

Practicus

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



Juni 2023
46. årgang // 265

FOKUS PÅ **DSAM & FYAM** ÅRSMØDE OG VALG 2023

Ny identitet for DSAM[.dk], side 6

3x3: En historie om historier, side 38

FYAM-kampagne: Speciallæge i ledelse, side 44

INDHOLD

LEDER

- 3 Vi giver mest til dem, som har størst behov

DSAM

- 4 Hvorfor sidder jeg egentlig i DSAM's bestyrelse?
6 Ny identitet for DSAM(.dk)
8 FAQ om valget
10 Gør det overhovedet nogen forskel?

ARTIKLER

- 16 Hvem er det, der tramper på min bro?
19 Uddelegering - hvor går grænsen?
22 Artrose i knæet: Kan ikke-kirurgisk behandling forebygge ...?
26 Hjertebeskyttende antidiabetika ...
28 Tilbagefald af kræft: Hvilken rolle har prakt. læger?
30 Stil skarpt på kvalitetsprojekter i DIN praksis
32 Kan brobygning til lokalsamfundet hjælpe prakt. læger?
35 Velkommen ombord: Kliniknær forskning og uddannelse
38 3x3: En historie om historier

FYAM

- 41 Mød dit FYAM-udvalg
44 Speciallæge i ledelse
45 Et nordisk samarbejde mellem yngre almenmedicinere
46 Fra patientens perspektiv

// s. 50

SAMS

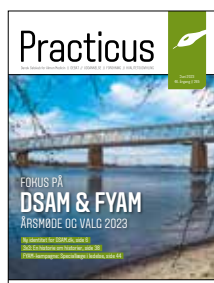
- 48 Få et kig ind i jobbet som
praksisassistent

DEBAT

- 50 Kære kommission - er der plads til
kerneverdierne?
51 Den plastiske praksis

OPSLAG

- 5 PLU-fonden, ansøgningsfrist
8 Indkaldelse til repræsentantskabsmøde
12 DSAM's årsmøde 6. oktober 2023
29 Honorering af dataindsamling, ansøgningsfrist
49 Vil du være vores nye klummeskribent?
52 Deltag i konference om overdiagnostik



**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. 266
Frist for artikler: 28. juli 2023
Udgivelsesuge: 38

Nr. 267
Frist for artikler: 4. september 2023
Udgivelsesuge: 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
Colourbox.dk

OPLAG
4.850

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

Vi giver mest til dem, som har størst behov

Det er svært at være uenig. Eller er det?
For hvem er det egentlig, som har størst behov? Hvem er det, vi skal gøre en ekstra indsats for?

Morten Sodemann har givet et simpelt og samtidig kompliceret svar: "Sårbar? Det kan du selv være." Alle kan blive sårbare. Og for nogle opleves det som en så alvorlig belastning, at selve livet kommer i spil.

Jeg arbejder i Danmarks næststørste by – med Danmarks yngste befolkning – lige midt i centrum. Det er her, hvor de privilegerede mennesker bor: dem med de store huse og det store overskud. Det er her, hvor dem med den endeløse række af selvpåførte og selvopfundne plager befinder sig. De smukke unge mennesker, som ikke behøver en læge (så meget). Som kan klare sig selv. Som nødtigt skulle pippe om, at noget er galt. Og som risikerer at få en over nakken, hvis de så alligevel stikker næbbet frem: De skal ikke klage! For alle ved, at de rigtige problemer og plager befinder sig langt uden for byen. For eksempel i Udkantsdanmark.

Debatten om, hvem der har det største behov, har taget en forkert drejning, synes jeg. Væk fra kernen. Vi er læger. Vi arbejder med mennesker. Der, hvor de bor. Der, hvor vi selv bor. Vi har uvisiteret adgang. Mennesker kontakter os med de problemer, de har. Vi kan ikke stille os i døren og sige: "Gå igen. Dit problem er ikke et rigtigt problem". Er der overhovedet problemer, som ikke er rigtige – for den, der har dem?

Inde midt i centrum af min by bor nogle af landets fattigste og mest udsatte borgere. Uden netværk eller med

meget få og ustabile relationer. De er for nylig flyttet væk fra deres base i Udkantsdanmark. Det er en overset gruppe, som på papiret er ressourcestærke, men som de facto ikke er det.

Det er de studerende, jeg taler om. Unge under uddannelse.

Nogle af dem bliver syge. Og det er ikke den indbildte syge: De får angst, depression. De laver selvskade. Nogle af dem begår selvmord eller prøver på det. Det er ikke en sjældenhed, at de skal indlægges akut på psykiatrisk modtagelse. De unge har også brug for en læge. Der er mange unge med psykisk sygdom samlet på få kvadratkilometer i min by og i landets andre store byer.

Når vi som faggruppe og professionelle taler om, at vi vil give mest til dem med størst behov. Så bør det vel gælde dem, der søger os? Også de unge. Og også de psykisk syge unge. Eller hvad? //



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



BESTYRELSENS KLUMME:

Hvorfor sidder jeg egentlig i DSAM's bestyrelse?

I grunden er jeg bare en ganske almindelig praktiserende læge fra Nordjylland. Jeg har i mange år mest bare passet mit kliniske arbejde i egen klinik, taget lægevagter med mere.

De fleste af os med et par år på bagmækken husker stadig 2013 og det postyr, der var omkring konflikt/ikke konflikt, og de mange tanker, der blev vendt hos de fleste af os. Der var sorte skyer over almen praksis det år!

Det var med dette i baghovedet, at jeg i eftersommeren 2013 tog med på Nordisk Kongres i Almen Praksis i Tampere, Finland. Det er altid godt at netværke til disse kongresser. Der var jeg så heldig at møde en flok praktiserende læger, som var ved at undersøge mulighederne for at bruge ultralyd i almen praksis. Det kunne jeg ikke sige nej til at være med til.

Efter kongressen var der i Nordjylland en gruppe entusiastiske læger, der satte sig for at undersøge det nærmere: Hvilket ultralydsudstyr var på markedet? Hvilken undervisning fandtes der? Og hvad var der af forskning på området? Det var der ikke meget af i starten! Men hvis der ikke er noget, så må man jo selv på banen! Jeg gik i gang med et forskningsprojekt

for at undersøge, hvad vores nabolande gjorde. Det var der stor forskel på. Jeg fik lavet en lille artikel om emnet, som blev en af de første på området.

Ultralydsgruppen, som var en interessegruppe for ultralyd i almen praksis under DSAM, voksede sig større, og der kom læger fra flere steder i landet, som ville være med til at undersøge brugen af ultralyd i almen praksis. I 2017 blev Dansk Almenmedicinsk UltralydsSelskab (DAUS) dannet. Der blev sat turbo på forskningen i samarbejde med Forskningsenheden for Almen Praksis under Center for Almen Medicin ved Aalborg Universitet (CAMA AU). Vi fik udviklet en grundmodel for basiskurser i ultralyd, som sidenhen er blevet afprøvet og optimeret gennem årene.

Der er efterhånden kommet god evidens for, at ultralyd kan give en meget bedre diagnostik og bedre patientomsorg. Og ultralyd er, som de fleste nok ved, kommet med i OK22 som et større forsknings- og undervisningsprojekt.

DAUS startede som en af flere interessegrupper i DSAM og er siden blevet et selvstændigt selskab. I processen fik jeg erfaring og et skub i retning af at stille op til DSAM's repræ-

sentantskab med bemærkningen "Det giver mere pondus, når man har sit faglige selskab i ryggen". Det tænkte jeg lidt over, og jeg meldte mig så som kandidat til DSAM Nords repræsentantskab. Der var jeg så heldig, at jeg blev valgt og siden genvalgt. Derefter blev jeg udpeget til DSAM's bestyrelse, hvor mit fokus er at styrke sammenhængen mellem forskning og klinisk arbejde.

Jeg blev i bestyrelsen valgt som ansvarlig for Forskningsudvalget i DSAM, og jeg er den primære kontakt mellem DSAM og forskningsenhederne for almen praksis rundt omkring i Danmark. Det er vigtigt, at der er en god kontakt mellem DSAM og forskningsenhederne, så jeg har i 2022 været afsted sammen med bl.a. Bolette Friderichsen og DSAM's sekretariat for at besøge alle forskningsenhederne. Dette har været en spændende proces, og det har været gavnligt for samarbejdet begge veje. Den forskning, man laver på enhederne, skal være til gavn for almen praksis, så vi kan bruge det i vores hverdag i praksis. Heldigvis har DSAM og forskningsenhederne en fælles interesse i lige præcis det. Samarbejdet er desuden forstærket af det relativt nyopstarte-



de "Netværk for viden og kompetencer i almen praksis" (VID), som skal bygge bro mellem almen praksis og forskningen.

Jeg oplever, at der bliver lyttet til mig i samarbejdet mellem DSAM og forskningsenhederne, men også i samarbejdet med andre aktører inden for sundhedsvæsenet.

Jeg er, midt i alt dette arbejde, stadig primært kliniker og arbejder på lige fod med mine kolleger i Vodskov Lægehus.

Jeg har det bedst, når jeg kan finde ultralydsskanneren frem og gøre en forskel for mine patienter – og så gør det mig bare til en gladere læge, at jeg har mulighed for at forbedre min diagnostik og optimere udredning og behandling. Det giver mig en tilfredsstillelse at kunne "se" ind i patienterne, at der er galdeblæren, der er øm, men at der rent faktisk er en galdesten derinde, som giver patienten smerterne. Det er også arbejdskvalitet for mig.

Det har stor betydning for mig, at der er en sammenhæng mellem det arbejde, jeg lægger i DSAM's og DAUS' bestyrelser. Det gør mig glad og stolt at arbejde i almen praksis, og jeg er stolt over, at vi har arbejdsomme almenmedicinske forskningsenheder, som knokler for at samle viden til vores hverdag i almen praksis, så vi ikke bare synes, at det, som vi gør, er rigtigt, men at det er videnskabeligt underbygget, så vi rent faktisk ved, at vores daglige arbejde giver mening. //

PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond

Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i september 2023.

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. "Græs-rødder" 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 videnskabelige 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 (underskriftsside) samt eventuelle underbilag fremsendes til:

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

Ansøgningsfrist:
onsdag den 6. september 2023.

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



Ny identitet for DSAM(.dk)

Efter sommerferien lancerer DSAM en helt ny hjemmeside. Den nye hjemmeside samler intet mindre end fire hjemmesider: dsam.dk, fyam.dk, sams.dk og vejledninger.dsam.dk.

Samtidig introducerer vi – i første omgang digitalt – et revideret logo. Såvel hjemmeside som logo skal signalere større tilgængelighed og tydelig identitet. Vi håber, at I tager godt imod det gamle DSAM i nye klæder.

Hvorfor en ny hjemmeside?

Den gamle hjemmeside har over 15 år på bagen. Den er bygget i et system, der ikke længere er tidssvarende, og leverandøren ønsker ikke længere at udvikle på det. Samtidig er der i dag nye krav og anbefalinger til f.eks. web-formidling, GDPR og sikkerhed. Så det er nok ikke for meget sagt, at vi står på en brændende platform.

Vi har fra begyndelsen lagt vægt på, at vi i arbejdet med den nye hjemmeside også ønsker at styrke vores identitet. Det gør vi dels ved at lægge vejledningerne ind på hovedsiden, eftersom vejledningerne trækker langt over halvdelen af trafikken til siden, og dels ved at samle DSAM, FYAM og SAMS under én hat, så ingen er i tvivl om, at det er ét og samme selskab. En kærtkommen sidegevinst er selvfølgelig

lig, at det er lettere for sekretariatet at administrere én hjemmeside frem for fire.

Funktionalitet og brugervenlighed

Vi ved fra analyser, at vejledningssiderne er de klart mest besøgte med over 200.000 hits hvert halve år. Derfor har vi brugt rigtig mange kræfter på dem. Men hele siden får et ansigtsløft. Den bliver mere brugervenlig, kontrastsikret i farverne, intuitivt opbygget, og den fungerer lige så godt på PC som på mobil.

Det er dog ikke kun udadtil, at hjemmesiden er forbedret. Også maskinrummet er blevet optimeret. Udadtil

giver det en bedre placering i Google-søgninger, men det sikrer også, at siderne åbner hurtigere. Indadtil er det en væsentligt bedre redaktøroplevelse.

Autentiske billeder

Som en del af projektet var vi med en fotograf på fotoshoot hos Lægerne ved Domkirken i Aarhus. Med billederne vil vi gerne signalere, at DSAM er autentisk, troværdig og i øjenhøjde. Derfor er det fotos af rigtige patienter, praktiserende læger, yngre læger, medicinstuderende og hjælpepersonale, der kommer til at pryde hjemmesiden.



Mange detaljer er ikke på plads i skrivende stund, herunder det reviderede logo, men nogenlunde sådan her kommer den nye hjemmeside til at se ud på hhv. PC og mobiltelefon.



Eksempler på de nye autentiske billeder af rigtige patienter og læger - alle taget af den dygtige fotograf Bjørk Arnadóttir.



Revideret logo for DSAM

Undervejs i processen med den nye hjemmeside er vi blevet bevidste om, at vores logo ikke egner sig til digitalt brug. Farven på slangen har en lav kontrast, hvilket kan gøre det svært at aflæse, og man skal vide, hvad DSAM står for, da selskabets fulde navn står med meget små bogstaver (især på en mobiltelefon).

Logoer er ikke underlagt EU's direktiv, der omhandler tilstrækkelig kontrast og afstand mellem bogstaver, linjer og afsnit. Men vi finder det fornuftigt at følge kravene for tekst – også for at fremtidssikre logoet.

I samråd med bestyrelsen er vi derfor ved at udvikle et revideret logo, hvor Dansk Selskab for Almen Medicin også fremstår, så det er tydeligt, hvilken organisation man besøger, og hvem der er afsender, når vi bruger logoet udadtil. DSAM har som organisation fået større indvirkning og gennemslagskraft i de senere år. Det synes vi, at logoet skal afspejle med en klar og tydelig identitet.

Det reviderede logo benytter samme skrifttype som den visuelle identitet på hjemmesiden og skaber dermed en sammenhæng med det nye



website. Skrifttypen er særligt udviklet med fokus på læsbarhed og er velegnet til digitalt brug og er optimeret hertil.

De næste skridt

Det har været – og er stadig – en intens proces for os, der er direkte involveret i den nye hjemmeside og det reviderede logo. Det er et stort projekt med mange involverede fra bestyrelsen og sekretariatet, og mange medlemmer har deltaget i fokusgrupper og tests.

Skallen til den nye hjemmeside er færdig. Tusinder af sider er kigget igennem. Sekretariatet arbejder nu på fuld kraft på at flytte, ommøblere og

omskrive indholdet på den nye side. Derudover skal alle de gamle sider om-dirigeres til de nye sider, så læserne stadig kan finde vej via gamle links, og vi ikke mister terræn i Google-søgninger. Dette arbejde foregår manuelt.

At bygge hjemmeside er lidt som at bygge et hus. Selvom det er færdigt og ser flot ud, vil der altid være noget, man kan reparere på eller give lidt finish. Det vil der også være på vores side. Derfor ... giv besked, hvis der er noget på den nye side, du savner eller synes kunne være anderledes, når vi først er i luften.

Vi forventer at lancere den nye hjemmeside i august 2023. //



Indkaldelse til repræsentantskabsmøde

DSAM indkalder til ordinært repræsentantskabsmøde lørdag den 7. oktober 2023 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 22. september 2023. 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.

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

Hvordan er man valgbar?

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

Hvordan stiller jeg op?

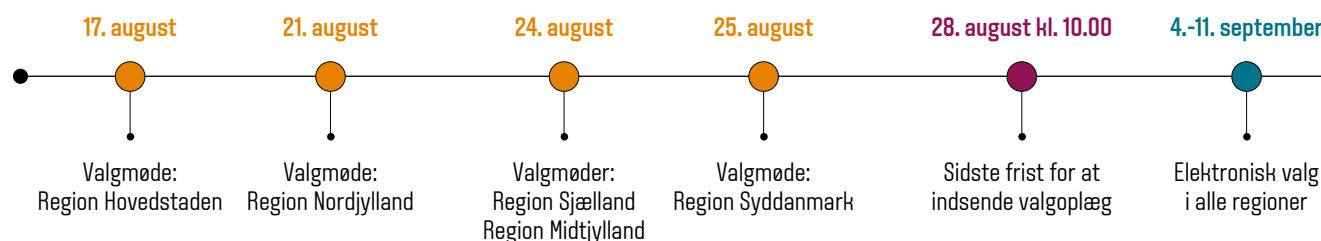
Du skal skrive et valgoplæg og sende det til DSAM's sekretariat på dsam@dsam.dk – gerne sammen med et foto

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

TIDSLINJE 2023:





af dig selv. Du kan sende det allerede nu, og vi skal senest modtage det den 28. august 2023 kl. 10.00. Valgoplæg lægges på valgsiden for den region, du opstiller i.

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

Hvor længe er man valgt for?

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

Fakta om valg handlingen

Fristen for at melde sit kandidatur udløber den 28. august 2023 kl. 10.00,

og valget holdes elektronisk i perioden 4.-11. september 2023. 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 7. oktober 2023 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 får opdateret dine medlemsoplysninger, hvis du f.eks. har skiftet e-mailadresse, men også medlemsstatus og arbejdsregion er med til at sikre dig en korrekt stemmeseddel.

FYAM holder også valg

Når alle stemmeberettigede medlem-

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

Formandsvalg i ulige år

DSAM's formand er på valg i år. Blette Friderichsen, den nuværende formand, kan genvælges for endnu to perioder, og hun har valgt at genopstille. Ønsker du også at stille op til formandsposten, skal du tilmelde dig og deltage i repræsentantskabsmødet den 7. oktober 2023, hvor formanden vælges af repræsentantskabet. Alle medlemmer, som er aktive speciallæger i almen medicin, kan stille op helt frem til mødet, men har du besluttet dig i god tid, kan du med fordel sende et valgoplæg til dsam@dsam.dk, så vi kan offentliggøre dit kandidatur. //

12.-15. september

7. oktober

Valgresultat offentliggøres

Repræsentantskabsmøde



VALG TIL REPRÆSENTANTSKABET:

Gør det overhovedet nogen forskel?

Som optakt til det forestående DSAM-valg har Practicus lavet en voxpop blandt medlemmerne af repræsentantskabet. Vi har spurgt dem, hvorfor de synes, at det er vigtigt med et stærkt repræsentantskab, og hvad de selv får ud af at være med.



VI SKAL HAVE INDFLYDELSE PÅ VIGTIGE BESLUTNINGER

Merete Hansen, praktiserende læge i en lille solopraksis i udkanten af Danmark – i tæt netværks- og samarbejdspraksis med en anden lille soloklinik. Medlem af DSAM Nordjylland.

1. Hvorfor er det vigtigt med et stærkt repræsentantskab i DSAM?
DSAM sætter den faglige dagsorden, og jeg vil gerne have, at flere kollegaer deltager i dette. Vi må udbrede kendskabet til DSAM for at få indflydelse på vigtige beslutninger for vores fag. En indflydelse vi kun kan udføre ved at være mange om det og sætte ret-

ningen for vores fag på mange forskellige områder.

2. Hvad får du ud af at være repræsentant?

Det er et fantastisk fagligt fællesskab, som hjælper mig med min indimellem noget kedelige oplevelse af et sundhedsvæsen, der går i en fuldstændig kaotisk retning.

3. Hvordan harmonerer arbejdet som repræsentant med dit lægeliv?

Jeg overlever som almenmediciner med egen praksis i udkanten ved at mødes med kollegaer online og fysisk, hvor jeg fastholdes i at holde fokus på det udgangspunkt, jeg startede med – nemlig at udøve mit fag.



MAN FÅR ET UNIKT INDBLIK BAG SCENEN

Mette Arbjørn, HU i almen medicin og fase 2-læge ved Lægerne Frederiksberg. Derudover er hun FYAM-medlem af DSAM Hovedstaden.

