

# Practicus

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



September 2023  
46. årgang // 266

FOKUS PÅ

## SOMMERENS FOLKEMØDE OG KONFERENCER

LÆS OGSÅ OM HELBREDSANGST OG KRÆFT

Practicus får ny FYAM-redaktør, side 8

Sæt en stopper for koncernklinikkerne, side 33

Når du møder adopterede eller adoptanter i din klinik, side 36



# INDHOLD



// s. 16

## LEDER

3 Omsorg vægter tungt, men kan det måles og vejes?

## DSAM/ORGANISATION

- 4 Formandsberetningen i uddrag
- 6 Medierapport for juni, juli og august 2023
- 7 Mogens Folkmann Andersen, ny medarbejder i DSAM
- 8 Practicus får ny FYAM-redaktør
- 10 Samarbejdet om udsatte patientgrupper
- 12 Postkort fra Folkemødet

## NYT OM NAVNE

- 15 Dansker i spidsen for nordisk lægesamarbejde
- 15 John Brodersen, ny formand for EUROPREV

## ARTIKLER

- 16 Nyt internetbaseret behandlingstilbud til patienter med helbredsangst
- 19 Styrket praksis, hvor det er svært at bunde
- 22 Se an. Se igen. Send videre
- 25 Til konference i Belgien
- 28 Councilmøde i EURACT
- 30 En dag med: praktiserende læge Michael Gejl
- 32 Grønt tip: Vaginal spekulum

## FYAM

- 33 Sæt en stopper for koncerntilbudene
- 36 Hvad skal du tænke på, når du næste gang møder adopterede eller adoptanter i din klinik?
- 40 Fra almenmedicin til praktiserende læge
- 42 WONCA Europe 2023
- 44 Mød dit FYAM-udvalg

## SAMS

- 47 Hvilke lønftaler dækker medicinlægestuderende, som er ansat i almen praksis?

## DEBAT

- 49 Kerneydelsen er tilgængelig
- 50 "Fordi"-regler!

## OPSLAG

- 7 WONCA Europe 2024
- 21 NFGP 2024
- 48 Er du vores nye skribent til FYAM-kolumnen?
- 51 PLU-fonden, ansøgningsfrist
- 52 Practicus podcast #122: Dyader i almen praksis



**PRACTICUS UDGIVES SOM MEDLEMSBLAD TIL MEDLEMMER AF DSAM**  
 Stockholmsgade 55  
 2100 København Ø  
 Tlf. 7070 7431  
[www.dsam.dk/practicus](http://www.dsam.dk/practicus)

**ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR**  
 Ellen Louise Kristensen  
[redaktoer@dsam.dk](mailto:redaktoer@dsam.dk)

**FYAM-REDAKTØR**  
 Solvej Videbæk Bueno  
[solvejvidebaek@dsam.dk](mailto:solvejvidebaek@dsam.dk)

**REDAKTIONSSEKRETÆR**  
 Annette Scharff Gehrs  
[asg@dsam.dk](mailto:asg@dsam.dk)

**NÆSTE NUMMER**  
 Nr. 267  
 Udgivelsesuge: 46

Nr. 268  
 Frist for artikler: 1. november 2023  
 Udgivelsesuge: 52

**MANUSKRIPTER SENDES TIL**  
[practicus@dsam.dk](mailto:practicus@dsam.dk)

**CITAT**  
 Tilladt med kildeangivelse

**LAYOUT/TRYK**  
 Jørn Thomsen Elbo A/S  
 Essen 22, 6000 Kolding  
[www.jto.dk](http://www.jto.dk)

**FORSIDEFOTO**  
 Mogens Folkmann Andersen

**OPLAG**  
 4.850

ISSN: 0109-2235



# Omsorg vægter tungt, men kan det måles og vejes?

” **S**tundom helbrede, ofte lindre, altid trøste, aldrig skade”.

Vores kliniske arbejde kredser naturligt om lægeløftets første fokus, nemlig bestræbelsen på at helbrede patienten.

Lægeløftets sidste fokus er helt indlysende også vigtigt at tilstræbe. I konsultationen i almen praksis har jeg endda af og til taget mig selv i at tænke: Hvis jeg ingen skade har gjort, har jeg gjort det godt; ‘primum non nocere’.

Men hvad så med “... ofte lindre, altid trøste”? For at kunne behandle en patient er det nødvendigt at udøve omsorg. Omsorg udspringer af noget almenmenneskeligt. Hvis jeg skal prøve at sætte nogle ord på, kunne det være tryghed, nærvær, tid, menneskelighed, relation og det at ‘øjne patienten’. ”Omsorg er ikke bare opgaver, der skal løses, men nærvær der skal vises”. Sådan skriver Jakob Birkler, filosof og tidligere formand for Det Ethiske Råd, i sin nye bog “Omsorg – når menneskelighed er et arbejde”. Alle mennesker kender til omsorg, men den passer ikke sig selv, og den passer heller ikke altid på os.

Som almenmedicinere er vi i mødet med patienten forpligtet til at drage omsorg for patientens sårbarhed. Det er en grundpille i vores fag: familielægen, som patienten tillidsfuldt kan komme til ved skiftende omstændigheder og i forskellige faser af livet. Vi stræber efter at give vores patienter den mest optimale behandling; stundom kan vi helbrede, ofte kan vi lindre, og altid kan vi trøste. Kernen i de sidste to er menneskelighed. Og måske netop derfor kan omsorgsudøvelse blive slidt. Nogle kalder det ‘omsorgstræthed’.

Hvordan øver jeg mig i at dosere mine omsorgsressourcer, hvis de ikke er uendelige? Jeg vil nemlig gerne både kunne være omsorgsfuld over for patienterne, mine kollegaer og ikke mindst min familie, når jeg kommer hjem. Og jeg kan mærke, at de læger, som jeg har mest lyst til at spejle mig i, er de læger, hvor omsorgsbalancen er i orden.

Jeg tror, at noget af svaret er, at vi skal blive endnu bedre til at tale om omsorg i vores fag. Det er vores professionelle forpligtelse at huske hinanden på at italesætte omsorgskvalitet og omsorgsudfordringer i forskningen, på den politiske scene og på lægemøderne i vores klinikker. Måske kan en større opmærksomhed endda være med til at forme denne bløde værdi, så den kan omsættes til data og i endnu højere grad måles og vejes, når vi evaluerer effekten af det gode lægearbejde i almen praksis? //



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:

# Formandsberetningen i uddrag

Formandsberetningen offentliggøres på DSAM's nye og flotte hjemmeside, hvor du kan læse den i sin fulde længde. Kommentarer er som altid velkomne.

**J**eg sætter stor pris på samarbejdet med DSAM's engagerede og dygtige repræsentantskab og bestyrelse. DSAM's meninger er efterspurgt mange steder. En stor tak skal derfor lyde til tidligere og nuværende bestyrelsesmedlemmer for deres utrættelige indsats. Og til sekretariatet for altid flot og kompetent opbakning. En helt særlig tak til DSAM's næstformand, Christina Kjerulff, for at være bolværket mod meropgaver uden faglig værdi og for at have fokus på patientens dagsorden og krav på fortrolighed i konsultationen.

### Vi er DSAM

Det er en vigtig opgave for DSAM at vise, hvad almen medicin er og kan. Derfor er jeg glad for, at DSAM's årsmøde er så velbesøgt år efter år. Det er en dag, hvor vi kan blive inspireret af spændende talere og gode faglige oplæg og workshops og netværke med kolleger.

DSAM har deltaget i mange inspi-

rerende og berigende møder både med interne og eksterne interessenter, f.eks. FOA, Danske Bioanalytikere, Sundhedsministeriet og sundhedsministeren, Lægeforeningen, Sundhedsstyrelsen, Dansk Apotekerforening og Lungeforeningen. Man møder både kølig professionel interessevaretagelse og ildsjæleri. Opgaven er så at finde de fælles interesser, så vi kan styrke hinandens argumenter.

DSAM har en stærk og troværdig stemme, og vi fik lejlighed til at synliggøre pejlemærkerne og vores essentielle visitationsfunktion på dette års Folkemøde. Vi fik talt om det tværspektorielle samarbejde, om de mest udsatte patienter, om styrkelse af egenomsorg, om "watchful waiting" og varsom brug af diagnoser. Og om det, der har betydning, når yngre læger ned sætter sig som praktiserende læge.

### Preventing overdiagnosis

Overdiagnostik er et vigtigt tema for DSAM. I 2023 var vi for anden gang medvært for kongressen "Preventing Overdiagnosis". I samarbejde med professor i almen medicin John Brodersen og Emma Grundtvig Gram fra Forskningsenheden for Almen Praksis i København har sekretariatet udgjort organisationskomitéen. Det videnskabelige program var på et højt niveau – ikke mindst de danske bidrag som

bl.a. Svend Brinkmann og Alexandra Brandt Ryborg Jønson stod for.

### Temadag om patientsikkerhed

Den 20. januar afholdt PLO, DSAM og Dansk Selskab for Patientsikkerhed en fælles temadag om patientsikkerhed. Det blev en inspirerende dag. Formålet var at samle de mange aktører på tværs af landet og skabe fælles fodslag på området.

### Honorarstrukturrådet (HR)

DSAM og forskningsenhederne indledte på opfordring af PLO et arbejde for at se på, hvilke laboratorieydelser og tillægsydelser der som minimum skal udføres i almen praksis.

I forlængelse af dette fik vi fra HR til opgave at beskrive "opgaverne i almen praksis". Det er DSAM's bud på den bedste opgavefordeling i vores del af sundhedsvæsenet og samtidig en beskyttelse mod politisk bestemte ønsker, der er helt uden for skiven. Rapporten kan læses på DSAM's hjemmeside, men husk, at det er PLO, som skal forhandle vores opgaver.

### Vejledninger

Det er et mål for DSAM at rydde de sten af vejen, som forhindrer god lægefaglig dømmekraft. Derfor er vi også tilfredse med, at Sundhedsstyrelsen har påbegyndt revision af den 12 år

gamle myndighedsvejledning om atypiske brystsmærter.

Du kan finde alle de vejledninger, som DSAM har udgivet, og dem, som er i støbeskeen, på vores hjemmeside.

### Ny hjemmeside og revideret logo

DSAM har fået ny hjemmeside, som samler alle vores aktiviteter. Samtidig med lanceringen introducerede vi – i første omgang digitalt – et revideret logo, der med en klar identitet nu også fortæller, at vi er Dansk Selskab for Almen Medicin.

Hjemmesiden er mere tidssvarende, og den fungerer lige så godt på PC som på mobile enheder.

### Ny formand for NFGP er dansk

Nordic Federation of General Practice (NFGP) har fået ny formand, nemlig danske Roar Maagaard, som har mange års erfaring med nordisk og internationalt arbejde, blandt andet som tidligere formand for Internationalt Udvalg i DSAM og council-medlem i WONCA Europe. Vi er glade for, at formandskabet nu er på danske hænder. Andre steder i bladet kan du læse om vores internationale arbejde og samarbejde med WONCA Europe.

### Pandemi-taskforce

De seneste to år har Danmark for første gang opfyldt WHO's mål om at mindst 75 pct. af målgruppen vaccineres, og to ud af tre fik deres influenzazastik i almen praksis, ikke mindst vores kroniske eller sårbare patienter. Derfor er det uforståeligt, at almen praksis ikke skal deltage i år. Vi må se, hvordan det går.



### Pressesagerne – og Wegovy

DSAM er fortsat efterspurgt i pressen, og det er primært de landsdækkende medier, der kontakter os. I perioder er det flere gange dagligt, og vi stiller for det meste op. Under ”DSAM i pressen” på hjemmesiden kan du se, hvad vi har udtalt os om.

Særligt debatten om Wegovy har fyldt, og den kulminerede, da jeg fortalte, at jeg havde takket nej til Novos tilbud om en kontrakt med løn og indbygget mundkurv.

Mit håb er, at vi fremover kan snakke om det mere faglige i forhold til medicinering af ellers raske mennesker, overdiagnosticering med videre.

### Hvad nu?

I løbet af efteråret 2023 vil formandskabet i samarbejde med sekretariatet formulere en til to strategiske DSAM-indsatsområder, som vi vil søge at profilere over for medier, samarbejdspartnere og øvrige stakeholders.

### Interessegrupper

DSAM har en række interessegrupper. Interessegruppen om plejehjemsmedicin har til formål at arbejde for en bedre koordineret indsats på pleje-

hjemsområdet. Læs mere om interessegruppen på hjemmesiden.

### Rekruttering

Vi har oplevet medlemstilgang, og i skrivende stund er vi 4.919 medlemmer. Sammen med FYAM og SAMS arbejder vi for at højne kvaliteten i uddannelsen i almen medicin og initiere et netværk blandt kommende og nuværende speciallæger i almen medicin. Der er mange solide kræfter og en dejlig energi blandt både vores SAMS- og FYAM-medlemmer. Læs om FYAM's kampagne ”Speciallæge i ledelse” i min (fulde) formandsberetning.

### Høringer og udpegninger

I 2022 modtog og registrerede vi i alt 65 høringer. Alle vores høringssvar offentliggøres på DSAM's hjemmeside. Vores folk på opgaven har haft nok at se til.

Vi får også regelmæssigt forespørgsler, hvor der er behov for den faglige ekspertise i almen praksis. Det kan være fra Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed og andre faglige selskaber. Tak til alle jer, som stiller op til arbejdet. //



## KLUMME OM KOMMUNIKATION OG PRESSE I DSAM:

# Medierapport for juni, juli og august 2023

**J**eg er den nye presse- og kommunikationsrådgiver efter Sine Barrett-Madsen, og det vil i fremtiden være mig, der skriver denne klumme.

Det, der især har fyldt i mediebilledet i de forgangne måneder, har været snakken om Ozempic, Wegovy, Novo Nordisk, medicinmangel samt Preventing Overdiagnosis-konferencen i København, som DSAM var medvært for. Senest har der været stor interesse for vores holdning til omlægning af medicintilskud til diabetes 2-medicin.

### Wegovy og DSAM i pressen

Omtalen af Wegovy/Novo Nordisk fortjener en særlig omtale, da medietrykket har været kraftigt. DSAM er indtil nu i år omtalt ikke mindre end 68 gange i forskellige artikler, hvor også Novo Nordisk nævnes.

Ved årsskiftet begyndte Novo Nordisks slankepræparat Wegovy for alvor at blive omtalt i medierne, og i løbet af det tidlige forår havde DSAM's formand, Bolette Fridrichsen, de første kommentarer om, at lægerne ikke skal udskrive medicin til ellers raske mennesker.

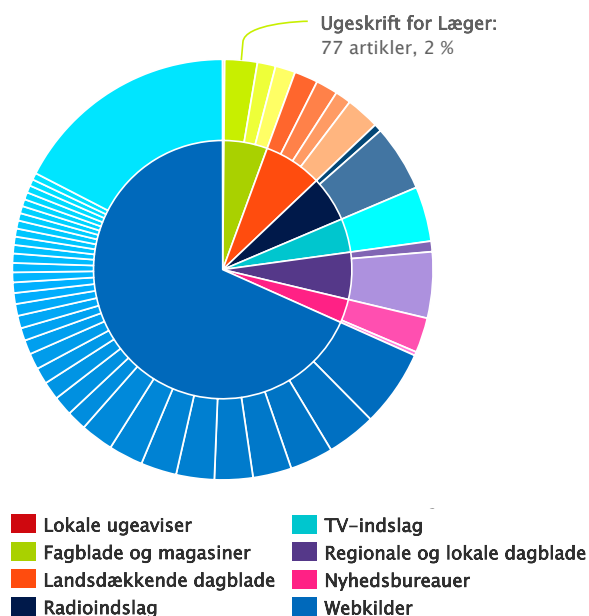
Debatten om Wegovy kulminerede for alvor fra den 22. maj og nogle dage frem, da Bolette deltog i et interview i DR-programmet Deadline, hvor hun fortalte, at Novo Nordisk havde tilbudt hende en kontrakt med løn for at rådgive Novo Nordisk om slankemidlet, men med den tilføjelse, at alt hvad hun sagde i deres advisory board, måtte hun ikke sige offentligt bagefter. Indtrykket af kontrakten var således, at Novo Nordisk ønskede at begrænse kritikken af brugen af Wegovy til ellers raske mennesker.

Deadline-programmet gav efterfølgende en stor mediebevågenhed, hvor blandt andet Berlingske Tidende viste stor interesse for sagen.

