne ofte vil være i en krævende fase af deres privatliv, hvor de er ved

at stifte familie. Desuden er det sandsynligt, at stress og dårlig trivsel blandt speciallægerne yderligere kan have en negativ indflydelse på HU-lægernes trivsel. Derfor satte vi os for at undersøge trivslen hos HU-læger, herunder hvilke faktorer HU-læger oplever som fremmende og forringende for deres trivsel.

Metode

Til at belyse trivslen blandt HU-lægerne udviklede vi et spørgeskema, hvor vi anvendte fokusinterviews til at identificerede emner, der kunne antages at indvirke på HU-lægernes trivsel. Det blev pilottestet af to uafhængige HU-læger, og formuleringer af spørgsmål blev revideret, så spørgsmålene fremstod så relevante og klare som muligt.

Spørgeskemaet blev udsendt som

link via mail og annonceret i flere Facebookgrupper for HU-læger i Region Midtjylland og Region Nordjylland. Alle besvarelser var anonyme. Spørgsmålene indeholdt både kvantitative og kvalitative svarmuligheder.

Resultater

Der blev afgivet 117 besvarelser. Respondenterne repræsenterede HU-læger i fase 1 (44.4 %), fase 2 (23.1 %) og fase 3 (32.5 %). Heraf var 86.2 % tilknyttet en kompagniskabspraksis.

Af respondenterne var 82.9 % kvinder, 79.4 % havde to eller flere børn, og 94.9 % var samboende eller gift.

Det sociale er afgørende for trivsel, samarbejde og læringsmiljø

På spørgsmålet "Hvor vigtigt er det sociale for din trivsel?" svarede 95 % af respondenterne 4 eller 5, hvor 5 er

mest vigtigt (se Figur 1). I stort set alle praksisser (96 %) blev der afholdt sociale arrangementer, hvilket blev fremhævet som en vigtig faktor for trivslen. I alt 75 % angav, at de "altid" eller "for det meste" følte sig som en del af det sociale fællesskab. Det blev dog pointeret af flere, at de ville have foretrukket også at blive inviteret til personalearrangementer under deres hospitalsblok.

Hele 25 % angav, at de "aldrig", "sjældent" eller kun "af og til" følte sig inkluderet i det sociale fællesskab, og 7 % angav at føle sig ensomme "for det meste" eller "altid". Mange anførte, at det ville fremme deres trivsel, hvis de følte sig bedre inkluderet socialt, og at et velfungerende socialt fællesskab medførte tryghed og et bedre samarbejde og læringsmiljø.

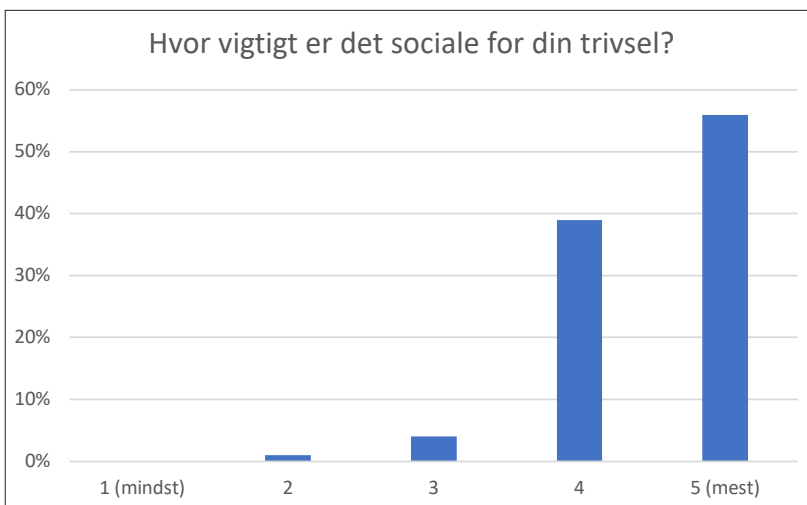
Mange angav, at pauserne var et vigtigt dagligt socialt element, og 76 % havde "for det meste" eller "altid" tid til at holde pauser, hvorimod 24 % angav, at de kun "af og til", "sjældent" eller "aldrig" havde tid til at holde pauser.

Tidspres og fleksibilitet

Det blev undersøgt, i hvor høj grad den afsatte tid pr. patient var tilstrækkelig (se Figur 2). Her svarede 19 % at have "tilstrækkelig" tid, mens 71 % i forskellige grader oplevede, at de havde utilstrækkelig tid.

Mange kommenterede desuden, at deres buffertider, hvor de f.eks. kunne læse op på det, de var usikre på, ofte blev inddraget pga. travlhed. De fleste af HU-lægerne oplevede at blive imødekommet ved behov for individuelle justeringer af dagsprogrammet. I alt 72 % havde således drøftet dagsprogrammets struktur med praksis, og 82 % af disse havde oplevet forståelse fra deres tutorlæge for individuelle behov.

Flere gav udtryk for, at det generelt var fremmende for trivslen, at deres behov blev hørt, selv hvis det bare



Figur 1: Vigtighed af det sociale for trivsel.

FAKTORER, DER FREMMER TRIVSEL
Sociale arrangementer: f.eks. julefrokost og sommerfest, oplevelsen af social inklusion og at føle sig som en del af det sociale fællesskab
God stemning: grin og smil, godt samarbejde, at man siger "godmorgen", "farvel" og "god weekend", holdånd
Imødekommenhed: at blive værdsat for sit arbejde, ros, interesse for HU-lægens trivsel og behov, anerkendelse af det, der kan være svært, plads til usikkerhed og sårbarhed
Fælles pauser og frokost: med mulighed for samtale om andet end det faglige, skaber samhørighedsfølelse
Indflydelse på arbejdstid: f.eks. mulighed for deltid, fleksibilitet, tilstrækkelig tid pr. patient, buffertider og minimering af overarbejde
Supervision: tid til at drøfte tvivlsspørgsmål, blive positivt mødt, blive undervist af mere erfarne læger

Tabel 1: Faktorer, der fremmer HU-lægers trivsel.

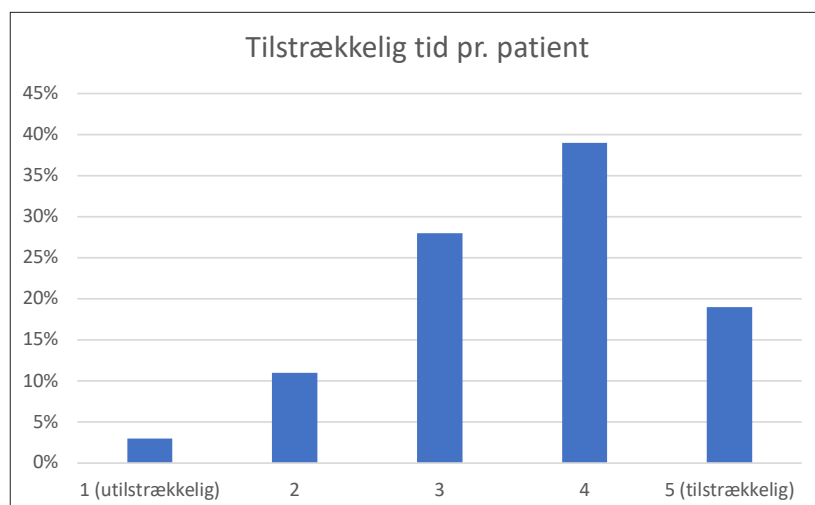
FAKTORER, DER FORRINGER TRIVSEL
Manglende inklusion: manglende følelse af at være inkluderet i det sociale fællesskab, dårlig stemning, lav interesse for HU-lægen
Travlhed: et stressende dagsprogram, for lidt tid til tvivlsspørgsmål, manglende fleksibilitet, manglende indflydelse på egen arbejdstid
Overarbejde og pendlertid: influerer negativt på work-life-balance, kan give utilstrækkelighedsfølelse på det private område
Stressede kollegaer: at blive mødt af en stresset leder, at føle sig som en belastning og/eller føle sig utilstrækkelig, at være usikker på, om man har gjort det rigtige i relation til sin patientbehandling, kritik, manglende tid til supervision

Tabel 2: Faktorer, der forringer HU-lægers trivsel.

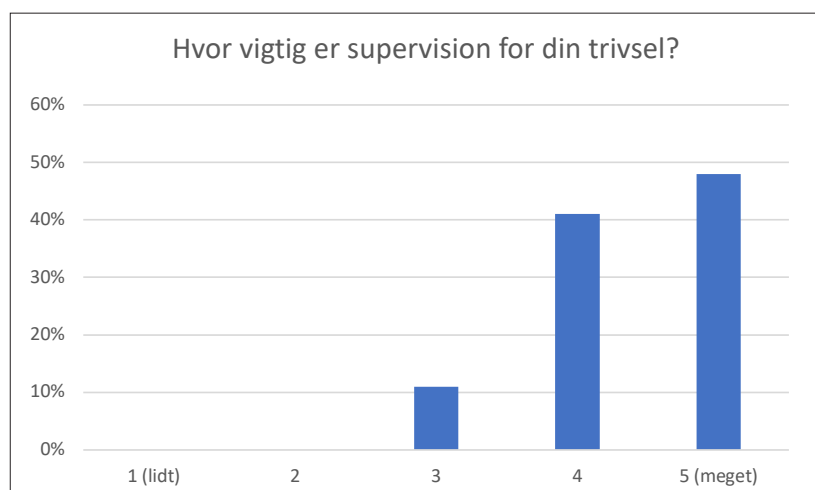
drejede sig om små justeringer. Som i eksemplet her: "Jeg kunne ikke nå at hente min datter i dagpleje med deres arbejdstider. De tilbød da, at vi kunne fordele mine omsorgsdage ud, således at vores hverdag fungerede. Det var en stor hjælp for min familie".