1. Hvorfor er det vigtigt med et stærkt repræsentantskab?

Almen praksis spiller en nøglerolle i

sundhedsvæsenet og i samfundet. Der er derfor mange aktører, som påvirker os. Politikerne ønsker en kortere videreuddannelse og et quickfix på lægemanglen. Speciallægerne på sygehuse laver vejledninger, som indeholder beskrivelser af, hvad der skal ske i almen praksis. Patienterne stiller øgede krav til udredning og behandling, og de er velinformerede og kompetente. Det øger alt sammen presset på almen praksis. Dertil kommer den øgede ulighed i sundhed, den defensive medicin, og det pres STPS eller medierne ligger på de enkelte læger. DSAM er en aktiv spiller i debatten i offentligheden. Vi svarer på høringer og deltager i arbejdsgrupper. Dertil kommer det store arbejde "bag tæppet" med oplæg, kommentarer og networking. Derfor er det vigtigt med et stærkt repræsentantskab, som kan sætte retningen for faget og holde fagligheden høj.

2. Hvad får du ud af at være repræsentant?

Man får et unikt indblik bag "scenen". Der er mange bolde i luften – også flere end der kommer ud til medlemmerne. Som yngre læge er det en enestående mulighed for at lære faget at

kende indefra, og den mere erfarne generation har stor tillid til og lydhørhed for de yngre lægers forslag. Der er også et enormt netværk og mulighed for at få sparring og støtte, når man repræsenterer DSAM.

3. Hvordan harmonerer arbejdet som repræsentant med dit lægeliv?

Møderne er altid tilrettelagt efter almindelig arbejdstid. Arbejdsbyrden er meget varierende, og der er plads til, at man siger "nej" til opgaver, hvis man har for meget om ørene. Til gengæld får man information om f.eks. nye vejledninger og politik, hvilket kan lette ens hverdag.



ÅBENHED FOR SAMARBEJDE

Henriette Ry Kirstine Lund, speciallæge i almen medicin og master i sundhedsantropologi. Arbejder som afdelingslæge på deltid i Region Syddanmarks socialmedicinske enhed og er derudover vikar i en praksis syd for Kolding. Medlem af DSAM Syddanmark.

1. Hvorfor er det vigtigt med et stærkt repræsentantskab i DSAM?

Det er supervigtigt med en bred repræsentation i DSAM, og der er brug for flere som mig, der ønsker at bruge den almenmedicinske uddannelse bredt. Almenmedicinere er pragmatiske generalister og derfor den oplagte faggruppe til at bane vejen for et mere effektivt tværsektorielt samarbejde på sundhedsområdet.

2. Hvad får du ud af at være repræsentant?

DSAM åbner nogle faglige og politiske døre, sådan at jeg netop kan fremme arbejdet på tværs af faggrupper og sektorer, f.eks. via arbejdsgrupper i Sundhedsstyrelsen. Praktiserende læger kunne f.eks. godt tænke sund-

hedsplejen mere ind i ft. børn med funktionelle symptomer – en patientgruppe, som almen praksis kan have svært ved at finde et passende tilbud til uden samtidig at medvirke til at øge sygeliggørelsen. I det hele taget kunne en del af fagets dilemmaer omkring vores ønske om at gøre en forskel for patienterne versus arbejdsbyrde blive løst, hvis vi løftede blikket lidt mere og så styrkerne hos vores nærmeste samarbejdspartnere. Det dør hverken patienterne eller almen praksis af, tværtimod.

3. Hvordan harmonerer arbejdet som repræsentant med dit lægeliv?

Jeg har heldigvis nogle meget fleksible arbejdsgivere, så det har egentlig fungeret fint.



REPRÆSENTANTSKABET UDVIDER MIN HORISONT

Asthildur Arnadottir, p.t. i gang med et hospitalsforløb på pædiatrisk afdeling i Slagelse og er tilknyttet en lægepraksis i Næstved. Derudover er hun FYAM-medlem i DSAM Sjælland.

1. Hvorfor er det vigtigt med et stærkt repræsentantskab?

Almenmedicinere er en heterogen gruppe læger, som er spredt over hele landet og på forskellige erfaringstrin. Derfor er det vigtigt, vi er bredt repræsenteret fagligt, menneskeligt og geografisk, så vi kan få kendskab til hinandens udfordringer på tværs og arbejde for at løfte faget og specialet sammen.

2. Hvad får du ud af at være repræsentant?

Jeg får et kollegialt netværk over hele landet og møder engagerede og dygtige læger, som ønsker at arbejde sammen for en stærk faglig organisation. Det er dybt inspirerende. Ud over det

kollegiale får jeg også en fornemmelse af det organisatoriske arbejde.

3. Hvordan harmonerer arbejdet som repræsentant med dit lægeliv?

Jeg oplever, at det at være med i repræsentantskabet beriger mit liv som læge og udvider min horisont. Både for hvordan vores udfordringer bliver håndteret nu og med øje for, hvordan vi skal være praktiserende læger i fremtiden.



DSAM'S FORMAND MÅ GERNE INSPIRERE

Marius Andersen, praktiserende læge i Silkeborg, formand for DSAM

Midtjylland og repræsentant siden 2009. Tidligere med i DSAM's bestyrelse og har deltaget i DSAM's opgaver på forskellig vis gennem disse år.

1. Hvorfor er det vigtigt med et stærkt repræsentantskab?

Repræsentantskabet påvirker, hvilken formand der leder selskabet, og det er vigtigt. Medlemmer og omverden lytter til formanden, som også gerne skal kunne sætte retningen for faget. Formanden inspireres og motiveres af repræsentantskabet for at kunne være en god og glad leder.

2. Hvad får du ud af at være repræsentant?

Først om fremmest hyggeligt samvær og gode diskussioner med gode kolleger. Men også inspiration til det daglige arbejde i praksis.

3. Hvordan harmonerer arbejdet som repræsentant med dit lægeliv?

Det er en integreret del af mit lægeliv og tager mindre tid end tidligere taktet være andre gode folks store indsats. //

DSAM's ÅRSMØDE

6. oktober 2023 på Comwell Kolding

Diversiteten og kontinuiteten
i almen praksis udgør
patienternes sikkerhedsnet.
Hvordan sikrer vi, at der ikke går hul?

Med små klinikker tæt på borgerne sikrer vi nem tilgængelighed, kontinuitet og fortrolighed. Kontinuitet er blevet påvist at være en kvalitetsfaktor, der giver færre indlæggelser og lavere dødelighed.

Udover at kende vores patienter over tid befinder vi os i patientens nærmiljø, og vi følger patienten igennem hospitalsforløb og kroniske lidelser. Vi tilpasser os vores patientpopu-

lation og rummer diversiteten i vores område.

Vi er billige, effektive og omstillingsparate for sundhedsvæsenet med vores gatekeeperrolle og ejerskab over egne klinikker, som vi selv tager ansvar for. Det sikrer et entydigt og engageret ansvar. Men vi mangler læger, for at hele landet er dækket af vores tilbud.

Stråmandsklinikkerne, der øges i antal pga. lægemanglen og økonomiske muskler, drives med knivskarpt





PROGRAM FOR ÅRSMØDET 2023

Kl. 08:30

Registrering, morgenbrød og kaffe

Kl. 09:30

Plenumsession:

Velkomst ved konferencier Ellen Louise Kristensen og oplæg til temaet ved formand for DSAM, Bolette Friderichsen, og formand for FYAM-udvalget, Thomas Purup

Tre indspark til temaet med hver sin vinkel: Hvordan får vi kanaliseret økonomi ud til kommunerne til at hjælpe os med at varetage opgaver, som flyttes fra sekundær- til primærsektoren? ved Christina Svanholm, praktiserende læge, ildsjæl og drivkraften bag Praksisbussen.

Hvilken rolle skal almen praksis spille i fremtidens sundhedsvæsen, og hvad kan vi lære af Deep End-organisationen? ved Mogens Vestergaard, praktiserende læge, seniorforsker og primus motor på Deep End-netværket i Danmark.

Hvordan får vi tid til at passe vores patienter og opretholde den høje standard med kontinuitet og subspecialisering i vores lille patientgruppe? ved Leif Vestergaard, formand for Etisk Råd og formand for Honorarstrukturrådet

Spørgsmål fra salen og debat

Kl. 11:00

Pause og posterwalk

Kl. 11:45

Parallele sessioner 1-6.

Kl. 13:00

Frokost

Kl. 14:00

Plenumsession: Ph.d. Cup

Kl. 14:30

Kort pause

Kl. 14:45

Parallele sessioner 7-13.

Kl. 16:00

Pause

Kl. 16:30

Afslutning i plenum

Kl. 17:00

For uddannelseslæger: FYAM-timen

For resten: Musik og (fælles-)sang v. die herren Vøhtz, Crandal, Køster-Rasmussen og Beich.

Kl. 18:00

Slut på det faglige program

Kl. 19:00

Festmiddag og kaffe. Derefter spiller det energiske Aarhus-band Båndsalat op til dans.

Kl. 02:00

Festen slutter

Vi tager forbehold for ændringer.

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.

økonomisk incitament. Dette kan tilsidesætte kontinuitet og patientsikkerhed, og de sårbare, komplekse patienter risikerer at blive tabt, da de tidsmæssigt ikke er en overskudsforretning.

Kom og diskuter, hvordan vi sikrer vores sikkerhedsnet til landets patienter i primærsektoren. //

PARALLELLE SESSIONER

1. OPFØLGNING PÅ ÅBNINGSSSESSIONEN

Hvordan passer vi fortsat godt på patienterne, vores klinikker, os selv og vores fags fremtid? På denne session følger vi op på debatten fra åbningssessionen med mulighed for at uddybe synspunkter og spørgsmål.

2. LEDELSE OG SELVLEDELSE

Hvordan klæder du din uddannelseslæge på til ledelse? Og hvad skal der til, for at du som uddannelseslæge tager initiativer i forhold til ledelsesrollen? Det er vigtigt, at vi får det til at fungere som et team. Med udgangspunkt i FYAM's kampagne om ledelse skal vi tale om, hvordan man på en god måde får inddraget alle parter. Vi vil desuden udforske uddannelseslægens personlige ledelsesrum.

3. IT-SIKKERHED

Hvordan sikrer man bedst patienternes og egne data? Praktiserende læger er mål for forsøg på phishing, og en travl hverdag kan gøre datasikkerhed til en uoverskuelig jungle. Vi introducerer begreberne informationshygiejne og digital ryggrad – redskaber, der har til hensigt nemt at højne sikkerheden i dagligdagen. Du får viden om hyppige faldgruber og svar på tvivlsspørgsmål.

4. ULTRALYD – DET VI VED

Hvordan uddannes man til at bruge ultralydsskanning i almen praksis? Hvordan integreres ultralydsskanning i det almenmedicinske arbejde? Hvad skanner praktiserende læger? Er der noget, man skal passe på, når man bru-

ger ultralyd i almen praksis? Og hvordan er kvaliteten af de skanninger, som udføres i almen praksis? På denne session vil en forsker fortælle om vidensgrundlaget for brugen af ultralyd i almen praksis, mens en praktiserende læge vil perspektivere til dagligdagen i almen praksis.

5. NYE VEJLEDNINGER

Anna Weibull præsenterer den nye udgave af palliationsvejledningen, og Malene Plejdrup den nye udgave af vejledningen om luftvejsinfektioner.

Hvad er nyt siden sidst? Hvad skal vi have ekstra fokus på? Fem skarpe "take home-messages."

6. WE GO WHY? WE GO WHERE?

Medicinske og kulturelle perspektiver på behandling med Wegovy. Bliv rustet til den gode perspektiverende samtale med patienten, der ønsker behandling med vægttabsmedicin. Hvorfor ønsker netop denne patient vægttabsmedicin? Stigmatiserer patienten sig selv? I henhold til indikationen kan vi sætte en fjerdedel af befolkningen i behandling med den nye medicin – hvis de havde råd. En massemedikalisering af raske mennesker står for døren.

Vi kommer omkring DSAM's vejledning om principper for anvendelse af semaglutid og får en kultur- og samfundsforskers bud på, hvad der driver efterspørgslen, og hvor den aktuelle udvikling mon fører os hen. Kom og bliv inspireret, og deltag i debatten.

7. PATIENTSIKKERHED

Vi har gentænkt patientsikkerhed - nu i version 2!
Vi angriber patientsikkerhed praksisnært og viser, hvordan man

kan bruge de utilsigtede hændelser til at gentænke og forbedre sikkerhed og kvalitet i patientbehandlingen. Vi tager udgangspunkt i eksempler på rigtige hændelser, men kan også på dagen drøfte dine oplevelser og dele, hvordan vi drager læring deraf.

8. TRIVSEL OG KONFLIKTHÅNDTERING

Hvordan kan vi fremme trivsel og bevare arbejdsglæde i vores praksis og samtidig øge produktiviteten i en travl hverdag? Vi har fokus på strukturerede ledelsesværktøjer til forebyggelse og håndtering af personalekonflikter og hverdagens udfordringer.

9. SOCIALT UDSATTE – DET KAN VI GØRE

Social ulighed er et stigende problem i vores sundhedsvæsen og praktiserende læger har en nøglerolle i at bekæmpe uligheden og være tovholder for de mest sårbare patienter. Emnet er stort, men med særligt fokus på hjemløse, stofbrugere, psykisk sårbare patienter og patienter med etnisk minoritetsbaggrund får du værktøjer til at imødekomme særlige behov hos de mest udsatte patienter i sundhedsvæsenet.

10. BÆREDYGTIG KLINIK

Hvad kan vi gøre mindre af i almen praksis? Hvornår kan vi vælge klogt, så vi reducerer spild og skade i sundhedsvæsenet? Hvordan kan vi begrænse miljøbelastningen, uden at det går ud over kvaliteten af tilbuddet? Hvordan kan vi bruge tiden mellem konsultationerne? Kan patienten bidrage? Kan vi prioritere indsatsen sammen?

11. ADIPOSITAS HOS BØRN OG UNGE

Her får du indblik i forståelsen af adipositas, og hvordan kroppen aktivt søger at forsvare og bevare fedtmassen. Sessionen giver en indsigt i de implikationer, adipositas har på vores daglige kliniske virke, hvad angår kommunikation, forebyggelse og behandling.

Vi kommer bag om biologien i overvægt og perspektiverer over håndteringen af adipositas og de mere end 200 relaterede komplikationer. Du får indsigt, der kan styrke kommunikation, forebyggelse og behandling samt optimere det fysiske, mentale og sociale helbred hos børn, unge og unge voksne, der lever med adipositas.

12. AFMEDICINERING – SKAL VI?

I denne session stiller vi skarpt på de barrierer, der er for at revurdere og

stoppe behandling i en travl klinisk hverdag, og hvilke gevinster der kan være at hente. Vi tager udgangspunkt i konkrete cases fra den kliniske dagligdag og giver deltagerne værktøjer til at give sig i kast med afmedicinering.

13. PRAKSISNÆRE FORSKNINGSTRÆNINGSPROJEKTER

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

POSTERWALK

Der vil i år være to samtidige posterwalks, som foregår i formiddagspausen. Tilmelding er nødvendig.

Posterwalk 1

- Diabetisk retinopatiscreening i almen praksis for personer med type 2-diabetes
- SundtSind - bedre trivsel til patienter med kronisk sygdom
- Kompensation for ændrede sanseindtryk i videokonsultation - for at holde den gode kontakt intakt
- Overvejelser og erfaringer med lægesøgning under COVID-19-pandemien i den danske befolkning

Posterwalk 2

- Indøvet og udført sårbarhed over video i almen praksis
- Almen praksis spiller vigtig rolle i opsporing af tilbagefald af kræft
- Relationer i konsultationer
- Patienters holdninger og erfaringer med medicinsk cannabis - præsentation af protokol og resultater fra første studie

FYAM-TIMEN

FYAM-timen er for alle medlemmer af FYAM. FYAM-timen holdes fredag den 6. oktober 2023 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 7. oktober 2023, 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.



Af: Henriette Ry Kirstine Lund, speciallæge i almen medicin, medlem af DSAM's repræsentantskab for Region Syddanmark - Henriette.Kirstine.Lund@rsyd.dk



Hvem er det, der tramper på min bro?

Almen praksis gennemgår store forandringer i disse år. Årets forårsrepræsentantskabsmøde i DSAM satte fokus på tre områder, som hver for sig skaber grobund for debat og peger på dilemmaer, der kalder på vores opmærksomhed.

For nogle år siden var man i gang med et større renoveringsarbejde på Den Gamle Lillebæltsbro. Jeg bor i Trekantområdet, og det var en kende bøvlet at komme til Fyn i den tid, arbejdet stod på. Motorvejen over Den Nye Lillebæltsbro var selvfølgelig farbar, men det er jo ikke altid, at den vej, alle de andre tager, er at foretrække. Det kommer jo helt an på, hvor man gerne vil hen.

I dag er broen fra 1935 genåbnet, og trafikken glider nemt. Så takket være Vejdirektoratet, der på forunderlig vis virker til altid at få deres byggeprojekter gjort færdige til tiden, tog det mig denne lørdag morgen i marts kun et kvarter at nå frem til DSAM's forårsrepræsentantskabsmøde på Comwell Hotel i Middelfart, et stenkast fra den gamle bro. Der var lovet gratis morgen-

mad, hvis man kom, førend det officielle program startede, så jeg var der selvfølgelig i god tid. Jeg var spændt. Både fordi jeg er ny i DSAM-sammenhæng, og fordi de tre emner på dagsordenen talte ind i en ambivalens omkring forandring, som er karakteristisk for almen praksis i disse år.

Her sad vi så, 37 mennesker under broen og ventede på første oplæg.

Trip trap, trip trap: Hvem er det, der tripper på min bro?

Det var projektet Deep End GPs, som Mogens Vestergaard, praktiserende læge i Grenaa og tidligere professor ved Aarhus Universitet, præsenterede. Projektet går overordnet ud på at skabe mere lighed i sundhed for patienter med komplekse helbredsproblemer i udkantsområder og bedre trivsel for deres praktiserende læger.

Oplægget affødte både anerkennende ros og konstruktive forslag. For eksempel blev der gjort opmærksom på, at patienter med komplekse helbredsproblemer ikke kun er karakteriseret ved individuelle markører, f.eks. psykiatrisk sygdom, misbrug og smerter, men også ved markører, der vedrører det enorme hjælpesystem, som de er indlejret i. Skal man gøre noget ved ulighed i sundhed, så skal man væk fra kun at kigge på individet og i stedet f.eks. undersøge årsagerne til hyppige skift på patientens vej igennem systemet på tværs af sektorer: lægeskift, sagsbehandlerskift, skiftende social- og sundhedshjælpere og støttekontaktpersoner. Skiftende udredninger, skiftende diagnoser, skiftende fagpersoner, der tilbyder skiftende redskaber og skiftende behandlinger. Nogle gange kan jeg godt

Repræsentanter fra hele landet gav oplægsholderne og DSAM en masse kommentarer med til det videre arbejde.
Foto: Louise Hørslev



Code ideer opstår, når mennesker mødes. Her Anne Holm, lægefaglig konsulent, og Bolette Friderichsen, DSAM's formand.
Foto: Louise Hørslev



tænke, at det ikke så meget er patienterne, der er blevet komplekse, men i stedet systemet, der har gjort sig selv uundværligt ved at overkomplicere sig selv.

Den først Bukke Bruse kom således relativt uskadt over broen. Jeg fornemmede mere interesse end modstand.

Trimp tramp, trimp tramp: Hvem er det, der tramper på min bro?

Det var læge, ph.d. og forsker Nanna Holt Jessen fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og DSAM's interessegruppe Grøn Praksis, der holdt et veloplagt oplæg om bæredygtighed i almen praksis. Da jeg i efteråret 2022 første gang hørte om "Grøn Praksis" på DSAM's generalforsamling, var der skepsis rundt omkring i krogene. Men ligesom klimapolitik er

gået fra at være noget nær det mest usexede i 00'erne til nu at have toprioritet, så var stemningen omkring "Grøn Praksis" også væsentlig mere anerkendende denne gang. Det bør den også være, for "Grøn Praksis" har i den grad vist, hvordan man på kort tid får græsrodsarbejde til at gå op i en højere enhed med kreative ideer og evidensbaseret videnskab. Alligevel var der igen lidt skepsis at spore, da Nanna foreslog, at man også kunne reducere klimaaftryk i almen praksis via såkaldt green prescribing, hvor man anbefaler patienter at bruge naturen som led i behandling. Meget tyder på, at brug af naturen kan fremme især mental sundhed og på den måde kunne man slå to fluer med ét smæk.