### Hvem skriver om DSAM?

Interessen for DSAM er stor, og der er mange forskellige typer af medier, der gerne vil høre DSAM's holdning til forskellige sundhedsmæssige områder. Som det ses af nedenstående oversigt over medieomtalen i år, så kommer omtalen både fra fagblade som Dagens Medicin, Medicinske Tidsskrifter og Ugeskriftet, men omtalen kommer også fra lokale og regionale dagblade. Derudover ses, at en stor del af omtalen er online, rent faktisk er 171 ud af 291 omtaler indtil nu i år webartikler.

Husk, du kan løbende se det samlede medieoverblik på dsam.dk under "Presse og holdninger > Presserum". Visse artikler er dog bag en betalingsmur. //





## Mogens Folkmann Andersen, ny medarbejder i DSAM



**M**ogens Folkmann Andersen er pr. 1. juli 2023 ansat som ny presse- og kommunikationsrådgiver i sekretariatet hos DSAM på Østerbro. Mogens kommer med en baggrund fra patientverdenen, hvor han i flere år har arbejdet for PolioForeningen og UlykkesPatientForeningen (tidligere kendt som PTU).

Redaktionen på Practicus har fået en snak med Mogens om, hvor han

kommer fra, og hvad han kan hjælpe DSAM med i fremtiden.

### Hvad er din baggrund?

Jeg kommer fra en stilling som presse- og analysekonsulent i en patientforening, så jeg har et godt indblik i sundhedsvæsenet set fra patientens synsvinkel, og den viden vil jeg gerne tage med mig videre i DSAM. Som praktiserende læge er man jo ofte den, der møder patienterne den første gang, inden de måske skal videre til udredning andre steder. Her er det for mig at se vigtigt, at der er en god og nær relation mellem patient og læge, så lægen kan få hjulpet patienten videre i et behandlings- eller udredningsforløb.

### Hvad har du tidligere arbejdet med?

Jeg har tidligere blandt andet arbejdet

med ulighed i sundhed. Her er det vigtigt, at man holder sig for øje, at dem, der har størst behov for hjælp, ikke altid er dem, der er bedst til at sætte ord på deres behov. De svage i samfundet skal altså også sikres hjælp. Det kan for eksempel være mennesker med handicap, der nogle gange kommer i klemme i sundhedssystemet.

### Hvad vil du prioritere i det kommende arbejde?

Jeg vil gerne arbejde på, at DSAM fortsat fremstår som et fagligt fyrtårn i forhold til almen medicin, og at det, man siger og gør, bunder i viden og data.

Har du spørgsmål eller kommentarer til DSAM's pressearbejde?

Du er velkommen til at kontakte Mogens på [mfa@dsam.dk](mailto:mfa@dsam.dk) eller telefon: 2252 8646. //

28<sup>TH</sup> WONCA EUROPE CONFERENCE  
The Convention Centre Dublin  
25-28 September 2024

The Changing Nature of Family Medicine - Cultivating the Future

Wonca ICGP GUARANT  
www.woncaeurope2024.org | #woncaeurope2024



# Practicus får ny FYAM-redaktør

Efter knap fem år som FYAM-redaktør har Jonas Fynboe Ebert besluttet at bruge sin sparsomme tid på andre aktiviteter. Practicus byder velkommen til en ny FYAM-redaktør: Solvej Videbæk Bueno.

## Hvem er du?

Jeg er 34 år gammel, HU-læge i almen medicin og i gang med et ph.d.-projekt ved Aarhus Universitet og Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Jeg bor i Brabrand med min mand, Andreas, og vores tre børn, Olivia, Louis og Frede. Jeg elsker at bade. Næsten hver weekend året rundt er jeg sammen med familie og gode venner i vores røde sommerhus syd for Aarhus. Jeg har spillet violin i alt lige fra Mozarts Symfoni nr. 40 til backing for Burhan G i X-factor. Og så mener jeg, at fysisk aktivitet er så vigtigt, at jeg vil prioritere det som en del af arbejdstiden sammen med min kollegaer, når jeg engang bliver praktiserende læge.

## Hvilken erfaring bringer du ind i dit nye job som FYAM-redaktør?

Formidling har en særlig plads i mit hjerte. Jeg har erfaring fra peer review af forskningsartikler, som vejleder og underviser af universitetsstuderende i bl.a. anatomi, hjerte-lunge-redning og almen medicin. Jeg har også rejst landet rundt med Det Rullende Universitet og undervist gymnasieelever i Pearl-index. Disse erfaringer med formidling i både dybden og bredden, tager jeg med, når jeg overta-

ger stafetten fra Jonas som FYAM-redaktør. Jeg håber at kunne bidrage til et medlemsblad med høj kvalitet og relevans, hvor aktuelle emner formidles, så de er opslugende, nærværende og bredt tilgængelige.

## Hvad er dine ambitioner for Practicus?

Vi skal have et medlemsblad, hvor du som medlem kan spejle dig i mangfoldigheden af de praktiserende læger, som til sammen udgør vores vidtspændende speciale. Det er vigtigt for mig som kommende almenmediciner og repræsentant for FYAM. Helt konkret vil jeg bringe et fast format ind i bladet, så vi i hvert Practicus kan læse 'En dag med'. Her giver en praktiserende læge et sted i landet os indblik i sit liv – både i og uden for klinikken. Jeg tror, at en fast struktur i bladet kan skabe en forventning og genkendelighed hos læseren. Det er godt for læselysten. Det kan også øge bredden, så flere almenmedicinere får lyst til at skrive ind med deres vinkel. Hermed en opfordring til dig, der har noget på hjerte! Practicus bliver ved med at være interessant, når vi deler, giver indsigt og debatterer med hinanden.

## Hvor ser du Practicus om fem år?

Som almenmedicinere har vi ikke store morgenkonferencer, som på mange hospitalsafdelinger. Det er andre platforme, der binder os sammen i vores speciale og skaber fællesskab. Practicus er en af dem. Tidsskriftet når ud til os alle på tværs af klinikkonstellationer, forskningsenheder, alder og regionale forskelligheder. Om fem år har 'Practicus podcast' vokset sig endnu stærkere, så vi kan lytte til nyt fra DSAM, mens vi pendler eller smører madpakker. //





# Farvel til Jonas

## Hvordan har du været med til at præge Practicus i din tid som FYAM-redaktør?

Jeg overtog rollen som FYAM-redaktør for et blad, der allerede havde mange gode indslag. Men jeg savnede en mere systematisk præsentation af nye forskningsresultater inden for almen medicin. Selvom den del oftere læses i f.eks. Månedsskriftet, synes jeg, at vi med "5 spørgsmål til forskeren" fik en let tilgængelig præsentation af ny almenmedicinsk forskning direkte fra forskeren. Derudover er jeg stolt over FYAM-klummen og ikke mindst Practicus Podcast, som jeg har brugt meget tid og energi på at få op at køre.

## Hvad har været din bedste oplevelse som FYAM-redaktør?

Jeg har haft rigtig mange gode oplevelser som FYAM-redaktør. At være med til at dække indhold fra to nordiske kongresser, Lægedage og DSAM's årsmøde har været meget spændende og underholdende. Podcasten har givet mig særlige oplevelser, som nok rangerer i toppen, f.eks. dobbeltinterviewet med Stephanie Lose og Frede Olesen og ikke mindst interviewet med Søren Brostrøm.

## Hvordan ser du fremtiden for Practicus?

Jeg ser en meget lys og spændende fremtid for Practicus.

Med den sammentømrede "gamle" redaktion og med Solvej som ny FYAM-redaktør med spændende nye idéer ser jeg et stort potentiale for udbredelsen af Practicus-indhold til flere læsere. Jeg håber på, at podcasten får nyt liv og mulighed for flere interviews. Jeg har jo lavet over 100 afsnit, men kun ca. 10-12 interviews, da det er meget tidskrævende.

## Du har brugt mange timer på Practicus-arbejde i de seneste knap fem år. Hvad vil du bruge den "ekstra" tid på nu?

Jeg er lige startet i fase 3 i hoveduddannelsen, og jeg vil gerne fokusere yderligere på at blive klar til livet som praksisejer med alt, hvad det indebærer. Sideløbende med Practicus-arbejdet er jeg også ansat på Aarhus Universitet som ekstern lektor med forelæsninger, vejlederopgaver og holdundervisning på 11. og 12. semester, og den del kommer jeg til at fortsætte med, da jeg nyder at undervise. Og så skal min hustru og tre drenge på hhv. syv, fem og to også nyde godt af, at der forhåbentlig bliver lidt mere fritid.

Slutteligt vil jeg gerne takke Practicus-redaktionen for et fantastisk, givende og inspirerende samarbejde. En stor tak skal også lyde til de mange bidragsydere, der har gjort mit arbejde spændende. Tak til FYAM, SAMS og klummeskribenterne. //



# Samarbejdet om udsatte patientgrupper: Hvordan gør vi det bedst?

På Folkemødet i juni høste DSAM erfaring med at arrangere egen debat. Fokus var på et af DSAM's kerneområder: patienter med mange kroniske tilstande. Her har egen læge mulighed for at gøre en forskel, men det skal være i samarbejde med resten af sundhedsvæsenet.

**F**olkemødets anden dag var travl og varm. DSAM var i hård konkurrence med et hav af andre interessante ting. Alligevel fandt flere vej til debatsalen i Akademikernes Hus. Emnet var: Hvordan samarbejder sundhedsvæsenet bedst om de svageste grupper?

Moderator Line Friis Frederiksen bød velkommen til panelet, som foruden DSAM's formand, Bolette Friderichsen, bestod af Torben Mogensen,

bestyrelsesformand i Lungeforeningen, Sisse Marie Welling (SF), sundheds- og omsorgsborgmester i Københavns Kommune, og Kirsten Devantier (V) fra Danske Regioners bestyrelse.

## Forudsætninger for samarbejde

Panelet fik indledningsvist lejlighed til at introducere egne budskaber. Herefter var der dialog om, hvilke forhold man kunne ønske sig forbedret eller så som forudsætninger for at kunne



Panelet fra venstre mod højre: Line Friis Frederiksen, Bolette Friderichsen, Torben Mogensen, Kirsten Devantier og Sisse Marie Welling. Foto: Anette Sonne Nielsen.



Line Friis Fredriksen studerer de mange input fra debattens tilhørere. Foto: Anette Sonne Nielsen.

samarbejde bedre. Den aktuelle case omhandlede KOL-patienter, som ofte også har andre kroniske tilstande. Det førte diskussionen vidt omkring.

Panelet berørte bl.a. emner som lovgivning (at sundheds- og serviceloven bør være et samlet juridisk felt) og it-understøttelse (bedre elektronisk kommunikation og fælles diagnosekort), men også forudsætninger for et bedre samarbejde mellem sektorerne og mere strukturel forebyggelse (at forhindre unge i at begynde at bruge tobak og nedsætte den aktuelle høje luftforurening i de store byer).

### En håndholdt plan

Bolette Friderichsen gav et indblik i konsultationen med patienten med mange kroniske tilstande. Hun understregede, at hun lægger vægt på at nå frem til, hvad patienten selv sætter sig som mål. På baggrund af de ønsker vil hun så lægge en plan, der kan forbedre den helbredsmæssige situation, så patienten vil kunne opnå sit mål. Det er typisk en individuel plan, som kræver opbakning fra kommunens sundhedspersonale og evt. andre behandlere samt patientens pårørende.

Målet er at opnå den bedste livskvalitet i patientens optik. Derfor vil det i mange tilfælde være en håndholdt plan, bl.a. på grund af patientens udsatte helbredssituation.

### Budskaber samlet i vidnesbyrd

Sidst i debatten blev tilhørerne bedt om at komme med idéer til at forbedre samarbejdet. Forslagene blev afleveret på små gule post-it-sedler. Disse budskaber er samlet som vidnesbyrd fra debatten (se boksen til højre).

At tilrettelægge en debat kræver mange overvejelser og et godt forarbejde om bl.a. budskaber, målgruppe, formidlingsform og annoncering. Det var første gang, at det blev afprøvet i regi af DSAM.

DSAM's sekretariat er vendt en masse erfaringer rigere hjem om planlægning af debatdisciplinen. //

### HVORDAN SAMARBEJDER SUNDHEDSVÆSENET BEDST OM DE SVAGESTE PATIENTGRUPPER?

#### Politisk:

- Behandlingsgarantier – gælder ikke kun for kræft
- Hospitalet har behandlingsansvar i 72 timer efter udskrivelse
- Fælles økonomisk ansvar over sektorgrænser

#### Fælles mindset:

- Mere fokus på patientens ønsker og behov
- Mindre fokus på diagnoser

#### Samarbejde over sektorgrænser:

- Kommunale teams af sygeplejersker opdelt efter lægevalg
- Lokale aftaler om enkeltpatienter

#### IT og datadeling:

- Bedre mulighed for deling af viden over sektorgrænser
- Mulighed for at dele oplysning om sårbarhed på tværs af sundhedsvæsenet
- IT understøtter mulighed for fælles mål over sektorgrænser

#### Koordinering og tovholderfunktion:

- Almen praksis er tovholder
- Patienten har "håndholdt" kontaktperson fra hospital og kommune

#### Kommunikation med patienten:

- Meget mere anerkendende kommunikation
- Fokus på en patientcentret tilgang
- Flere personcentrede kommunale tilbud til patienter

#### Arbejds miljø og uddannelse

- Bedre arbejdsmiljø for sundhedspersonale
- Bedre uddannelse og efteruddannelse til personalet



# Postkort fra Folkemødet

Redaktionen på Practicus har bedt de fem medlemmer af DSAM's bestyrelse, som deltog i Folkemødet, om at sende et postkort til alle kollegerne. Læs her om de mange indtryk, og hvad de tog med sig hjem.

## Thomas Benfield Purup: En rigtig god oplevelse

Folkemødet gjorde sig godt iført det bornholmske solskin og med flot udsigt fra Allinge ud over havet. Jeg deltog for første gang. Stemningen kan nok mest af alt sammenlignes med en rolig Skanderborg Festival: glade folk i alle aldre, madboder, fadøl og så selvfølgelig et hav af debatter om ALT mellem himmel og jord.

Folkemødet blev min debut i en offentlig debat, og det endte med at blive en rigtig god oplevelse. Debatten om emnet "Hvordan kommer der nye praktiserende læger i hele Danmark?" var iværksat af PLO. Mange gamle indspark gik igen: økonomi, lokaler, hjælp til administration – alt sammen fortsat vigtigt. Jeg mener, at kommuner, regioner, PLO og erhverslivet i langt højere grad skal samarbejde om lægedækningen. Det må være deres fælles ansvar at række ud og være med til at skabe et individualiseret forløb for hver enkelt læge, som lufter interessen for "udkantsdanmark".

Folkemødet har også været et godt sted at blive rystet mere sammen i DSAM's bestyrelse og få inspiration til nye arbejdsområder i FYAM. Jeg skal helt sikkert deltage på folkemødet igen!

Kærlig hilsen Thomas



Til alle kollegerne

---



---



---



---

## Merete Hansen: Et landskab fuld af interessenter

Jeg ser et landskab på mødet fuld af interessenter. Jeg ser medtech-folket drøsse rundt til oplæg om, hvordan IT redder sundhedsvæsenet. Borgmestrene spidser ører, de er i knibe. De lokker alle sammen med en ny løsning uden menneskelig indgriben. Er det nu også det rigtige at gøre? Gør det nu rigtigt. Gør det nu ordentligt. Vi skal ikke lade os lokke til at smide millionerne i én retning.

Jeg drøner rundt. Jeg får koblet en professor i radiologi og brug af kunstig intelligens sammen med en it-direktør. Jeg vil alliere mig med sundhedskonomen med respekt for vores arbejde. Jeg er fuld af energi og gåpåmod. Sammen kan vi mere. Vi kan sikre, at systemerne ikke bryder sammen, sikre medarbejderne ikke brænder ud. Kræfterne skal sættes ind rigtigt, og vi har travlt. Det er ikke så svært, sagde økonomen. Jeg håber, han har ret.

IT og organisation kan noget. Økonomi kan noget. Faglighed kan noget. DSAM vil være med til at vise vejen. Så vi kommer det rigtige sted hen – og ingen farer vild på vejen eller køber dyre og dårlige is!

Knus fra Merete på solskinsøen



Til alle kollegerne

---

---

---

---

## Marianne Dam Lentz: Fagets pejlemærker på landkortet

Folkemødet på Bornholm er et overflødigshorn af meningsdannere, politikere, embedsværk, fagpersoner og meget andet. Det er en cocktail af debatter, hvor det er svært at holde tungen lige i munden. Med knap 3.000 debatter føles mulighederne uendelige, og kampen om opmærksomhed er stor.