Supervision er vigtig

Alle lægerne angav, at supervision var en væsentlig faktor for trivsel (se Figur 3), og 89 % svarede, at supervision var "meget vigtig" eller "vigtig" (svarende til "4"- og "5"). I alt 96 % havde faste supervisorsaftaler, og 80 %



Figur 2: Oplevelsen af tilstrækkelig tid pr. patient.



Figur 3: Vigtighed af supervision for trivsel.

havde fast supervision dagligt. Desuden angav 96 % mulighed for løbende ad hoc-supervision, og her oplevede 85 % at blive positivt mødt.

Et flertal på 75 % angav at have 21-30 minutters supervision pr. gang, 3 % havde over 30 minutter, og 22 % havde 11-20 minutters daglig supervision. Fra de uddybende kommentarer blev det dog klart, at supervisionen ofte blev forkortet: "Ofte bruges kun en del af tiden på supervision, resten på at indhente det, jeg/tutorlægen er bagud med".

På spørgsmålet om, hvorvidt HU-lægerne oplevede udbytte af supervi-

sionen, svarede 29 % "altid" og 56 % "for det meste". Dog bar de uddybende kommentarer præg af, at det oftest kun var de patienter, der var størst usikkerhed om, der blev spurgt ind til. I forlængelse heraf svarede 42 %, at der var patientforløb, som de egentlig var usikre på, men som de ikke fik spurgt ind til, fordi tutorlægen virkede for travlt: "Vi skal jo tilbage til opgaverne og patienterne".

HU-lægenes work-life-balance er under pres

Endnu en vigtig faktor for HU-lægenes trivsel var deres work-life-balan-

ce. I alt 72 % af HU-lægerne angav, at de overordnet følte sig tilstrækkelige på arbejde. På trods af dette angav langt størstedelen, at tiden var for knap. En respondent angav: "Jeg føler, at der er en forventning om, at jeg ikke bruger længere tid pr. patient end mine tutorlæger, der jo alle er speciallæger og herudover kender deres patienter. Det, synes jeg, er et stort pres".

Hele 30 % angav at føle sig meget bekymrede for at overse noget i relation til rollen som gatekeeper. Om gatekeeperfunktionen svarede én af lægerne: "Er det mest spændende, men også roden til bekymring".

Mange angav, at de oplevede pres fra patienter til at viderehenvise. Således oplevede 48 % i høj eller nogen grad at føle sig presset til at henvise patienter. For at få arbejdsdagen til at hænge sammen og sikre en ordentlig patientbehandling angav mange, at de arbejdede i nogle af deres pauser, mødte tidligere ind om morgenen eller blev længere om eftermiddagen.

Næsten halvdelen af HU-lægerne (45 %) svarede, at de følte sig utilstrækkelige derhjemme i relation til deres partner, børn og hjemlige gøremål. Gennem kommentarer blev det uddybet, at pendlertid og lange dage – eventuelt med overarbejde – medvirkede til at gøre hverdagsituationen svær og stressende. I alt 60 % angav, at en løsning på hverdagens stress og utilstrækkelighedsfølelse i høj grad kunne være deltid eller flekstid. Som en af HU-lægerne formulerede det: "Deltid giver mig mulighed for at være den læge, jeg gerne vil være. Og vigtigst af alt, så giver deltid mulighed for at skabe den hverdag for min familie, som jeg ønsker...".

Flere angav, at de efter en dag i praksis følte sig helt udmattede og uden overskud til familielivet: "Der er slukket, når jeg har fri" og "Jeg er ofte helt udmattet, når jeg kommer hjem og mangler overskud til det praktiske samt sociale derhjemme."

Anerkendelse, indflydelse og fleksibilitet fremmer trivslen

Inklusion i det sociale fællesskab og det at blive mødt med anerkendelse og interesse var centralt for HU-lægenes trivsel og stressrobusthed. Manglende sammenhæng mellem privatlivet og arbejdslivet skaber udfordringer i praksis såvel som hjemme, hvilket forringer trivslen.

Der er stor forskel på de forskellige lægepraksisser, herunder hvordan de prioriterer det sociale, pauser og supervision, ligesom der er forskel på, hvor meget indflydelse uddannelseslægerne har på deres arbejdsvilkår. Mange HU-læger er et sted i livet, hvor de begynder at stifte familie. Dette er en af årsagerne til, at vi finder det problematisk, at hele 45 % følte sig utilstrækkelige i relation til partner, børn og hjemlige gøremål.

De store krav, som arbejdet fordrer til læring og empati, øger graden af psykosocialt stress – særligt, når de kombineres med den (i nogle tilfælde) lave grad af kontrol og indflydelse på arbejdspladsens rammer. Psykosocial stress kan også forstærkes af travlhed og overarbejde og af udfordringerne ved et familieliv med små børn. Deltid, flekstid eller omfordeling af omsorgsdage vil kunne hjælpe HU-lægen med at få bedre balance mellem arbejde og familie, som igen kan øge overskuddet til det faglige i praksis og øge oplevelsen af tilstrækkelighed i relation til familielivet.

Social eksklusion, travlhed og utilstrækkelig tid forringer trivslen

God trivsel på jobbet er afgørende for HU-lægenes livskvalitet, for kvaliteten af patientbehandlingen og for at skabe et trygt læringsmiljø, så fokus på inklusion i det sociale fællesskab er helt centralt. Følelsen af ikke at være en del af et team og mangel på tilknytning forringer trivslen.

Sådan øger du trivslen hos uddannelseslæger:

- Invester i det sociale
- Udform dagsprogram i fællesskab
- Prioriter supervision
- Giv mulighed for individuel fleksibilitet
- Skab et anerkendende arbejdsmiljø

Travlhed i praksis sætter sine spor og forringer trivslen på flere områder - både inden for det faglige og det sociale. Herunder har overarbejde, manglende tid til fællespauser og stressede kolleger negativ indflydelse på trivslen.

Travlhed har desuden indflydelse på supervisionen. Det blev gjort klart i undersøgelsen, at regelmæssig supervision er en vigtig faktor for trivs-

len. Af DSAM's hjemmeside fremgår det, at der anbefales 30 minutters daglig supervision pr. uddannelseslæge, men dette er således ikke noget, som uddannelseslægen har krav på. Det er forfatterens klare overbevisning, at et formelt krav på 30 minutters daglig supervision pr. uddannelseslæge vil medvirke til at fremme både HU-lægenes trivsel og uddannelse. //



EURACT

holdt fysisk møde igen – endelig! – og det foregik i København

Netværket EURACT under WONCA Europe holdt møde i København i starten af maj måned. Det var det første fysiske møde siden 2019.

Vores europæiske selskab for almen medicin, WONCA Europe, har underorganisationer ("netværk"), som arbejder for uddannelse, forskning, kvalitetsudvikling, forebyggelse, læger i landområder – og for uddannelseslægerne. Netværket for uddannelse hedder the European Academy of Teachers in General Practice (EURACT). Som de øvrige internationale selskaber har EURACT lidt under pandemien: Der har ikke været fysiske møder, men udelukkende digitale møder på Zoom og andre platforme, og selv om det kan gå i en periode, så går det ikke på langt sigt. Det er ikke muligt at holde aktiviteten og gejsten oppe i sådanne netværk – og specielt nye medlemmer kommer aldrig helt med om bord.

EURACT holdt det seneste fysiske møde i efteråret 2019 i Sofia, Bulgarien. Siden har de fire planlagte møder måtte aflyses og klares via Zoom – så EURACT's nationale repræsentanter var begejstrede over endelig at skulle mødes her i foråret 2022. Mødet skulle naturligvis være i Kyiv,

Ukraine, hvor mødet i foråret 2020 skulle have været afholdt. Men Putin ville det anderledes...

Med lidt kort varsel – og med DSAM's bestyrelses tilsagn om økonomisk støtte – tilbød jeg at være vært for mødet i København i perioden 5.-8. maj. Stor tak til DSAM's bestyrelse fra mig og fra EURACT. EURACT er en medlemsorganisation med individuelle medlemmer, og hvert land vælger så et Councilmedlem, som repræsenterer medlemmerne ved de normalt to årlige Councilmøder. Jeg har været dansk repræsentant i en del år. Councilmedlemmer har normalt en tæt forbindelse til deres videnskabelige selskab, som jeg har til DSAM.

Stor inspiration for udenlandske kolleger

Vi var ca. 30 praktiserende læger samlet i København, og altså fra ligeså mange lande. De første 15 startede dog med at besøge en dansk praksis, Amagercentrets Læger, hvor tre af kollegerne viste rundt og fortalte om dansk almen praksis. Det var en stor inspiration for vores udenlandske kolleger – og jeg er blevet bedt om at bringe en stor tak videre fra vores gæster.