Jeg kom til at tænke på en borger, som jeg for nylig mødte i et af de rehabiliteringsteams, hvor jeg sidder

som sundhedskoordinator. Hun var vel nærmest blevet dømt ude for to år siden med en udbrændthedssygdom, men nu sad hun der og blev tilkendt fleksjob med liv i øjnene og fortalte om, hvilken positiv forskel vinterbadning havde gjort for hende. Idéen havde hun fået fra et forskningsprojekt om vinterbadning, der udgik fra Psykiatrien i Vejle. For nogle praktiserende læger giver tanken om green prescribing dog ikke associationer til god evidens, men mere til tiltaget "Motion på recept", som aldrig blev nogen større succes. Af den årsag forudsiger jeg, at der desværre nok går lidt tid, før end green prescribing vinder indpas i almen praksis.

Så den anden Bukke Bruse klarede også turen over broen – dog ikke helt uden modstand. Til sidst kom den store Bukke Bruse.

Der er altid en masse at tale om, når kolleger mødes.
Foto: Ellen Louise Kristensen



Walk and talk under broen.
Foto: Rasmus Køster-Rasmussen



Tramp tramp, tramp tramp: Hvem er det, der tramper på min bro?

Tredje og sidste Bukke Bruse var vægttabsmedicin, som på rekordtid har fanget patienters og mediers interesse. Mange læger har derfor i de senere måneder været nødt til at forholde sig til både præparaterne og til hele emnet vægttab. Praktiserende læge og postdoc Rasmus Køster-Rasmussen, der forsker i vægttab og stigmatisering, gjorde, hvad han kunne for at kaste lys over emnet og luge ud i gængse misforståelser. Oplægget blev afsat for en debat, hvor de, der bekymrer sig om præparaternes potentiale til yderligere at stigmatisere overvægt, blev udfordret af dem, der gerne vil imødekomme deres patienters ønske om at prøve et nyt våben i deres kamp for vægttab.

Rasmus selv fortalte om sin drøm om et samfund, hvor der med tiden bliver lige meget plads til tykke og tynde. Realiteten er dog, at teknologien, herunder medicinalindustrien, udvikler sig hurtigere end kropsidealer kan nå at ændre sig. Alligevel tror

jeg ikke, at vægttabsmedicin nødvendigvis kommer til at gøre samfundet mindre accepterende over for kroppe i alle størrelser. Jo, det er da en risiko, men det modsatte kunne lige så godt blive tilfældet. Markører for status, såsom et lavt BMI, mister nemlig magi, hvis de bliver allemandseje. Bare tænk på bilmærker – f.eks. Tesla, som kun har været i Danmark i små 10 år, men allerede har mistet væsentlig status, fordi så mange har købt den. I et best case-scenario så bidrager udbredelsen af ”det nemme vægttab” med medicin derfor ligefrem til, at drømmen om et vægtindifferent samfund hurtigere bliver til virkelighed.

Modstand eller ej: Vægttabsmedicin er kommet for at blive. Så selvom den sidste Bukke Bruse stanger lidt for tiden, så er den godt på vej over broen. Man kan jo håbe, at det gør, at den falder lidt mere til ro inden for en overskuelig årrække.

Hvad med trolden selv?

I stedet for at blive siddende og vente på, at flere Bukke Bruser kommer

trampende, så skulle trolden selv måske begynde at bevæge sig op på broen og tage livtag med trafikken? Broen er jo åben og ifølge Vejdirektoratet endda smukkere og stærkere end før.

Sundhedsområdet er under udvikling, og der kommer formentlig en sundhedsreform til næste år. Udviklingen går mod mere samarbejde på tværs af sektorer, men der er brug for viden om konkrete udfordringer og erfaring med tiltag, der får samarbejdet til at lykkes, sådan som Deep End kunne gå hen og blive et eksempel på. Udviklingen går mod mere bæredygtige løsninger, hvilket green prescribing kunne bidrage væsentligt til – og tænk, hvis det samtidig kunne reducere antallet af sygemeldte borgere med mentale helbredsproblemer. Og endelig går udviklingen mod teknologi, der sigter på at fremme det nemme liv. Det er om at tage ejerskab til forandringens præmis, finde sine egne ben og tro på, at man både som enkelt læge og som fagligt selskab alligevel godt kan påvirke fremtiden. //



Uddelegering – hvor går grænsen?

Vi kan uddelegere en veldefineret opgave, men vi kan ikke uddelegere selve det at være praktiserende læge.

Hvorfor uddelegering?

Den almenmedicinske tænketank "Præstøgruppen" holdt to dage i januar et spændende internatmøde, bl.a. med oplæg af professor Niels Bentzen og ledelseskonsulent Heidi Bøgelund.

Formålet med dagene var at diskutere og reflektere over "uddelegering i almen praksis" – et emne, vi som sektor er nødt til at forholde os til både på klinikniveau og som profession. Primærsektoren er under pres pga. den demografiske udvikling, mangel på praktiserende læger og geografisk skævhed, nye private udbydere, øget lægesøgning, øgede krav til kvalitet, dokumentation og ny teknologi samt stort fokus på sygdom og sundhed i samfundet. Indefra er vi presset af en høj grad af udbændthed. Konsekvenserne ved en dårligt fungerende primærsektor er uoverskuelige for hele samfundet. Niels Bentzen bidrog med refleksioner og fakta fra en stor praksis, hvor han nu er ansat på deltid – en praksis med behandlerteams og behandlersygeplejersker i front.

Heidi Bøgelund bidrog med viden om, hvad patienter ønsker af almen praksis ud fra behovet om anerkendelse og tilknytning. Sluttelig talte hun om to spor i ønsket om uddelegering: dels ønsket om at reducere arbejdspresset, dels ønsket om at kunne navigere bedre i presset. Heidi mente, at svaret på den høje grad af udbændthed i almen praksis er mere ledelse – et emne, der er uløseligt forbundet med uddelegering.

Grænser for uddelegering

"Uddelegering" betyder overdragelse af en opgave. Ansvar i forbindelse med uddelegering ligger stadig hos den autoriserede sundhedsperson (lægen), idet denne skal sørge for, at personalet er tilstrækkeligt kvalificeret og instrueret til at varetage opgaven. Opgaven er enten ganske veldefineret eller afgrænset inden for klare rammer, f.eks. ved hjælp af en instruks. Personalet bør kende egne grænser,

og der bør være mulighed for supervision. Loven sætter grænser for uddelegering ved attestarbejdet, henvisninger og ordinationer. Men betyder det så, at alt andet kan uddelegeres, så f.eks. en sygeplejerske ser alle patienter primært, og lægen kun fungerer som supervisor?

Vores refleksioner og debat gik meget på, at der må findes en kerne i vores fag, som vi ikke kan eller bør uddelegere. Men hvor går grænsen? Den kan nok ikke entydigt fastlægges. En målestok kunne måske være, at hvis man ikke kan definere en ret entydig opgave (f.eks. med tilhørende instruks), er det, fordi problemstillingen ikke egner sig til uddelegering. Når vi møder en patient med en uvisiteret problemstilling, ved vi aldrig på forhånd, om det reelt drejer sig om f.eks. svimmelhed eller noget helt andet. Noget, der umiddelbart lyder simpelt, kan vise sig at være komplekst. En almenmedicinsk patientcentreret kon-

Spørgsmålet er, om vi kan aflaste os selv så meget fra det patientnære arbejde, at vi ender med at arbejde med noget, vi slet ikke havde uddannet os til eller brænder for.

Uanset hvordan vi indretter os i klinikken, og uanset hvor dygtigt et personale vi har, og hvor trygge vi er ved deres arbejde, og uanset om vi vælger at kalde det uddelegering eller teamsamarbejde, så kan vores lægelige ansvar i sidste ende ikke uddelegeres eller deles.

sultationsproces vil kunne afdække, hvad det handler om, og først derefter kan der defineres konkrete opgaver.

Vi er specialister i en almenmedicinsk diagnostisk tankegang og konsultationsproces. Kan dette uddelegeres til en anden faggruppe? I vores optik er almen medicin et af de vanskeligste specialer og er ofte præget af stor kompleksitet og usikkerhed; det kræver en generalists brede viden at fange det sjældne, når det dukker op blandt det almindelige. Således svarer det til at spørge, om en hjerterkirurg kan uddelegere det kirurgiske indgreb til operationssygeplejersken, eller om neurologen kan uddelegere skleroseudredning til sit personale.

Vi kan altså uddelegere en veldefineret opgave, men vi kan ikke uddelegere selve det at være praktiserende læge. For at en opgave er veldefineret, må vores egen ekspertise på banen først, netop ved at vi selv primært møder patienten, så vi kan få klarhed over patientens aktuelle situation og problemstilling og derudfra foretage en lægefaglig vurdering og lægge en plan med patienten.

Gråzoner, teamsamarbejde og ansvar

Der er selvfølgelig en masse gråzoner ift., at nogle uvisiterede henvendelser fra patienter kan virke ganske veldefinerede allerede i telefonen, f.eks. synkesmerter og feber hos en ellers rask person, og som der formentlig er lav risiko forbundet ved at uddelegere under supervision. Omvendt kender vi alle situationer, hvor vi er blevet overraskede over en ny drejning i en ellers "simpel" konsultation – en henkastet bemærkning fra patienten eller en lidt anderledes klinisk fremtoning, som gør, at vi opfanger, at noget andet er på spil. Ved videosupervision ser man ofte i bakspejlet, hvor svært det kan være, også for os selv, at få patientens fortælling ordentligt afdækket. Den, der konfererer, beslutter i høj grad selv, hvad der skal ske, allerede ved den måde sagen fremlægges. Og alligevel står den



Udsigten over Præstø Fjord danner det smukkeste bagtæppe for Præstøgruppens arbejde.
Foto: Christian Rosendal.

superviserende læge med ansvaret. Uden faktisk at kunne svare for sig i f.eks. en klagesag.

Bliver problemstillingen om "uddelegering" blødt op af, at vi i stedet taler om "teamsamarbejde"? Det kan måske bestå af, at en fast læge og en fast sygeplejerske tilknyttes én patient, særligt de skrøbelige eller komplekse patienter. Det er naturligvis vigtigt med kontinuitet både ift. personale og ift. læge. Men hvis personalet stadig primært er dem, der møder patienten ved en kompleks problemstilling og gennemgår konsultationsprocessen, og lægen blot "stikker hovedet ind" i slutningen af konsultationen, så er vores fag stadig i høj grad uddelegeret.

Uanset hvordan vi indretter os i klinikken, og uanset hvor dygtigt et personale vi har, og hvor trygge vi er ved deres arbejde, og uanset om vi vælger at kalde det uddelegering eller teamsamarbejde, så kan vores lægelige ansvar i sidste ende ikke uddelegeres eller deles.

Uddelegering, effektivitet og aflastning

Er det mere effektiv brug af læger at have meget personale ansat? Det spørgsmål blev diskuteret livligt, idet der også var eksempler på, at klinikker med høj grad af uddelegering havde mere personale pr. patient end mere traditionelle praksis. Samtidig var der ikke nødvendigvis færre læger pr. patient, blot fordi der var meget personale – når ansatte læger tælles med. Så i virkeligheden kan man ikke regne med, at uddelegering altid er lægebesparende,

Hvad er det, vi ikke vil uddelegere? Eller rettere: Hvad er det, vi vil værne om som kernen i vores profession?

idet lægerne blot får andre arbejdsopgaver såsom supervision og personaleledelse. Det kunne dog være interessant, hvis dette effektivitetsaspekt kunne blive bedre belyst fremover rent forskningsmæssigt.

Som bekendt er der en høj risiko for udbrændthed i vores branche. Hvis vi f.eks. sætter sygeplejersker i front, kan det måske aflaste og beskytte os fra lange dage med en lang række af "klassiske" konsultationer, som kan virke drænende og gøre os relationstrætte. Det er naturligvis en balance. Her kommer god ledelse også ind i billedet for at sikre en bæredygtig almen praksis. Men spørgsmålet er, om vi kan aflaste os selv så meget fra det patientnære arbejde, at vi ender med at arbejde med noget, vi slet ikke havde uddannet os til eller brænder for.

Hvordan det på længere sigt påvirker vores almenmedicinske kompetencer, hvis vi gennem mange år kun "møder" patienterne som supervisorer, står også ubesvaret hen – herunder også konsekvenserne for uddannelsen af de kommende almenmedicinere.

Uddelegering vendt på hovedet

Uddelegering i en grad, hvor den praktiserende læge pri-

mært er supervisor og leder, kan være en nødvendighed i svært lægedækningstruede områder. Men spørgsmålet er, om vi som profession skal arbejde med en høj grad af uddelegering som en målsætning fremover og ikke blot som en nødløsning, indtil vi formentlig vil blive flere praktiserende læger. Vi skal undgå at fremelske en sektor, som ingen alligevel ønsker at arbejde i, når vi først er nået derhen.

Med betragtningerne i denne artikel in mente kunne man fristes til at vende spørgsmålet om uddelegering på hovedet: Hvad er det, vi ikke vil uddelegere? Eller rettere: Hvad er det, vi vil værne om som kernen i vores profession? Når udlandet kigger misundeligt på almen praksis i Danmark, og når undersøgelser har vist, at patienter med fast læge gennem mange år har færre indlæggelser og lever længere, så må det være, fordi det er værd at beskytte den eksisterende læge-patient-relation. Det er tvivlsomt, om en høj grad af uddelegering kan bibeholde samme positive effekter ift. indlæggelser og dødelighed, da det næppe er ligegyldigt, hvilken faggruppe der skaber kontinuiteten for patienten. Mere forskning på dette felt ville være at ønske, inden det kan afgøres, hvor balancen for uddelegering skal ligge.

Samtidig er det lige så bydende nødvendigt, at vi har et bæredygtigt arbejdsliv og en bæredygtig primærsektor og får reduceret graden af udbrændthed. Men måske er der flere veje til at opnå dette: et vedholdende pres for at blive flere almenmedicinere, at bekæmpe uhensigtsmæssig brug af sundhedsvæsenet, begrænse overdiagnostik og give mest til dem med størst behov. //



Foto: Colourbox.dk



Artrose i knæet:

Kan ikke-kirurgisk behandling forebygge forværring af symptomer og funktion?

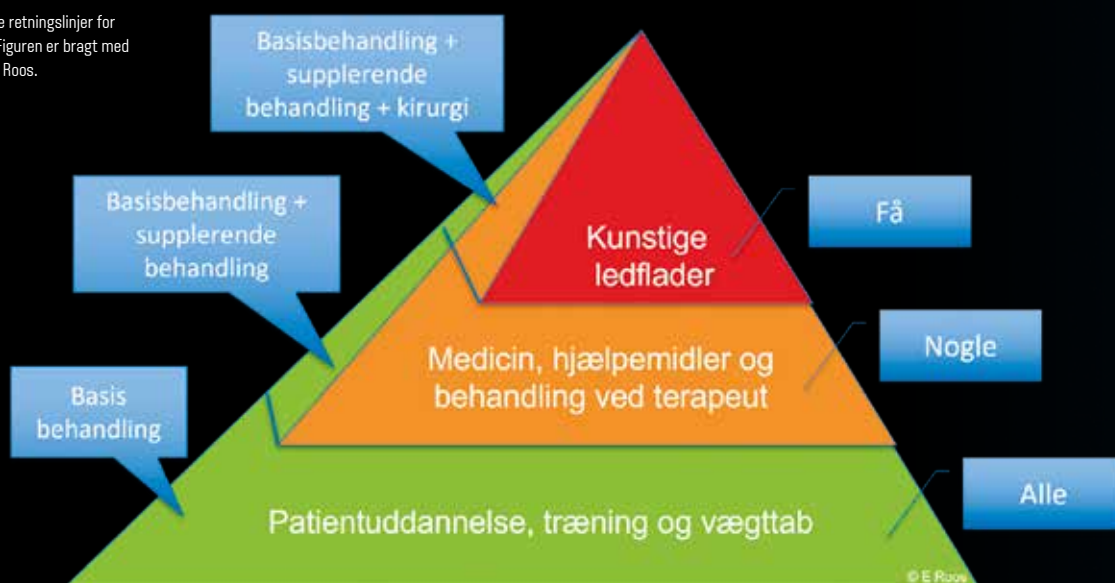
Mange danskere lider af artrose i knæet. Lidelsen medfører ofte smerter og udfordrer dagligdagens aktiviteter og det sociale liv. En effektiv ikke-kirurgisk behandling skal tilbydes, inden kunstigt knæled overvejes.

Artrose i knæet er en hyppig tilstand i den danske befolkning. Den medfører ofte smerter og funktionsnedsættelse. Tilstanden øger også risikoen for, at patienten ikke kan opretholde sit normale aktivitetsniveau og sociale liv. Patienten henvender sig typisk, når smerterne

ikke længere kan tolereres og ønsker en virksom behandling.

Der findes ingen kur mod artrose og heller ikke noget effektivt medikament, som forebygger eller reducerer udviklingen. Til gengæld findes der effektive ikke-kirurgiske behandlinger, såsom træning, patientuddannelse og vægttab (ved overvægt), som

Figur 1: De kliniske retningslinjer for artrose i knæet. Figuren er bragt med tilladelse fra Ewa Roos.





Mindre end hver tredje patient
med artrose vil få et kunstigt
knæled i et livstidsperspektiv.

skal afprøves inden vurdering af indsættelse af kunstigt knæled. Virkningen af mange af disse tiltag er underbygget af solid evidens. Men nytter det noget at tilbyde ikke-kirurgisk behandling på langt sigt eller forværres symptomerne alligevel over tid trods en god effekt efter de første måneder? Det vil denne artikel komme nærmere ind på.

Behandling og kliniske retningslinjer

Både danske og internationale kliniske retningslinjer foreskriver, at den initiale behandling bør inkludere patientuddannelse, træning og evt. hjælp til vægttab. Nogle patienter kan også have behov for smertestillende medicin og evt. steroidinjektioner i knæet, hvis ikke den initiale behandling er effektiv. Kirurgisk udskiftning af knæleddet kan være en mulighed for patienter, som ikke oplever tilstrækkelig effekt af den ikke-kirurgiske behandling (se figur 1).

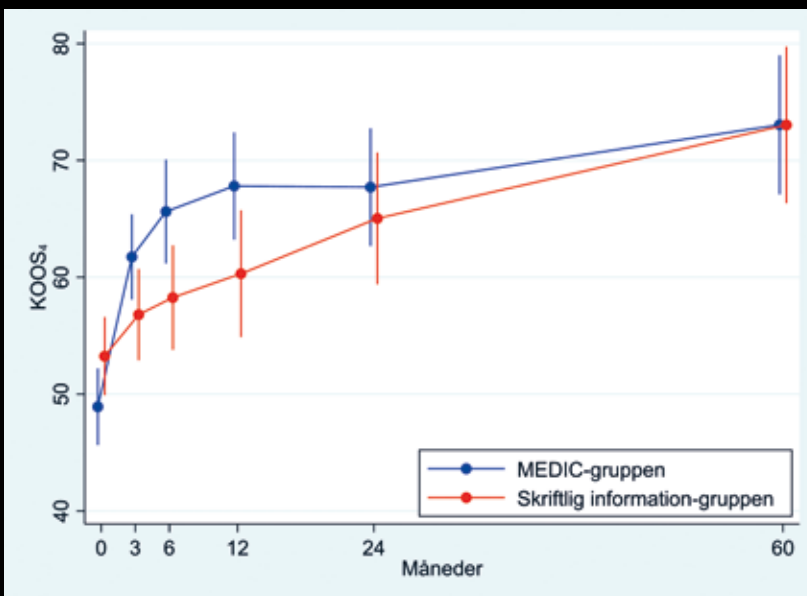
Der synes at være en generel holdning hos både patienter og sundhedspersonale om, at knæledsartrose er en tilstand, som bliver værre over tid og til sidst kræver en udskiftning af knæleddet. Faktum er dog, at mindre end hver tredje patient med artrose vil få et kunstigt knæled i et livstidsperspektiv. Derfor er det relevant med langtidsopfølgning af patienter med knæledsartrose, der har modtaget ikke-kirurgisk behandling, for at kunne få et indblik i, hvordan symptomerne udvikler sig over tid.