Mit fokus er at debattere vigtigheden af, at vi i praksis beholder muligheden for, at læger diagnosticerer og opretholder kontinuitet og relation med vores patienter – fra vugge til grav. Da jeg havde hørt en konsulent foreslå, at praktiserende læger i fremtiden "kun" skal behandle kronikere og ældre, føltes mit fokus endnu mere aktuelt.

Jeg deltog med både spænding og lidt præstationsangst i en debat, som var arrangeret af Aarhus Universitet. Det var sammen med bl.a. Svend Brinkmann (psykolog og kritiker af diagnosesamfundet), og overskriften var "Sundhedsvæsenet på briksen". Det blev en spændende samtale med fokus på flere af DSAM's pejlemærker, bl.a. at lade de raske være raske og kun behandle de syge samt at give mest til dem med størst behov. Svend Brinkmann kritiserede, at psykiatriske diagnoser baserer sig på et kompleks af symptomer, hvor diagnostikken kører i ring.

Med hovederne fulde af nye indsigter, refleksioner, spændende samtaler og vigtig teambuilding drager vi nu hjem igen. Vi håber, at vores arbejde bærer frugt til glæde for DSAM's medlemmer fremover. Vi har i hvert fald fået sat DSAM og fagets pejlemærker på landkortet.

Kærlig hilsen Marianne



Til alle kollegerne

---

---

---

---



## Bolette Gerd Friderichsen: Et vanvittigt scenarie og en hyggelig snak

Fredag aften var jeg inviteret til reception hos sundhedsministeren sammen med 100 andre hoveder og høveder. Det var nok det mest vanvittige scenarie, jeg oplevede på øen i år: en flok højtråbende høvdinger stimlet sammen og mast ind i et lille telt. Av mit øre! Jeg måtte gå ind og ud flere gange for at holde det ud.

Heldigvis endte jeg på en fredelig stol med udsigt til ænder i vandkanten. Jeg fik en hyggelig snak med Erik Mønsted Pedersen, næstformand i landsforeningen SIND, om, hvordan psykiatrien kunne organiseres omkring mennesker og relationer – og ikke diagnoser.

Ellers var der en del debatter, hvor jeg oplevede folk komme med provokationer uden hold i. Det var velsagtens for at glæde arrangørerne og hvirvle savsmuld op. Vi må håbe, at de genvinder jordforbindelsen, når arbejdet begynder igen.

Kærlig hilsen Bolette



Til alle kollegerne

---

---

---

---

## Søren Due Andersen: Spændende dage på Bornholm

Alle taler om ulighed, men det må ikke koste penge eller service for de rige kommuner. Sådan var det også på Folkemødet. Vi skal ville det nære sundhedsvæsen, men vi hører også den samme historie om mere superspecialisering, selvom det ikke vil give mere sundhed... blot bruge flere penge på de få.

Jeg har deltaget i et hav af møder og debatter om alt fra specialuddannede sygeplejersker i praksis, knækgrænser og økonomiløfter til behandling af børn med mistrivsel og psykisk sygdom i almen praksis. Jeg har hørt om Civilsamfund i Udvikling (CISU). Jeg har været til debat om kronikerbehandling med Sofie Løhde og de andre i "Løhdes hule" og hørt Jakob Kjeldberg og Peder Hvelplund diskutere profit og privatisering under overskriften "Hvor skal investeringerne placeres?". Men store kommunale besparelser giver måske problemer for os ude i almen praksis.

Mange spørgsmål mangler stadig svar. Hvor sikrer vi læger til hele Danmark? Skal vi satse på sundhedsarbejdere, som er uddannet uden for Danmark? Har vi råd til slankemedicin? Hvert BMI-point over 30 koster 1000 kr. ekstra i sundhedsvæsenet på år. Kan vi blive bedre til at opspore osteoporose?

Her i vandkanten må jeg konkludere, at vi skal have mere til generalisten og til alment praktiserende speciallæger... altså mere fornuft og bedre brug af pengene. Det må enten være lavere patienttal og samme økonomi – eller øget honorar efter geografisk lokation og patientpopulationens alder og sundhedsprofil.

Sommerhilsner fra Søren



Til alle kollegerne

---

---

---

---





# Dansker i spidsen for nordisk lægesamarbejde

**D**en 1. september satte lektor og nu tidligere praktiserende læge Roar Maagaard, Risskov, sig i spidsen for Nordic Federation of General Practice (NFGP) som ny formand. NFGP er det lægefaglige selskab for praktiserende læger i Norden. Roar har arbejdet som praktiserende læge i 34 år, og derudover har han fungeret som lektor i 20 år på Aarhus Universitet. Roar har tidligere været formand for DSAM.

I en kommentar til, at Roar skal stå i spidsen for det nordiske lægefaglige samarbejde de kommende år, siger DSAM's formand Bolette Friederichsen:

”Med Roar har NFGP fået en formand, der er dygtig og både en erfaren kliniker OG organisationsmand. Han er en stærk ambassadør for vores pejlemærker, og jeg er glad for, at han tilbyder fortsat at levere en masse interesseretimer i fagets tjeneste”.

NFGP udgiver et fagligt tidsskrift fem gange årligt, og derudover afholdes der en lægefaglig kongres hvert andet år, hvor lægerne har mulighed for at sætte fokus på fælles problemstillinger og udfordringer. //



Roar (t.v.) afleser Johann Sigurdsson (t.h.) som formand for NFGP. Foto: privat.

## John Brandt Brodersen, ny formand for EUROPREV



**P**rofessor, ph.d. og speciallæge i almen medicin John Brandt Brodersen, Center for Almen Medicin, Københavns Universitet, er valgt til at efterfølge Carlos Martins som formand for European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice (EUROP-

REV), hvor han også er Danmarks seniorrepræsentant. Han tiltrådte hvervet i juni 2023 i forbindelse med WONCA Europe-kongressen.

EUROPREV er et netværk under WONCA Europe, som arbejder for evidensbaseret forebyggelse og sundhedsfremme i almen praksis på tværs af lande i Europa. //



# Nyt internetbaseret behandlingstilbud til patienter med helbredsangst

Helbredsangst er kendetegnet ved frygten for at fejle en alvorlig, uopdaget sygdom. Uvisheden får mange til at søge beroligelse ved egen læge. Desværre varer den ofte kun kort. Et nyt internetbaseret behandlingstilbud skal nu styrke trivsel hos patienter med betydelig helbredsangst.

**H**elbredsangst forekommer hyppigt i primærsektoren og har en prævalens på 4,7-9,5 %. Nogle patienter med helbredsangst undgår at gå til læge, fordi det er forbundet med stor angst. Den helbredsangste patient genkendes ofte ved, at patienten er vedholdende i sine klager og ikke lader sig berolige, f.eks. hvis hjertet springer slag over, og der er lavet EKG. Andre helbredsangste patienter kommer med skiftende klager og bekymring om at fejle noget forskelligt

fra gang til gang. Patienterne vil ofte være nervøse under konsultationen, f.eks. tale hurtigt og sidde uroligt.

## Spørg ind til angsten

Mange patienter kender ikke til helbredsangst og er blot optagede af den frygtede sygdom. Spørg derfor ind til angsten: Er du nervøs lige nu, mens vi taler sammen om dine symptomer? Gør du dig selv nogle tanker om, hvad symptomerne kunne være tegn på? Er der nogle bestemte sygdomme, du særligt frygter? Hvor meget fylder syg-

## Whiteley-6RE til screening for helbredsangst:

	I den seneste måned, hvor meget har du været generet af:	Slet ikke	Lidt	Noget	En hel del	Virkelig meget
1.	Bekymringer om, at der er noget alvorligt galt med din krop?	0	1	2	3	4
2.	Bekymringer over, om du selv lider af en sygdom, som du har hørt om eller læst om?	0	1	2	3	4
3.	Bekymringer over, om du lider af en alvorlig sygdom?	0	1	2	3	4
4.	Tanker om, at lægen måske tager fejl, hvis han siger, at der ikke er noget at bekymre sig om?	0	1	2	3	4
5.	Bekymringer om dit helbred?	0	1	2	3	4
6.	Tilbagevendende tanker om at du fejler noget, og som du har svært ved at slå ud af hovedet?	0	1	2	3	4

Forskning viser, at effekten er sammenlignelig med vanlig ambulans behandling.



domstankerne i din dagligdag? Hvordan påvirker sygdomstankerne dit humør og din hverdag?

Du kan bruge de seks screeningsspørgsmål fra Whiteley Index, som også indgår i Common Mental Disorders Questionnaire (CMDQ). Svarer en patient "En hel del" eller "Virkelig meget" til flere af spørgsmålene, kan der være tale om betydelige helbredsangst.

### Hvornår er helbredsangst behandlingskrævende?

En vis grad af sygdomsbekymring er vigtig for vores selvomsorg, så vi søger relevant hjælp rettidigt. Mange patienter med sygdomsbekymringer hjælpes godt af deres praktiserende læge. Men er der tale om vedvarende sygdomsbekymringer, som påvirker patientens velbefindende og dagligdag, er helbredsangsten behandlingskrævende.

#### KORT OM HELBREDSANGST

- Hernesymptomet er rumination, som er et andet ord for persisterende, invaliderende tanker.
- Tankerne kredser typisk om frygt for kræftlidelser, neurologiske lidelser, hjertelidelse – i sjældne tilfælde demens, skizofreni eller virussygdomme som SARS, ebola, HIV eller corona.
- Patienterne er ofte overopmærksomme på kropslige symptomer og tolker naturlige signaler fra kroppen som tegn på alvorlig sygdom.
- Den største plage for patienterne er ikke symptomerne i sig selv, men sygdomsbekymringerne.

Almindelig sygdomsbekymring ved nye symptomer eller globale epidemier

Tilbagevendende og tiltagende sygdomsbekymringer

Svære og vedvarende sygdomsbekymringer med funktionsnedsættelse (helbredsangst)

Kontinuum for helbredsangst

### Hvilke henvisningsmuligheder er der?


Patienter kan henvises fra alle regioner (på en almindelig sygehushenvisning) til evidensbaseret internetbehandling eller gruppebehandling ved Funktionelle Lidelser, Aarhus Universitetshospital. Internetbaseret behandling kan tilgås uanset geografisk bosted og uden for vanlig arbejdstid. Patienter, der vælger internetbehandling, er glade for fleksibiliteten, og forskning viser, at effekten er sammenlignelig med vanlig ambulans behandling.

Herudover kan patienter fra Region Hovedstaden henvises til Klinik for Funktionelle Lidelser, Frederiksberg Hospital, og patienter fra Region Sjælland kan henvises til Center for Funktionelle Lidelser i Køge. I Region Nordjylland og Region Syddanmark er det almenpsykiatrien, der varetager behandlingen af helbredsangst.

Referencer kan fås ved henvendelse til forfatterne. //

Se, hvordan du håndterer helbredsangst





En vis grad af sygdoms-  
bekymring er vigtig for  
vores selvomsorg, så vi  
søger relevant hjælp rettidigt.

## SÅDAN HÅNDBTERER DU HELBREDSANGST I ALMEN PRAKSIS

### 1. LÆR AT SKELNE MELLEM HELBREDSANGST OG SOMATISK SYGDOM:

Helbredsangst og somatisk sygdom kan optræde samtidigt og være individuelt behandlingskrævende. Ved en nyligt påvist alvorlig sygdom (f.eks. malign tumor) er der ofte en naturlig bekymring for sygdommen, men kan angsten inddæmnes og til tider skubbes til side, er der ikke tale om helbredsangst. Typisk kredser helbredsangsten ikke om kendte sygdomme.

### 2. SÆT NAVN PÅ ANGSTEN, OG STOL PÅ DIN FAGLIGE VURDERING:

Spørg ind til sygdomstanker og sværhedsgraden ved hjælp af spørgeskemaet. Opsummer og valider patientens oplevelse: "Du fortæller mig, at du er plaget af svære, vedvarende sygdomstanke, der går ud over din hverdag. Det lyder som helbredsangst - det er en almindelig og velkendt angstlidelse, som der findes god behandling for". Stå fast på din sundhedsprofessionelle vurdering, hvis der ikke er indikation for yderligere undersøgelse. Undersøgelser uden medicinsk indikation beroliger ikke patienten, men kan tværtimod fastholde patienten i angsten. Når lægen står ved sin vurdering på en klar og indfølelse måde, kan det tage noget af ansvaret fra patientens skuldre.

### 3. NORMALISER KROPSLIGE SYMPTOMER:

Patienter med helbredsangst tolker ofte naturlige signaler fra kroppen som tegn på alvorlig sygdom, samtidig med at de overvurderer sygdomsrisikoen. Normaliser kropslige symptomer, bl.a. ved at gennemgå almindelige angstsymptomer og kroppens

stressrespons. Oplevelsen af symptomer kan induceres, hvis man frygter et bestemt symptom - lidt som hvis man tænker på lus, og det begynder at krible i hovedbunden. Hjælp patienten med at forstå sammenhængen mellem overdrevent kropsligt fokus og symptomoplevelsen. Hvis patienten forstår sammenhængen, kan man træne at flytte og minimere fokus på symptomet.

### 4. LAV KONKRETE AFTALER OM HELBREDSANGSTEN:

Helbredsangsten overvindes gradvist, når patienten hjælpes til at udfordre angsten og dermed øge tolerancen for uvished. Tal med patienten om at begrænse tiden, som patienten bruger på sygdomsbekymringer, f.eks. vælge et fast tidsrum hver dag, hvor patienten afsætter 15 minutter til at fokusere på helbredsangsten. I den resterende tid skal patienten øve sig på at parkere tankerne indtil det aftalte tidsrum. Det kan forværre angsten, hvis patienten har tendens til at google symptomer eller læse på netdoktor. Hjælp patienten med at stoppe eller begrænse dette. Til sidst kan du hjælpe patienten med at skelne mellem nye, akutte symptomer og velkendte, ikke-akutte symptomer, som fluktuerer i intensitet. Velkendte symptomer, som patienten måske er blevet undersøgt for, kan med fordel ses an 1-3 uger. De fleste gange vil symptomet forsvinde eller forandre sig, hvilket øger patientens kendskab til og tolerance over for almindelige kropslige signaler.



Af: **Nynne Bech Utøft**, kandidat i Folkesundhedsvidenskab og forskningsassistent, og **Mogens Vestergaard**, praktiserende læge i Crenaa og seniorforsker, begge hos Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus - mv@ph.au.dk

## Deep End Denmark

# Styrket praksis, hvor det er svært at bunde

I sommeren 2022 blev Deep End Denmark lanceret. Projektet er en del af en international Deep End-organisation, der stammer fra Skotland og er aktiv over hele verden. Formålet er at styrke almen praksis og mindske ulighed i sundhed.

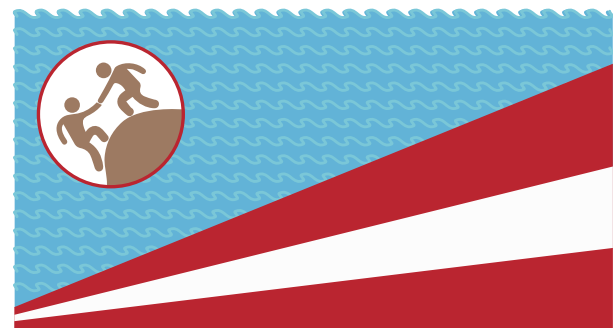
**A**lle organisationers logo indeholder en pool, der symboliserer grundtankerne i arbejdet, og som har været inspiration til navnet "Deep End": lægerne, der arbejder i den "dybe ende".

Vanddybden i poolen symboliserer den socioøkonomiske tyngde af klinikernes patientpopulation. Hver almen praksis tildeles en indeksscore, som er et samlet mål for andelen af patienter, der har lavt uddannelsesniveau, er relativt fattige, står uden for arbejdsmarkedet, er enlige og har anden etnisk baggrund.

Metoden er valgt, fordi personer med lav socioøkonomi ofte har lavere sundhedskompetence, højere risiko for at udvikle kroniske sygdomme tidligt i livet, mærke større konsekvenser af sygdom og dø tidligere. Dette afspejles i

### FØRSTE MØDE I NETVÆRKET I NOVEMBER

Det første møde i Deep End Denmark afholdes i november 2023. Her får deltagerne mulighed for at komme med konkrete anbefalinger til Sundhedsstrukturkommissionen om, hvordan fremtidens sundhedsvæsen bør se ud. Til mødet deltager Jesper Fisker (formand for kommissionen), der sammen med Mogens (medlem af kommissionen) vil bringe Deep End-lægernes anbefalinger videre i kommissionens arbejde.