Alle Councilmedlemmer var i det hele taget noget misundelige over forholdene i dansk almen praksis! Så flere spurgte spøgende ind til, hvad der ville blive krævet af dem for at de kunne praktisere i Danmark? Nå, det bliver næppe aktuelt, da der er mangel på vores slags i næsten alle



EURACT Council samlet til møde i København, maj 2022. Organisationens 30 års dag fejres også. Foto: Roar Maagaard.

europæiske lande. Et skrækeksempel lige nu er Slovakiet, hvor 55 % af lægerne er over 65 år – og de har flere kolleger i firserne som fortsat arbejder. Ja, så vidt er det dog trods alt ikke kommet her.

Kurser inden for uddannelse

I København var der en del fokus på, hvordan man arbejder for at få den vigtige studenterundervisning i almen praksis forbedret og forlænget, så forståelsen for vort speciale og rekrutteringen til det forbedres. Her kan vi jo ikke sige, at Danmark er "first in class".

På speciallægeområdet har EURACT udarbejdet en europæisk standard for uddannelsen, og vi søger nu at afdække, hvor der er mangler i forhold til dette i de enkelte lande, inkl. Danmark, og hvordan EURACT måske kan hjælpe i en forbedringsproces. På efteruddannelsesområdet er Danmark nok blandt de allerforreste i bussen. PLO-E's mangefacetterede tilbud har jeg ikke set tilsvarende i andre lande.

EURACT udbyder en del kurser inden for uddannelsesområdet, og flere danske kolleger har deltaget i disse. Jeg vil her blot nævne, at det årlige Bled-kursus (ved Bled-søen i Slovenien) i september er åbent for tilmelding, og at det næste Leonardo 1-kur-

sus (begynderkursus) bliver på Malta i marts 2023, og her vil der også snart blive åbnet for tilmelding. Dette kursus er oplagt for danske uddannelseskoordinatorer inden for den lægelige videreuddannelse.

EURACT har i år 30-års fødselsdag, så den del blev markeret i København med fødselsdagskager og gallamiddag! Enguidet vandring i København og nogle hyggelige middage var også med til, at vi alle fik tanket op på det sociale og relationelle område, og at vi nu bedre kan arbejde virtuelt, indtil vi mødes igen til efteråret.

Video-session fra Ukraine

Det klart mest emotionelle under mødet var en times videoopkobling til vores EURACT-kollega Pavlo Kolesnyk i Uzjgorod, Ukraine. Pavlo havde på forhånd glædet sig til, at gruppen skulle komme til Kyiv og være med til at booste uddannelsen i Ukraine. Nu er verden forandret, og han forsøger med kolleger i det vestlige Ukraine at hjælpe den store mængde interne flygtninge med basal lægehjælp på trods af mangel på medicin og udstyr – og beskadiget infrastruktur inkl. en ødelagt gas- og elforsyning for få dage siden pga. granatnedslag.

Pavlo havde 10-12 flygtninge boende i sit eget hjem for tiden. Men på

trods af disse odds var han og kolleger også stadig meget aktive i deres uddannelsesopgaver med træning af studerende og kommende praktiserende læger – dels med virtuel undervisning og dels med helt praktisk supervision i det daglige kliniske arbejde. Og tilmed havde de udviklingsprojekter i støbeskeen.

Vores kollegers indsats under så svære forhold aftvinger respekt. Efter videosessionen med Pavlo måtte vi indskyde en pause, så vi alle rent følelsesmæssigt var OK igen.

En særlig tak fra Pavlo til danske EURACT-medlemmer for den økonomiske hjælp til medicin og udstyr, som de har doneret, og som er kommet godt frem via en ungarsk organisation. //

EURACT ARBEJDER FOR AT FORBEDRE UDDANNELSEN PÅ TRE NIVEAUER:

- Basic medical education (BME): studenterniveau
- Specialist training (ST): speciallægeuddannelse
- Continuous professional development (CPD): efteruddannelse



Ny kandidatuddannelse i medicin på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg

En ny kandidatuddannelse i medicin er åbnet i Esbjerg. Samtidig ser Forskningsenheden for Almen Praksis i Esbjerg dagens lys. Den bliver en satellit af forskningsenheden ved SDU.

I gennem deklader har det været tiltagende svært at få læger ud i provinsen. Siden de små lægeårsgange startede i 90'erne har læger været en mangelvare, og vi læger har i høj grad kunnet tilgode vores egne ønsker, når vi søgte slutstillinger. Dette har medført langvarige rekrutteringsproblemer i udkantsdanmark, som geografisk er vokset, helt frem til byernes dørttrin. Sagt med andre ord; Vi læger er ikke ret begejstrede for at flytte fra den by, vi har gået på universitetet i.

Fra centralt hold har man forsøgt at imødegå den provinsielle lægemangel ved en lang række strukturelle tiltag, men de har ikke virket. Man har udkommanderet lægerne til de steder, hvor der manglede folk, i turnus og KBU, og i uddannelsesstillinger til speciallæge. Trods forsikring-erne om, at den geografiske placering kun var begrundet i faglige overvejelser, er vi efterhånden en generation af læger, som har oplevet, at stillingsnumrene i høj

grad er blevet placeret ud fra andre overvejelser. Denne taktik har til dels virket rekrutterende, men langt fra nok. Afdeling-erne havde de yngre læger, så længe de var under uddannelse, men mange af dem pendlede fra universitetsbyerne eller trekantområdet, og søgte fortsat primært slutstilling-er i universitetsbyerne og trekantområdet. Det hjalp heller ikke på mobiliteten, da man for lidt over 10 år siden afskaffede lægeboligerne.

Samfundsudviklingen er gået i retning af, at de nye generationer af læger har en ægtefælle eller partner med egen karriere. Det økonomiske pres for at arbejde er mindsket, og bliver man sendt et sted hen, man ikke ønsker, kan man fortynde det med orlov, nedsat tid og barsel, og ved lønning alligevel have en stabil familieøkonomi qua sin ægtefælle. Heller ikke den forkætrede 4-års regel hjalp. I stedet for at stresse de yngre læger til at få gjort sig færdige i en fart, begyndte de at søge ud af landet, eller de accepterede blot, at de så måske aldrig blev speciallæger.

Det så ud til, at intet kunne styre de unge mennesker væk fra det sted, hvor de boede, da de oprindeligt tog deres universitetsuddannelse.



Stephanie Lose, regionsrådsformand for Region Syddanmark: "Det er en glædens dag i dag. Etableringen af Forskningsenheden for Almen Praksis er en vigtig milepæl." Foto og citat: sydvestjyssygehus.dk



Jens Sondergaard, professor, leder af Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense og i Esbjerg: "Det er vigtigt at være dér, hvor de studerende er. Så selvfølgelig skal der også være en afdeling i Esbjerg, nu hvor lægeuddannelsen kommer til Esbjerg."

Anna-Marie Bloch Munster, lagelig direktør, SVS: "Vores vigtigste mål er at sætte patienten først. Derfor er vi rigtig glade for og stolte over, at der åbnes en afdeling for Forskningsenheden for Almen Praksis i Esbjerg." Foto og citater: sydvestjyssygehus.dk

Aalborg har formået at fastholde læger

Aalborg forstod det først. Det er ikke nok at have et godt uddannelsesmiljø på hospitalerne og i almen praksis i provinsen og mulighed for at erhverve en lægepraksis gratis. Det eneste, der virker, er at uddanne dem der, hvor man gerne vil have de arbejder i fremtiden. At de år, hvor de finder ægtefæller og får børn, er de år, hvor familien slår rødder. Og det sted, de bliver eller vender tilbage til, hvis man tvangsflytter dem.

Vi andre så til med bævende hjerte, da Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg åbnede for snart mange år siden. Kunne de holde niveauet, når det nu foregik så langt væk fra de etablerede uddannelsesmiljøer? Det kunne de, og ikke nok med det: Tilfredsheden var høj, og det ser ud til, at det rent faktisk virker som fastholdelse!

Nu er det så Esbjergs tur. Siden min egen turnus i Esbjerg i 2000 har jeg været opmærksom på, at man her lagde stor vægt på uddannelsesmiljøet og lykkedes med det. For få år siden startede de i Esbjerg med at udbyde 1. del af medicinstudiet, og nu er man så klar til at færdiggøre læger. De første 30 lægestuderende starter anden del

Det eneste, der virker, er at uddanne dem [lægerne, red.] dér, hvor man gerne vil have, de arbejder i fremtiden.

De første 30 lægestuderende starter anden del af studiet i år, og der er lagt et stort arbejde i at sikre høj kvalitet af den planlagte lægeuddannelse.

af studiet i år, og der er lagt et stort arbejde i at sikre høj kvalitet af den planlagte lægeuddannelse.

Esbjerg har fokus på almen medicin

Forskningsenheden for Almen Praksis ved SDU er med i styregruppen for kandidatuddannelsen. Der er ansat nye professorer, som skal arbejde i Esbjerg, og som bakkes op af forskere og klinikere fra SDU og trekantsområdet. Nu er det underviserne, som skal pendle til universitetssatellitten i Esbjerg for at give de kommende læger en uddannelse på mindst samme niveau som i de gamle universitetsbyer.