Langtidsopfølgning af patienter med knæledsartrose

I en nyligt gennemført langtidsopfølgning af et randomiseret, kontrolleret studie (lodtrækningsforsøg) ønskede forfattergruppen at undersøge om ikke-kirurgisk behandling kunne være et relevant behandlingstilbud til patienter med symptomatisk og radiologisk artrose i knæet, som ikke var kandidater til udskiftning af knæleddet.

De 100 patienter fra de ortopædkirurgiske afdelinger i Farsø og Frederikshavn på Aalborg Universitetshospital, som valgte at deltage, blev ved lodtrækning inddelt i to grupper. Den ene gruppe modtog 12 ugers behandling i form af patientuddannelse, superviseret træning to gange ugentligt, indlæggssåler, væggtabsprogram ved BMI på 25 eller højere og smertestilende medicin ved behov (MEDIC-gruppen). Den anden gruppe modtog skriftlig vejledning i form af to foldere med information om artrose, råd og vejledning til at opretholde en aktiv og sund livsstil og information om, hvor de kunne få hjælp til at ændre livsstil (skriftlig information-gruppen). Deltagerne blev herefter fulgt i fem år med opfølgning efter tre og seks måneder og efter et, to og fem år.

Effekten af behandlingerne blev vurderet ud fra et patient-rapporteret effektmål (Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS4)), som angiver patientens subjektive vurdering af smerter, symptomer, dagligdagsfunktion og knærelaterede livskvalitet i en samlet score på 0-100, hvor 100 er bedst. En ændring på mindst 10 point betragtes som en klinisk relevant ændring. Desuden undersøgte vi patienternes selvrapporterede fysiske aktivitetsniveau og angivelse af, om de indtog smertestilende medicin. Slutteligt registrerede vi, hvor mange der havde fået udskiftet knæleddet.



Figur 2: Illustrationen viser udviklingen af patienternes subjektive oplevelse af smerter, symptomer, dagligdagsaktiviteter og knærelaterede livskvalitet målt med Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS4). Figuren stammer fra den videnskabelige artikel i BMJ, som kan læses på: <https://bmjopen.bmj.com/content/12/11/e060169>

Resultater af langtidsopfølgningen

Overordnet set fandt vi, at begge grupper oplevede fremgang fra forsøgets start til opfølgningen ved fem år (se figur 2). MEDIC-gruppen oplevede en fremgang på 22,8 point i KOOS4. Skriftlig information-gruppen oplevede en forbedring på 19,1 point i KOOS4 fra starten af forsøget og til femårsopfølgningen.

Ved opfølgningen efter første og andet år viste MEDIC-gruppen signifikant bedre fremgang end skriftlig information-gruppen (figur 2). Derimod var der ingen signifikant forskel mellem grupperne ved femårsopfølgningen. Ligeledes så vi heller ingen forskel i selv-rapporteret fysisk aktivitetsniveau eller i andelen af patienter, som angav at indtage smertestilende medicin mellem grupperne.

På individniveau havde 76 % af patienterne i MEDIC-gruppen og 66 % af patienterne i skriftlig information-gruppen oplevet en klinisk relevant

forbedring i KOOS4 fra starten af forsøget og til femårsopfølgningen.

I alt 15 patienter fra MEDIC-gruppen og 17 patienter fra skriftlig information-gruppen havde fået udskiftet knæleddet undervejs i forsøgsperioden. Patienter, som havde fået udskiftet knæleddet, havde ikke signifikant større forbedringer i KOOS4 end patienter, der ikke havde fået udskiftet knæleddet.

Kliniske perspektiver

Femårsopfølgningsforsøget viste, at patienter med artrose i knæet, som gennemgik ikke-kirurgisk behandling, ikke oplevede symptomforværring over tid. Tværtimod oplevede størstedelen en klinisk relevant fremgang, uanset hvilken behandling de havde modtaget ved forsøgets start. Dette er et vigtigt fund, som udfordrer den gængse opfattelse af, at knæledsartrose uundgåeligt forværres over tid.

Tidligere forskning viser, at effekten af f.eks. træning ikke afhænger af

Smerteopblussen er sjældent et udtryk for, at der er sket skade eller forværring strukturelt i knæet.

sværhedsgraden af artrose (på røntgen eller symptomangivelsen). Det vil sige, at uanset hvor slidt knæet er – eller hvor ondt man har – kan man forvente en tilsvarende god effekt af træning. Selv blandt mennesker med moderat til svær artrose har den ikke-kirurgiske behandling, som er beskrevet i denne artikel, effekt. Således udsatte to ud af tre, der ellers ville have fået et kunstigt knæled, deres operation i minimum to år i et andet randomiseret studie, vi har gennemført.

Patienter med knæledsartrose oplever hyppigt, at deres smerter varierer og til tider kan opleves som uudholdelige. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at stor variation i smerteintensitet er et almindeligt fund hos patienter med artrosesmerter. Smerteopblussen er sjældent et udtryk for, at der er sket skade eller forværring strukturelt i knæet, men kan ses som et naturligt forløb for artrosepatienter, hvilket de med fordel kan vejledes i. Forskning har vist, at den smerte og smerteopblussen, som mange patienter oplever i starten af et superviseret træningsforløb, bliver mindre, efterhånden som patienten deltager i flere superviserede træninger. I den forbindelse er det vigtigt, at patienten oplever smerten som acceptabel. Nogle patienter kan have behov for at tage smertestillende medicin i en periode, hvis det er nødvendigt for at kunne træne.

Dette forsøg illustrerer, at ikke-kirurgisk behandling kan medføre klinisk relevante forbedringer over tid. Vi ved dog ikke, hvad der har ført til de varige forbedringer hos den enkel-

te, da vi ikke har indblik i, om de f.eks. har fortsat deres træning over årene. For at overføre resultaterne til den daglige klinisk praksis er det nødvendigt at vurdere den enkelte patient individuelt for at finde frem til den mest optimale behandlingsplan. Her er det væsentligt at bemærke, at der ikke ser ud til at være forskel i effekt mellem forskellige typer af fysisk aktivitet og træning. Patienten og den sundhedsprofessionelle kan derfor med fordel finde frem til patientens præferencer for fysisk aktivitet og træning, hvilket kan være med til at mindske barriererne for dette behandlingsvalg. Uanset er det vigtigt at være opmærksom på, at fortsat træning efter et superviseret forløb er vigtigt, fordi træningen – præcis som smertestillende medicin – kun virker, så længe man fortsætter med at tage medicinen (træningen). Lignende betragtninger kan gøres for andre livsstilsændringer, der er vigtige for patientens artrose og generelle sundhed. Her spiller den praktiserende læge en vigtig rolle ift. at støtte patienten i at fastholde adfærdsændringen over tid. //

Om forfatterne

Forfattergruppen bag forskningsprojektet består af:

- Jesper Bie Larsen, ph.d. og postdoc ved Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet
- Ewa M. Roos, professor ved Institut for Biomekanik og Idræt, Syddansk Universitet
- Mogens Laursen, ph.d. og overlæge ved Ortopædkirurgisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital
- Sinead Holden, ph.d. og seniorforsker ved Institut for Medicin og Sundhedsteknologi og Center for Almen Medicin, Aalborg Universitet
- Martin Nygaard Johansen, ph.d. og biostatistiker ved Forskningsdata og Statistik, Aalborg Universitetshospital
- Michael Skovdal Rathleff, professor ved Institut for Medicin og Sundhedsteknologi og Center for Almen Medicin, Aalborg Universitet
- Lars Arendt-Nielsen, professor ved Institut for Medicin og Sundhedsteknologi, Aalborg Universitet
- Sten Rasmussen, professor ved Klinisk Institut, Aalborg Universitet
- Søren T. Skou, professor ved Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet og Forskningsenheden PROgrez, Næstved-Slagelse-Ringsted Sygehuse

Ewa M. Roos og Søren T. Skou har udviklet og leder det nationale implementeringsinitiativ "Godt Liv med Artrose i Danmark" (GLA:D®), der har til hensigt at implementere de nationale kliniske retningslinjer ift. træning og patientuddannelse af mennesker med knæ- og hofteartrose i klinisk praksis.

Henvendelse kan rettes til Jesper Bie Larsen (jbl@hst.aau.dk) eller Søren T. Skou (stskou@health.sdu.dk)



Af: Kristian L. Funck, HU-læge i endokrinologi og postdoc, Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital, Lasse Bjerg, HU-læge i almen medicin og postdoc, Steno Diabetes Center Aarhus, Aarhus Universitetshospital, og Erik L. Grove, kardiolog, overlæge og klinisk lektor, Hjertesygdomme, Aarhus Universitetshospital & Institut for Klinisk Medicin - Aarhus Universitet - klf@clin.au.dk



Hjertebeskyttende antidiabetika til patienter med type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom

Kvinder med type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom opstarter hjertebeskyttende diabetesmedicin markant senere end mænd. Det viser et nyt studie.

Type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom er tæt forbundne sygdomme. For diabetespatienten, der har udviklet hjerte-kar-sygdom (iskæmisk hjertesygdom, stroke, perifer arteriesygdom eller hjertesvigt), er risikoen for et nyt tilfælde af hjerte-kar-sygdom væsentligt forøget i forhold til hjerte-kar-patienten uden diabetes.

Generelt har kvinder lavere risiko for at udvikle hjerte-kar-sygdomme end mænd, men hos diabetespatienter er forskellen i risiko mellem kvinder og mænd mindre – kvinderne ”indhenter” mændene. Biologiske faktorer spiller sandsynligvis ind, men en række studier tyder på, at der også kan være forskelle i den forebyggende behandling mellem kønnene. I et

nyligt publiceret studie i Cardiovascular Diabetology brugte vi nationale registerdata til at undersøge, om der var kønsforskelle mht. opstart af hjertebeskyttende antidiabetika hos patienter med type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom. Selvom vi justerede for en lang række mulige confoundere, fandt vi, at kvinder markant senere blev opstartet i behandling med hjertebeskyttende antidiabetika sammenlignet med mænd.

Kvinder påbegynder medicin senere

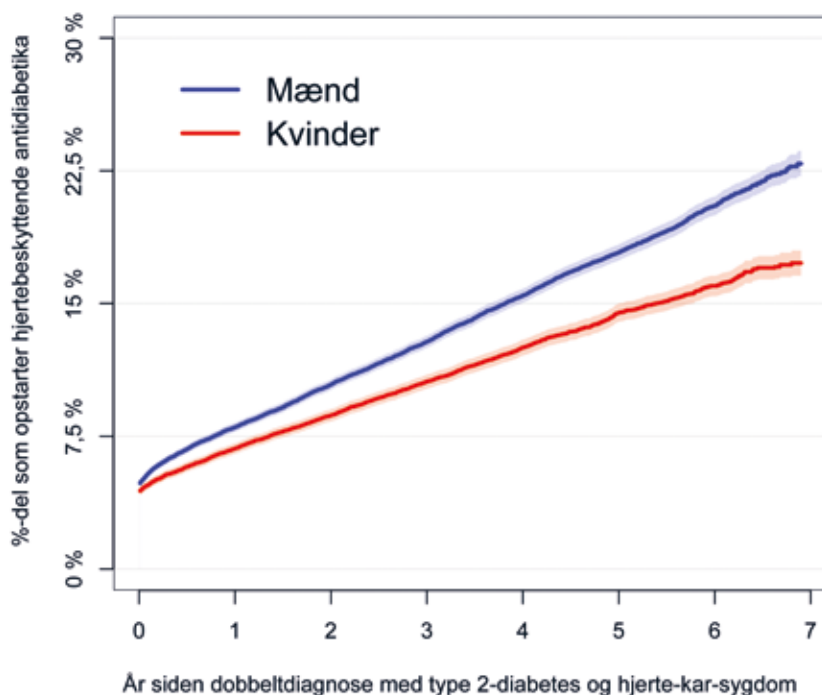
Siden 2015 har store kliniske lægemiddelforsøg vist, at glucagon-lignende peptid 1 receptor agonister (GLP-1ra) og sodium glucose co-transporter 2 inhibitor (SGLT-2i) beskytter mod nye tilfælde af hjerte-kar-sygdom hos patienter med type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom. I denne artikel refereres der derfor til de to stofgrupper som hjertebeskyttende antidiabetika. Den beskyttende effekt er lige god, om man er mand eller kvinde, og siden 2017 har danske og europæiske behandlingsvejledninger anbefalet diabetespatienter med hjerte-kar-sygdom

at blive behandlet med et af de to farmaka.

Ved hjælp af de danske sundhedsregistre identificerede vi 70.538 personer med en ny dobbeltdiagnose af type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom (defineret som tidspunktet for den sidst erhvervede diagnose) i perioden 2012-2018. Studiets primære mål var at undersøge kønsforskelle i tiden til opstart af hjertebeskyttende antidiabetika efter en ny dobbeltdiagnose med type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom.

Vi fandt, at kvinder var senere til at opstarte et af de to præparater sammenlignet med mænd, hvilket afspejles i de divergerende medicinopstartskurver i Figur 1. Eksempelvis tog det kvindelige patienter ca. tre år, før 10 % af patientgruppen var blevet opstartet i behandling med et hjertebeskyttende antidiabetikum mod ca. to år for mandlige patienter. Efter syv års opfølgning var blot 17,3 % af de kvindelige patienter opstartet i behandling med et hjertebeskyttende antidiabetikum, mens tallet var 23,0 % blandt mandlige patienter.

Kvindelige patienter blev opstar-



Figur 1: Kumulativ opstart af hjertebeskyttende medicin. Figuren viser, hvor mange procent (%) af hhv. mænd og kvinder med både type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom, som opstarter med hjertebeskyttende antidiabetika (SGLT-2i og GLP-1ra) siden den sidste diagnose af de to sygdomme. Kurven inkluderer de patienter, der allerede var i behandling med et af de to stoffer fra starten af deres dobbeltdiagnose, hvorfor kurverne starter ved ca. 5 % på y-aksen. Figuren er gengivet fra: Funck et. al. Cardiovascular Diabetology, 2022 Dec, doi: 10.1186/s12933-022-01713-3.

tet i hjertebeskyttende antidiabetika 24 % langsommere end mandlige patienter. Efter statistisk justering for alder, diabetesvarighed, kalenderår, uddannelsesniveau, HbA1c, LDL-kolesterol, eGFR, lipidsænkende behandling og blodtryksænkende behandling fandt vi fortsat, at kvinder blev opstartet 8 % langsommere end mænd. Vi fandt kønsforskelle i opstartsrate uanset typen af hjerte-kar-sygdom, men mest udtalt for patienter med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt.

Forskel har mange årsager

Vores resultater viser betydende kønsforskelle i opstart af hjertebeskyttende antidiabetika for patienter med type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdom og indikerer forskellige årsager hertil. Når vi justerer for en række faktorer, som kunne have betydning for resultaterne, indskrænkes kønsforskellen. Eksempelvis er kvindelige patienter

med en dobbeltdiagnose ældre end mandlige patienter, hvilket ser ud til at være en vigtig del af forklaringen, mens også kvindernes gennemsnitligt lavere uddannelsesniveau, lavere HbA1c og eGFR samt mindre medicinering med anden medicin ser ud til forklare en del af kønsforskellen.

Efter statistisk justering finder vi fortsat en 8 % forskel i hastigheden på opstart, og det kan der være andre årsager til. Kvinder kunne have en højere forekomst af sygdomme, som kunne udgøre en relativ eller absolut kontraindikation for opstart af et hjertebeskyttende antidiabetikum (eksempelvis urinvejsinfektion, dehydrering og hypotension). Ydermere er negative livsstilsfaktorer såsom rygning mere udbredt blandt mænd, hvilket kan påvirke lægens beslutning om at intensivere den forebyggende behandling. Endelig kan faktorer på kulturelt og strukturelt plan være medvirken-

**Kvinder modtager
ofte suboptimal
medicinsk forebyggelse
end mænd.**

de årsager til kønsforskelle i opstart af forebyggende medicin, eksempelvis forskelle i sygdomsopfattelse, læge-patient forhold og udformning af hjerte-kar-rehabiliteringsprogrammer.

Tolkningen af studiets resultater skal også ses i lyset af studieperioden 2012-2018, altså en periode, hvor begge stofgrupper var relativt nye på markedet, og hvor indikationsområderne og forholdsreglerne løbende er blevet rettet til i takt med ny forskning på området. Da feltet fortsat er i rivende udvikling, kan dette også have betydning for eventuelle kønsforskelle fremadrettet. Eksempelvis er det blevet tydeligt for begge stofgrupper, at den hjertebeskyttende effekt er uafhængig af HbA1c, og dette forhold kunne bevirke, at de observerede kønsforskelle i opstart af de hjertebeskyttende antidiabetika mindskes med tiden.

Studiets resultater er i tråd med internationale studier, som viser, at kvinder oftere modtager suboptimal medicinsk forebyggelse, herunder at kvinder også oftere har sværere ved at fastholde den medicinske behandling end mænd. Denne suboptimale behandling kan være en delvis forklaring på det relativt store "hop", som kvinder tager i kardiovaskulær risiko, når de samtidig har diabetes. Samtidig kan studiet være med til at øge bevidstheden om potentielle barrierer for opstart af forebyggende behandling hos kvinder og mænd med type 2-diabetes. //



Af: **Kasper Grooss**, læge, ph.d.-studerende, **Linda Aagaard Rasmussen**, sygeplejerske, postdoc, **Anette Fischer Pedersen**, psykolog, seniorforsker, **Kaj Sparle Christensen**, praktiserende læge, professor, og **Peter Vedsted**, læge, professor - k.grooss@ph.au.dk

Tilbagefald af kræft:

Hvilken rolle har praktiserende læger?

Frygt for tilbagefald fylder meget hos patienter, som er behandlet for kræft. Det har stor betydning for patienterne, at egen læge henviser rettidigt til udredning. En landsdækkende undersøgelse fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus kortlægger lige nu udredning for tilbagefald af kræft.

Mere end 200.000 danskere er de seneste 10 år blevet behandlet for kræft. Det svarer til 60 per praktiserende læge. For disse patienter skal risikoen for tilbagefald altid indgå i lægens overvejelser. Alligevel er vores viden sparsom om, hvordan udredning for mistanke om tilbagefald håndteres i almen praksis.

Foreløbige resultater viser tydeligt, at almen praksis spiller en central rolle. For hver tredje patient igangsætter egen læge udredning og indleder diagnostikken af tilbagefaldet.

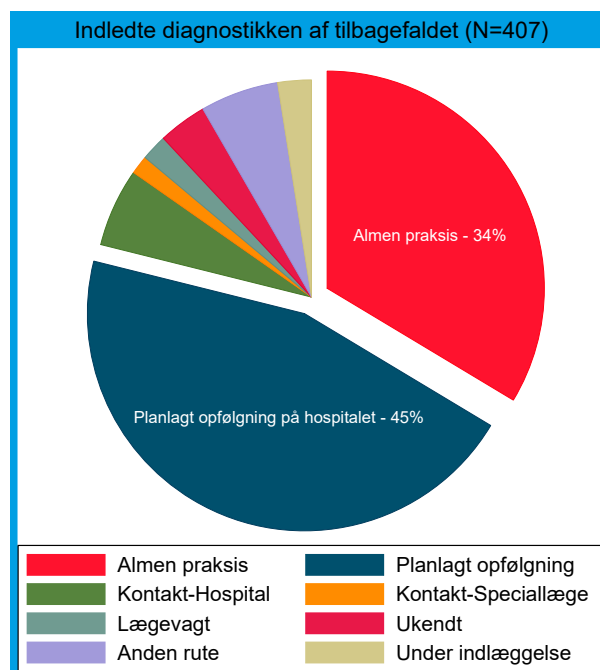
Vejledning om kræftopfølgning

DSAM udgav i 2019 sin vejledning om kræftopfølgning i almen praksis. Den kliniske mistanke og udredning for tilbagefald var her nøglepunkter. Ikke mindst fordi bekymring for tilbagefald fylder meget for overleverne efter kræft; halvdelen angiver at have moderat til svær frygt for tilbagefald.