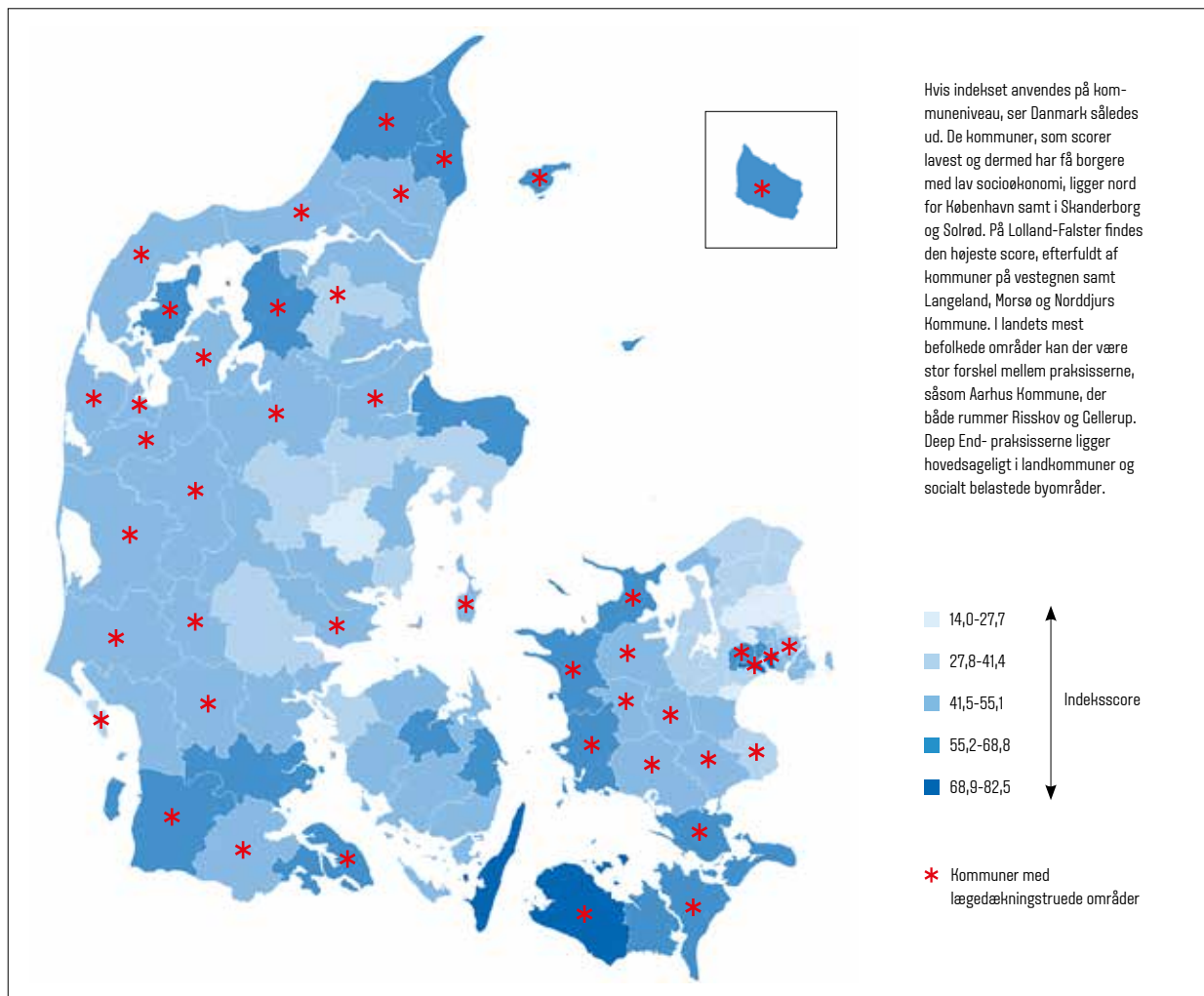
## DEEP END GPs | DENMARK

en forskel i middellevetid på 5,2 år mellem det mest og mindst velstillede område i Danmark

Uanset vanddybde har praktiserende læger i hele Danmark travlt med meningsfulde opgaver, men de har forskellige udfordringer og arbejdsopgaver. Det kræver tid, ressourcer og overskud i den kliniske hverdag at behandle patienter med sociale udfordringer og lavere sundhedskompetence, hvis udbyttet skal være det samme. De læger, som arbejder i den dybe ende (Deep End-læger), er inviteret til at deltage i projektet.

### Vandoverfladen og fordelingen af ressourcer

Vandoverfladen i logoet symboliserer, at sundhedsfaglige ressourcer fordeles ligeligt uden hensyn til patienternes



#### Oversigt over indeksscore i Danmark 2022.

Indekset går fra 0-100. En lav score indikerer, at en lille andel borgere i kommunen har lav socioøkonomi. En høj scorer indikerer, at en stor andel borgere i kommunen har lav socioøkonomi.  
 Kilde: Indekset er beregnet på baggrund af befolkningsdata ved Danmarks Statistik, 2022. Lægedækningstruede områder er hentet fra PLO, 2022-2023.

#### FORSKNING OG FORMIDLING

Som en del af projektet etableres en forskningsgruppe, som er forankret hos Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Forskningsgruppen vil undersøge betydningen af Deep End-netværket og videreudvikle vigtige emner og ideer, som udspringer fra netværket. Denne viden skal være oplysende for beslutningstagere og støtte Deep End-lægerne i at hjælpe patienter med størst behov.

Læs mere på projektets hjemmeside: [www.deepend-denmark.dk](http://www.deepend-denmark.dk)

behov. For eksempel afsættes de samme ressourcer til at behandle en patient med diabetes, uanset om hun er direktør i Hellerup eller førtidspensionist i Gellerup.

Fattigdom, traumer, boligmangel, lav sundhedskompetence, ensomhed, misbrug, sprogbarrierer, kriminalitet og problemer med at navigere i sundhedsvæsenet er nogle af de udfordringer, som Deep End-læger ofte møder hos deres patienter. Det kræver tid at få overblik over komplekse sygdomshistorier, især når patienten har sociale, kognitive eller mentale udfordringer. Deep End-lægerne er yderligere udfordrede af at arbejde i områ-

der med færre sundhedsfaglige ressourcer, f.eks. mangel på praktiserende læger, færre privatpraktiserende speciallæger, lang afstand til nærmeste sygehus eller få lokale sundheds-tilbud.

Samlet set er der tale om en omvendt omsorgslov, hvor fordelingen af sundhedsfaglige ressourcer er omvendt proportionalt med befolkningens behov. Hvis vi virkelig ønsker at opfylde DSAM's mål om at reducere ulighed i sundhed skal vi omstrukturere. Et moderne sundhedsvæsen bør stræbe efter, at alle patienter har ret til at få samme udbytte af diagnostik, behandling og rehabilitering.



### ER DIN PRAKSIS INVITERET?

Invitationer til at deltage i projektet er udsendt af Danmarks Statistik til praksis' e-Boks i juni. Husk at tjekke, om din praksis er inviteret.

### Styrket praksis gennem netværk

Det danske logo indeholder en illustration af en læge, der hjælper en anden læge op. Erfaringen fra Deep End-projekter verden over er, at læger kan lære mere af hinanden end af eksperter og forskere, når det kommer til at håndtere hverdagens udfordringer. Måske har en læge fra Nordjylland en god idé, der kan implementeres i en praksis i København?

I projektet betragter vi Deep End-læger som eksperter i at møde og behandle de komplekse udfordringer, der er karakteristiske for deres patientpopulationer. Vi tror på, at erfaringsudveksling er en afgørende fak-

tor for at styrke almen praksis. Derfor handler projektet ikke kun om at fortælle lægerne, hvad de skal gøre, men snarere om at skabe et forum for faglig udvikling, ideudveksling og gensidig støtte.

At træde vande for længe kan føre til træthed, udmattelse og følelsen af at give op. Praktiserende læger, der har mange patienter med lav socioøkonomi, har en højere forekomst af udbrændthed. En central del af projektet er at støtte og styrke de læger, der arbejder i den dybe ende, selvom de kan have svært ved at deltage pga. travlhed.

Erfaringen fra Deep End-projekter i udlandet er, at samarbejdet mellem læger, der befinder sig i samme situation, kan fungere som en redningskrans for udbrændte læger og bidrage til at genfinde energien.

### Vi kan ikke gå på vandet

Ambitionerne for projektet er store. Vi er sikre på, at vi sammen kan nå langt for at sikre bedre forhold for læ-

Læger kan lære mere af hinanden end af eksperter og forskere, når det kommer til at håndtere hverdagens udfordringer.

ger og patienter i den dybe ende. Vi kan næppe lære hinanden at gå på vandet, men vi kan over de næste år skabe en fælles identitet og en fælles stemme for Deep End-læger.

Vores ambition er at bidrage til et sundhedsvæsen, hvor alle patienter har ret til samme udbytte af deres behandling, uanset deres bopæl eller sociale baggrund. Vi stræber efter et sundhedsvæsen, hvor praktiserende læger har lige mulighed for at nå bunden og trives – uanset, hvor i landet de praktiserer.

Kontakt forfatterne for oplysning om referencer. //



23<sup>rd</sup> Nordic Congress of General Practice 2024 | [ncgp2024.fi](https://ncgp2024.fi) | [#ncgp2024](https://twitter.com/ncgp2024) [#visitturku](https://twitter.com/visitturku)



# Se an. Se igen. Send videre

## Nyt værktøj kan hjælpe med at vurdere symptomer på hjernetumorer hos børn og unge

Almen praksis er ofte de første til at se børn og unge med symptomer, der kunne være tegn på en hjernetumor. Hovedpine, opkastninger, kvalme og vækstforstyrrelser skyldes ofte andre ting, men symptomerne kan i nogle tilfælde skyldes en hjernetumor. Hjernetegn.dk kan støtte vurderingen.

**T**otredjedele aftiden fra symptom til diagnose ligger i perioden efter barnets første kontakt med sundhedssektoren. Derfor har forskere ved de børneonkologiske afdelinger i Danmark udviklet hjernetegn.dk. Det er et nyt evidensbaseret værktøj, som kan understøtte praktiserende læger, når de skal vurdere, hvornår man kan se tiden an, hvornår man skal se barnet

igen, og hvornår man skal sende barnet videre til en specialist.

Modsat børneafdelingerne på landets hospitaler, hvor vi kun behandler de sygeste børn, møder praktiserende læger hver dag raske børn og unge, der kommer i konsultationen af forskellige årsager og med forskellige symptomer. Det drejer sig oftest om symptomer, som kan tilskrives hyppige, almindelige og ikke-alvorlige sygdomme eller tilstande i barnealderen. I nogle tilfælde vil årsagen ligge lige for, i andre tilfælde vil symptomerne give anledning til undren, og i få tilfælde vil de give anledning til mistanke om alvorlig sygdom. I disse tilfælde kan det være værdifuldt at kunne opsøge beslutningsstøtte i vurderingen af næste skridt og derigennem kunne sortere de mange patienter.

Hjernetegn.dk er et nyt online værktøj, som indeholder en hurtig beslutningsalgoritme, der netop kan bekræfte eller afkræfte behovet for specialisthenvisning.

### Udviklet og testet af eksperter

Hjernetegn.dk er udviklet af en forskergruppe med tilknytning til landets børneonkologiske afdelinger. Al indhold på hjernetegn.dk er baseret på aktuel evidens på området og udarbejdet af forskergruppen i samarbejde med speciallæger inden for pædiatrisk onkologi, neuropædiatri, oftalmologi, børne- og ungdomspsykiatri og almen medicin.

Websitet er udviklet med fokus på at være enkelt, overskueligt og hurtigt at navigere i. I udviklingsfasen har en gruppe praktiserende læger fra forskellige praksis bidraget med ind-

Symptombilledet for hjernetumorer er ofte uspecifikt og varierer alt efter tumorens placering og barnets alder.

### Om hjernetegn.dk

- Hjernetegn.dk er et online værktøj til praktiserende læger, som kan understøtte deres vurdering af børn og unge, der har symptomer på en hjernetumor.
- Med hjernetegn.dk kan praktiserende læger hurtigt og enkelt få overblik over, hvornår tiden kan ses an, hvornår børnene skal ses igen, og hvornår de skal henvises direkte til udredning.
- Hjernetegn.dk er udviklet og kvalitetssikret af speciallæger inden for børneonkologi, neuropædiatri, almen pædiatri, almen medicin, oftalmologi og børne- og ungdomspsykiatri.

sigt i, hvilke problemstillinger de møder i klinikken, og givet indblik i flow og arbejdsgange i praksis, for at sikre at værktøjet passer ind i en travl klinisk hverdag. Undervejs har praktiserende læger også været involveret i at teste websitet i forhold til indhold, sprog og navigation.

Beslutningsalgoritmen på hjernetegn.dk er udviklet ud fra de tre mulige veje: se an, se igen og send videre. Herigennem kan sundhedsprofessionelle på en let og enkel måde understøttes i deres vurdering af, hvornår de med ro i maven kan se tiden an, og hvornår symptomerne er af en karakter, der bør sendes til videre undersøgelser, så risikoen for at overse en hjernetumor mindskes.

Ud over beslutningsalgoritmen indeholder hjernetegn.dk tips til anamnese, objektiv undersøgelse, opmærksomhedspunkter og alarmsymptomer.

### Sjælden sygdom med store konsekvenser

I Danmark diagnosticeres årligt cirka

## Hovedpine

Alarmsymptomer    Vurdering og undersøgelser    **Beslutningsværktøj**

### Se an

- En isoleret hovedpine af uændret karakter eller intensitet og uden øvrige ledsagesymptomer i løbet af 4 uger (med stor sandsynlighed ikke en hjernetumor)
- Ingen øvrige alarmsymptomer
- Normal neurologisk undersøgelse

**Plan:** Berolige. Ingen mistanke om CNS tumor. Videre plan og varsel efter vanlig praksis. Hovedpine bør udredes i henhold til *DPS' retningslinje for Hovedpine*.

### Se igen

- Hovedpine uden oplagt årsag med varighed mindre end fire uger
- Ingen øvrige alarmsymptomer
- Normal neurologisk undersøgelse

**Plan:** Revurder patienten 4 uger efter symptomdebut. Gentag anamnese, vurdering og objektiv undersøgelse. Hvis hovedpinen persisterer, men der stadig ikke er tilkommet øvrige bekymrende træk eller symptomer, kan du berolige.

### Send videre

- Pludseligt opstået "worst ever" hovedpine
- Kronisk progredierende hovedpine
- Ændret kvalitet, tiltagende intensitet eller hyppighed
- Occipital hovedpine
- Tilbagevendende lokaliseret hovedpine
- Hovedpine med positive fund ved neurologisk undersøgelse
- Hovedpine med et eller flere andre symptomer på en tumor i CNS

**Plan:** Strakshenvisning til pædiatrisk vurdering, som tager stilling til evt. billeddiagnostik.

50 tilfælde af tumorer i centralnervesystemet hos børn og unge (op til 18 år). Omkring 80 procent er fortsat i live fem år efter diagnosen, men tre ud af fire lever med moderate til svære invaliderende senfølger, såsom kognitive og psykosociale problemer, hor-

monsygdomme, epilepsi, syns- og hørenedsættelse eller fysiske handicap med nedsat motorisk funktionsniveau.

Senfølger, der rammer i børne- og ungdomsårene, har store konsekvenser for barnet, som skal leve et langt liv med senfølgerne. Det kan påvirke



### Symptomer

- Hovedpine
- Kvalme og opkastninger
- Kræmper og epilepsi
- Syns- og øjensymptomer
- Balanceproblemer og motoriske symptomer
- Øget hovedomfang
- Abnorm hovedstilling
- Vækstforstyrrelser, tidlig eller forsinket pubertet
- Adfærds- og personlighedsændringer
- Rygsmerter

familieliv, socialt liv, arbejdsliv og fysisk udfoldelse. Ser man på børnecancer generelt, er de børn, der får en hjernetumor, den gruppe, der får flest senfølger.

### Tidligere diagnostik formodes at mindske senfølger

Hjernetumorer har en større diagnostisk forsinkelse end andre tumorer hos børn og unge. Det skyldes, at symptombilledet for hjernetumorer ofte er uspecifikt og varierer alt efter

### Hjernetumorer hos børn og unge

- Hvert år diagnosticeres cirka 50 tumorer i centralnervesystemet hos børn og unge i Danmark.
- 80 pct. er i fortsat i live fem år efter diagnosen.
- Tre ud af fire lever med moderate til svære invaliderende senfølger efter behandlingen.
- Tidlig diagnostik medfører mindre intensiv behandling, som formodes at reducere risikoen for senfølger.