Det bliver en uddannelse, hvor overgangen fra studieliv til lægeliv bliver endnu bedre. De nye undervisningslokaler kommer til at være centralt placeret på sygehuset, så de studerende kommer tæt på underviserne og de kliniske miljøer. De studerende får en mentor under hele uddannelsen, og de bliver tilknyttet en stamafdeling, så de fra starten er en del af afdelingernes hverdag.

Uddannelsen er selvfølgelig, ligesom alle de andre lægeuddannelser, rettet mod alle de lægelige specialer, men den er skruet sammen, så den er bedre integreret med almen praksis end sædvanligvis. De studerende skal bl.a. meget mere ud i almen praksis under uddannelsen, ligesom specialet 'almen medicin' er godt repræsenteret i uddannelsens ledelse og i alle studiets moduler.

Det var en festlig dag i Esbjerg den 10. marts til åbningen af den nye satellitenhed. Jeg deltog som repræsentant for DSAM. Men som helt almindelig praktiserende læge fra Region Syddanmark, så var det altså også godt at mærke entusiasmen fra alle dem, som har stået bag tilblivelsen af enhe-

den. Den fik en flot introduktion med taler fra bl.a. Stefanie Lose, formand for Regionsrådet i Syddanmark, Jørgen Skadborg, formand for PLO, og ikke mindst de to nye kliniske professorer Niels Kr. Kjær og Jesper Lykkegaard.

Søgningen har været stor, og initiativet er mødt positivt over en bred

kam. Jeg er ikke i tvivl om, at det bliver en succes. Måske er det et eksempel til efterlevelse - next stop Åbenrå?//



De to nye kliniske professorer
Niels Kr. Kjær og Jesper Lykkegaard.



PRACTICUS // opslag

PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i juni 2022.

Det er fondens formål at virke til fremme af alment praktiserende lægers funktion i sundhedstjenesten til gavn for folkesundheden, herunder primært ved at yde støtte til videnskabelige og forskningsmæssige opgaver i almen praksis, projekter inden for uddannelse og efteruddannelse, praksisudviklingsprojekter, sundhedspædagogiske og tilsvarende foranstaltninger.

Støtten kan gives til praktiserende læger, yngre læger under uddannelse i almen medicin, samt læger og andre med tæt tilknytning til almen praksis, herunder de almenmedicinske forskningsmiljøer i nævnte prioriterede rækkefølge. "Græsrodder" prioriteres relativt højt.

Der kan primært ydes støtte til egen løn, vikarløn og/eller kontorhold i mindre omfang. Støtten kan gives såvel i forberedelsesfasen som under gennemførelse og i skrivefasen. Oversættelse af manuskripter, deltagelse i viden-

skabelige møder, forskningsmetodologiske kurser og kongresser, hvor man fremlægger originalarbejde, støttes i begrænset omfang. Der kan ikke søges om støtte til indkøb af apparatur eller it.

Ansøgningsskema kræves og udfyldes via DSAM's hjemmeside www.dsam.dk > Forskning > PLU-fonden.

Ansøgninger udfyldes online og infoside (underskriftside) samt eventuelle underbilag fremsendes til:

PLU's sekretariat
Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø.

Ansøgningsfrist for uddeling i juni:

Onsdag den 1. juni 2022.

Nærmere oplysninger kan indhentes i PLU's sekretariat på tlf. 35 26 67 85.



Practicus møder Lise Dyhr

Hun er nysgerrig, en ukuelig pioner og en stærk stemme for samfundets mest udsatte borgere.

Inovember 2021 fik Lise Dyhr Mahlerprisen. Det skete til åbningssessionen på Lægedage i overværelse af rigtig mange kolleger og med en flot motivering fra DSAM's formand, Bolette Friederichsen, og PLO's formand, Jørgen Skadborg. Og til stående klapsalver fra salen efterfølgende.

Hun er stadig en stærk stemme, og i forbindelse med prisuddelingen sagde hun til Dagens Medicin: "Jeg sæt-

ter megen pris på den æresbevisning, det er at få Mahlerprisen, men det er jo desværre for nogle projekter, som vi ikke er lykkedes med".

Drevet af nysgerrighed

Hun kommer fra et helt almindeligt hjem i København, og hun gik på Lyngby Gymnasium, som hun beskriver som et traditionelt og konservativt gymnasium. Men der var inspiration af hente for den unge Lise: "Vi fik en ung lærer med flagrende hår, en rigtig rødstrømpe, som ovenikøbet havde barn med en christianit! Hos hende lærte eleverne at forstå andre ideologier og forstå, at verden opleves forskelligt forskellige steder fra.

Det var i gymnasietiden, at hun fik oplevelsen af at kunne være med til at gøre en forskel. Hun blev nysgerrig på, hvad man kan sammen, når man løfter i flok. Hun boede i kollektiv under studiet og gik meget op i at få fællesskabet til at fungere, leve sundt og økologisk og samtidig have det sjovt og spille musik. Hun startede på biokemistudiet på Københavns Universitet, men havde det svært med formuler. Det, som virkelig interesserede hende, var sammenhængen mellem biologi, psykologi og sociale forhold og relationen mellem mennesker. Og så skiftede hun til lægestudiet.

Ukuelig pioner

Lise kom ud fra universitetet til arbejdsløshed. Sådan var det dengang. Det skrev hun om i en artikel i Practicus i 1999, "Mens vi venter på praksis". Her funderer Lise over, at den ikke så lige vej til praksis også har givet hende mulighed for at definere, hvilken læge hun gerne vil være og tilrettelægge sin uddannelse mere frit. Hun nævner, at "vejen behøver ikke



Lise Dyhr modtog helt fortjent Mahlerprisen i 2021.
Foto: Sine Barrett-Madsen.

kun være midlet til at nå målet - mange af de ting, man ser frem til i målet, kan mødes undervejs”.

For Lise startede fortællingen om en tilværelse som praktiserende læge og seniorforsker på Københavns Universitet ved hendes egen praktiserende læge:

Som ung nybagt - og træt - mor, kom Lise til børneundersøgelse ved egen læge. ”Jeg troede, at nu skulle jeg stry-

DERFOR FIK LISE DYHR MAHLERPRISEN

Bolette Friederichsen: ”Lise har været en stærk stemme i selskabet i mange år. Hun har været forskningsmæssig aktiv, især inden for det kvalitative felt. [...] hun har bidraget med original forskning og også samlet, hvad man i det hele taget ved om personcentreret medicin. Hun har [...] vist, at patientperspektivet er afgørende at inddrage, hvis vi skal lykkes med vores indsats som læger. [...] I bestyrelsen har hun igen og igen italesat, at vi skal bygge vores virke på evidens og ikke på ønsketænkning. Samtidig har hun selv været i stand til at levere personcentreret almenmedicinsk håndværk i rigt mål til sine patienter.”

Jørgen Skadborg: ”Gennem hele sin karriere har Lise kæmpet for de mennesker, der er mest udsatte. [...] Hendes klinik lå i et belastet område med mange udsatte patienter, og hun har på den faglige, politiske og forskningsmæssige bane forsøgt at påvirke, ændre og forbedre vores tilgang og behandlingsstrategi over for disse patientgrupper. Lise har altid været bannerefører for at sætte spotlight på ulighed i sundhed og nødvendigheden af, at samfundet omprioriterer ressourcer til mere forebyggelse og behandling af de svageste patienter i almen praksis.”

Kilde: Læger.dk

ges lidt med hårene, fordi jeg var så træt og uden arbejde,” siger hun. Men sådan gik det ikke. Hendes egen læge fik hurtigt sporet Lise Dyhr ind på, at hun da kunne undersøge, hvorfor det var så svært for de praktiserende læger at hjælpe gæstearbejderne, som kom fra bl.a. Tyrkiet i de år.

Det blev startskuddet til den lange forskerkarriere, som kan aflæses af hendes publikationsliste.

Lise Dyhr fik kontakt til Københavns Universitet, til psykiater og lektor i medicinsk kvinde- og kønsforskning Birgit Petersson, til professor og praktiserende læge Gert Almind og til institutleder på Almen Medicin Poul Backer og forskningsleder Poul A. Pedersen ved Forskningsenheden for Almen Praksis. Hun fik skrevet en ansøgning til Det Sundhedsfaglige Forskningsråd med støtte fra ovennævnte, og hun fik bevilget penge til hele sit ph.d.-projekt.

Hun fortæller om projektet: ”Det var et meget spændende projekt. Jeg skulle deltage i en konsultation hos egen læge sammen med 12 forskellige kvinder med indvandrerbaggrund. Konsultationen blev optaget på bånd. Bagefter skulle jeg interviewe både kvinden og lægen om, hvad de mente, at den anden havde sagt. Og endelig skulle jeg analysere det hele bagefter. Det var nyt”. Og i modsætning til vore dages mere topstyrede ph.d.-kurser, så kunne Lise Dyhr deltage i kurser som Antropologi, Semiotik og Kommunikation. Og hun var også på en studierejse til Tyrkiet for at møde tyrkiske kvinder i hjemlandet, en rejse som i øvrigt også blev beskrevet i Practicus. Hun siger: ”Jeg havde lov til at være nysgerrig, og jeg fik opbakning fra universitetet. De forstod ikke altid mit projekt, men de var åbne for min forskning, og jeg fik bekræftet, at der ikke er noget at være bange for ved at kaste sig ud i noget ukendt”

I 1996 forsvarede Lise Dyhr sin ph.d.-afhandling med titlen ”Det al-



Lise Dyhr forsvarede sin ph.d. i 1996. Som en af de første anvendte hun interview som forskningsmetode.

mene i det anderledes. Belysning af problemer i mødet mellem praktiserende læger og tyrkiske indvandrerkvinder i Danmark set fra en klinisk synsvinkel”.