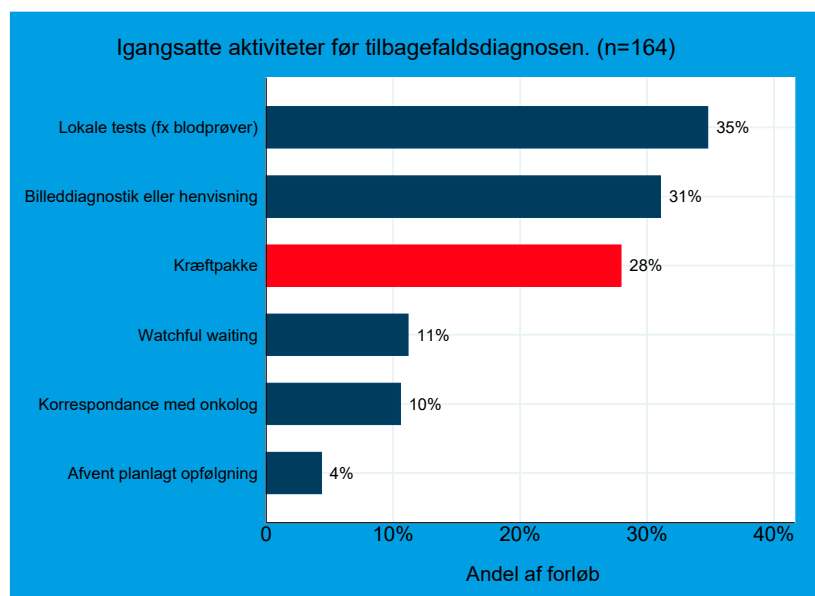
Almen praksis har overtaget opfølgningen efter prostata-, nyre- og blærekræft, og flere områder kan følge.

Forskning skal skabe klarhed

Almen praksis varetager kontakten til hovedparten af de personer, der er behandlet for alle typer kræft. Det er derfor vigtigt med bedre viden, så almen praksis i højere grad kan udføre sin opgave i opsporing af tilbagefald.



Figur 1: Indledning af diagnostik.



Figur 2: Igangsatte aktiviteter i almen praksis før tilbagefald.

Baseret på udtræk fra Landspatientregisteret har vi identificeret patienter, der har fået tilbagefald af kræft. For 3.000 patienter kontakter vi deres praktiserende læge, som in-

viteres til at besvare et elektronisk spørgeskema om patientens forløb i almen praksis. Undersøgelsen fortsætter frem til april 2024. Stor tilslutning er essentiel for undersøgelsens

gennemslagskraft, og praktiserende læger opfordres derfor til at deltage.

Foreløbige resultater

Indtil nu har 500 praktiserende læger medvirket i undersøgelsen. For en tredjedel af alle patienter med tilbagefald var det almen praksis, der indledte diagnostikken af tilbagefaldet (figur 1). For lidt over hver fjerde af disse henviste lægen til en kræftpakke. For de øvrige indledte lægen med test og undersøgelser uden for kræftforløbet (figur 2).

Færre kræftpakker ved tilbagefald

Det er bemærkelsesværdigt, at kræftpakker benyttes halvt så hyppigt ved tilbagefaldsdiagnostik sammenlignet med primær diagnostik. Den praktiserende læge fik mistanke om kræft ved første besøg for 47 % af patienterne. Her henviste lægen halvdelen til kræftpakke. //

Ansøgningsfrist for honorering af dataindsamling 1. september 2023

Fredag den 1. september 2023 er der deadline for projektledere, som vil ansøge Fonden for Almen Praksis om dækning af honorar til praktiserende lægers medvirken ved dataindsamling i forsknings- og forskningsliggende projekter.

Sådan ansøger du

Se vejledning og download ansøgningsskema på DSAM's hjemmeside: www.dsam.dk/mpu. Projektet skal være godkendt af MPU-udvalget, før der kan ansøges om honorar. Hvert projekt kan maksimalt tildeles 70.000 kr. pr. år til brug for honorering. Ansøgningsskema, projektprotokol og relevante bilag sendes til mpu@dsam.dk.

Kontaktperson i DSAM

Dorthe Pedersen, dp@dsam.dk, tlf. 5150 1676.





Stil skarpt på kvalitetsprojekter i DIN praksis

60 projekter
ligger allerede klar
i vidensbanken. Hent
dem. Brug dem. Der
er plads til flere!

Vidensbanken er udviklet af DSAM med det formål at samle kvalitetsprojekter fra almen praksis og klyngerne ét centralt sted.

I min introduktionsstilling i almen medicin lavede jeg et kvalitetsprojekt med fokus på patienter med psykisk sygdom. Som uddannelseslæge var det motiverende at se, hvordan man med en opsøgende somatisk tilgang kan forbedre livskvaliteten markant for en udsat gruppe patienter. Hvis man har lavet et spændende projekt eller mangler inspiration, kan man dele erfaringer med sine kollegaer på vidensbankens hjemmeside.

Vidensbanken er etableret for at gøre det nemt at hente idéer og få inspiration samt evt. tage kontakt, hvis man har brug for sparring til at komme i gang. Det er essentielt med sparring og inspiration, når man starter et

projekt op, så man kan få et godt afsæt og ikke behøver at starte forfra hver gang. At udvikle kvaliteten i almen praksis optager alle på den ene eller anden måde, men desværre bliver megen generelt anvendelig viden og erfaring aldrig publiceret og dermed ikke delt.

Kvalitetsudviklingsprojekter er vigtige for den enkelte praksis og for patienterne. Vidensbanken kan understøtte kvalitetsløft, omorganisering og bedre trivsel i den enkelte praksis. Nogle projekter er mindre tiltag i en enkelt praksis, mens andre er større projekter, som udgår fra forskningsenheder, hvor flere praksisser har deltaget.

Hvilke temaer kan man søge på?

Lige nu ligger der mere end 60 spændende projekter på hjemmesiden, og der er plads til mange flere. Nogle har fokus på patienter med psykiatriske problemstillinger, mens andre omhandler rygpatienter, børns mentale udvikling, patienter med multisyg-

dom og sårbare ældre. Der er ofte elementer, som skal imødegå ulighed, stille skarpt på patientsikkerhedsspørgsmål eller samarbejdet med andre aktører.

Nogle projekter afprøver tilgange med bidrag fra andre faggrupper. Det gælder f.eks. projekter om medicin-gennemgang. Andre projekter afprøver nye teknologier, f.eks. ultralydsskanning i almen praksis.

Den organisatoriske kvalitetsudvikling vedrører fordeling af opgaver og tid blandt personalet. Det kan være implementering af nye arbejdsgange eller problemstillinger, som er relateret til ledelsen eller driften af klinikken, f.eks. modtagelse, introduktion og oplæring af nyt personale, supervision af uddannelseslæger, mødeaf-



holdelse, tema- og klinikdage, team-samarbejde med mere.

Den kliniske kvalitetsudvikling handler om at implementere nye vejledninger eller guidelines med nye standarder for behandling. En ting er at kende til standarden, men en anden ting er at bringe den i spil over for relevante patienter og i samarbejdet med dem.

Hvor skal projektet forankres?

Et tiltag behøver ikke at være forankret i en forskningsenhed for at blive værdifuldt for andre. At forbedre den overordnede kvalitet, hvad enten det er ud fra et klinisk, organisatorisk eller patientoplevels perspektiv, byder på mange muligheder for at bruge forskellige tilgange og designe et projekt, der passer præcis til formålet og til den kontekst, hvori udviklingen skal

foregå – i samarbejde med de mennesker, der skal bidrage. Det giver ofte god energi i den enkelte praksis, når forbedringer skabes sammen.

Det er ikke nødvendigvis en speciallæge, der skal være tovholder. Det kan også være en sygeplejerske, en sekretær, en uddannelseslæge i introduktions- eller hoveduddannelsesforløb, hvilket kan være med til at motivere og udvikle medarbejderen.

Organisering

En projektgruppe under DSAM's Kvalitetsudvalg står for administration og udvikling af samt kommunikation om Vidensbanken. På et senere tidspunkt skal projektet evalueres, men endnu er Vidensbanken i en opstarts-fase, og derfor er fokus på at få udbredt kendskabet, så der kommer flere projekter ind på platformen.

Forventninger

Vi håber, at Vidensbanken kan være med til at skabe endnu bedre erfaringsudveksling mellem praksis, klyn-ger og projektjere, der både tæller enkelte lægehuse og aktører fra de almenmedicinske kvalitets- og forskningsmiljøer. Mange yngre læger er ligeledes interesserede i udviklingsprojekter, mens de er i introduktions- eller hoveduddannelse i almen medicin. Vil du også bidrage? //

FAKATABOKS:

Del dit nyeste projekt til inspiration for dine kollegaer, eller læs om eksisterende projekter på <https://www.vidensbanken.dsam.dk/>



Kan brobygning til lokalsamfundet hjælpe praktiserende læger?

Fysisk aktivitet ville gavne mange patienter, men det kan være svært at finde det rette tilbud. Brobygning fra almen praksis til lokalområdet kan være en løsning.

Du kender måske konsultationen: Du anbefaler den fysisk inaktive patient at blive mere fysisk aktiv, hvilket patienten også ønsker at være. Men du mangler konkrete anvisningsmuligheder til passende tilbud i lokalsamfundet, der matcher patientens behov, og som kan tage imod personer, der gerne vil påbegynde en aktiv livsstil. Dialogen om et øget fy-

sisk aktivitetsniveau forbliver derfor desværre en dialog, der aldrig bliver omsat i praksis.

Fysisk inaktivitet i Danmark

Mennesker, der ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive, er i øget risiko for livsstilssygdomme, herunder hjerte-kar-sygdomme, diabetes og psykiske sygdomme som depression. I et folkesundhedsmæssigt perspektiv er manglende fysisk aktivitet et stort problem, da 58 pct. af den voksne danske befolkning ifølge rapporten "Danskerne Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2022" ikke lever op til Sundhedsstyrelsens tilslutning til minimumsanbefalingen fra WHO på 150 minutters moderat til hård fysisk aktivitet per uge. Derfor er udvikling af målrettede indsatser, som kan redu-

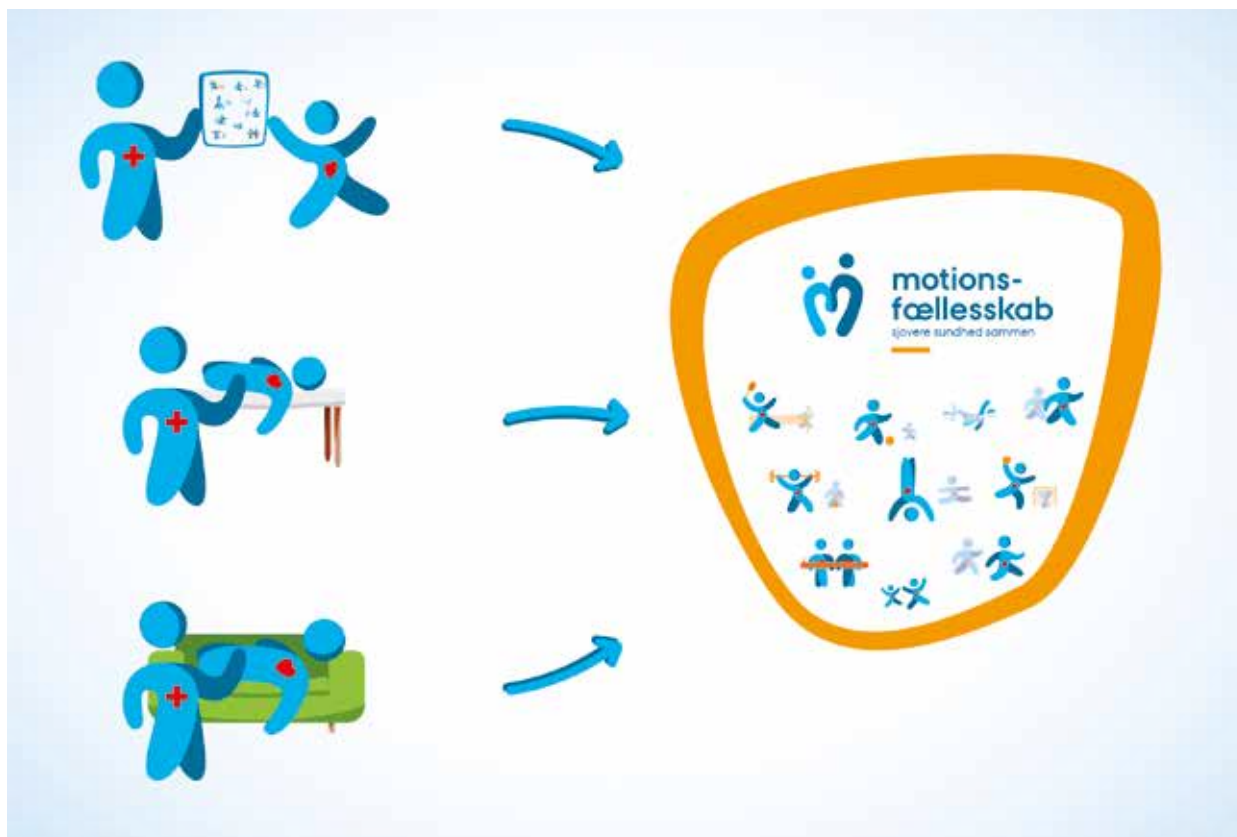
cere problematikken med inaktivitet i Danmark, afgørende for patienten, men også for samfundet.

Almen praksis

Cirka 85 pct. af danskerne konsulterer deres praktiserende læge over en 1-årig periode. Omkring 70 pct. af de fysisk inaktive patienter angiver, at de ønsker at være mere fysisk aktive, og mange spørger lægen til råds om en mere aktiv livsstil. Således har lægerne en nøglerolle i forbindelse med at reducere andelen af fysisk inaktive danskere. Det bekræftes af, at Sundhedsstyrelsens retningslinjer for almen praksis anviser, at lægerne bør anbefale fysisk aktivitet – især til patienter, som er i risiko for at udvikle livsstilssygdomme eller allerede har det. Alligevel viser flere studier, at det



Craffik: Peter Lübken



Grafik: Peter Lübken

er svært for de praktiserende læger at konkretisere disse anbefalinger. Udfordringerne skyldes blandt andet manglende overblik over de muligheder i lokalsamfundet, som er målrettet fysisk inaktive borgere.

Brobygning

Den nyeste forskning inden for håndtering af fysisk inaktivitet anbefaler, at der etableres og forskes i indsatser, som kan bygge bro mellem fysisk inaktive danskere og de strukturer og organisationer, der hjælper danskerne med at etablere og fastholde sunde motionsvaner. Der er behov for et overskueligt og let anvendeligt redskab i almen praksis, der kan understøtte lægerne, når de rådgiver om fysisk aktivitet, så fysisk inaktive borgere kan få motiverende støtte og et overblik over konkrete muligheder for fysisk aktivitet med ligesindede i deres lokalsamfund.

Idrætsforeningerne tilbyder alsidige lokale tilbud om motion og fællesskab landet over. Med "Bevæg dig for livet" giver Danske Gymnastik- og Idrætsforeninger (DGI) og Danmarks Idrætsforbund (DIF) idrætsforeningerne inspiration til at gøre flere danskere aktive. Selvom flere motionstilbud er målrettet fysisk inaktive, har idrætsforeninger svært ved at rekruttere fysisk inaktive, som sjældent finder vej til idrætsforeningen på egen hånd, men har brug for hjælp.

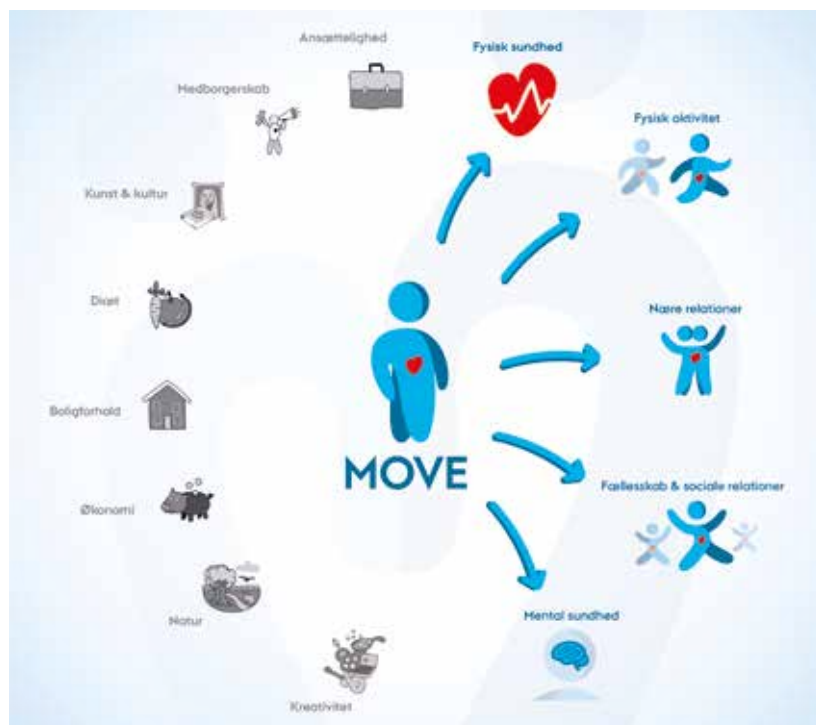
Linkworker

For at opnå en brobygning mellem almen praksis og idrætsforeningerne er en såkaldt linkworker (eller foreningsbrobygger) central. Dette bekræftes også i Sundhedsstyrelsens slutrapport vedrørende motion på recept, der angav, at overgangen til træning på egen hånd eller i f.eks. idrætsforeninger var for udfordrende for mange. En

linkworker følger op på konsultationen hos den praktiserende læge ved at kontakte borgeren, der vil være mere aktiv, og hjælper vedkommende videre til det aktivitetstilbud, som passer denne person bedst. I dag er der brobyggere ansat i bl.a. kommunalt regi, hvor de (f.eks. via jobcentre) hjælper folk videre til fysisk aktivitet i lokalsamfundet. Desværre er disse indsatser ikke koordinerede på tværs af sektorer. Der er også forskellige opfattelser af, hvad en brobygger skal kunne, og hvilken faglighed der er relevant for at varetage hvervet som brobygger.

MOVE

Forskningsgruppen MOVE, som er forankret ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og Institut for Folkesundhed ved Aarhus Universitet, samarbejder med interessenter på tværs af sektorer for at udvikle en bro-



MOVE

bl.a. motivation, selvtillid og handlekompetence. Disse aspekter skaber bedre sundhed for patienten på længere sigt – altså en positiv udvikling for patienten. Det peger på, at fundamentet for, at en brobygningsintervention kan lykkes, er accept og forståelse fra alle parter, men succesen afhænger også af, at den nødvendige kapacitet og de økonomiske ressourcer er til stede.

Konklusion

En linkworker kan bygge bro mellem almen praksis og lokalsamfundet. Dette kan gøres ved at læger i Danmark kan henvise patienter/borgere til linkworkeren, som har overblik over mulighederne for fysisk aktivitet i lokalsamfundet og ved, hvilke steder der kan modtage personer, der vil påbegynde en aktiv livsstil. Området kræver yderligere forskning, der kan undersøge, hvilke kvalifikationer linkworkeren skal besidde, hvordan linkworkeren skal forankres organisatorisk, og hvordan de forskellige interessenter opnår en forståelse for hinanden. //

bygningsstruktur i en dansk kontekst, så praktiserende læger, andre sundhedsprofessionelle, kommuner og evt. andre kan henvise udvalgte grupper af borgere til en linkworker, der kan hjælpe borgeren med at finde et sundhedsfremmende og fællesskabsorienteret aktivitetstilbud i lokalsamfundet. Vi gør brug af erfaringerne fra "Motion på recept" og den viden, der er tilgængelig fra andre lande, og vi arbejder ud fra en kompleks interventionsproces, f.eks. involverer vi interessenter i samskabelsesprocesser for at finde langtidsholdbare løsninger, som er mulige for borgeren at fastholde, og som er solidt organisatorisk forankrede. Samtidig søger vi at forstå de strukturer, indsatser og rammer, som kræves for at skabe succesfuld brobygning.

Hvordan skal brobygningen være?

Det nyeste fund fra forskningen viser, at lægerne er overvejende positive over for idéen om brobygning til lokalsamfundet gennem en linkworker.

Mange mener dog også, at der er behov for at afdække, hvilke patienter/borgere som skal anvises. Ifølge lægerne er relevante målgrupper for en brobygningsintervention bl.a. personer med overvægt og/eller type 2-diabetes. Desuden er det afgørende, at instruktører i idrætsforeningerne har de fornødne kompetencer til at løfte opgaven, så den fysisk inaktive, der møder op i idrætsforeningen, både får den rette træningsvejledning og øvelsesdosering, samtidig med at denne ikke stigmatiseres og ekskluderes fra fællesskabet.