## Udviklingen af hjernetegn.dk er inspireret af det britiske initiativ HeadSmart.

tumorens placering og barnets alder. Den tid, der i dag går fra første symptom, indtil barnet henvises til specialiseret udredning og behandling, kan variere fra dage til år.

Præliminære data viser, at cirka to tredjedele af tiden fra symptom til diagnose ligger i perioden efter, at barnet har været i kontakt med sundhedssektoren på grund af symptomerne første gang. Forsinkelsen findes i både den primære og sekundære sektor.

De højmaligne og aggressivt voksende tumorer har kortere diagnostiske interval, hvorimod lavgradstumperne vokser langsomt, og symptomerne kommer snigende over længere tid. Når hjernetumorer findes tidligt, øger det muligheden for et bedre forløb for familierne og en mere skånsom behandling for barnet. Det formodes at give færre invaliderende senfølger og forventeligt et bedre liv efter endt behandling.

### Inspiration fra England

Udviklingen af hjernetegn.dk er inspireret af det britiske initiativ HeadSmart, som blev lanceret i 2011. Her lykkedes det at reducere tiden fra første symptom til diagnose fra gennemsnitligt 9,1 uger til 6,7 uger. I HeadSmart er der blandt andet udviklet faglige guidelines og redskaber, som er målrettet sundhedsprofessionelle.

Forud for lanceringen af hjernetegn.dk er den diagnostiske proces og det diagnostiske interval for børn og

unge med hjernetumorer kortlagt, så brugen af værktøjet kan monitoreres og evalueres i en dansk kontekst – både efter lanceringen og på længere sigt.

### Læs mere

På hjernetegn.dk kan du læse om symptomer på en hjernetumor, hvad der er særligt vigtigt at være opmærksom på ved børn i forskellige aldre og se beslutningsværktøjet.

Hvis du vil vide mere, har spørgsmål eller input til sitet, er du velkommen til at kontakte læge og ph.d.-studerende Kathrine Synne Weile på [kathrineweile@clin.au.dk](mailto:kathrineweile@clin.au.dk). //

### Bag om hjernetegn.dk

Hjernetegn.dk er udviklet af specialister fra de børneonkologiske afdelinger i Danmark og Dansk Pædiatrisk Hæmatologisk Onkologisk Selskab i samarbejde med Danish Collaborative Comprehensive Childhood CNS tumour Consortium (5C), Kræftens Bekæmpelse og Børnecancerfonden. Arbejdet er støttet økonomisk af Børnecancerfonden og Kræftens Bekæmpelse via Knæk Cancer.

Repræsentanter fra landets børneonkologiske afdelinger:

- Louise Tram Henriksen, afdelingslæge, ph.d., Børn og Unge, Aarhus Universitetshospital
- René Mathiasen, overlæge, klinisk lektor, ph.d., Afdeling for Børn og Unge, Rigshospitalet
- Michael Callesen, overlæge, ph.d., Børneonkologisk afdeling, Odense Universitetshospital
- Christina Friis Jensen, afdelingslæge, ph.d., Børne- og Ungeafdelingen, Aalborg Universitetshospital



**Wonca**  
World family doctors. Caring for people.  
EUROPE



# Til konference i BELGIEN

– hjemland for moules frites, verdensberømt chokolade, øl og tegneseriehelte som Tintin og Splint og Kvik

Vejret var varmt. Solen skinnede. Og konferencen var placeret midt i Bruxelles, tæt på Grand Place, Manneken Pis (og Jeanneke Pis). Så der var konkurrence nok, da WONCA Europe Conference blev afholdt i Bruxelles den 7. - 10. juni 2023 for ca. 2.000 deltagere.

**F**ør konferencen afholdt European Young Family Doctors Movement (EYFMD) prækonference for de unge læger. Der var 135 deltagere.

Ligeledes blev der før konferencen afholdt møde i WONCA Europe Coun-

cil, hvor Roar Maagaard og undertegnede repræsenterede Danmark og DSAM's bestyrelse. Et vigtigt punkt var, at WONCA har lavet et holdningspapir om point-of-care-ultralyd i almen praksis. Det blev skudt til hjørne sidste år. Ved en stor indsats fra bl.a.

dansk side er man nået frem til et dokument, der afspejler brugen af ultralyd i almen praksis i Europa, og det blev godkendt.

Den europæiske definition af specialiet almen medicin har været igennem en lille revisionsproces. Sidste år blev det besluttet at revidere definitionen for at tage mere hensyn til vores miljø ud fra en række "grønne" principper. Den blev meget vel modtaget og vedtaget.

Det blev også vedtaget, at European Network for Prevention and Health Promotion in Family Medicine and General Practice (EUROPREV) skulle have en fast plads i WONCA Europe Executive Board – som de andre netværk. Det betyder, at den nye præsident for EUROPREV, John Brodersen, indtræder i denne bestyrelse.

**Stort udbud af præsentationer**  
WONCA Europe udnævner hvert år



Allan Riis fra CAMAAU holdt præsentation på kongressen. Foto: CUARANT Int.



Foto: GUARANT Int.

en "Five star doctor". I år blev det – meget fortjent – Pavlo Kolesnyk fra Ukraine under store klapsalver. Han fik prisen for sit arbejde som praktiserende læge i Ukraine under de særdeles vanskelige forhold, som krigen har medført.

Under selve konferencen var der et stort udbud af præsentationer. Der var 883 abstracts og alt fra symposier, "lectures" og "oral presentations" til "workshops" og meget mere, som

blev præsenteret i 12 parallelle spor fra torsdag morgen til lørdag middag.

Jeg deltog bl.a. i en workshop om, hvordan man skal håndtere aggressive og voldelige patienter. Det var meget engagerede undervisere, som kom med praktiske øvelser, bl.a. hvordan man kan tale aggressionen ud af folk, hvilket nogle var rigtigt gode til!

### Tre gode plenary sessions

Der var flere gode "plenary sessions". Jeg vil gerne fremhæve tre af disse her.

#### Positive Health

Hollandske Mactheld Huber fortalte om sit projekt om "Positive Health in Primary Care". Det bygger på at vende konsultationen med patienten om, så patienten får mere resiliens og større ansvar for eget helbred. Man flytter fokus på problemet til fokus på hele systemet, og man stimulerer patienten til at kunne regulere de problemer, der er med eget helbred. Hun havde 3 elementer, der kan tilvejebringe positiv sundhed. Det første var et "spiderweb", som er et dialogværktøj, som bruges med patienten til at

vurdere graden af bl.a. kropslige funktioner, mentalt velvære, meningsfuld hverdag, livskvalitet, deltagelse og daglig funktionalitet. Dette skal så føre til det andet element, "alternativ dialog", hvor man sammen indkredser, hvad der virkelig betyder noget for patienten, og om noget i disse funktionaliteter kan ændres for at få det bedre. Det tredje element var "coaching" i, hvordan disse funktionaliteter kan føres ud i livet. Jeg tænker, at projektet med positiv sundhed også kan bruges i dansk almen praksis. Der er udgivet en bog: "Handbook. Positive Health in Primary Care: The Dutch Example" af Mactheld Huber et al.

#### Industriens paradigmeskifte

En anden keynote speaker var Els Torrele, som oprindeligt er belgier, men nu er bosat i Schweiz. Under overskriften "Why are our medicines so expensive" fortalte hun om paradigmeskiftet i medicinalindustrien fra opdagelsen af penicillin og insulin, hvor man dengang lod opdagelserne komme folkesundheden til gode, og frem til nyere tid, hvor det er private firmaer og ændrin-

#### TAG TIL KONGRES

Dublin byder velkommen til 29th WONCA Europe Conference den 25-28. september 2024. I 2025 bliver det Lissabon, der inviterer til 30th WONCA World Conference den 17-21. september, og i 2026 kan man glæde sig til 31st WONCA Europe Conference i Paris.

Så sæt allerede nu kryds i kalenderen til et spændende møde med dine internationale kolleger!





Social networking med gode kolleger fra vores nabolande. Foto: GUARANT Int.



Præsentation af point-of-care-ultralyd i almen praksis i Europa. Foto: GUARANT Int.

ger i patentlovgivningen, der styrer produktionen af medicin og udviklingen af nye produkter. Dette indbefatter bl.a. nicheproduktion af medicin til meget små sygdomsområder, men også produktion af vacciner, hvilket blev meget godt eksemplificeret under covid-pandemien. Ny medicin er ekstremt dyrt og svært at få fat i for mange fattige lande (hvilket sås meget tydeligt under covid-pandemien). Og ja, der bliver brugt store ressourcer på at fremstille og udvikle ny medicin, men alligevel udgør udgifterne til udvikling kun få procent af prisen. Den allerstørste del af indtjeningen går til de firmaer, der fremstiller medicinen og deres investorer. Det handler primært i dag om at få størst mulig profit ind i stedet for at løse et sundhedsproblem... Det kan man så tænke lidt over.

### Overforbrug og overdiagnostik

En tredje præsentation, som tiltrak sig stor opmærksomhed, var vores egne John Brandt Brodersen og Alexandra Brandt Ryborg Jønsson. De fortalte om deres mangeårige forskning og indsats mod overdiagnosticering, om at vores (og alle andre landes) sundhedssystemer er på vej mod overforbrug af ressourcer for at opnå ”bedre sundhed”, uden at det nødvendigvis fører til mere sundhed. Denne udvikling er ofte drevet af frygt for at overse sygdom eller symptomer, men er også drevet af omkostningstunge screeninger. Lige efter

deres præsentation deltog jeg i en præsentationsrække, som fokuserede på projekter om screening. Der var næsten ingen tilhørere. Jeg tror, at de fleste deltagere havde fået lidt dårlig smag i munden af screeningsprojekter.

### Gensidig inspiration

Jeg deltog som repræsentant for DSAM på mødet, idet jeg sidder i bestyrelsen for DSAM’s internationale udvalg. Det var tanken, at jeg skulle samle inspiration fra vores kolleger i Europa til brug for os i Danmark. Men jeg havde også meget fokus på min anden interesse: ultralyd i almen praksis. Til min store glæde var der faktisk en del forskellige præsentationer om ultralyd i almen praksis i Europa. Jeg selv var heldig at få lov til at præsentere, hvad vi laver i Danmark, bl.a. gennem Dansk Almenmedicinsk Ultralyds Selskab (DAUS) og Center for Almen Medicin i Aalborg (CAMA AU). Jeg havde lavet en præsentation sammen med Victoria Hultén og Camilla Aakjær, som jeg fik lov til at præsentere for en ganske pænt fuld ”Gold Hall”, hvor plenary sessions blev præsenteret!

Når jeg ser, hvad de andre lande kan præsentere, er vi langt foran i Danmark. Der var også stor interesse for at høre nærmere om vores arbejde i Danmark og at trække på vores erfaringer med henblik på fremtidig udvikling af ultralyd i almen praksis rundt omkring i Europa.

### Social networking

En stor del af deltagelsen i WONCA Europe er også det uvurderlige ”social networking”. Det kan man ikke gøre online på en elektronisk kongres. Jeg fik snakket med rigtig mange kolleger fra forskellige lande og hørt om, hvordan de arbejder og bruger almen praksis. Der er store forskelle. Jeg fik specielt snakket en del med vores kolleger fra Portugal, Spanien, Frankrig, Holland og ja, vores kolleger fra de nordiske lande – som man jo oftest lettere falder i snak med.

Ved council-mødet bliver man inviteret til en reception på den britiske ambassade en af aftenerne. Det var en meget god lejlighed til at få snakket med kolleger fra de andre landes organisationer og få ny inspiration til samarbejdet i DSAM’s internationale udvalg. //

#### OM WONCA EUROPA

- WONCA Europe er DSAM's internationale moderorganisation.
- Hvert år afholder organisationen en konference et sted i Europa.
- Kongressen holdes som en verdenskongres, når Europa har værtskabet.



# Councilmøde i EURACT



**T**he European Academy of Teachers in General Practice (EURACT) er en organisation, der samler undervisere inden for almen medicin fra forskellige lande i Europa. EURACT er organiseret under WONCA og har over 800 medlemmer fordelt på næsten 40 lande.

Formålet med EURACT er at fremme undervisning og forskning inden for almenmedicinsk uddannelse og at styrke fællesskab og udveksling af viden blandt undervisere på tværs af Europa. Der arbejdes på at forbedre kvaliteten af uddannelse og at støtte udviklingen af undervisningsmetoder og pædagogiske tilgange.

Organisationen arbejder med forskningsprojekter på tværs af landegrænser, arrangerer kurser i undervisning, som spænder fra begynderniveau til

ekspertniveau, og hvert andet år arrangeres en større almenmedicinsk uddannelseskongference.

Siden årsskiftet har jeg siddet som Danmarks repræsentant i EURACT. Til daglig er jeg praktiserende læge i Ikast og Brande, uddannelseskoordinator og postgraduat klinisk lektor. Derudover er jeg nyslået Master of Medical Education fra Dundee University i Skotland. Mit første councilmøde fandt sted på den portugisiske ø Madeira i april.

## Councilmøde på Madeira

Vores portugisiske kollega, Denise Cunha Velho, havde arrangeret forårets councilmøde, på den Portugisiske ø Madeira, som ligger i Atlanterhavet nord for De Kanariske Øer. Selvom der ikke har været vulkanudbrud på Madeira i historisk tid, bærer na-

turen præg af øens vulkanske oprindelse med høje bjerge, dybe dale og lodrette klipper, der på den mest pittoreske måde forsvinder ned i Atlanterhavet. Hvert år besøger mange turister Madeira for at vandre, og øen er bestemt et besøg værd.

Ud over naturen som seværdighed lader det sig heller ikke fornægte, at en af verdens bedste fodboldspillere er født her. Lufthavnen hedder meget mundret Cristiano Ronaldo International Airport Madeira og i Funchal, hvor Ronaldo er født, er der både et Cristiano Ronaldo-hotel og -museum og alt det CR-merchandise, som hjertet måtte begære.

Councilmødet fandt sted i hovedbyen Funchal, der er lokaliseret på en klippeskråning, hvilket giver en fantastisk udsigt over vandet og om aftenen, når lysene tændes, et flot syn den modsatte vej op over byen.

Denise Cunha Velho havde fået hjælp af Dolores Quintal, som er en af de lokale praktiserende læger. Mødet var planlagt fra torsdag d. 27. april til og med lørdag d. 29. april med møder fra ca. kl. 9 til kl. 19 og efterfølgende middag. Jeg vender tilbage til councilmødets indhold og kommende arrangementer længere nede i artiklen.

## Besøg i en lokal klinik

Som en fast del af councilmøderne var



Undervisere i almen medicin fra hele Europa samlet på Madeira. Foto: privat.

der også på Madeira arrangeret et besøg hos en af de lokale praktiserende læger. I dette tilfælde var det nærmere et mindre daghospital.

Syv læger (specialister i 'family medicine') bemander stedet, der har åbent kl. 8-20. Ud over de faste læger var der ansatte nyuddannede speciallæger i 'family medicine', sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer og medarbejdere til fødselsforberedelse. Desuden havde stedet tilknyttet specialister fra andre medicinske specialer, der havde deres egne ambulatorier i huset. Ud over at levere sundhedsydelser varetages uddannelse af både speciallæger i 'family medicine' og sygeplejersker.

Klinikken håndterer både akut dårlige patienter, som kommer med ambulancer og – med danske øjne – mere almindelige almenmedicinske problemstillinger som forebyggelse og kronikerforløb. De faste læger har på skift 12-timers vagter i "akutmodtagelsen" og har ellers konsultationsdage, mere som vi kender det. En normal arbejdsuge er 40 timer.

### Speciallæge i Portugal

I Portugal kan man arbejde som privatpraktiserende læge eller i en fastansættelse hos staten, sidstnævnte med fast løn. Ifølge Denise Cunha Velho vælger de fleste det sidste, da det økonomisk er meget usikkert at arbejde i privat regi.

Speciallægeuddannelsen i Portugal tager fire år og minder på flere punkter om vores egen uddannelse. Uddannelseslægerne arbejder skiftevis i praksis og på forskellige afdelinger på sygehuset. Men i modsætning til Danmark er de ugentligt tilbage i den praksis, som de er tilknyttet, og passer her en patientgruppe, der er overdraget til dem under uddannelsen.

### Indhold på councilmøder

I stedet for en slavisk gennemgang og referat af mødet på Madeira følger her



Der er også tid til at nyde skønheden på Madeira. Foto: privat.

den mere overordnede opbygning af councilmøderne og nogle enkelte nedslag om de spændende projekter og tiltag, der arbejdes på i øjeblikket. Referater fra de enkelte councilmøder kan findes på EURACT's hjemmeside.