”Vi mennesker har 90 procent til fælles, når det gælder sygdom og sundhed. Det er kun de sidste 10 procent, som gør os forskellige,” siger hun.

Det var ikke kun emnet, som var nyt. Metoden var også temmelig ukendt. Hun havde nemlig anvendt interviewet som forskningsmetode. Det blev titlen på et kapitel i en lærebog fra 1996 om humanistisk sundhedsforskning, som hun bidrog til. Det er ikke forkert at kalde Lise Dyhr en pioner inden for kvalitativ forskningsmetode. ”I dag bruger vi jo den kvalitative forskningsmetode hele tiden, men dengang var det helt nyt og meget anderledes,” siger hun.

Vedholdende indsats

Lise købte sig ind i sin praksis i Brøndby Strand i start 00'erne. De var to kompagnoner og en sekretær til at starte med, senere kom uddannelseslæger og sygeplejerske til. Der var mange patienter med indvandrerbaggrund. Nogle var traumatiserede. ”Det var med til at gøre mig til en virkelig dygtig læge meget hurtigt - for der var mange og også sjældne sygdomme, som jeg skulle holde mig fagligt op-

dateret om, så jeg blev udfordret hele tiden, og det kunne jeg godt li", siger hun og fortsætter: "Jeg har altid set mig selv som både familielæge og landsbylæge. Der var mange familier, som blev boende i området i generationer. Jeg skulle i høj grad være med til at skabe tillid, fordi mange af dem jo ikke talte dansk og heller ikke var vant til at tale med lægen."

Men det gav en enorm tilfredshed i arbejdet og rig mulighed for at oparbejde en tæt relation til patienterne. Det var helt afgørende. "Når man skal behandle, diagnosticere og lindre sygdomme med afsæt i den danske kultur og bio-psyko-sociale sygdomsforståelse, så kræver det tillid: Hvis jeg skulle hjælpe dem, så skulle de jo have tillid til, at jeg kunne. Det kunne godt tage lang tid, nogle gange år," siger hun.

Det må ikke blive historieløst

Det organisatoriske arbejde har betydet meget for hende. Hun har deltaget i adskillige lokale udvalg og arbejdsgrupper, været formand for lægelaug og kvalitetskonsulent.

Hun fremhæver "Vestegnsprojektet" fra 2007 til 2010. Det var finansieret af en pulje penge fra Sundhedsministeriet, og formålet var at forbedre sammenhængen i behandlingen for patienter med diabetes og KOL. Der var også deltagere fra hospitalerne, kommunerne og socialpsykiatrien. Det gav rigtig god energi. "Vi kom til at kende hinanden godt, vi forstod hinandens perspektiv, og vi kunne ringe direkte til hinanden for at få løst konkrete problemer for patienterne. Det var rigtig, rigtig godt," siger Lise.

Men desværre slap pengene op, og så sluttede projektet. Og så opstod det igen i en noget anden form, nemlig som forløbsbeskrivelser, som rummer et problem: Hvis patienten ikke passer ind i forløbsbeskrivelsen, så kan den også bruges til at holde folk væk.

Det er en af de kedelige tendenser, som hun ser i nutidens sundhedsvæ-

sen: Sundhedsvæsenet er projektdrevet, og når pengene slipper op, så lukker projektet. Eller man videreudvikler det, og det standardiserede resultatet passer ikke længere på de oprindelige problemstillinger. "Det bliver historieløst", siger Lise og fortsætter: "Der står mange rapporter rundt omkring, men de bliver ikke brugt. Vi skal selvfølgelig tage de erfaringer med os, som vi har samlet op, for der ligger en masse evidens, som vi skal bruge".

Nærhed og kontinuitet

Sundhedsvæsenet bliver mindre og mindre patientvenligt, mener hun: "Det er ikke lægearbejdet, som er det sværeste. Når jeg henviser en indvandrer kvinde til gynækolog, skal vi i klinikken måske bruge lige så meget tid på lægeopgaven som på logistikken. Det nytter jo ikke, at hun ikke kan finde derhen". Hun ser med bekymring på de mange systemer i det sammenhængende sundhedsvæsen: "Hvis man kan navigere i det, fungerer det måske. Men der er ikke rigtig nogen, som tager ansvar for dem, der har svært ved det. Ud over måske den praktiserende læge, hvis der er en," siger hun.

Og så er vi tilbage ved Mahlerprisen. Der er fortsat ulighed i sundhed i Danmark, og lægerne er færrest der, hvor behovet er størst: "Vi ved, at de mest socialt udsatte grupper lever ca. 10 år kortere end alle andre. Vi ved, at nærhed og kontinuitet på bl.a. lægesiden kan være med til at gøre en forskel." Den evidens håber Lise Dyhr at se omsat til flere læger til de mest udsatte borgere i fremtiden.

Lige nu har vi krig i Europa, og der kommer flygtninge til landet. Det er godt at se de mange initiativer, som er i gang for at hjælpe dem, så godt vi kan. Hun håber, at vi alle vil huske, at der ikke er forskel på dem og andre udsatte. Mennesker er mennesker. Og de har brug for en fast læge, uanset hvor de kommer fra. //

FAKTA OM MAHLERPRISEN

Mahlerprisen er de praktiserende lægers ærespris, som uddeles af DSAM og PLO. Mahlerprisen er opkaldt efter Dr. Halfdan Mahler, der var generalsekretær for WHO i 1973-88. Prisen tildeles hvert år en praktiserende læge, der har ydet en særlig indsats for at fremme praksissektorens deltagelse i enten det forebyggende arbejde i Danmark, inden for kvalitetsudvikling eller inden for undervisning, som profilerer almen praksis. Med prisen følger 35.000 kr.

Kilde: Læger.dk



FYAM-KLUMMEN

Speciale-rangliste

Practicus har lanceret FYAM-klummen. En ung almenmediciner vil i hvert nummer af Practicus skrive en klumme om et valgfrit tema. Kunne du tænke dig at blive FYAM-klummeskribent, så skriv til jonasebert@dsam.dk

Hvilken fortælling om almen medicin er det, man møder som ung læge, når man har sin dagligdag på sygehusene? Hvordan vægtes det bredde mod ekspertise på snævre områder? Og har praktiserende læger et ansvar for, hvordan der bliver talt om specialet almen medicin?

Lægers syn på almen medicin

En gang hvert halve år arrangerer jeg et introduktionsmøde med unge læger, som har valgt en uddannelsesstilling i almen medicin i Sydvestjylland. Efter at have præsenteret os selv plejer vi at tage en runde, hvor vi fortæller, hvorfor vi søgte stillingen. Der kommer altid mange gode overvejelser frem, og jeg tænker for det meste: "Ja, det kunne jeg også have sagt". Jeg er ofte i tvivl om, hvad jeg skal fremhæve – og jeg tror ikke, det er lykkedes mig at sige det samme to gange endnu. Det var et par dage efter et sådant opløftende møde, at jeg inde på sygehuset mødte en overlæge i medicinsk gastroenterologi, der sagde: "Nå, Christian, hvor er du henne nu? Ja, det er jo også