Brobygningsinterventioner er udbredt i flere andre lande, særligt i Storbritannien, hvor det britiske sundhedsvæsen, NHS, har gjort social prescribing til en integreret del af sundhedsvæsenet. Nyere forskning peger på, at succesen afhænger af en række kerneaspekter, herunder en tryk relation, støtte fra omgivelserne, ikke-stigmatiserende og skræddersyede tilbud. Forskning viser også, at kerneaspekterne er med til at fremme

FAKTA OM BROBYGNING

- Almen praksis kan aflastes via samarbejde med en linkworker.
- Linkworkeren kan henvise inaktive patienter til lokale træningstilbud.
- Henvisning til træning i fællesskab kaldes også "social prescribing".
- Social prescribing er en integreret del af det britiske sundhedsvæsen.
- Brobygning kan aflaste lægerne og gavne patienterne.



Af: Niels Kristian Kjær, klinisk professor, Jesper Lykkegaard, klinisk professor, Helle Ibsen, ph.d.-studerende, og Jens Søndergaard, professor, alle Forskningsenheden for Almen Praksis, SDU - nkjaer@health.sdu.dk

Velkommen ombord på det gode skib "Kliniknær Forskning og Uddannelse"

Kliniknær Forskning og Uddannelse er et nyt, inspirerende og sjovt fællesskab, der sigter mod at gøre almen praksis endnu bedre ved at skabe åndehuller i en travl klinisk hverdag.

Alle i praksis har travlt. Mange opgaver står i kø. Dagene kan blive lange. Alligevel er det måske en idé at standse op for en kort stund, drikke en kop kaffe eller te og tænke lidt over, hvordan vores fælles fag – dit og mit faglige fundament i hverdagen – kan udvikles og formidles gennem erfaring, udveksling, forskning og uddannelse.

Derfor vil vi meget gerne invitere flere klinisk arbejdende almenmedicinere med ombord i denne udvikling. På en måde, hvor forskning og undervisning ikke må opleves som ekstra byrder på vores trætte rygge. Det skal være stimulerende og inspirerende akademiske åndehuller.

Symposium søsatte nyt netværk
Forskningsenheden for Almen Praksis i Esbjerg-Odense afholdt den 8.

marts 2023 et lanceringssymposium, som søsatte "Kliniknær Forskning og Uddannelse". Det nye netværk samler interesserede lægepraksis, der vil styrke kliniknær uddannelse og forskning i almen praksis.

I det følgende opsummerer vi dagens program. Vi håber, at det kan skabe lidt nysgerrighed blandt vores kollegaer. Til slut afrunder vi med vores (efter)tanker om, hvordan vi definerer og udvikler vores almenmedicinske faglighed.

Symposiet bød på flere gode eksempler på kliniknær patientrelevant forskning, som blev præsenteret og

diskuteret. Diskussionerne handlede om indhold, og hvordan projekterne påvirkede de deltagende praksis.

Henriette Poulsen, praktiserende læge i Sønder Omme, fremlagde sammen med plejehjemsleder Lisbet Bo et projekt om urinvejsinfektioner i Billund Kommune. Rigtigt mange ældre borgere får foretaget urindyrkninger, og mange af dem får antibiotika, som måske ikke er klinisk indiceret. Projektet indsamler data om problemets omfang, implementerer nye procedurer og afholder en fælles temadag for kommunens praksis og personalet på plejehjem og i hjemmeplejen.



Henriette Poulsen og Lisbet Bo præsenterede et projekt om forbedret behandling af urinvejsinfektioner hos kommunens ældre. Foto: Sanne Karlisen.



Jonas Strunge: Man kan nedsætte antallet af akutte indlæggelser ved udvidet samarbejde mellem kommunens akutsygeplejersker og de praktiserende læger i dagtid- og hospitalslæge i vagten. Foto: Sanne Karlsen.

Projektet kom følgende til gode:

- Patienterne: mere relevant behandling og forhåbentlig sjældnere resistensudvikling.
- Læger og personale: kobling mellem det praktiske med det akademiske styrker det lokale fælles ejerskab og de faglige relationer på tværs af primærsektoren.
- Samfundet: en bedre rekruttering gennem et positivt kendskab til Billund Kommune.

Jonas Strunge, praktiserende læge i Middelfart, præsenterede et projekt om samarbejdet mellem almen praksis, det kommunale akutsygeplejeteam og Sygehus Lillebælt.

Udgangspunktet var, at ikke alle akutte sygdomstilfælde kræver indlæggelse, men akutte hjemmebesøg hos borgere i almen praksis kan give udfordringer i forhold til muligheden for akutte parakliniske undersøgelser og tilgængelig tid. I projektet fik akutsygeplejeteamet udvidet laboratorieudstyr og mulighed for IV-behandling. Akutsygeplejeteamet fik en rammedelegation, så de på eget ini-

tiativ kunne tage blodprøver på patienter, der opfyldte definerede kriterier.

Akutsygeplejen kontaktede egen læge telefonisk, hvis der var behov for behandling/vurdering af borgeren ud fra akutsygeplejens observationer, værdier og de parakliniske målinger. Sygehus Lillebælt stillede en speciallæge til rådighed for at hjælpe akutsygeplejen med tolkning/handling uden for åbningstiden i almen praksis.

Indsatsen gav et betydeligt fald på ca. 20 pct. i antallet af indlæggelser, og nødvendig behandling blev iværksat tidligere.

Projektet kom følgende til gode:

- Patienterne: fik en hurtigere behandling af sygdom og flere undgik indlæggelse.
- Sygehus Lillebælt: bedre visitation af akutte patienter.
- Almen praksis: mere tid til andre kerneopgaver.
- Akutsygeplejen: blev opkvalificeret og kunne tiltrække kompetente medarbejdere.

Jesper Lykkegaard fremlagde på vegne af Christian Valentiner-Branth et projekt om ultralyd i almen praksis, hvor man undersøgte, hvilke skanningsmodaliteter praktiserende læger begynder at anvende, når de har fået kursus og apparat. Lægerne vurderede, at mere end 80 pct. af skanningerne var konklusive. I to tredjedele af skanningerne blev diagnosen mere sikker, og i en tredjedel blev diagnosen, visitationen eller behandlingen ændret.

Helle Ibsen, Sys Melchior og Lea Tykgaard Hansen præsenterede et projekt, der skal generere gode uddannelsesrelaterede idéer til klinikophold i almen praksis i samarbejde med tutorpraksis og medicinstuderende. En styrket læring i almen praksis er til gavn for de læger, der vælger almen praksis som fremtidig karriere, men det kan også være til gavn for klinikkerne og det sammenhængende sundhedsvæsen. En sidegevinst kan være at styrke de kommende kollegers interesse for specialet almen medicin.

Fokusgruppeinterview med praktiserende læger viste, at centrale områder inden for læring i praksis var kontinuitet og relationer, sidemandsoplæring og sundhedsfremmende indsatser. Udfordringer for læring var rammerne (tid og lokaler), usikkerhed om den studerendes opgaver og manglende overskud blandt læger og personale i klinikken. Fokusgruppeinterviewet pegede også på flere mulige løsninger, f.eks. at de studerende kan lave resumé af patienter med komplicerede sygdomsforløb, se nogle typer af patienter selv og evt. selv løse udvalgte opgaver.

Janus Laust Thomsen, professor ved Forskningsen-

heden for Almen Praksis og Center for Almen Medicin, Aalborg Universitet, fortalte om fordelene ved at samle de forskellige kvalitets- og forskningsaktører omkring Forskningsenheden for Almen Praksis og inddrage lægehuse gennem et brugerpanel.

Mette With Hagensen, som er valgt ind i Regionsrådet i Region Syddanmark for Socialdemokratiet og rådets 1. næstformand, udtrykte stor politisk goodwill til at udbygge den kliniknære forskning og uddannelse og at inddrage patienterne mere. Hun havde mange positive betragtninger om almen praksis' rolle i sundhedsvæsenet.

Relevant viden til praksis

Dagen sluttede med refleksion over, hvad der kan rekruttere lægehuse til netværket. Vi diskuterede, hvordan en aftale mellem praksis og universitetet kunne se ud, og med hvilke mulige perspektiver.

Fokusgruppeinterviews viser, at praktiserende læger generelt ikke motiveres af potentielle "akademiske laurbær". Hvis deres interesse skal fanges, kræver det meningsfulde projekter, der skaber relevant viden til praksis og patienter. Projekterne skal være overkommelige og tilpasset både arbejdsrytmen og vilkårene i klinikken. De praktiserende læger efterspørger både praktiske og administrative ressourcer til at udføre projekterne i praksis. Til gengæld kan gode og veltilrettelagte projekter skabe fagligt engagement i hele klinikken og fungere som akademiske åndehuller i en travl hverdag.

Flere kolleger oplever klinisk uddannelse af studerende og yngre kollegaer som en positiv forpligtigelse, som de gerne vil forbedre, hvor det er muligt.

En aftale mellem SDU og de praksis, der tilmelder sig det kommende netværk, bør afstemme de gensidige forventninger.

Fra regionalt til landsdækkende initiativ?

Vores fokusgruppeinterviews med praktiserende læger i Region Syddanmark opfølges af en spørgeskemaundersøgelse. Formålet er at udvikle netværket for kliniknær forskning og uddannelse, så det kan imødekomme bekymringer, udfordringer, muligheder og interesse fra klinisk arbejdende læger.

I første omgang er initiativet rettet mod klinikker i Region Syddanmark, men vi håber, at vi sammen med de øvrige forskningsenheder kan gøre netværket landsdækkende.

Perspektiverne er store – lige fra styrkelse af respekten for arbejdet i praksis til de uforudsigelige muligheder, som nye teknologiske opfindelser og medicinske landvindinger vil bringe.

Flere spændende projekter er allerede i gang, f.eks. PCR-undersøgelser, anvendelse af kunstig intelligens i praksis, ultralyd og tarmfloraens betydning for en lang række sygdomme.

Eftertanker: en styrkelse af vores fælles faglighed

Almen praksis bygger sin succes på robust klinisk erfaring og en helhedsorienteret tilgang med patienten i centrum. Den brede lægefaglige kundskab suppleres med vigtig forståelse af sociale, psykologiske, kommunikative og eksistentielle forhold.

Gennem tiden er denne almenmedicinske faglige basis udviklet via erfaringsudveksling og formidlet gennem uddannelse til studerende, kommende speciallæger og alment praktiserende læger. Den fælles faglighed er desuden blevet udbygget og gjort eksplicit gennem forskning, bl.a. fra forskningsenhederne. Forskningen har ikke blot givet specialet sin akademiske legitimitet; den har også gjort os klogere på vores patienter og på os selv.

Men det kan blive endnu bedre, hvis

vi rykker forskningen mere ud i praksis og mere patientnært. Særligt hvis vi kan kombinere det med den undervisning, vi tilbyder studerende, nye læger og kollegaer. Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense-Esbjerg har stor interesse i at optimere den almenmedicinske uddannelse fra student til pensionist. Gennem relationsarbejde har kandidatuddannelsen i medicin i Esbjerg fået 4 uger i klinik i almen praksis. Forhåbentligt kan det udvides yderligere med tiden.

Almen praksis er arbejdsmæssigt presset og klemmt fra flere sider. Netop derfor har vi brug for inspirerende åndehuller, der skaber energi og motivation. Vi tror på, at "Kliniknær Forskning og Uddannelse" kan styrke vores fælles faglighed. Det er dog en stor udfordring at definere rammerne, så vi ikke skaber endnu en byrde på almen praksis' brede – men tyngede – skuldre.

Denne udfordring kan kun løses i et tæt samarbejde mellem klinikerne, der har hånden på roret, de almenmedicinske uddannelsesfolk og forskere.

Mange banker på døren med nye opgaver til almen praksis. Vi skal være bevidste om, hvad vi kan påtage os, og vi skal kun tage opgaver, som vi kan magte. Uddannelse og forskning er ikke nye opgaver – de har været her længe. Undervisning er en professionel forpligtelse, men er også vejen til at gøre kommende kolleger interesserede i almen praksis. Undervisning og forskning i almen praksis kan give kommende sygehuslæger en bedre forståelse af arbejdet i almen praksis og af vores vigtige funktion. Det kan både stimulere egen faglighed og være en hjælp i hverdagen.

Heldigvis opleves uddannelse af nye, unge og gamle kolleger oftest som en fornøjelse og berigelse frem for en forpligtigelse – især hvis man kan gøre det sammen i et fællesskab som "Kliniknær Forskning og Uddannelse". //



Af: Lotte Hvas, speciallæge i almen medicin, dr.med. Tidligere praktiserende læge, tidl. lægefaglig konsulent i DSAM - lotte.hvas@dadlnet.dk



Centrale personer inden for det almenmedicinske speciale fortæller, hvilke tre værker eller begivenheder der har formet dem som fagpersoner. Der er ingen krav til værkernes form, og det kan således være alt fra fagbøger, artikler, børnebøger, religiøse værker og poesi til sange, et særligt møde, en keynotesession ved en konference eller perioder, der har defineret karrieren.



3 x 3

En historie om historier

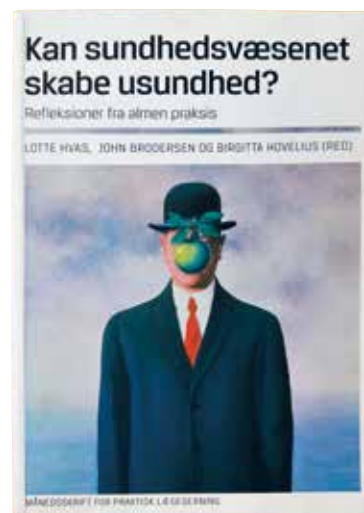
Det er så moderne med udfordringer. Aktuelt var det redaktionens opfordring til at svare på "Hvilke tre værker eller begivenheder har medvirket mest til at gøre mig til den fagperson, jeg er?" Altså en slags lægelige memoirer på tre sider. Det kunne jeg selvfølgelig ikke sige nej til. Men trods min store kærlighed for myter, eventyr og romaner, så er det ikke de litterære oplevelser, der har ført til de største lægefaglige erkendelser. Det har til gengæld 'livet selv' og mødet med de mange personlige og levede historier.

FØRST OG FREMMEST IKKE SKADE

En morgen sidst i halvfemserne – jeg var knap 42 år gammel – kom jeg hjem fra Næstved Sygehus. Ikke som læge fra en vagt, men som patient: Jeg havde netop fået fjernet min anden æggestok pga. godartede forandringer og var derfor definatorisk i tidlig overgangsalder. Oplevelsen blev skelsættende.

Jeg havde godt nok været patient før, men denne gang kom det til at handle om mødet med mine lægekolelegaer og det, de fortalte mig. Deres negative syn på det, jeg nu stod overfor, gjorde indtryk på mig. Med alvor-

lige miner informerede de mig om risiko for hjertesygdom, knogleskørhed, demens og måske sukkersyge, som de nu kunne se i krystalkuglen. Resultatet var, at jeg så billeder af mig selv blive skubbet rundt i kørestol af min mand og tænkte, at de ekstra hjerteslag, jeg havde følt, måske var tegn på begyndende hjertesygdom. Sygdomstanker kom bag på mig. Jeg følte mig jo egentlig rask, bortset fra såret i maven, som skulle hele. Jeg havde fuld fart på livet med delepraksis med min mand, to halvstore børn,



Noget af det, vi gør i den bedste mening, kan skade patienten. Nordisk RisiHogruppe (NRC) satte fokus på problemstillingen i denne antologi fra 2009.

mange jern i ilden, og hvor (i parentes bemærket) symptomerne på overgangsalderen var til at leve med.

Kvindeliv

Den omtalte morgen fik jeg min postbakke fra klinikken serveret på sengen – dengang havde vi en fysisk indbakke! Og helt tilfældigt lå der en pjecce om overgangsalderen, skrevet af fire østrogenproducerende medicinalfirmaer. Den var ikke stilet til kvinderne – for det må man jo ikke – men til lægerne, der skulle påvirkes til at overtale kvinder til behandling. Blandt andet med et billede af en bil med en kvinde, der passerer 50-års milepælen. Skiltene til 'Tryghavn' viste to veje: en med bump, goldhed, opadbakker og hede, mens det andet (flankeret med hormonpiller) viste en vej med hvile, rasteplasser og optankning af energi. Jeg studsede: Er det virkelig den fortælling, vi skulle videregive om en naturlig periode i et kvindeliv?

Der på sengekanten gik jeg straks i gang med at skrive en kronik for at problematisere de historier, der bringes til torvs. Men halvvejs igennem gik det op for mig, at det ikke var nok – og det slog mig, at jeg var nødt til at lave et forskningsprojekt. Hvordan oplevede andre kvinder at være i overgangsalderen? De fortællinger, jeg hørte fra kollegaer og medicinalindustri, stemte ikke overens med de kvinder, jeg mødte i praksis. De var

som oftest stærke og velfungerende, selvom nogle selvfølgelig var belastet af symptomer eller fejlede andre ting.

Fra forskning til ølkasse

Det blev startskuddet til en lang forskerkarriere sideløbende med livet som praktiserende læge. Overgangsalderen i sig selv var måske ikke det vigtigste, selvom det var et udfordret felt, men perioden og de fortællinger, der var – og stadig er – i spil, blev et lysende eksempel på andre ting, der kan være i gærde, når mennesker møder sundhedsvæsenet: medikalisering, risikotænkning, sygeliggørelse, diagnosesamfund, etiske dilemmaer, magtstrukturer, empowerment eller sårbarhed og skamfølelse. Og så selvfølgelig narrative: menneskers fortolkede historier, som giver livet mening. Overgangsalderen blev den linse, gennem hvilken jeg kunne beskrive mange af de begreber, som ofte undgår vores opmærksomhed, når vi udelukkende koncentrerer os om biomedicinske landvindinger og målbar evidens.

Herefter blev mit lægeliv mindre forudsigeligt. Fra at være helt 'almindelig' praktiserende læge i provinsen – godt nok i en af landets første delepraksis – fik jeg via min ny erhvervede viden en 'ølkasse'

at stå på, hvor jeg blev inddraget i en række debatter, bl.a. på almenmedicinske kongresser, i Det Ethiske Råd og i Nordisk Risikogruppe (NRG) – en nordisk almenmedicinsk tænketank, som også udgav bogen "Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed?". Det var vigtigt for mig at fokusere på, at det, vi gør som læger – i allerbedste mening – ikke altid er godt, men til og med kan skade. Især når vi udvider vores område fra de syge til de måske kommende syge og ved screeninger, helbredstjek og tidlig opsporing 'fanger' mennesker, der ikke er så raske, som de tror. Idéen om at holde et spejl op for mennesker, hvor vi viser en mulig fremtid med sygdom, kan medføre alt fra overbehandling, medikalise-



Frit efter reklame for medicin til behandling af gener ved overgangsalder.

ring og stig-matisering til uro, bekymring og sygdomsfølelse. Det kritiske blik og nej-hatten havde fået en fremtrædende plads. Det betød ikke, at jeg var 'imod alt' – blot at vi skal tænke os om og være bevidste om, at fordelene skal opvejes mod ulemperne.

KONFLIKTEN OG BEHOVET FOR AT SÆTTE ORD PÅ, HVAD ALMEN PRAKSIS KAN

I 2013 blev en helt anden problemstilling aktuel. Politikere og embedsmænd havde set sig onde i sulet på almen praksis og trak et lovindgreb ned over hovedet på os, til trods for at vi var både billige, effektive og afholdt af patienterne. Konflikten blev en brat opgørelse for mange praktiserende læger og blotlagde nødvendigheden af, at vi er nødt til at engagere os og fortælle om verden, hvad vi er gode til i almen praksis. Men før vi kunne gøre det, måtte vi selv finde et sprog for, hvad det er, vi kan, og hvorfor almen praksis er en nødvendig forudsætning for et velfungerende sundhedsvæsen. Personligt har jeg haft glæden af at kunne lægge hus til "Præstøgruppen" – en almenmedicinsk tænketank, hvor kernen i samværet netop er at sætte ord på det særegne ved almen praksis og den personcentrerede almenmedicinske tilgang, hvor vi lytter til patientens historie. Nej-hatten blev erstattet med en ja-hat: Vi skal – ud over at være fagligt dygtige – skærpe vores professionelle identitet, bidrage til kontinuitet og relationsbygning og øge tilliden til vores dømmekraft.