Møderne foregår dels i plenum, med godkendelse af referater, dagsordener og regnskaber, samt gennemgang af afholdte og kommende kurser. Desuden er der afrapportering fra de fire komitéer:

#### Komitéen for prægraduat uddannelse

Denne komité arbejder på at forbedre og udvikle undervisning og læring i almen medicin for studerende. For nuværende arbejdes på at kortlægge andel og ressourcer, der anvendes på at undervise medicinstuderende inden for almen medicin. Desuden arbejdes der på flere spændende præsentationer og workshops til internationale konferencer, herunder EURACT's egen konference i Slovenien til efteråret.

#### Komitéen for postgraduat uddannelse

Komitéen arbejder på at forbedre patientbehandlingen i almen praksis ved at fokusere på udvikling og forbedring af specialistuddannelsen. Et fokus-

punkt er at samle de forskellige uddannelsesprogrammer i Europa og sammenligne og identificere behov for forbedringer landene imellem. Komitéen hjælper også med værktøjer til de lande, der har behov for kvalitetsforbedring af uddannelsen. Der arbejdes desuden på flere workshops og præsentationer til konferencen i Slovenien.

#### Komitéen for efteruddannelse

Denne komité arbejder også på at forbedre patientbehandlingen i almen praksis, men gennem efteruddannelse af speciallægerne. Komitéen har bl.a. arbejdet med online undervisning af ukrainske almenmedicinere og uddannelseslæger i en tid, hvor behovet for uddannelse i vores fag har været stort, men meget besværligt, i Ukraine.

#### Komitéen for medlemsservice

Komitéen arbejder med at forbedre forhold og tilbud for EURACT's medlemmer.

#### Vil du vide mere?

Interesserede kan læse mere om EURACT på [euract.woncaeurope.org](http://euract.woncaeurope.org).

Du er også velkommen til at kontakte forfatteren af denne artikel for yderligere information. //





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

## EN DAG MED ...

# Praktiserende læge Michael Gejl

Michael Gejl på 43 år er den ene af to kompagnoner, der sammen har overtaget en kompagniskabspraksis, Frederiksbjerg Lægehus, som ligger i Aarhus, for godt et år siden.

**6.54** står modvilligt op efter talrige omgange snooze. Fortsat i sommerferiemode, 4 store familier til bords i aften, bordtennisturnering og bordfodbold med ungerne – til for sent. Bli- ver dog hurtigt overbevist om, at det var en god ide alligevel. Napper i do- venskab bilen, til min hustrus store fryd, trods kort afstand fra forstaden til Aarhus.

**7.40** ankomst til klinikken på kirke- pladsen eklatant tidligere end vanligt, trafikken gled. Læser epikriser og sva- rer e-kons. Drikker sort kaffe og ven-

der løst og fast med vores fantastiske team, som er halveret pga. ferien. Vi er pt. en sygeplejerske, som i vores se- kretærs fravær passer telefonerne kl. 8-13 og herefter ser patienter, vores dygtige KBU-læge og jeg. Det fulde team består af vores to erfarne syge- plejersker, der er ansat 20 t/uge hver, vores durkdrevne sekretær på 32 t/ uge, et scoop af en vikar nogle få dage om ugen, en uddannelseslæge samt min behjertede kompagnon og jeg.

**8-9** telefontid, som vi har arvet og valgt at beholde, efter at min kompagnon og jeg overtog for godt et år siden. Vores egne 3600 patienter fylder ikke meget i køen her til morgen. I vagtrin- gen er der 7 ud af 22 faste læger på job. Det meste af dagens program bli- ver fyldt lidt for tidligt i min optik.

**9.10-11.45** mest akutte 10 minutters tider pga. sommerferien. En enkelt dans om den varme grød med en pa- tient med benzo i ascendanten – en

dans borte gerne måtte tage – få vi- deoer, nogle ringe-tilbage-opgaver til bl.a. et bosted, hvor akutteamet hel- digvis kunne hjælpe. En akut må for- bi akutmodtagelsen, men ellers for- løber formiddagen fredeligt. Enkelte korrespondancer, e-kons samt klinik- kens e-mail/e-boks. Det administra- tive fylder ikke alverden disse dage i industriferien.

**11.50-12.30** rammer skøn frokost som altid (den vigende mængde mayo til trods), det store bord arrangeret af vo- res stand in-sekretær.

**12.30-13** supervision af vores KBU- læge. Han er som altid utroligt opda- teret og velfunderet – dagligt lærer han sin ignorante tutorlæge nyt.

**13-15** planlagte tider og en håndfuld samme dags-tider. Akutteamet ringer tilbage, alarm afblæst for akut syg- dom. Til gengæld debat om allerede diagnosticeret kropslus. Mestrings-

vejleder foreslår indlæggelse, mens der saneres. Efter fælles refleksion enes vi om anden farbar vej. Ung patient, som hjemkommet fra malariao område, må forbi vores kollegaer på infektionsmedicinsk, ser senere at hun indlægges.

**15-15.45** indbakken tømmes, udbakken godkendes, enkelt attest, lab-svar gives, sludrer alt imens med vores sygeplejerske – vi vender dagen, cases, hendes uvante arbejdsopgave ved telefonen og skranken. Hun tager det i strakt arm. Vi når at kigge plantegninger og diskutere forestående ombygning. Vores klinik bor til leje. Ejeren af den fredede bygning har annonceret en meget omfattende ombygning, som fylder en del i disse måneder, inden de begynder.

**15.45** en 2-årig er faldet fra sofaen ned på sofabordet og har fået et sår i baghovedet. Vi vasker og limer. Han tager det i stiv arm.

**16.00** smækker døren til klinikken og bliver mødt af min hustru på kaffebar på livlige Frederiksbjerg. Det føles som en sjælden luksus, men alle børnene er lykkelige. De store med vennerne fra Island, der er på besøg, og de mindste på ferie hos mormor og morfar, som har inviteret os på aftensmad syd for byen.

**17.30** får prygl i Sorteper af de tre yngste, chips redder stemningen.

**19.30** tærte og vin, som vil hinanden det godt.

**21.15** de mindste skal til køjs, en længere seance venter min hustru. Vi laver lektier: den mellemste har kortspillet 500 som lektie i sommerferien. Efter han er faldet omkulde, skal "En dag med..." skrives til ende som lovet til redaktøren af indeværende tidskrift. //



Dagens opgaver drøftes. Efter sidste konsultation står døren mellem de to konsultationsrum åben. Sygeplejerske Merete Bønnerup Møller (tv) og sekretær Birgitte Kühl Brix (th).





Grønne tips fra Grøn Praksis giver konkrete fif til bæredygtig praksisdrift. Måske kan du med få ændringer drive din klinik i en mere bæredygtig retning.

Grøn  
praksis

## GRØNT TIP

# Vaginal spekulum

**H**vor mange gange om året benytter du vaginalt spekulum i dine konsultationer?

En analyse viser, at der er væsentlige forskelle mellem spekula af genanvendeligt stål og spekula af engangsakryl. Det største CO<sub>2</sub>-aftryk fra spekula af genanvendeligt stål kommer fra brug/genbrug (74%), mens det største CO<sub>2</sub>-aftryk fra spekula af engangsakryl stammer fra produktion og fremstilling af materialet (91%). Den enkelte engangsspekula har et mindre CO<sub>2</sub>-aftryk end den genanvendelige, men da der er behov for nye spekula ved hver undersøgelse, stiger CO<sub>2</sub>-aftrykket med hver undersøgelse.

Sterilisering ved autoklave er en effektiv desinficering, der ikke øger risikoen for sekundære infektioner.

### Det gør en forskel:

Forestil dig, at du laver 5 gynækologiske undersøgelser om ugen. Det svarer til 260 undersøgelser på et år. Ved at skifte fra spekula af engangsakryl til spekula af genanvendeligt stål, ville du spare 163,71 kg CO<sub>2</sub>e om året. Det svarer ca. til at køre København-Ålborg tur-retur 2 gange om året eller en tur-retur flyvetur fra København til Berlin 2 gange om året.

### CO<sub>2</sub>-aftryk for spekula opgjort pr. antal gange anvendt:

	Genanvendeligt stål*	Engangsakryl
1	2,48 kg CO <sub>2</sub> e	0,88 kg CO <sub>2</sub> e
10	4,39 kg CO <sub>2</sub> e	8,77 kg CO <sub>2</sub> e
20	6,51 kg CO <sub>2</sub> e	17,54 kg CO <sub>2</sub> e
100	23,47 kg CO <sub>2</sub> e	87,72 kg CO <sub>2</sub> e

\*Beregning baserer sig på brug uden instrumentvarmer.

Læs med i næste nr. af Practicus, hvor det grønne tip handler om brug af plastikopper til urinopsamling. Skriv gerne til redaktionen, solvejvidebaek@dsam, hvis du har forslag til et konkret område fra hverdagen i klinikken, som du gerne vil have Grøn Praksis til at skrive om.





# Sæt en stopper for koncernklinikkerne - opråb fra en yngre læge!

Koncernklinikkerne vokser hastigt frem i Danmark, men de kommer med en række problemer. Omkring 150.000 patienter står allerede uden en fast læge. Hvor kan vi sætte ind?

**K**oncernklinikkerne er drevet af økonomisk vinding. De skævvrider markedet, mangler kontinuitet og kvalitet for patienterne, og de bidrager ikke til uddannelsen af fremtidens speciallæger i almen medicin. Samtidig har konstruktionen en risiko for, at tusindvis af patienter fra den ene dag til den anden står uden lægedækning, hvis koncernen eller ejerlægen går konkurs, sådan som det for nylig er sket, da fire klinikker måtte lukke i Syd- og Vestjylland. Politikerne må sætte en stopper for koncernklinikkerne. Her er mine bud på, hvor der kan sættes ind.

I mine øjne er koncernklinikker, også kendt som stråmandsklinikker,

den største trussel mod fremtidens almene praksis og patienternes adgang til en fast læge. Det er samtidig en helt reel bekymring blandt flere uddannelseslæger, om der overhovedet er en klinik at overtage, når de selv bliver speciallæger i almen medicin.

Hvis vi skal kæmpe imod denne udvikling, må vi først og fremmest forstå, hvad vi er oppe imod. Mange forskellige udtryk som koncernklinikker, stråmandsklinikker, udbudsklinikker m.v. gør det svært at overskue, om der er tale om forskellige ting eller én og samme. Koncernklinikkerne blev en mulighed, da man i 2013 ændrede sundhedsloven til, at hver speciallæge i almen medicin kunne eje op til 6 ydernumre (med ubegrænset antal kapaciteter).

## Drevet af mangel på speciallæger i almen medicin

Vi har haft vedvarende mangel på praktiserende læger i mange år. Aktuelt er antallet af patienter, som er tilknyttet en koncernklinik, firedoblet siden 2020. Formålet med lovændringen i 2013 var at afhjælpe denne lægemangel ved at give den enkelte

læge mulighed for at drive flere klinikker. Ingen har formentlig tænkt på, at man derved gjorde det muligt for koncerner at overtage en stor del af markedet via stråmandslæger. Men er disse private koncernklinikker, der altså er vokset frem siden da, ikke et ok bud på at løse lægemanglen, når nu vi ikke er praktiserende læger nok lige nu?

På kort sigt kan man godt argumentere for, at det afhjælper lægemanglen i visse (udkants)områder – for en vikarlæge (eller sygeplejerske) er vel bedre end ingen læge? Hertil er blot at sige, at der i områder med dårlig lægedækning findes alternative, midlertidige løsninger – regionsklinikker og udbudsklinikker – som regionerne kan tage i brug. Problemet med stråmandsklinikkerne er, at de risikerer at udvikle sig til et varigt alternativ, og at det bliver svært for unge speciallæger i almen medicin at overtage en ledig praksis, fordi koncernerne sætter sig på alle de ledige ydernumre.

Et andet, rigtig godt alternativ ville være, at man gik efter at oprette endnu flere licensklinikker. Vi ved, at

## DE FORSKELLIGE KLINIKTYPER

### Koncernklinik/stråmandsklinik

Klinik, der formelt ejes af en speciallæge i almen medicin, men reelt drives af hæder som "alles Lægehus" og "Nordic Medicare". Meningen var, at en privat aktør kunne stå for den administrative del, så lægen kunne koncentrere sig om det lægefaglige. Desværre ses flere og flere eksempler på, at koncerner reelt står for hele driften, inkl. det lægefaglige, i klinikker, som formelt drives efter PLO's overenskomst. Allermest grelt er det, at vi ser eksempler på ejerlæger, hvor der kan sættes spørgsmålstegn ved, om de overhovedet er involveret i driften af en eneste af de klinikker, de ejer. Det er de læger, der kan betegnes som "stråmænd". Der er eksempler på, at disse "stråmænd" kontraktmæssigt er bundet til at samarbejde med koncernen i mange år, at det er vanskeligt at komme ud af kontrakterne, og at nye ejere som udgangspunkt skal skrive under på, at de indgår i samme samarbejdsforhold med koncernen som den tidligere ejer. Resultatet er, at klinikkerne primært er drevet af økonomisk incitament, og dermed er der ingen forventning/forpligtigelse til at sælge ydernummeret tilbage til eksempelvis en ny speciallæge, som ønsker at drive egen klinik i (udkants)området.

### Regionsklinik

Klinik, der oprettes og drives af regionen efter PLO's overenskomst, hvis man ikke kan få en læge til at overtage et ydernummer på almindelige vilkår. Regionsklinikkerne har tidligere været tidsbegrænsede i op til seks år, men en nylig lovændring betyder, at regionsklinikkerne får erstattet tidsbegrænsningen med et krav om, at så snart en læge byder ind på at drive klinikken efter PLO's overenskomst, skal regionen overlade ydernummeret til denne læge. Indtil da står regionen for ansættelse af læge og klinikpersonale, leje af lokaler og alt det praktiske.

### Licensklinik

Klinik, der ejes og drives af regionen, mens lægen kan fokusere på det lægefaglige arbejde. Idéen er, at lægen i løbet af nogle år, hvis han/hun ønsker det, kan overtage ydernummeret fra regionen og drive det som en almindelig klinik efter PLO's overenskomst. Disse kliniktyper er som skræddersyet til yngre speciallæger i almen medicin, der gerne vil arbejde som praktiserende læge, men måske er usikre på eller endnu ikke helt klar til at være klinikejer. De kan afprøve rollen, inden de tager springet og køber klinikken. I sundhedsreformen er der afsat midler til, at der i de kommende år kan oprettes 10 nye licensklinikker.

### Udbudsklinik

Klinik, hvor regionen laver et udbud, og et privat firma byder og vinder opgaven med at stå for driften af en lægeklinik i et område, hvor det ikke har været muligt at få en praktiserende læge til at byde på almindelige vilkår. Koncernen, der står for driften, ansætter læger og klinikpersonale. Hidtil har der været en bestemmelse om, at regionen skulle lave et sådant udbud, inden den evt. oprettede en regionsklinik. Dette krav er med en nylig lovændring blevet afskaffet. Derfor er udbudsklinikker formentlig ved at blive fortrængt af regionsklinikker. Koncernerne har tabt interessen for at drive udbudsklinikker, fordi de i stedet ofte kommer ind på markedet gennem koncern- og stråmandsklinikker.

der er en del yngre læger, som i starten af deres karriere gerne vil slippe for det administrative og fokusere på det lægelige arbejde. For dem kan licensklinikker være en god løsning, indtil de får mod på at springe ud som klinikejere. Vores egne medlemsundersøgelser peger på, at mellem 80 og 90 % af uddannelseslægerne i almen medicin ønsker at eje deres egen klinik inden for en kort årrække.

## En skævvridning af primærsektoren

På den lange bane er koncernklinikkerne et selvmord for primærsektoren, da vi langsomt mister flere og flere ydernumre og dermed den traditionelle faste læge. Aktuelt er omkring 150.000 borgere tilknyttet en koncernklinik og har derfor ikke deres egen faste læge. Dette tal har været stærkt stigende i de seneste par år. I modsætning til licens- og regionsklinikker er koncernklinikkerne ikke forpligtiget til at sælge ydernummeret "tilbage", hvis en ny speciallæge i almen medicin kunne have interesse for at drive klinikken i området.