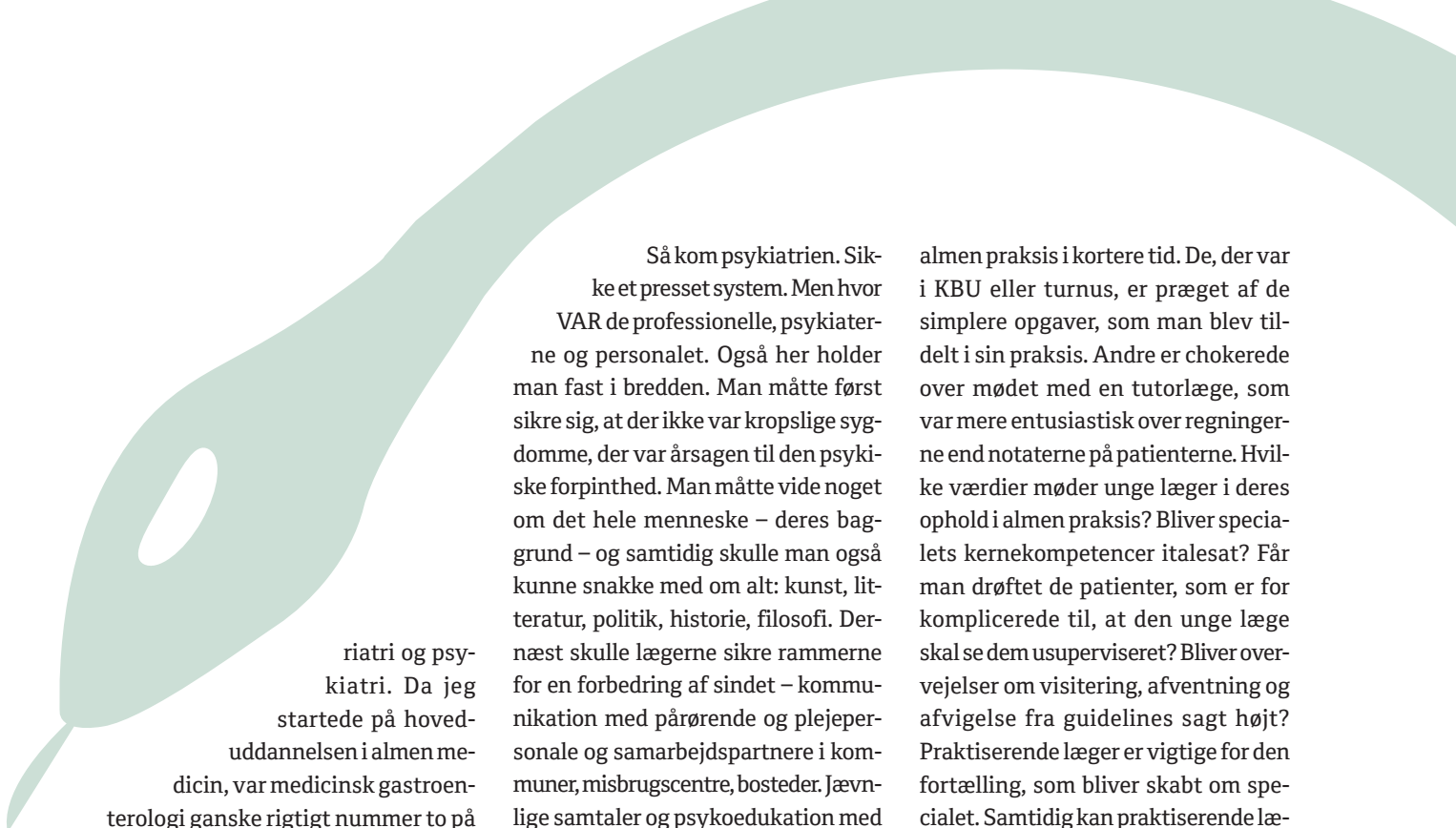
okay at blive almenmediciner, når du nu ikke kunne blive gastroenterolog".

Regioner, PLO, borgere i lægedækningstruede områder - alle ønsker vi fortsat at have dygtige praktiserende læger i hele landet. På trods af ønsket og en masse initiativer står både praksisser og uddannelsesstillinger tomme hen. "Jeg kunne godt lide arbejdstiderne, men det med at sidde og lytte til alle de småproblemer dag ud og dag ind – det kan jeg bare ikke gennem længere tid", sagde en børnelæge til mig forleden dag.

Synes læger uden for almen praksis, at opgaverne i almen praksis er for trivielle, for ensartede? Eller tror de, at almen medicin er andetvalget, når man ikke kan blive sygehusspecialist? Hvor kommer de opfattelser fra?

Den snigende glæde ved det brede
Vi deler rekrutteringsskæbne med ge-





riatri og psykiatri. Da jeg startede på hoveduddannelsen i almen medicin, var medicinsk gastroenterologi ganske rigtigt nummer to på min liste over specialer. Efter nu samlet fem år på sygehusafdelinger er der rykket gevaldigt rundt i min rangliste over, hvilke specialer jeg bedst kan lide. Jeg har desværre aldrig været på en regelret geriatriisk afdeling, men over årene har jeg haft daglig gang på fem internmedicinske afdelinger og stuegang på ortopædkirurgisk afdeling, og glæden ved at bruge min brede viden og erfaring er vokset med tiden. Det er en glæde, som er kommet snigende - langsomt. Ikke som når man har en patient, der er henvist med en specifik problemstilling, hvor man ved hjælp af opslag og konferering på kort tid kan opnå en mestringsfølelse - en umiddelbar tilfredsstillelse, hvor man inden for et snævert felt hurtigt bliver 'en som ved mere end de andre'. På sengeafdelingerne var der omvendt en masse bred geriatri og masser af behov for nogle, som brændte for det. Ligesom i praksis blev 'det brede' vægtet højt. Det kunne svare sig at kunne samarbejde, uddelegere og kommunikere. Og lige som i praksis kom anerkendelsen fra patienten, samarbejdspartnere og plejepersonale. Kunne jeg have lyst til at blive geriater? Ja - ny nummer to.

Så kom psykiatrien. Sikke et presset system. Men hvor VAR de professionelle, psykiatere og personalet. Også her holder man fast i bredden. Man måtte først sikre sig, at der ikke var kropslige sygdomme, der var årsagen til den psykiske forpinthed. Man måtte vide noget om det hele menneske - deres baggrund - og samtidig skulle man også kunne snakke med om alt: kunst, litteratur, politik, historie, filosofi. Dernæst skulle lægerne sikre rammerne for en forbedring af sinde - kommunikation med pårørende og plejepersonale og samarbejdspartnere i kommuner, misbrugscentre, bosteder. Jævnlig samtaler og psykoedukation med patienter og håndtering af kritisk opkørte situationer - om nødvendigt med lægemidler og som sidste udvej involvering af tvang, politi og patientrådgivere. Masser af relevante lægeopgaver. Samtidig et speciale, hvor man har dybdegående viden om sygdomme, som ingen forstår, og som får patienterne til at gemme sig væk og bekende til at forsvinde. Vi ser underholdende film og serier om psykisk syge. Vi hører radioprogrammer. Vi italesætter det livsbekræftende ved, at vi alle er forskellige, vi er alle afvigere og alligevel... Psykiatrien anno 2022 er stadig historien om tabu, skyld, skam og mennesker, som i manges øjne er på bunden af vores samfund. Hvis man vil behandle de mest syge - så vælg psykiatrien. Og lad være med at tro, at patienterne ikke bliver bedre. Det tager bare tid og kræver gode rammer og dygtige læger, psykologer og personale. Ny nummer to.

Fortællingen om almen medicin

Alle har en holdning til almen medicin. Speciallæger på sygehusene taler om patienter, der blev henvist for sent, for upræcist, for hurtigt eller bare for mange. Nogle har arbejdet i

almen praksis i kortere tid. De, der var i KBU eller turnus, er præget af de simple opgaver, som man blev til-delt i sin praksis. Andre er chokerede over mødet med en tutorlæge, som var mere entusiastisk over regningerne end notaterne på patienterne. Hvilke værdier møder unge læger i deres ophold i almen praksis? Bliver special-ets kernekompetencer italesat? Får man drøftet de patienter, som er for komplicerede til, at den unge læge skal se dem usuperviseret? Bliver overvejelser om visitering, afventning og afvigelse fra guidelines sagt højt? Praktiserende læger er vigtige for den fortælling, som bliver skabt om special-let. Samtidig kan praktiserende læger måske også være med til at italesætte værdien ved bredden og hjælpe de andre rekrutteringstruede brede specialer.

Jeg har lyst til at fortælle mine sygehuskollegaer om almen medicin. Om tilfredsstillelsen ved arbejdet, om udfordringerne, om patienterne. Jeg har lyst til at sige til gastroenterologen, til børnelægen, at de tager fejl, at man kun bliver gladere for almen medicin, at der er så mange opgaver, som man får øjnene op for. Hvis jeg bare let kunne forklare det, men det kan jeg ikke, fordi almen medicin begrænses ikke. Vi flytter os med patienterne og går med dem derhen, hvor de fortæller os, de er. Den ene dag kan man opnå mestringsfølelse, fordi man genkender problematikker, hvor man tidligere har haft succeser. Dagen efter kommer der så patienter med problemstillinger, man aldrig har hørt om før. Men vi forsøger også at forstå vores patienter, når de ikke passer ind i klassiske 'kasser'. Vi opgiver ikke vores patienter.

Hvorfor har jeg behov for, at almen medicin bliver anerkendt og forstået? Det vigtige er jo, at jeg selv ved det: Almen medicin er fortsat nummer et. //



FYAM's nye SoMe-gruppe

FYAM stiller skarpt på de sociale medier

Det står som et centralt mål, at vi vil gøre FYAM mere tilgængeligt og mere gennemsigtigt for dig. Med andre ord: Vi vil have dig med i vores fællesskab. Derfor har vi i marts måned oprettet en helt ny SoMe-arbejdsgruppe (social media) under FYAM. Kernen i sociale medier er, at der skal deles relevant information med alle, der ønsker at deltage i fællesskabet. Netop det, at alle, der har lyst, kan blive en del af fællesskabet, er en grundværdi for FYAM.

En indgang til FYAM

SoMe-gruppen vil levere en masse spændende information om de mange tilbud, vi har i FYAM, men vigtigst af alt vil vi dyrke fællesskabet og de gode historier. Dette kommer også til udtryk ved, at arbejdsgruppen er åben for alle medlemmer, der kunne tænke sig at bidrage med lidt arbejde og få et indblik i maskinrummet. Vores vision er, at SoMe-gruppen skal gøre det mere tilgængeligt at blive en del af FYAM – hvad enten det er som almindeligt medlem, som en del af en arbejdsgruppe eller for dig, der ønsker at stille op til de officielle poster i FYAM.