MOD NYE HORISONTER

I 2014 afhændede vi vores delepraksis. Jeg var 60,5 år – faktisk den aktuelle gennemsnitsalder for at stoppe i klinikken. Baggrunden var en kombination af personlige forhold og en erkendelse af at 'nok er nok' i kølvandet af lovindgreb, konflikt og manglende anerkendelse. Det var med meget blan-



Seneste skud på Lotte Hvas' forfatterskab er Bogen om overgangsalderen, udgivet i 2022, Forlaget KLIM.

dede følelser, jeg forlod klinikken, men også med en stor taknemmelighed over, at vi har fået lov til at være praktiserende læger i en gylden æra – før sektoren blev påvirket af alt for mange dokumentationskrav, en voldsom mangel på tid og en tiltagende defensiv holdning med Styrelsen for Patientsikkerhed for bordenden – nok den mest negative fortælling, man kan forestille sig, hvis man ønsker et tillidsbaseret sundhedsvæsen. Noget af frustrationen kunne jeg kanalisere over i at fortsætte mit arbejde som 'fagperson', og jeg fik nogle spændende år i DSAM's sekretariat med fingeren på den faglige puls. For mig blev det endnu mere tydeligt, at de fagpolitiske aktive kollegaer i PLO og DSAM har taget et langt sejt træk for holdet, så vi nu er ved at genoprette tilliden til faget. Tak for det! Mit håb er, at vi nu får en forenkling og differentiering af økonomien og prioriteringen i praksissektoren, så vi i højere grad bliver i stand til at give mest til dem, der har størst behov, og at dem, der arbejder mest, også er dem, der tjener mest.

På det personlige plan frigav ophøret i praksis en masse tid. Først og fremmest blev det muligt at skrive den bog til kvinderne, som jeg havde gået og samlet sammen til i mange år.

BLÅ BOC: LOTTE HVAS

Speciallæge i almen medicin, dr.med.

Født 1954. Bor i Præstø.

Gift med Mikkel. Har to voksne børn og to børnebørn.

1981: Læge fra Københavns Universitet

1990-2014: Praktiserende læge i

delepraksis i Præstø

1996-2023: Tilknyttet Forsknings-

heden for Almen Praksis i København

2007-2013: Redaktør ved Månedsskrift for Almen Praksis

2008: Forsvar af disputats "Medicin til raske – en syg ide? Medikalisering og risikotænkning i almen praksis med overgangsalderen som eksempel"

2008-2013: Medlem af Det Ethiske Råd, heraf tre år som næstformand

2009: Redaktør af antologien "Kan sundhedsvæsenet skabe usundhed?" (udgivet af NRC)

2014-2023: Lagt hus til "Præstøgruppen" – en almenmedicinsk tænketank

2014: Ophør i praksis

2015: Forfatter af "Overgangsalderen – bedre end sit rygte" (Forlaget Klim)

2016-2021: Lægefaglig konsulent i DSAM

2022: Forfatter af "Bogen om overgangsalderen" (Forlaget Klim)

2023: Underviser, debattør, foredragsholder

Den første version "Overgangsalderen – bedre end sit rygte" udkom i 2015 og "Bogen om overgangsalderen" i 2022. Det åbnede en helt ny verden for mig med bogmesser, events og udstillinger både i Rundetårn og på Kvindemuseet, og jeg fik adgang til et kvindeunivers, som jeg ikke tidligere har haft øje for. Når jeg kigger efter, så er der nok af historier at tage fat på, f.eks. opgøret mod alderisme og sygeliggørelsen af normale overgange i kvindelivet. Jeg tror ikke, at jeg kommer til at kede mig! //



NY ARTIKELSERIE

Mød dit FYAM-udvalg

Som yngre læge med enten interesse i eller under uddannelse i almen medicin kan man – som aktuelt 1.500 andre – blive medlem af Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM), der hører under Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM).

Hver september er der FYAM-valg, hvor I medlemmer vælger de personer, I vil repræsenteres af i FYAM-udvalget. Men nogle medlemmer stemmer af forskellige årsager ikke til valget, og flere kender ikke de personer, de stemmer ind. Det vil vi gerne lave om på.

Vi arbejder på at gøre vores aktiviteter mere gennemsigtige for vores medlemmer. Derfor kan du i denne nye artikelserie læse mere om, hvem medlemmerne af FYAM-udvalget er.

Hvor er vi repræsenteret?

Til FYAM-udvalget vælges et medlem og en suppleant fra hver region, og

disse har automatisk ansvar for at lede de regionale styregrupper sammen med andre frivillige yngre læger. Der til har vi medlemmer fra de stående udvalg under DSAM (Forskningsudvalget, Videreuddannelsesudvalget, Kvalitetsudvalget og Internationalt udvalg), under PLO (Trivselsudvalget) og under Yngre Læger (Almen Praksisudvalget).

Hvor tit mødes vi?

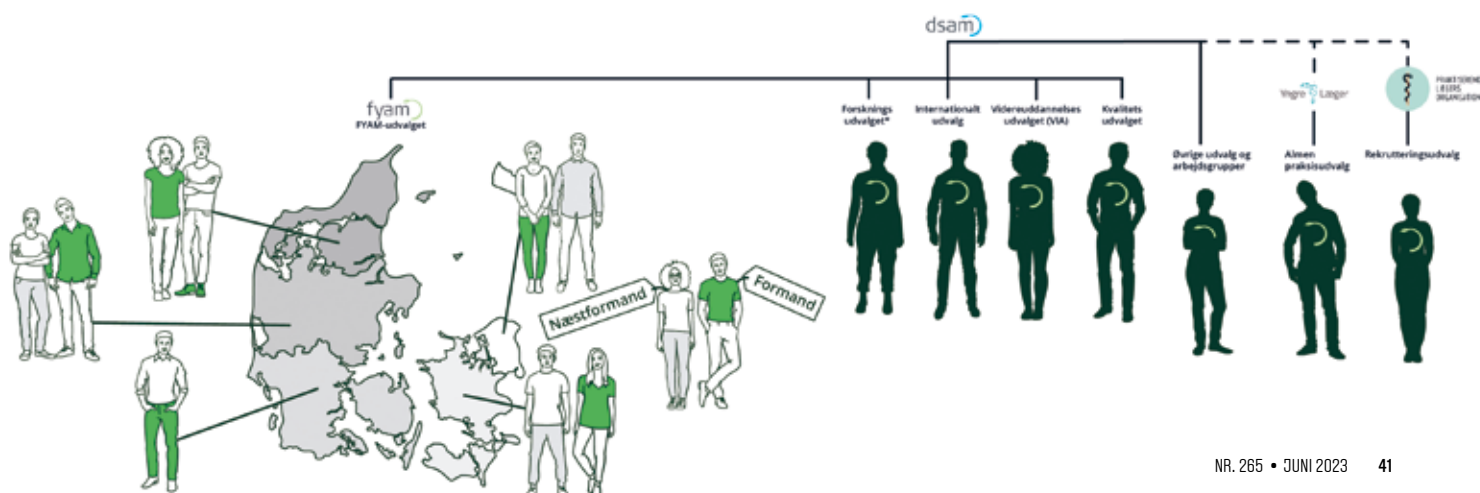
FYAM-udvalget mødes hver anden måned til en status for projekter i styregrupper og arbejdsgrupper og til planlægning af fremtidigt arbejde. Vi har også flere årlige sociale events, man kan deltage i – enten sammen eller på vegne af FYAM. Man kan blandt andet deltage i det årlige internatmøde, komme med til hyggelige middage eller repræsentere FYAM på DSAM's årsmøde og til flere spændende konferencer om almen medicin.

I de kommende udgaver af Practi-

cus fortæller vi lidt om medlemmerne, og hvad de laver i de forskellige udvalg. Har du lyst til selv at være aktiv i FYAM? Så kan du allerede nu melde dig ind i de regionale styregrupper eller deltage i en arbejdsgruppe. Måske får du endda lyst til at stille op til næste valg og være med til alt det sjove? Se mere på fyam.dk, eller kontakt din regionale repræsentant eller Thomas Purup, formand i FYAM.

Denne gang kan du møde følgende fra FYAM-udvalget:

- Thomas Purup, formand for FYAM-udvalget
- Daniel Staal Nyboe, medlem af FYAM-udvalget for Region Hovedstaden
- Stine Søndersted Clausen, FYAM-suppleant i Forskningsudvalget. //





Formand for FYAM-udvalget Thomas B. Purup

Hvem er jeg?

Jeg er 29 år og bor i Risskov med min hustru, Amalie, og vores skønne dreng, Oliver, på 4 måneder. Jeg er uddannet fra Aarhus Universitet og er netop startet i fase 2 ved EgåLægerne.

Sideløbende med gymnasium og universitetet har jeg haft en aktiv landsholdskarriere inden for taekwondo og derfor altid haft et pakket program. Ud over rejser verden rundt, personlig udvikling og oplevelser for livet har det åbnet dørene for bestyrelsesarbejde i den lokale Taekwondoklub såvel som assisterende landsholdstræner for det danske taekwondolandshold. Da disse poster blev lagt bag mig blev der endelig mulighed for at fordybe mig i faglige tiltag i stedet.

Det blev indgangen til stillingen som yngre uddannelseskoordinator i almen medicin (DYNAMU) i Region Midtjylland. Kort efter prikkede min DYNAMU-makker mig på skulderen og spurgte, om ikke jeg ville stille op til formandsposten i FYAM. Jeg tænkte, at det kunne være sjovt, spændende og udfordrende. Det lykkedes at vinde et kampvalg mod den tidligere formand, og det blev starten på noget af det bedste, der er sket i min karriere!

Hvorfor almen medicin?

Jeg har altid haft en lille iværksætter i maven. Derfor har tanken om at være 'herre i eget hus' altid tiltalt mig. Specialet har det hele: kort fra idé til handling, et stærkt sammentømret team, indgående kendskab til mine patienter, fantastiske efteruddannelsesmu-

ligheder og en generel stolthed over vores fag. Det er altså bare det bedste speciale, vi har. Punktum.

Hvad laver jeg i FYAM?

Som formand for FYAM er jeg i høj grad med til at sætte retningen for udvalget. FYAM-formanden er ligeledes medlem af DSAM's bestyrelse. Jeg deltager derfor i DSAM's bestyrelses- og internatmøder ca. hver 2. måned ud over de faste FYAM-udvalgsmøder. Jeg bliver ofte inviteret til diverse kongresser og seminarer både nationalt og internationalt – og jeg har takket ja til dem alle!

Det er vigtigt for mig, at FYAM kan bidrage med noget, som alle vores medlemmer kan få glæde af. Vi har derfor iværksat en kampagne med fokus på ledelseskompetencer for uddannelseslæger, nemlig "speciallæge i ledelse". Sideløbende med dette, er vi ved at udvikle en medlemsundersøgelse, der for første gang undersøger kvaliteten af vores hoveduddannelse, så vi kan komme med tiltag for at forbedre denne yderligere.

Hvad vil jeg gerne fremadrettet i FYAM?

Nu er målet at få ledelseskampagnen og medlemsundersøgelsen godt ud til alle vores medlemmer i 2023. Alt fokus bliver på at få disse projekter godt i mål, inden vi skal planlægge FYAM-valget til efteråret, hvor også min post som FYAM-formand skal på valg. Der er masser af spændende arbejde nu og frem til næste valgperiode. //



Medlem af FYAM-udvalget for Region Hovedstaden Daniel Staal Nyboe

Hvem er jeg?

Jeg er 35 år, i gang med min HU og er på hospitalsdelen. Jeg bor på Frederiksberg med min mand og vores datter og er nu på barsel.

Under studiet havde jeg mange kampe med dumpede eksaminer og psykisk mistrivsel. Til gengæld har jeg haft stor succes uden for studiet, bl.a. med (frivilligt) arbejde, forskning og rejser. Måske netop på grund af min baggrund har jeg i flere år været fortalende for at debattere de udfordringer, som medicinstudiet, lægelivet og det at være mønsterbryder kan medføre.

Jeg brænder for sundheds- og uddannelsespolitik. Jeg har været med i en af FADL's arbejdsgrupper, været med i uddannelsesudvalg og skrevet indlæg i både Ugeskrift for Læger og Practicus.

Hvorfor almen medicin?

Jeg elsker det brede fokus, det forebyggende arbejde, det store kendskab til patienterne og de vigtige små sejre, som man kun finder i dette speciale. Der er et godt kollegialt sammenhold og uendelige muligheder i det senere virke.

Hvad laver jeg i FYAM?

Jeg har siden februar '22 været medlem af FYAM-udvalget, og jeg blev ved valget i september '22 medlem af styregruppen for Region H. Her står jeg sammen med suppleant Arslan Ismail og de øvrige aktive medlemmer bl.a. for fyraftensmøder én gang om må-



neden med spændende oplæg, Karrierecafé som sparringsmulighed og som hjælp til HU-ansøgning samt selvfølgelig andre gode sociale arrangementer.

Ud over at sidde i styregruppen er jeg også med i FYAM-udvalget. Der får jeg indspark til styregruppen, og jeg er også med i forskellige arbejdsgrupper om kommende kampagner og events. Sidste år var jeg til DSAM's årsmøde og til Lægedage sammen med FYAM. I år er jeg med til at lave en kampagne om ledelse, hvor min rolle er at udvikle et nyt Fase 1-kursus om ledelse til SPEAM, da jeg også er medlem af Kursusudvalget (under DSAM).

Jeg har også en lille birolle som kasserer for FYAM-udvalget. Her planlægger jeg årets budget og holder øje med vores udgifter.

Hvad vil jeg gerne fremadrettet i FYAM og i lægelivet?

Jeg har gang i mange spændende projekter og har flere nye i støbeskeen. Jeg forsøger at holde fokus på de opgaver, jeg synes er sjove og relevante – på den måde føles tjansen ikke som et 'arbejde' ud over ens almindelige arbejde.

Jeg vil være i en nytænkende kompagniskabspraksis, hvor vi 'kun' har 2-3 dage hver i klinikken, og hvor vi bruger de andre dage på at undervise, skrive artikler eller bare holde fri med vores børn – og dertil fortsætte i udvalg og arbejdsgrupper, som kan gøre livet som medicinstuderende og yngre læge endnu bedre for næste generation. //

FYAM-suppleant i Forskningsudvalget, Region Hovedstaden Stine Søndersted Clausen

Hvem er jeg?

Jeg er 38 år og bor i Allerød med min mand og to (snart tre) børn. Jeg er aktuelt på barsel fra mit ph.d.-projekt på Center For Almen Medicin i København. I mit projekt undersøger jeg kommunikationen og samarbejdet om patienters medicin mellem almen praksis og hospitalerne. Jeg vil beskrive mig selv som en tværdisciplinær læge og forsker på vej mod det almenmedicinske speciale. Jeg går ind for forebyggende og patientcentreret behandling og interesserer mig for, hvordan sundhedsvæsenets sektorer kan arbejde bedre sammen, især om optimering af medicinsk behandling.

Hvorfor almen medicin?

Siden starten af studiet har jeg gerne villet være praktiserende læge. Jeg har altid beundret den 'gamle familielæge', der ser patienten i en kendt kontekst og gennem tillid og kontinuitet udøver lægegerningen. Jeg er glad for blandingen af samtaler og praktik i den praktiserende læges dagligdag og muligheden for at præge sin arbejdsdag, også i kombination med forskning. Jeg har i perioder været i tvivl om faget, og jeg har derfor haft behov for at afprøve andre specialer. Alligevel er det stadig almen medicin, der trækker i mig.

Hvad laver jeg i FYAM?

Jeg er med i FYAM-udvalget som suppleant i Ph.d.-forum, som er et netværk for yngre forskere fra de fire forskningsenheder for almen praksis i Danmark. Vi repræsenterer også FYAM's interesser i DSAM's Forskningsudvalg. I FYAM er der stor interesse for forskning og vigtigheden af, at forskning bliver forankret i almen praksis. Vi vil gerne inspirere flere almenmedicinere til at lave forskning og hjælper gerne med at komme i gang med forskningsprojekter. Gennem FYAM får jeg også gode relationer til fremtidige kollegaer, klinikken og hoveduddannelsen under mit ph.d.-forløb, og der er altid rig mulighed for at deltage i relevante faglige og sociale aktiviteter.

Hvad vil jeg gerne fremadrettet i FYAM og i lægelivet?

I samarbejde med FYAM vil jeg gerne finde ud af, hvordan vi kan få flere almen praksis engageret i at deltage i forskningsprojekter og præ- og postgraduat uddannelse. Måske kan HU-lægerne spille en rolle i at facilitere dette? FYAM består af nogle supersøde mennesker, så man bliver virkelig bekræftet i at skulle være almenmediciner. Jeg håber, at jeg i mit fremtidige lægeliv stadig får mulighed for at efterleve min drøm og blive den 'gamle familielæge' – med en god blanding af klinik, forskning og undervisning. //



Speciallæge i ledelse



FYAM's nye kampagne 'Speciallæge i ledelse' sætter fokus på ledelse. De fleste uddannelseslæger i almen medicin reflekterer over deres fremtidige lederrolle, men tankerne spænder fra frygt til glædelig forventning. Kampagnen skal få emnet 'ledelse' tidligere ind i uddannelsen.

Mange kender 'rp. Supervision' – kampagnen med de gule kopper, der har skabt øget fokus på den daglige supervision siden 2013. FYAM's nye kampagne har til formål at give yngre læger nogle redskaber til at tale om – og reflektere over – ledelse som en del af den faste supervision.

Idéen til kampagnen opstod, da vi i FYAM-udvalget drøftede lægemangel og overgangen fra uddannelseslæge til praksisejer. Det blev hurtigt klart, at ledelse var et centralt element, men også for mange et udefinerbart område. Hvad er ledelse egentlig? Ingen var interesserede i at læse tunge ledelsesteorier, men der var ønske om at synliggøre den daglige ledelse som praktiserende læge.

Tal med din tutorlæge

Budskabet er simpelt: Tal med din tutorlæge om ledelse! Kampagnen er udviklet i et samarbejde mellem FYAM, PLO-e og Månedsskriftet. Den består af en række cases, som er baseret på dagligdags ledelsesproblematikker, som kan diskuteres med tutorlægen. Herudover har vi optaget en podcast i fem afsnit, hvor praktiserende læger og uddannelseslæger diskuterer forskellige ledelsesdilemmaer. Du kan finde cases og podcasts på fyam.dk.

Med hjælp fra kursusudvalget har vi desuden fået til-



føj et nyt SPEAM-kursus om ledelse i fase 1 i Videreuddannelsesregion Øst – og forhåbentligt snart også i resten af landet. FYAM har derudover 'inviteret sig selv' med i arbejdet om en ny målbeskrivelse for almen medicin, for at sikre at relevante ledelseskompetencer indgår.

Øget opmærksomhed

Formålet med kampagnen er at fokusere på det positive ved ledelse og give uddannelseslæger konkrete redskaber til at tale om ledelse. Målet er at få større indsigt i ledelse, afmystificere begrebet og på et tidligt tidspunkt give alle uddannelseslæger mulighed for at indsamle idéer, inspiration og erfaringer til senere brug – for uanset karrierevej, så er lægerollen en lederrolle, som vi gerne vil være klædt på til at bestride.

Vi håber, at både uddannelseslæger og tutorlæger vil tage godt imod kampagnen! //



Et nordisk samarbejde mellem yngre almenmedicinere

Nordic Young General Practitioners (NYGP) er den nordiske pendant til Forum for Yngre Almen Medicinere (FYAM) – en ungdomsorganisation under Nordic Federation of General Practice, som bl.a. står bag de nordiske kongresser. NYGP består af to repræsentanter fra hvert af de fem nordiske lande Norge, Sverige, Finland, Island og Danmark og det netværk, der findes i Facebook-gruppen 'NYGP – Nordic Young General Practitioners'. Formålet er at skabe erfaringsudveksling mellem yngre almenmedicinere på tværs af de nordiske lande og arrangere prækongres for yngre læger forud for Nordisk Kongres i Almen Medicin.