Koncernklinikkerne er drevet af økonomisk incitament: des større kæde (flere ydernumre), des større indtægter og dermed også større købekraft. Altså vil koncernklinikkerne i tiltagende grad kunne udkonkurrere enkeltstående speciallæger i almen medicin i en prisrig om nye og gamle ydernumre. Vi har set en lignende udvikling blandt tandlæger, hvor store

På den lange bane er koncernklinikkerne et selvmord for primærsektoren, da vi langsomt mister flere og flere ydernumre og dermed den traditionelle faste læge.

kæder opkøber nye ydernumre til priser, som enkeltstående individer ikke kan matche. Der sker altså en tiltagende skævvridning af markedet for vores ydernumre, hvis ikke der sættes en stopper for koncernklinikkerne.

### Handler om patienterne og fremtidens praktiserende læger

Men hvorfor skriver jeg, som formand for FYAM, om dette? Er det ikke et politisk problem? Jeg gør det, fordi der – ud over skævvridning i markedet – er større udfordringer ved koncernklinikkerne, som omhandler kvaliteten for vores patienter og uddannelsen af fremtidens praktiserende læger.

Det problematiske er, at vi blandt stråmandsklinikkerne typisk har at gøre med skiftende vikarlæger og en meget vidtgående uddelegering af opgaver til klinikpersonale (lægen er ikke særlig meget til stede). Det er meget langt fra det, man kan kalde de klassiske almenmedicinske idealer om kontinuitet og personligt kendskab mellem læge og patient. Altså møder patienterne i disse klinikker enten meget ofte en helt nyansat læge eller kun sygeplejersker. Det er ganske veldokumenteret, at kontinuitet og kendskab til patienterne øger overlevelsen. Blandt andet har man i et norsk studie fra 2022 vist, at en fast læge gennem 15 år eller mere medfører signifikant mindre brug af vagtlæger, færre akutte indlæggelser og lavere dødelighed blandt patienterne. Når vi får nye speciallæger i almen medicin til at investere i ydernumre og klinik, stiger chancen for, at de bliver i området, og med en fast praktiserende læge i området, kan vi sikre kontinuitet og kendskab til patienterne.

### Ikke investeret i vores uddannelse

Vi har de seneste år øget antallet af nye uddannelseslæger i almen medicin fra 300 til 350, og både DSAM og

PLO har foreslået, at tallet øges til 400 om året. Altså stiger antallet af uddannelseslæger i almen medicin – et vigtigt skridt for at sikre lægedækning i fremtiden. Flere læger betyder behov for flere tutorlæger/uddannelsesstillinger i almen praksis. Dette forstærkes yderligere, når man inden for en årrække afkorter hospitalsdelen af vores hoveduddannelse med 6 måneder til fordel for 6 måneder ekstra i almen praksis. For at blive tutorlæge skal man dog have sin faste gang og en vis kontinuitet i praksis. Det kan ikke honoreres af koncernklinikkerne. I mine øjne er det et enormt problem, at tiltagende flere ydernumre "tabes" til klinikkerne, som således også "tabes" som uddannelsespladser. Ikke nok med at koncernklinikkerne udkonkurrerer nye speciallæger med økonomisk købekraft: De bidrager heller ikke til uddannelsen af nye speciallæger i almen medicin og dermed sikring af lægedækningen på den lange bane.

### Stop dem nu, mens det stadig er muligt

Vi må som kommende og nuværende speciallæger i almen medicin råbe politikerne op og sige STOP. Sæt en bremse for koncernklinikkerne, og sørg for, at det stigende antal uddannelseslæger i almen medicin har en klinik at drive, når de bliver færdige lige om lidt. Overvej at ændre loven, så man atter kun kan have et eller måske to ydernumre per speciallæge. Gør kontinuitet i klinikken til et krav, så speciallægen, som ejer klinikken, også forpligter sig til at arbejde fast i klinikken. Gør det til et krav, at lægen faktisk skal have sin daglige gang i den eller de klinikker, man ejer, og at de skal være placeret inden for et mindre geografisk område. Gør det til et krav, at koncernklinikkerne må sælge ydernumrene tilbage til speciallæger, hvis disse skulle komme til området

I mine øjne er det et enormt problem, at tiltagende flere ydernumre "tabes" til klinikkerne, som således også "tabes" som uddannelsespladser.

og have interesse i at drive egen klinik. Gør det nu, mens det stadig er muligt, og mens vi stadig har praktiserende læger tilbage.

### Del din mening:

Har du selv arbejdet i en koncernklinik eller har andre erfaringer hermed, modtages disse meget gerne på [fyamformand@dsam.dk](mailto:fyamformand@dsam.dk) (evt. i anonymiseret form). Oplysningerne vil ikke blive brugt nogen steder uden forudgående accept. //





# Hvad skal du tænke på, når du næste gang møder adopterede eller adoptanter i din klinik?

Hvert år adopterer vi ca. 100 børn i Danmark. For at blive godkendt til adoption skal forældrene have lavet en 'helbredsattest for adoptanter' hos egen læge.

**D**e adopterede og adoptanterne (altså forældrene) kan få hjælp i vores klinikker, men meget kan forbedres. Det ved jeg, fordi jeg – i mit indtil videre korte virke som læge – allerede har stået med adopterede patienter flere gange, og fordi min mand

og jeg i 2022 adopterede vores dejlige datter. Derfor kender jeg sundhedsvæsenet og systemet både som læge og som adoptant.

Denne erfaring har lært mig, at der er nogle specifikke udfordringer for både adopterede og adoptanter, som vi i almen praksis kan være med til at forebygge og afhjælpe langt bedre – også selvom man ikke nødvendigvis kender til disse behov og problemer af egen erfaring.

Denne artikel er skrevet som en kort guide til os alle, så vi kan blive bedre til selv at opspore de problemer, som en adopteret eller en adoptivfamilie kan få hjælp til i almen praksis. Problemerne er ofte tabuiserede, og familien vil måske ikke altid selv bringe dem op.

## Når adoptanter skal godkendes

Kommende forældre skal undersøges i hoved og r\*\* for at kunne blive godkendt til adoption. Det sker i flere fa-


ser. Fase 1 indebærer en attest fra egen læge. Det gælder alle kommende forældre: hetero- og homoseksuelle, par eller enlige, og par, som har været i ikke-succesfuld fertilitetsbehandling.

Attesten hedder 'Helbredsattest for adoptanter' og indeholder informationer om kendte arvelige sygdomme, tidligere sygdomme hos ansøgeren, eventuelle fertilitetsproblemer og KRAM-oplysninger. Derudover er der også en generel objektiv undersøgelse bl.a. med BT-måling og u-stix. Den håbefulde kommende forælder kommer derfor hverken i behandlings- eller forebyggelsesøjemed, men af nødvendighed. Attesten anbefales en konsultationsvarighed på 30 minutter, og prissættes efter klinikens eget attestregnskab.

Denne følelse af nødvendighed kan hurtigt skabe frustration hos den kommende forælder, som i denne periode bruger sin tid på at fremskaffe nødvendig dokumentation på, at man er 'god nok' til at blive forælder. Cirka 50 % af dem, der søger, bliver ikke godkendt til adoption i Fase 1, bl.a. pga. helbredsproblemer, så det er vigtigt at lave en god og afdækket attest.

### FAKTA OM ADOPTION

- Hvert år adopteres ca. 100 børn i Danmark – ud over stedbørns-adoption.
- Antallet af årligt adopterede var langt større for få år siden.
- De seneste tal anslår, at der aktuelt bor ca. 75.000 adopterede i Danmark.
- Børnene kan være adopteret fra Danmark eller fra et andet land.



**ET GODT RÅD:** Invitér den kommende forælder til en ekstra konsultation, hvor I kan tale om de forventninger og mulige udfordringer, der kan opstå gennem en adoption. Det skaber en god alliance mellem lægen og den kommende forælder.

### Når adoptionen er lykkedes

Efter objektiv godkendelse i Fase 1 skal kommende adoptanter deltage i et obligatorisk adoptionsforberedende kursus, også kaldet Fase 2. Her undervises omkring 10 håbefulde adoptivfamilier i trivsel og udviklingspsykologi samt i de overlevelsesstrategier, som mange adoptivbørn benytter fremadrettet.

Fase 3 (den sidste godkendelsesfase) er den proces, som de fleste kender til, men uden at kende det konkrete indhold. Det er her, hvor man har samtaler med en sagsbehandler fra Familieretshuset, bl.a. i ens eget hjem. Samtalerne foregår over to-tre måneder, og der graves i de kommende adoptanters barndom, følelser og psyke – alt sammen for at vurdere forældreparathed. Det er her, det afsløres, hvis egne traumer ikke er bearbejdet. Det er også her, man er aller mest sårbar, fordi det her afgøres, om man 'må' adoptere eller ej.

Cirka 2 ud af 10 ansøgere bliver godkendt til at blive adoptanter efter Fase 3. Når de på et tidspunkt dukker op i din klinik med et adopteret barn, har de været igennem en lang rejse med en godkendelsesproces på 1-2 år, og hvor de efterfølgende har stået på venteliste i yderligere 1-6 år.

**ET GODT RÅD:** Mange adoptanter bliver stressede og deprimerede over ventetiden. Spørg ind til disse følelser og tanker, hvis de dukker op i klinikken i andet øjeblik i denne periode.

Det er langt fra kutyme at invitere det adopterede barn ind til en snak. Men det kan gøre en signifikant forskel for familien at tilbyde dem en 'adoptionsundersøgelse' med barnet. Typisk vil denne blot indeholde samtale om barnets fortid og eventuelle sygdomshistorie, men det er guld værd at møde en ny patient i øjenhøjde og med det samme frem for at vente til næste børneundersøgelse eller et behandlingskrævende øjeblik. Adoptionsundersøgelsen er ikke dækket af profylakseaftalen og afregnes derfor som en 0101.

I kan lave en plan for sundhedsvæsenets eller kommunens tilbud, så de nye forældre føler sig godt rustet. Mind dem også gerne om, at de selv skal kontakte sundhedsplejersken.

**ET GODT RÅD:** Henvis til bogen 'Adoptionshåndbogen', eller køb og læs den selv. Bogen har masser af råd i den psykologiske verden, bl.a. om særlige terapimetoder, som er specielt gode til at bearbejde traumer som spædbarn. Anbefal evt.

adoptanterne at melde sig ind i 'Adoption og Samfund', som er en interesseorganisation med netværk og kontakt til øvrige tilbud.

### Ved tegn på en fødselsreaktion

Det er hårdt at blive forældre. Det er det for alle. For adoptanter er det – i de fleste tilfælde – endnu hårdere.

For det første har man som adoptant ikke graviditetens ni måneder med kendt terminsdato til at forberede sig på det nye liv. Når adoptanter matches med et barn, får de et telefonopkald, og så skal de typisk på barsel 1-5 dage efter, hvor en overdragelsesperiode begynder. De får barnet med hjem allerede 1-2 uger efter op-ringningen. Hjernen når på ingen måde at omstille sig. Ens gamle liv forsvinder fra den ene dag til den anden, uden at man når at sige farvel til det. Og da adopterede børn i gennemsnit er 10 måneder gamle, når de kommer hjem til adoptanterne, kræver de en helt anden kontakt og energi end spædbørn.

For det andet bliver man som adoptant sjældent forstået af sit netværk,

og man føler sig afskåret fra at være 'normalt' på barsel. Mange kommer med gode råd som virkede godt til deres børn, men som adoptant er det svært at se forskel på, om adoptivbarnet reagerer, fordi det er adopteret, eller fordi det er et barn. Denne følelse skygger ofte for at give de gode råd en chance.

For det tredje er man som adoptant isoleret og afskåret fra omverdenen. Det bliver anbefalet, at man ikke ses med andre i barnets første tid hjemme, og at man i øvrigt både begrænser omfanget og sætter regler for andre, når man endelig begynder at gøre det. Det gør ikke situationen lettere, at kommunen ikke tilbyder adoptanter at indgå i forældregrupper (tidl.

'mødregupper'). Man har ingen at sparre med, og det er svært at spejle sig i andre. Det kan hurtigt skabe mistillid og splid i netværket, og man kan som adoptant virkelig føle sig dum, sur og tarvelig i dette stadie.

Alle forældre oplever i en eller anden grad en forældrereaktion. Det er helt normalt at få en reaktion på det skift. Det kan udspringe som en refleksion over ens egen barndom, men det også være en reaktion på, at forventningerne til at blive forældre ikke bliver indfriet, fordi nogle udfordringer overskygger det. Mange adoptanter får et stort chok over den nye tilværelse og udvikler en stærk forældrereaktion, netop fordi de er isolerede og ikke kan spejle sig i nogle fra deres netværk.

Svære forældrereaktioner (tidl. "fødselsdepression") kommer hos ca. 10 % af både nye mødre og nye fædre. Et studie har fundet, at der ikke behøver at være en biologisk relation til barnet for at opleve disse forældrereaktioner (Howat et al., 2023). Både forældre til børn, der er født af ruge-mødre, såvel som adoptanter kan altså udvikle, hvad man før kaldte en fødselsdepression. Desværre er det endnu mere tabubelagt, når man ikke selv har født barnet.

Reaktionerne kan komme, hvis de forventninger, man har til at være forælder, ikke bliver indfriet. For de fleste adoptanter bliver den endda sat helt til hjørne, fordi adoptivbarnets reaktioner ikke tillader, at adoptan-





ten kan forlade hjemmet, tage til babysvømning, få bedsteforældre på besøg eller trille en tur med barnevognen og få en kop kaffe med en god ven. Det er nemlig oftest slet ikke muligt i de første mange måneder.

**ET GODT RÅD:** Informér kommende adoptanter om risikoen for forældrereaktion, og inviter vedkommende ind efter barnets ankomst for at høre, hvordan det går. Screen ved lejlighed for forældrereaktion, og reagér ud fra scoren i testen, f.eks. ved en Edinburgh-screening. Typisk kan man afregne med 0101 og 2149. Er der tale om en mild forældrereaktion, opstartes et samtaleforløb med 6101 af minimum to aftalte konsultationer, mens man ved moderate forældrereaktioner bør overveje psykolog og antidepressiv behandling. Ved svære forældrereaktioner overvejes hjælp via den lokale psykiatriske akutmodtagelse.

### Ved tegn på senfølger hos adopterede

Det er vigtigt at huske, at de fleste adopterede får senfølger efter de evt. psykiske – og nogle gange fysiske – traumer, der ligger forud for adoptionen.

Adopterede børn har en ca. 2,5 gange større risiko end biologiske børn for at udvikle psykisk sygdom (fra den milde til svære ende af spektret). Nogle adopterede føler sig forladte eller tilovers og lider af separationsangst. Nogle udvikler svær angst, OCD personlighedsforstyrrelser eller affektive lidelser. Risikoen for at udvikle psykotiske tilstande er også større. Tendensen til selvskade, selvmordstanke og at indgå i voldelige forhold og andre sårbare relationer er også langt større hos denne gruppe.

For nogle år tilbage havde jeg en patient med en historie, som rørte mig dybt, og hende skulle jeg arbejde med på en helt anden måde end alle mine andre patienter. Hun kom for at få en attest til kommunen pga. sygdom, og hendes støtteperson opsummerede hendes historie: en dårlig opvækst, flere stofmisbrug, et voldeligt forhold og meget svær angst. Jeg inviterede hende ind til samtaler, og det var først her, at hun nævnte, at hun var adopteret.

Hun var mit første møde med en adopteret person, men jeg havde – heldigvis – for nylig været på adoptionsforberedende kursus, da jeg selv skulle godkendes som adoptant. Der lærte vi netop om traumerne og de senfølger, der kan følge med resten af livet, særligt hvis de ikke italesættes, undersøges, bearbejdes og normaliseres.

På en måde forstod jeg hendes udfordringer, og på en måde fik jeg brugt mig selv og min personlige historie til at nå ind til hende i løbet af det næste halve år, så hun med tiden tillod sig selv at se mig i øjnene, lade mig lytte på hjertet med stetoskopet og sende hende til psykolog med den besked, at der intet galt var med hende, men at hendes uforløste baggrund som adopteret formentlig havde givet hende disse senfølger. For nylig så jeg hende igen, hvor hun smilende gik mod mig og metaforisk virkede 10 cm højere og 100 kg lettere.

**ET GODT RÅD:** Overvej i dit møde med adopterede, om der ved symptomer er tale om en diagnose, der kræver medicinsk behandling, eller om der er tale om et psykisk traume, der skal behandles på en helt anden måde. //

### OVERSIGT OVER SUNDHEDSVÆSENETS TILBUD TIL ADOPTEREDE ELLER ADOPTANTER

De fleste tilbud kræver ikke en lægelig henvisning.

#### Kommunale tilbud

- Sundhedsplejerske til barnet.
- Plads i institution.