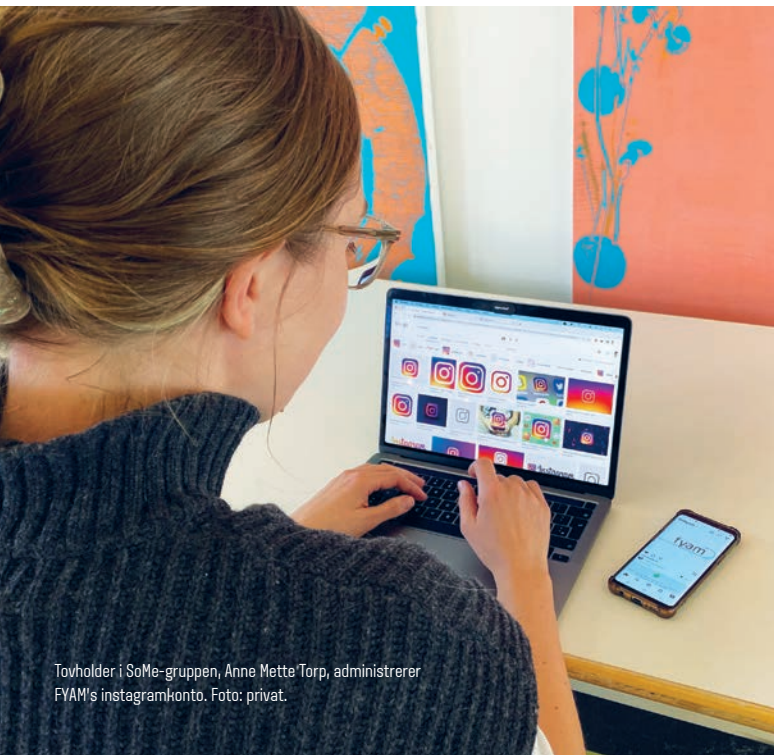
Stærk Facebook-gruppe – nu også på Instagram!

FYAM er allerede til stede på Facebook, hvor gruppen "Forum for Yngre Almen Medicinere" har hele 1.300 medlemmer. Ydermere findes regionale FYAM-Facebookgrupper, hvor lokale tilbud regelmæssigt lanceres. Vores fornemmelse er, at der er stor forskel på, hvor meget vores medlemmer benytter Facebook i dag, og nogle foretrækker informationsdeling på andre medier. Derfor har vi den 1. april oprettet en Instagram-profil med navnet @fyam.dk. Scan blot QR-koden her i artiklen eller fremsøg @fyam.dk på Instagram, så bliver du opdateret med den nyeste information fra FYAM.

Stærk arbejdsgruppe og mange idéer på tegnebrættet

SoMe-gruppen består i dag af fem aktive medlemmer, hvoraf Anne Mette Torp er tovholder. Med sine mange års erfaring i FYAM og som den nuværende danske repræsentant for Nordic Young General Practitioners er hun tovholder og har det store overblik i gruppen.

Instagram giver os en helt ny mulighed for at vise det gode fællesskab i FYAM med billedmateriale og korte kon-



Tovholder i SoMe-gruppen, Anna Mette Torp, administrerer FYAM's instagramkonto. Foto: privat.



krete tekster. Derudover vil vi prøve at give et indblik i flere dele af den almenmedicinske verden, f.eks. forskningsenhederne med "take overs". Vi har også planer om at give nyt liv til tidligere kampanjer som "rp. supervision", lave konkurrencer og dele stories fra de store arrangementer som Folkemødet, WONCA, Nordisk kongres og DSAM's årsmøde. Med alle disse idéer er der altid arbejde, hvis du har lyst til at bidrage.

Nyt materiale OM FYAM på trapperne

Som en del af arbejdet skal arbejdsgruppen udarbejde materiale, der lettere kan give et indblik i, hvad FYAM er, hvordan det er bygget op, hvad man laver i f.eks. Forskningsudvalget, Kvalitetsudvalget og Videreuddannelsesudvalget, og ikke mindst hvordan man kan blive aktiv i FYAM. Det er et større projekt, som kommer til at kræve professionel hjælp til videomateriale og ny grafik. Vi håber at give alle en bedre forståelse af, hvad FYAM er som et stående udvalg under DSAM. Så glæd dig til at blive klogere på FYAM og til at blive en større del af fællesskabet.

Vil du bidrage?

Har du gode idéer til SoMe-gruppen? Eller kunne du tænke dig at give en hånd med og få endnu mere indblik i FYAM? Så kontakt Thomas Purup (formand for FYAM) eller Anne Mette Torp (tovholder for SoMe-gruppen).

Vi ses på Instagram og Facebook – og selvfølgelig ved vores mange FYAM-aktiviteter! //

LÆGETALENT SØGES

Hvem er
din
kandidat?

Almen praksis er spækket med talentfulde ildsjæle, der brænder for deres felt.

I DSAM ønsker vi at hylde engagement og dygtighed, og vi uddeler derfor hvert år en Talentpris til en praktiserende læge eller uddannelseslæge, som har ydet en særlig bemærkelsesværdig og ekstraordinær indsats. Det kan f.eks. være én, som arbejder målrettet for at løse en problemstilling, vi alle kan genkende, som sætter fokus på særlige faglige udfordringer, eller som utrætteligt arbejder for at skabe bedre vilkår og rammer for patienterne.

Har du en kollega, som du mener, har gjort det ekstra godt og fortjener den ærefulde pris?

Så send en mail til dsam@dsam.dk med navnet på din kandidat, og hvorfor vedkommende fortjener at vinde prisen.

Deadline den 14. august 2022. //



Tidligere formand for DSAM Anders Beich overrækker Talentprisen 2021 til Helle Ibsen.
Foto: Sine Barrett-Madsen.



Skamfølelsen er elefanten i konsultationsrummet

Skam er en følelse så stor og forstyrrende, at vi ikke ser den, selvom vi hele tiden støder ind i den.

Hvad er skam?

Skam er en moralsk følelse, som er afhængig af kultur og dermed, hvad der opfattes som rigtigt og forkert. Glæde, tristhed, frygt, overraskelse, afsky og vrede er vores grundfølelser. Skam er altså ikke en grundfølelse, men det er afsky, som i virkeligheden er det, vi frygter, når vi føler skam. For at føle skam skal vi vurdere, at en given situation har noget at gøre med os selv. Desuden skal vi føle, at vi ikke lever op til vores idealer og værdier. Skam er således afhængig af en indre fordømmelse. Vi har ikke lyst til at vise skammen frem, fordi vi er bange for at blive dømt ude.

Skyld og skam

Skyld omhandler det at have gjort noget forkert, mens skam handler om at føle sig forkert. Skyld handler således om "gøren", og skam handler om "væren". Fælles for begge følelser er dog, at man vurderer og dømmer sig selv. For at nedbryde skyldfølelsen skal der tages ansvar, og der kan siges und-

skyld, da skyld er rettet mod den udførte handling.

Sygdomsskam

Sygdom er for mange et tabubelagt emne og kan derfor være skamfuldt at tale om. Skyld og skam er oversette, men ofte meget dominerende følelser i et sygdomsforløb. Det er i vores samfund næsten en moralsk forpligtelse at være sund og rask. Sociale medier og den perfektionskultur, der hersker mange steder, kan være en medvirkende faktor i forhold til at skamme sig over sygdom. En livsstil, der øger sandsynligheden for sygdom, vil således opfattes som manglende ansvarlighed for sundhed. Sygdom er komplekst og kan ramme tilfældigt, men det kan få vores patienter til at føle sig forkerte og utilstrækkelige. Patienterne kan opleve, at deres værdi på arbejdsmarkedet eller på familie- og vennefronten forringes. En følelse af ikke at være god nok eller at være værdiløs udløser ofte skam.

Bryd tavsheden!

Skamfølelsen i forbindelse med sygdom kan få patienterne til at tilbage-

holde information eller helt undgå sundhedsvæsenet, og dermed kan skam stå i vejen for korrekt diagnosticering og behandling. Vi kan desværre ikke uden videre fjerne sygdomsskammen, men det kan hjælpe at tale om den og forstå, at sygdom og skam ofte går hånd i hånd. //





TANKER FRA STOLEN:

Code henvisninger kræver robusthed

Primærsektorens samspil med det øvrige sundhedsvæsen er i centrum for sundhedsreformen. Der er nedsat en "robusthedskommission", der med udgangspunkt i stigningen i hospitalshenvisningerne skal styrke vores evne til fortsat at afslutte 90 procent af kontakterne og sende ti procent videre. Ja, det ville være godt, hvis henvisningsprocenten kunne skæres ned til f.eks. syv, har bl.a. professor i sundhedsøkonomi Jakob Kjellberg udtalt for nylig.

Men et faldende antal henvisninger fra almen praksis kan også give anledning til myndighedernes bekymring. Således vakte det postyr, at der i starten af coronaepidemien var færre henvisninger til diagnostiske pakkeforløb, og der var stor lettelse hos sundhedsminister Magnus Heunicke, da antallet blev indhentet i slutningen af året.

Så hvordan finder vi balancen?

Hvordan lever vi op til samfundets og den enkelte patients forventning om at henvise de rigtige og på det rigtige tidspunkt? Uspecifikke symptomer, der kan tilskrives en kræftsygdom, skal opspores i tide. Men samtidig skal vi forklare de mange, der kommer med uspecifikke klager fra krop og sjæl, at henvisning til hospitalsspecialer som reumatologi, psykiatri, radiologi og neurologi skal begrænses til dem, der passer med forløbsbeskrivelserne. Ellers bliver de afvist.