Inspiration til projekter

I NYGP tales et fælles sprog; en blanding af nordisk og engelsk, men også almen praksis-sproget, hvor alle forstår hinanden, selvom organisationerne i de forskellige lande varierer. På baggrund af diskussioner af hoveduddannelserne præsenterede NYGP i 2021 dokumentet 'Specialist Training Statement Paper', som var 15 rekommandationer til indhold i hoveduddannelsen i almen medicin, der fandtes vigtige på tværs af landene.

Hoveduddannelserne i de nordiske lande er meget forskellige fra hinanden. Alle er hver især glade for deres

egen model. I Norge køber man f.eks. et ydernummer fra start i hoveduddannelsen – de føler, at det giver bedre læring og ansvarsfølelse. I Finland er den enkelte læge ansvarlig for at søge ansættelser, der opfylder målbeskrivelsens krav, hvilket giver mere individuelt tilpassede forløb. Målet med dokumentet var at bevare den høje kvalitet, der findes i hoveduddannelserne og inspirere landene til at forholde sig kritisk til målbeskrivelserne ud fra rekommandationerne. 'Specialist Training Statement Paper' kan findes på nfgp.org.

Prækongres – hvorfor?

NYGP arrangerer prækongresserne

forud for Nordisk Kongres. Indholdet på prækongresserne er faglige emner, som berører alle uddannelseslæger, men det egentlige fokus er den snak, der foregår i pauserne. Her får man perspektiv på sit eget arbejdsliv ved at høre om andres, som er lignende, men alligevel med vidt forskellige udfordringer. Når hovedkongressen begynder, er det en ekstra bonus, at man pludselig kender 50 nye mennesker, som man kan mødes med til frokost eller om aftenen til fest. Prøv det. Det er en fornøjelse!

Næste prækongres finder sted 10.-11. juni 2024 i Turku, Finland. Jeg håber, vi ses. //

Fællesfoto af NYGP fra årsmødet i marts. Foto: Louise Hørslev.





FYAM-KLUMMEN

Fra patientens perspektiv

Practicus har lanceret FYAM-klummen. En ung almenmediciner vil i hvert nummer af Practicus skrive en klumme om et valgfrit tema.

Diagnose og behandling er kernen i vores fag. Det faglige fokus skal jeg ikke slippe, men jeg er for en stund blevet mindet om, hvad der for patient og pårørende foregår rundt om sygdom, diagnose og behandling.

Jeg er aktuelt på barsel med vores andet barn, så hverdagen og hovedet (på både mig og baby) er det meste af tiden fyldt af modermælk, babymos og puttetider. Men den vinter, der nu går på hæld, har til gengæld givet mig rig lejlighed til at opleve sygdom og sundhedsvæsen fra patientens perspektiv. Jeg kan absolut forestille mig, hvordan I har været underdrejet ude i praksis i den forgangne post-corona-nu-ingen-restriktioner-vinter af alle de luftvejsinfektioner, der er væltet ind over folket. Nævn en luftvejs- eller mavevirus, og jeg tror, vi har haft den i vores lille familie denne vinter – og også et par bakterielle skulle det vise sig. Nu bliver I taget igennem en lille smule af vores sygdomshistorie. Med et formål og en pointe, håber jeg.

I januar fik hele familien

sig vinterens måske tredje forkølelse all inclusive, men min mand kom sig ikke. Jeg fik ham til sidst skubbet afsted til vores læge med alle buzz-words om et langt to-puklet forløb, feberen, den ensidige smerte. OG så hørte jeg mig selv sige, lidt skingert, til ham på vej ud ad døren: "Og du må godt lige nævne, at vi har barnedåb på søndag". For selvom min hjemmediagnose – at han godt kunne være én af de uheldige 0,5-2 %, der rent faktisk udvikler en bakteriel rhinosinuit – blev støttet af vores læge og et godt forhøjet CRP-niveau, så var det jo ikke diagnosen, der fyldte hjemme hos os. Det var dåbsinvitationerne (der var sendt), maden (der var købt) og lokalerne (der var booket). Det var konsekvensen for vores lille familie med to (og endda KUN to) små børn, hvor "one man down" har absolut mærkbare konsekvenser. Vi fik holdt den barnedåb stærkt hjulpet af penicillin og paracetamol.





Men ikke lang tid efter rullede en ny og nedre luftvejsinfektion ind over os. Pigerne og jeg kom os, men min mand blev mere og mere skidt og endte med indlæggelse for dét, der viste sig at være Influenza A kompliceret af en pneumokok pneumoni. Jeg skulle hilse og sige, at jeg på nærmeste hold nu har set, hvordan det kan gøre selv en ellers sund og stærk 32-årig mand til en skygge af sig selv. Jeg sov i den periode med begge vores piger i dobbeltsengen, så min mand kunne sove på "eget værelse" med al sin hosten og harken i håb om, at alle fik sovet så godt som muligt. Men en lørdag aften, efter han var udskrevet, stod han pludselig pustende i døren til soveværelset og hviskede stakåndet, at han ikke kunne finde ro, for det var igen blevet helt galt med vejrtræknin-gen.

Jeg er enormt taknemlig over den gode vagtlæge, som hurtigt bare meldte "jeg sender en ambulance", da jeg med puls 180, halvblind uden briller, febrilsk ledte efter babyalarmen, mens jeg hele tiden løb tilbage til min pustende mand og i telefonen fik frem-

stammet, at vi havde to små sovende børn i huset. I det øjeblik var jeg ikke indbegrebet af cool og rolig lægemor. Men vi behøver heldigvis heller ikke være læger for vores familie. Det har vi gode kollegaer til. Vi skal være den bekymrede hustru og mor. De to unge kvindelige ambulanceførere kiggede dog lidt vantro på mig og kommenterede "Nå, du åbner i slåbrok", da jeg stod i døren i nattøj og lyserød morgenkåbe. I mødregruppen har vi sidenhen grinet meget af den åbenlyse forskel på, hvad de to ambulanceførere og jeg aktuelt finder er det fede lørdag aften-outfit. Tænk, om de havde sagt nej tak til en fest eller to, fordi de skulle på vagt – og her stod jeg i slåbrok!? Det var i hvert fald min fornemmelse, at de ikke plejede at være gået i seng kl. 22 en dejlig lørdag aften. Men de passede godt på min mand, så de er tilgivet for måske ikke at være opdateret på babymor-aftenmoden. Jeg er også enormt taknemlig for, at vi har familie, der kunne være hos min mand under indlæggelser, hvor jeg med splittet sind holdt skansen hjemme med børnene. Vores familier så en tyndslidt mor på kanten i den periode. Jeg kan ikke lade være med at tænke på, at dette var en akut og for min mand reversibel sygdom. Jovist, det tog ugevis, inden far var tilbage på banen, men for nogle familier er det kronisk eller på anden måde mere alvorlig sygdom, der er på spil.

Til min sidste eksamen på studiet – i gamle dage "embedseksamen", men det hed det ikke længere, da jeg blev færdig – blev jeg eksamineret i dermatologi. De fleste fik en endokrino-

logisk eller ortopædkirurgisk patient at undersøge og skrive journal på og derefter blive eksamineret ud fra. Men jeg var én af en kun lille skare af studerende, der altså skulle møde op ved Marselisborg Hospital i Aarhus og kigge på en dermatologisk patient. Jeg tog en fokuseret og nervøs snak med patienten, en venlig midaldrende herre, kiggede på hudforandringerne og skrev journal om både subjektivt og objektivt, så godt jeg kunne. Ved eksamensbordet fortalte jeg stolpe op og stolpe ned om atopisk dermatitis, teorierne om årsager og en række behandlingsformer. Både eksaminator og censor var søde ved mig, men censor var alment praktiserende læge og pointerede ved karaktergivningen, at hun gerne havde set, jeg var gået mere ind i journaldelen "Socialt", hvor jeg vist kun lidt nøgternt og kortfattet havde skrevet: "Patienten bor i lejlighed". Boede han f.eks. alene eller sammen med nogen? Var nogen påvirket af hans mange, mange hospitalsbesøg? Skulle han have nogen til at køre for sig? Havde han hjemmeboende børn, som skulle passes, hver gang han var væk? Ikke faktorer, der i sig selv var vigtige for hans diagnose eller umiddelbart anbefalede behandling, men måske i sidste ende for den behandling, det blev muligt for ham at være kompliant til. Og helt sikkert faktorer, som ville være altafgørende for patienten ved tale om fælles beslutningstagen om behandlingsstrategi. For jeg har nu erfaret på egen krop, hvor stor betydning de ydre omstændigheder, hjemmet – det sociale, om man vil – har i sygdom, når man sidder på patientens og de pårørendes side af bordet, og den taknemlighed og lettelse man føler, når dette bliver set og taget til efterretning. Så den journaldel vil jeg arbejde for ikke at komme til at negligere igen. //



Få et kig ind i jobbet som praksisassistent

Har du overvejet at ansætte medicinstuderende i din praksis? Eller overvejer du at søge et studiejob i praksis, men er usikker på, hvad det indebærer? Få svar på dine nysgerrige tanker i denne artikel, hvor du kan læse om jobbet som praksisassistent og de medfølgende fordele.

En af SAMS' mange funktioner er at være bindeled mellem de medicinstuderende og de praktiserende læger, og således også hjælpe medicinstuderende ud i job i almen praksis. Men hvordan er det at arbejde som medicinstuderende i en praksis? I denne artikel kan du få mit svar på dette spørgsmål.

Jeg er medicinstuderende på 2. semester, og jeg fik arbejde i praksis i slutningen af 1. semester. Jeg har altid været interesseret i almen praksis, men i starten troede jeg ikke, at det var muligt at blive ansat så tidligt i studiet. Heldigvis fik jeg snakket med nogle af de ældre studerende, som sagde til mig, at det sagtens kunne lade sig gøre. Som 1. semester-studerende havde jeg ikke så meget erfaring, men til gengæld var jeg frisk på at lære, og jeg kunne blive ved med at arbejde mange år endnu, før der ville være andre ting, der kom i vejen.

Når jeg arbejder, tager jeg primært blodprøver, og jeg møder derfor en masse patienter. I starten var det lidt grænseoverskridende, for jeg var bange for at gøre noget forkert. Heldigvis har jeg gode kollegaer, som jeg kan spørge om hjælp, og med tiden er jeg blevet mere selvstikker. Det er også en fordel for mig på studiet, når vi øver at lave

en objektiv undersøgelse. Mange kan nemlig hælde til at være meget forsigtige, men det er nødvendigt at være grundig, hvis undersøgelsen skal være brugbar. Det er jeg blevet bedre til, efter at jeg startede på mit arbejde. Derudover synes jeg også, at de mange forskellige færdigheder, man udvikler, giver motivation til at læse i bøgerne, og man får en bedre forståelse af emnerne.

Den største fordel ved jobbet er, at jeg kommer ud og snakker med en masse patienter. Således kan jeg både øve



Forfatteren på job. Foto: privat.

mig i den gode kommunikation og se, hvordan sygdom kan påvirke et menneske. Det er ofte set, at en patients utilfredshed stammer fra en dårlig kommunikation, hvor de ikke føler sig hørt eller forstået. Et eksempel på dette ses i artiklen "Det er ikke 'uacceptabel adfærd' at klage over sin læge", som er skrevet af Karen Edelmann Keinicke i december 2022 for Nordjyske. Artiklen beskriver, hvordan en patient klagede over sin lægepraksis, da han ikke følte sig hørt eller havde fået svar på sine spørgsmål. Mit håb er, at vi i

fremtiden vil se færre af disse sager, da medicinstuderende gennem studiejob i praksis får øvet sig i den gode kommunikation i stedet for kun at sidde med 'næsen i bøgerne'. Jeg har lært fra mit studiejob, hvilke tanker og bekymringer patienter kan have, når de er berørte af sygdom. På denne måde får jeg en dybere forståelse for det menneskelige aspekt i arbejdet som læge. Samtidig får patienterne også mulighed for at drøfte deres bekymringer med en medicinstuderende, som måske ikke virker lige så auto-

ritær, men som netop derfor kan være lettere at tale med.

Alt i alt mener jeg, at det er en stor fordel at have studiejob som medicinstuderende i en praksis. Det er en fordel for klinikken, der kan få hjælp til de opgaver, som er tidskrævende, men ikke kræver specialiserede faglige færdigheder. Det er også en fordel for den medicinstuderende, der udvikler nye færdigheder inden for praktiske kompetencer, men også inden for kommunikation. //

PRACTICUS // opslag

Vil du være vores nye klummeskribent?

Kan du lide at skrive? Tænker du over arbejdet som praktiserende læge? Og har du lyst til at dele dine tanker med andre? Hvis svaret er ja, har du chancen for at blive en af de skribenter, som på skift skriver 'Tanker fra stolen'. Ordet er forholdsvis frit, men skal selvfølgelig relatere sig til livet som praktiserende læge – på godt og måske også på ondt. Og det skrevne må fylde op til to sider.

Har du lyst til dette ærefulde, men ulønnede hverv?

Kontakt redaktionen på Practicus på mail: practicus@dsam.dk.

L ÆG E N S B O G S T A V E R

PRACTICUS // debat

Af: Berit Enggaard Kaae, praktiserende læge i København V - berit_kaae@hotmail.com

Kære kommission – er der plads til kerneværdierne?

Dette er den sidste udgave af Lægens bogstaver med Berit Enggaard Kaae som skribent. Redaktionen takker Berit for det gode samarbejde og for mange skarpe klummer. I næste nummer præsenterer vi den nye klummeskribent til Lægens bogstaver.



Om knap et år kommer Strukturkommissionen med sit udspil med forslag til løsninger på sundhedsvæsenets krise.

Det bliver mildest talt spændende, hvad der kommer ud af det. Vi må afvente, om der er tale om en syltekrukke – en kommission, der kun kigger på overordnet struktur – eller om der også bliver taget fat i de helt oplagte problemer, der findes i sundhedsvæsenet. Dem er der nok af. Lad os bare tage nogle eksempler: et ikke optimalt samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger, en stor mangel på arbejdskraft (specielt sygeplejersker på både sygehuse og i almen praksis), en stor mængde overdiagnostik og overbehandling og manglende kompetencer, begrænsede ressourcer, en presset økonomi og lovgivning i det nære sundhedsvæsen til at løse de tiltagende komplicerede opgaver, der nok forventes udliciteret.

Når almen praksis formodentlig skal tage sig af flere og mere komplicerede opgaver, kan det blive nødvendigt at uddelegere mere til andre faggrupper i vores klinikker, end vi allerede gør. Det kan der være meget godt i. Der er dog også et stort og rungende 'men', som ikke må glemmes i udviklingens og effektiviseringens hellige navn; nemlig, at det at

have en fast læge er godt for patienternes helbred. Senest viste en norsk undersøgelse en klar og tydelig sammenhæng mellem patienter, der har haft samme læge i mange år, og mindre brug af lægevagten, sjældnere akutte indlæggelser og mindre dødelighed. Jo længere patienten har haft samme læge, desto stærkere er sammenhængen.

Almen praksis er repræsenteret i kommissionen med en dygtig kollega. Heldigvis for det. Ændringer skal der til. Lad os håbe, at den faste læge i almen praksis vil blive italesat som et gode og ikke en hæmsko. Og lad os så håbe, at fremtiden ikke bliver en vej langt væk fra den almen praksis, som virker, og som hyldes både herhjemme og i udlandet: en almen praksis, hvor der fortsat er plads til kerneværdierne kontinuitet og nærhed. Lad ikke Strukturkommissionen udvikle sig til et tilfælde, hvor operationen lykkedes, men patienten døde. //

Lad os håbe, at den
faste læge i almen praksis
vil blive italesat som et gode
og ikke en hæmsko.





TANKER FRA STOLEN:

DEN PLASTISKE PRAKSIS

Har du tænkt over det enorme aftryk, du selv har på udformningen af hverdagen, arbejdsgangen og tilbud i din praksis? Til trods for overenskomst, STPS, GDPR, retningslinjer og vejledninger samt lægeløftet?

JO, rigtig mange har input til, hvad du skal eller bør tilbyde – og hvornår og hvordan. Men husk nu, at du har dit ydernummer (måske sammen med andre), og at det er dig eller jer, der beslutter, hvordan almenmedicinsk hjælp tilbydes i jeres praksis i forhold til det pres, der konstant hviler på vores små velsmurte enheder i det store sundhedsvæsen. Hvis du er i tvivl, så tænk tilbage på den plastiske praksis under coronapandemien. Arbejdet blev omstillet, omlagt, omgjort i en lang stime og med kort varsel under pandemien. Vi blev bombarderet med information og nye måder at tilgå smittetryk, helt nye konsultationsformer, nye vejledninger i læge-

vagten osv. Vi kan være så omstillingsparate, når det giver mening, eller fordi vi bliver presset udefra. Det kræver kreativitet at få praksis til at spille og patienter og personale til at overleve.

I skrivende stund er jeg lige kommet hjem fra generalsamling i vores praksis. Vi går fire måneder i møde med personalemangel i forhold til antallet af patienter i vores praksis. Vi læger skal nu hjem i praksis og sælge korte og fokuserede konsultationer til patienterne, som ellers har været godt vant. Vi inddæmmer et nyt skærmet område til blodprøver, vaccinationer og lignende små opgaver, hvor der ikke står en pc, som kan friste til at tage hul på alle mulige spørgsmål, som er uaktuelle i forhold til opgaven, der skal løses i dag.

Vi udskyder alle årlige statuskonsultationer til efteråret, hvis borgeren er velbefindende og alle børneundersøgelser til børn i trivsel – og nøjes med

vaccination. Vi må gå på kompromis med ventetiderne, og akutte konsultationer er kun til akutte tilstande, som ifølge lægernes vurdering kan blive kritiske inden for et døgn, hvis ikke disse patienter ses af en læge. Vi indfører endnu flere videokonsultationer, fordi de går hurtigere. Vi har en lavere tærskel for henvisninger videre i systemet, fordi vi – ud over at skulle sortere i og passe på vores mest sårbare patienter – også skal passe på teamet i praksis. Vi udskyder at løfte opgaver for andre samarbejdspartnere, som også har svært ved at nå at betjene borgerne. Og så husker vi hinanden og patienterne på, at det kun varer i fire måneder. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



DSAM • Stockholmsgade 55 • 2100 København Ø

Deltag i konference om overdiagnostik

Ligesom de foregående år får du på konferencen en række spændende plenumdebatter med kontroversielle og aktuelle spørgsmål. Du vil møde oplægsholdere på højt internationalt niveau. Du får desuden rig mulighed for at netværke med kolleger, og du får serveret den nyeste viden inden for overdiagnostik.

Plenumsessioner og hovedtalere på kongressen er:

Incentives, drivers and causes of overdiagnosis: Natalie Armstrong - Alexandra Brandt Ryborg Jønsson - Brooke Nickle

How does consumer testing and self-screening contribute to overdiagnosis: Annette Plüddemann - David Ransohoff - Patti Shih

Clinical solutions and decision making during consultation to mitigate overdiagnosis: Juan P. Brito Campana - Christopher Dowrick - Margaret McCartney

Overdefinition: pre-disease, a driver for overdiagnosis and expanding disease definition: Svend Brinkmann - Ana Paula Pires dos Santos - Timothy Wilt

Sustainability: How is overdiagnosis contributing to the global carbon footprint of health care: Martin Hensher - Victor M. Montori - Kristen Pickles

Communicating about overdiagnosis, including the role of mainstream journalism & social media: Raffael Heiss - Thomas Lemke - Helen Macdonald



DSAM er medvært og din garant for, at fagligheden er i orden.

Se programmet her: <https://rb.gy/qyluo>

Konferencemiddagen afholdes i det smukke Moltkes Palæ, og Københavns Rådhus lægger lokaler til åbningsreceptionen, som inkluderer underholdning og de berømte rådhuspandekager.

Det praktiske

Konferencen, som forventes godkendt til refusion fra Fonden for Almen Praksis, finder sted på Hotel Scandic i København fra den **14. august til den 16. august 2023**.

Overnatter du i hele perioden (13.-16. august), tilbyder Hotel Scandic en reduceret pris. Brug bookingkode: **BDSA130823**

Team up med dine kolleger, og tag din uddannelseslæge med til en relevant og begivenhedsrig konference. Vi håber at se jer.