Begge opgaver kan være udfordrende, og vi må hver især finde en vej uden at blive nedslidte eller udbrændte. Nogle trives med lange konsultationer, hvor man kommer i bund med patientens mange klager og lægger planer for det hele. Men de patienter oplever ofte problemer med tilgængelighed og lange ventetider. Andre insisterer på at tilbyde tid samme dag og/eller ti minutters tider, der fokuse-

rer på det væsentlige i dag – og resten i næste uge. Det kan så være en udfordring for patienter, der har svært ved at komme hyppigt i klinikken pga. job eller afstand.

De fleste prøver nok at finde en balance, der tager hensyn til patienternes individuelle behov med udgangspunkt i pejlemærkerne. Personligt finder jeg min robusthed i, at jeg har autonomi til selv at tilrettelægge min hverdag – med ansvarlighed for såvel den enkelte, der søger min hjælp, som for det samfund, der har begrænsede ressourcer. Jeg håber, at robusthedskommissionen vil anbefale ressourcer afsat, så også kommende generationer af praktiserende læger kan finde deres balance. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



Når sundhedsskoen ikke passer

Om ulighed i sundhed

Berit Enggaard Kaae er sololæge på Vesterbro. Hun underviser kommende kolleger på Københavns Universitet og er kursusarrangør for både læger og personale i praksis. Berit er en erfarne debattør af emner, som vedrører almen praksis, og så er hun videnskabelig redaktør på Ugeskrift for Læger og Danish Medical Journal.



Her er en historie om en patient i min klinik. Vi kan kalde ham Svend. Svend bor på et botilbud for udviklingshæmmede.

Han er retarderet og bliver let skræmt, men han har en god og tryk hverdag med venner, kæreste og arbejde på et beskyttet værksted. For knap et år siden begyndte han at bløde analt. Efter talrige indlæggelser og halvhjertede forsøg på behandling fra sygehusets side, som oftest udmundede i, at patienten ikke kunne behandles, fordi han var urolig og ikke forstod, hvad der foregik, og ikke kunne give samtykke, fordi personalet fra bostedet ikke lige var til stede, er han nu uheldigvis syg af rectumcancer med en pinefuld tumor, der delvist prolaberer. Selv en aflastende stomi kniber det med at få lavet.

Det er en sørgelig historie, men desværre er den ikke unik. Sundhedsskoen passer ikke til alle fødder. De fødder, der har mest brug for sko, må have hakket hæl og kappet tær for at passe ned i sko. Og når dette ikke umiddelbart lader sig gøre, så må de, der ofte er mest trængende, gå uden sko. For differentierede sundhedssko findes sjældent på lager.

Megen diskussion er foregået frem og tilbage om, hvorvidt vi

skal være populationslæger, tage os (måske) uopfordret af flokken eller være indvidoriente læger. I OK22 er visse elementer klart populationsorienterede, og ét af disse nye tiltag er "Sundhedstjek til borgere på botilbud" (ydelse 0123). Praktiserende læger giver et sundhedstjek til beboere på botilbud hvert andet år – dog hvert år, hvis en patient f.eks. er ældre eller har mange sygdomme. Sundhedstjekket indebærer bl.a. overblik over diagnoser/behandling, ajourføring af FMK, somatisk undersøgelse og plan for videre behandling med inddragelse af relevante parter. Sundhedstjek tilbydes til personer på 18 år og derover, der opholder sig på botilbud på grund af betydelig nedsat fysisk og/eller psykisk funktionsevne eller særlige sociale problemer.

Diskussionerne går også på, om tiltagene er validerede, om vi har tid nok, om ikke vi skal skåne de fortravlede praktiserende læger for mere arbejde osv. Det er alt sammen valide argumenter.

Men overfor dette står patienterne. I dette tilfælde patienter som Svend. Og noget halter: En nylig rapport fra Statens Institut for Folkesundhed viser for eksempel, at kun omkring 25 procent af kvinder med enten demens, udviklingshandicap eller skizofreni bliver screenet for brystkræft som anbe-



falet, mens det til sammenligning gælder 62 procent af kvinder uden disse funktionsnedsættelser. For kvinder med mobilitetsnedsættelse, synsnedsættelse, borderline personlighedsforstyrrelse, depression eller angst er det kun mellem 31 og 44 procent, der bliver screenet som anbefalet.

Samtidig er mellem hver fjerde og hver anden kvinde med de pågældende funktionsnedsættelser aldrig blevet screenet for brystkræft, mens det gælder cirka hver ottende kvinde uden funktionsnedsættelse

For mennesker med kognitive og psykiske handicap handler det ofte om, at de har brug for hjælp til at bestille tid og komme afsted til en screening. For andre kan det være manglende adgang til det rigtige udstyr. For eksempel er nogle screeningsapparater utilgængelige for kørestolsbrugere, og der kan mangle lifte på klinikker. Har man nedsat syn eller læsevanskeligheder, kan det være svært at få de rette informationer om screeningstilbuddet. Ofte er det måske også fordi både bosteder, pårørende og ikke mindst sundhedsvæsenet opgiver. Det er for besværligt. Og hvad nytte gør det? Det er nemmere at sætte sundhedsskoen på fødder, der passer.

Det er naturligvis ikke den praktiserende læges ansvar, at screeningerne sker. Men vi kan medvirke til at knytte patienter med udviklingshandicaps tættere på sundhedsvæsenet og minde pårørende, bosteder og patienterne om vigtigheden af screeninger.

En anden rapport har for nylig undersøgt overdødeligheden blandt personer med udviklingshandicap. En ko-

horte bestående af knap 80.000 personer med udviklingshandicap er blevet sammenlignet med en referencepopulation. Dødeligheden blandt personer med udviklingshandicap er markant højere end for referencepopulationen, og overdødeligheden er generelt lidt større for kvinder end for mænd. I 2020 er forskellen i middellevetid 19,2 år og 18,0 år for 0-årige drenge og piger og 15,3 år og 15,0 år for 20-årige mænd og kvinder.

Jo sværere grad af handicap, desto lavere middellevetid. Det forekommer logisk, men personer med udviklingshandicap har forøget dødelighed for alle dødsårsager. Det gælder både for naturlige og ikke-naturlige dødsårsager. De hyppigste dødsårsager er sygdom i kredsløbsorganer og kræft, som i resten af befolkningen, men tillige sygdom i åndedrætsorganer (f.eks. pneumoni pga. fejlsynkning og influenza) og sygdom i nervesystem (f.eks. epilepsi).

Spørgsmålet er, om disse årsager er forebyggelige. Det ved vi ikke helt. Men uopdaget diabetes, KOL, hypertension og vitaminmangel kan behandles, og de deraf afledte dødsfald vil derfor være delvist forebyggelige. Fuldkommen som det gælder for resten af befolkningen. En nihilistisk tilgang ville være, at det ikke nytter noget. Der er overdødelighed pga. de svære handicaps, og det er muligvis uafvendeligt. Men når man kigger på middellevetiden for både mænd og kvinder med udviklingshandicap og ser en stigende middellevetid fra meget lav middellevetid under 40 år i 1976-1978 og langsomt stigende gennem perioden, så middellevetiden er omtrent 60 år for mænd og

60-63 år for kvinder efter 2010. Ja, så ser det jo klart ud til, at der er noget at gøre. Kurven er ikke flad, og ved en indsats på alle fronter kan disse udsatte borgere levetid og formentlig også livskvalitet qua bedre helbred forbedres. Og vi, i almen praksis, har en vigtig rolle at spille.

Men Svend dør snart, og måske var det dødsfald unødvendigt. Hvis han havde fået et lidt mere håndholdt tilbud og ikke bare var sendt hjem fra sygehuset gang på gang, fordi han var urolig og forvirret, kunne hans kræft måske være helbredt.

Vi må indrette vores sundhedsvæsen, så sundhedsskoen passer lidt flere. Hvis vi virkelig vil bekæmpe ulighed i sundhed, må vi øge indsatsen over for dem, der har mest brug for hjælp. Det må være slut med skåltaler og i stedet være tid til at komme i gang. Og det kan vi bl.a. gøre ved at lave sundhedstjek. //

Interview med Bolette Friderichsen



I Practicus podcast #82 besøger FYAM-redaktør Jonas Fynboe Ebert DSAM-formand Bolette Friderichsen i Hobro. Interviewet foregår i Bolettes konsultationsrum hos "Familielægerne", hvor det store billede af Alexei Svetlov hænger på væggen.

Man får et lille indblik i den til tider hektiske hverdag som DSAM-formand og praktiserende læge. Samtalen falder blandt andet på Bolettes ambitioner for sit formandskab og på, hvorfor hun valgte at blive praktiserende læge frem for alternativ behandler.

Podcasten kan høres på de fleste podcast-platforme (iTunes, Google Play, Spotify etc.). Hvis du kan lide, hvad du hører, må du gerne dele podcasten med din kolleger og skrive en anmeldelse. //



Billedet fra 2017 af Alexei Svetlov hænger på væggen i Bolettes konsultationsrum og skaber inspiration i hverdagen.