#### Sundhedsfaglige tilbud med tilskud

- Fysioterapi til børn mod stress: berolige sansesystemet og tricks til at regulere overbelastede nerver i hjemmet (gerne med lægelig henvisning).
- Psykologsamtaler til barnet eller den voksne adopterede: behandling af psykiske traumer og belastninger.

#### Private sundhedsfaglige tilbud uden tilskud

- Postadoptionssamtaler for adoptanter hos autoriseret PAS-konsulent: værktøj til reaktioner og hjælp til at håndtere problemer i netværket.
- Pårørendeaften for bedsteforældre og andre i adoptanters tætte netværk hos autoriseret PAS-konsulent: reducere bekymringer hos adoptanter og aflaste netværket.
- Spædbarnsterapi til barnet og til voksne adopterede med ubehandlede psykiske traumer hos autoriseret behandler: unikt indblik og behandling af tristhed, separationsangst og uforløst sorg over tab af identitet.
- Forebyggende undersøgelse og screening hos Børne- og ungdomspsykiatrien: understøtte tidlig indsats og gøre en stor forskel for den adopterede.



## FYAM-KLUMMEN

# Fra almenmedicinere til praktiserende læge

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

**TAK!**  
Practicusredaktionen takker Christian for mange velkrevne klummer og ønsker god vind på vejen som praktiserende læge.

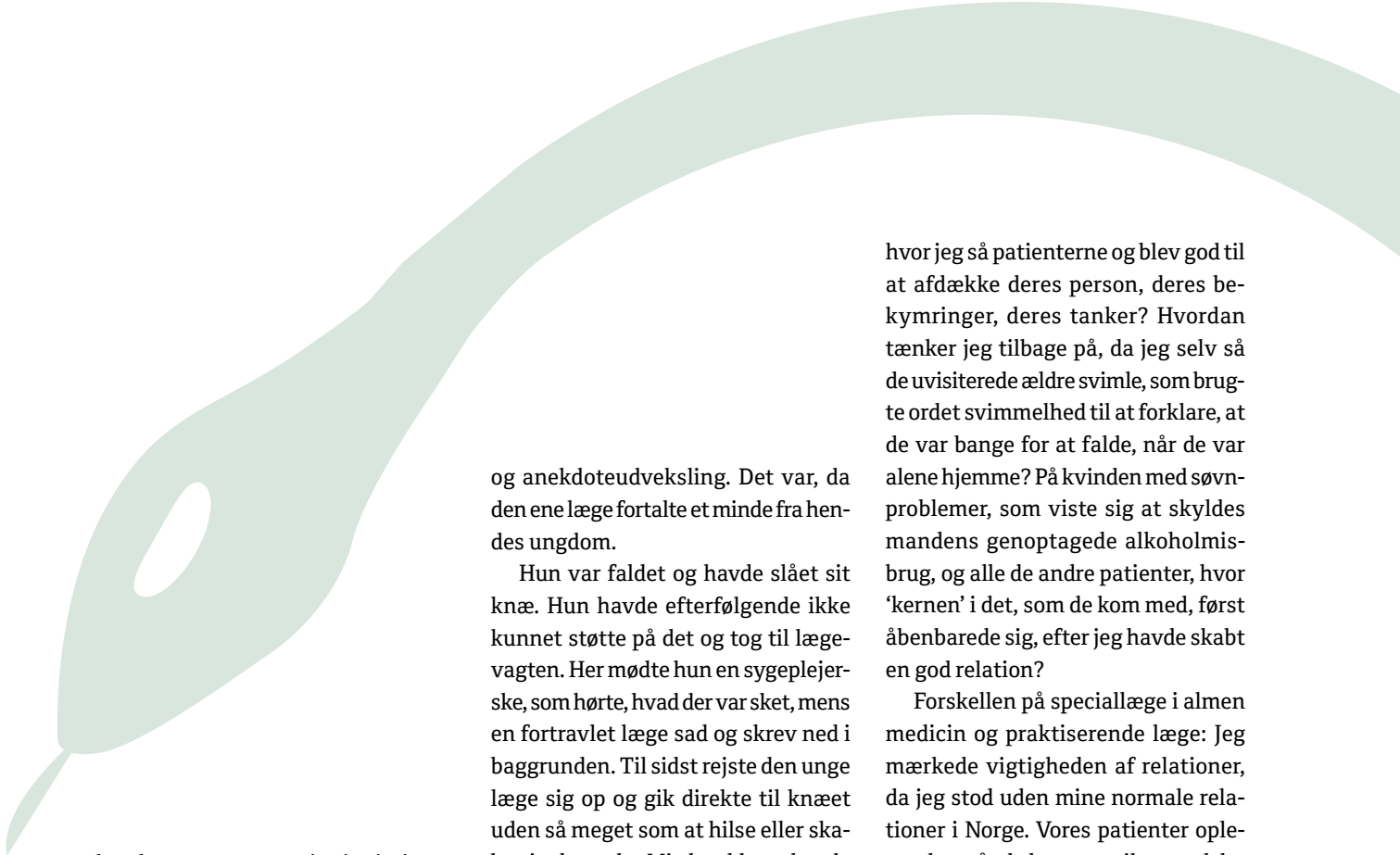
**J**eg nærmer mig speciallægetitlen. Derfor er denne klumme den sidste fra min hånd. I denne klumme vil jeg fortælle om nogle personlige oplevelser, der har gjort mig klogere på relationers betydning. Hvad er forskellen på en almenmediciner og en praktiserende læge? Under hoveduddannelsen i almen medicin arbejder vi mange forskellige steder med nye patienter, og vi går glip af længerevarende patientrelationer. Derfor er det både inspirerende og provokerende at blive konfronteret med, at en speciallæge i almen medicin udmærker sig som praktiserende læge for de samme patienter igennem længere perioder.

Det nærmeste du kommer psykosen: Som medicinstuderende var jeg under mit psykiatri-ophold koblet på en rutineret ældre psykiatrisk overlæge. På min første dag forsøgte han at forklare mig, hvor ubehageligt det var at være

psykotisk: "At være psykotisk kan på mange måder minde om sådan, som du har det lige nu. Som ny på en afdeling, hvor du ikke kender kulturen eller menneskene, vil du have antennerne helt ude. Du vil være opmærksom på alle mulige ting på samme tid og derfor være mentalt fraværende i en grad, så du kan komme til at håndhilsne på det samme menneske to gange på 5 minutter. Hvis nogen hvisker og ler, vil det første spørgsmål du stiller dig selv være, om det er dig de ler ad. Bare rolig: Så længe du ikke hører stemmer eller ser dyr kravle på væggene, kan du betrykke dig med, at det er helt normale fænomener. Men ubehaget – det kan minde om, hvad psykotiske mennesker gennemgår hvert eneste minut, hver eneste dag".

Nærpsykotisk i Norge: Sidste sommer blev jeg mindet om disse ord, da jeg havde meldt mig til Nordic Congress of General Practice i Stavanger. Jeg vidste, at mit netværk var ganske begrænset, men jeg tænkte, at det kunne være en fin anledning til at få nye bekendtskaber. Den første aften var dog som min første dag på psykiatrisk afdeling. Alle stod i lukkede cirkler og 'minglede', mens jeg vandrede hvileløst rundt alene og prøvede at finde noget at drikke, nogen jeg





kendte og noget at spise i prioriteret rækkefølge. Jeg mindede mig selv om, at alle andre var optaget af spændende samtaler og ikke lagde mærke til mig. En hollandsk professor fik øje på mig og introducerede mig for en ung hollandsk læge, hvilket kun forstærkede mit ubehag – for når han sådan tog mig under sine vinger, var det så ikke, fordi han havde lagt mærke til min ensomhed? Professoren forsvandt igen og den unge hollænder så hurtigt utilpas ud ved situationen og var snart væk. Jeg trøstede mig med, at væggene var rene og frie for dyr, og de stemmer jeg hørte var forklaret ved det overfyldte lokale, som allerede var løbet tør for mad og drikke.

Læge-patientrelationen: Næste dag var det lettere, og jeg havde fundet en del at snakke med. Om aftenen skulle vi på fjord-cruise og spise på en restaurant ude i fjorden. Uden aftaler om at sidde til bords med nogen, endte jeg med to midaldrende nordmænd, som var utroligt venlige og imødekomende. De var gamle veninder, og jeg blev inviteret ind i deres spændende samtaler om livsværdier, erfaringer

og anekdoteudveksling. Det var, da den ene læge fortalte et minde fra hendes ungdom.

Hun var faldet og havde slået sit knæ. Hun havde efterfølgende ikke kunnet støtte på det og tog til lægevagten. Her mødte hun en sygeplejerske, som hørte, hvad der var sket, mens en fortravlet læge sad og skrev ned i baggrunden. Til sidst rejste den unge læge sig op og gik direkte til knæet uden så meget som at hilse eller skabe øjenkontakt. Min borddame havde skreget op, havde grædt og kunne slet ikke være med til at blive undersøgt. Bekymret forlod hun lægevagten og fandt frem til en privat klinik den samme aften. Hun blev lovet, at der var sat fin tid af. Hun kom ind til lægen. Hun og lægen var lige overraskede: De genkendte hinanden fra dagens tidligere konsultation i lægevagten. Nu var der tid til relationsdannelse. Han fremstod kompetent, reflekteret og grundig, og hun blev tryk ved ham. Nu kunne han sagtens undersøge hendes knæ, og de blev begge sikre på, at der ikke var sket nogen akut skade.

Bør vi uddelegere relationen? Hvordan jeg og andre yngre almenmedicinere vælger at vægte relationsdannelsen, kommer til at afgøre, hvordan vores arbejdsliv former sig. Jeg ser fremtids-scenariet for mig. Jeg kommer ind, sygeplejersken giver et resumé af den unge kvindes historie, og jeg går til knæet. Patienten hyler op. Måske beder jeg sygeplejersken om at bestille en MR-skanning og går tilbage ind på mit eget kontor. Tænker jeg da tilbage på min tid som ung læge,

hvor jeg så patienterne og blev god til at afdække deres person, deres bekymringer, deres tanker? Hvordan tænker jeg tilbage på, da jeg selv så de uvisiterede ældre svimle, som brugte ordet svimmelhed til at forklare, at de var bange for at falde, når de var alene hjemme? På kvinden med søvnproblemer, som viste sig at skyldes mandens genoptagede alkoholmisbrug, og alle de andre patienter, hvor 'kernen' i det, som de kom med, først åbenbarede sig, efter jeg havde skabt en god relation?

Forskellen på speciallæge i almen medicin og praktiserende læge: Jeg mærkede vigtigheden af relationer, da jeg stod uden mine normale relationer i Norge. Vores patienter oplever det, når de kommer til os med deres liv, tanker og bekymringer. Men vores hoveduddannelse vægter ikke de langvarige relationer. På konferencens sidste dag faldt jeg i snak med en hoveduddannelseslæge fra Norge. Han og jeg var nogenlunde lige langt i specialiseringen. Han havde siden starten af sin hoveduddannelse haft sine egne patienter, og han havde passet dem i 3,5 år. Han havde selvfølgelig væsentligt færre patienter end speciallægerne, men der var flere hundrede patienter, som gennem 3,5 år havde haft ham som deres praktiserende læge. Jeg mærkede den her tydelige forskel på os. Jeg var på vej til at blive speciallæge i almen medicin, uden at jeg havde haft patientforløb på over 6 måneder. Han var på vej til at blive praktiserende læge. Når jeg læser DSAM's vigtige budskab: "Det gør en forskel, at vi kender hinanden" og hører, at forskningen understøtter dette, så tænker jeg på den forskel – og på, at jeg endnu har et stykke vej, efter jeg bliver speciallæge, før jeg kan sige budskabet med stolthed – som praktiserende læge. //





Af: **Katrine Høgenhaven**, FYAM-repræsentant i DSAM's Kvalitetsudvalg, **Malene Lindholmer Nepper**, FYAM-repræsentant i DSAM's Videreuddannelsesudvalg, **Maria Dahl Overgaard**, næstformand i FYAM, og **Ina Laugesen**, Aarhus-medlem af DSAM's Forskningsudvalg - [katrinehoegenhaven@hotmail.com](mailto:katrinehoegenhaven@hotmail.com)



# WONCA Europe 2023

## WONCA er verdensorganisationen for praktiserende læger – hele verdens DSAM.

En gruppe fra FYAM deltog i WONCA Europe-konferencen 2023, der blev afholdt i hjertet af Bruxelles i starten af juni. Hovedtemaet var "Making choices in primary care".

Omkring 2.000 deltagere fra 77 lande havde valgt at deltage i WONCA Europe 2023. Danmark var repræsenteret med omkring 30 deltagere. Rammen om de 4 dages konference var SQUARE center, som lå et

optimistisk stenkast fra Mannekin Pis-statuen.

I FYAM mener vi, at det er vigtigt at komme ud i verden og søge viden og inspiration fra vores kollegaer til det videre arbejde for det almenmedicinske speciale og speciallægeuddannelsen.

Særligt keynote-sessionerne og workshops var inspirerende og satte praksishverdagen i relief. Der var også sessioner af mere tvivlsom kvalitet, men alt i alt kom vi hjem med kufferten fyldt med inspiration – og et par æsker belgisk chokolade.

Tre overordnede temaer var særligt tankevækkende: ledelse, lighed

i sundhedsvæsenet og overdiagnostik.

### Tema 1: Ledelse

I FYAM sætter vi i dette års kampagne fokus på ledelse. Derfor fokuserede vi naturligt på at høre oplæg om netop det emne. Et af oplæggene handlede om ledelse, ligestilling og bureaukrati, og der opstod en spændende debat om arbejdspress.

Af særlig interesse var et oplæg fra Holland, hvor den nationale lægeforening har vedtaget, at offentligt ansatte læger ikke længere udsteder erklæringer om sygdom. Virksomhederne må således selv betale en læge for at lave erklæringer. Det kunne være interessant at se på, om en lignende model for attester kunne anvendes i Danmark til fordel for mere meningsfulde opgaver.

### Tema 2: Lighed i sundhedsvæsenet

På en workshop "Health equity" fortalte en praktiserende læge fra North Carolina om, hvordan både undervisning i ulighed i sundhed og projekter, der rækker ud i lokalsamfundet, er en integreret del af speciallægeuddannelsen. Det vil vi tage med os i arbej-

#### ÅRETS FYAM-DELEGATION BESTOD AF:

- Malene Lindholmer Nepper, FYAM-repræsentant i DSAM's Videreuddannelsesudvalg og HU-læge i Region Hovedstaden.
- Maria Dahl Overgaard, næstformand i FYAM, FYAM-repræsentant i Region Midtjylland og vikar i almen praksis før start på HU.
- Ina Laugesen, Aarhus-medlem af DSAM's Forskningsudvalg og ph.d.-studerende på orlov fra HU.
- Katrine Høgenhaven, FYAM-repræsentant i DSAM's Kvalitetsudvalg og HU-læge i Region Hovedstaden.

det med den nye målbeskrivelse. Vi håber at få implementeret elementer i speciallægeuddannelsen, der giver kommende praktiserende læger en øget bevidsthed om, hvor i sundhedsvæsenet ulighed øges, og giver redskaber, der forhåbentligt kan bidrage til at mindske denne ulighed.

En anden workshop, som blev afholdt af "Women and Family Medicine", en undergruppe af WONCA, omhandlede ligestilling mellem kønne. En britisk læge fortalte, at hun havde svært ved at nå at hente sit barn fra institutionen klokken 17.30, og vi erfarede, at "deltid" i mange europæiske lande enten ikke er en mulighed eller blot betyder en reduktion i time-tal, så arbejdsbyrden svarer til vores fuldtid. Det var en tankevækkende session, der gjorde os bevidste om, at vi på mange måder er godt stillede som praktiserende læger i Danmark.

### Tema 3: Overdiagnostik

Keynote-sessionen om overdiagnostik af danske Alexandra Jønsson og John Brodersen var inspirerende og tilpas provokerende til at skabe livlig debat. Forhåbentlig er det også et tema, der skal indlejres i den nye målbeskrivelse.

Vi deltog også i en session med oplæg fra læger og forskere fra Kroatien, Portugal, Danmark, Israel og Irland: "Soon we will all be patients". Det handlede blandt andet om risikoen for overdiagnostik gennem screening for prostatakræft og lungekræft.

Europakommissionen har netop foreslået, at screening for lungecancer skal udrulles i hele EU for borgere over 50 år, hvilket vi umiddelbart fornemmede stor skepsis for på konferencen.

**Dansk almenmedicinsk forskning**  
Konferencen bød også på spændende bidrag fra danske forskere.

Pernille Hølmkjær, læge og ph.d.-studerende fra Forskningsenheden



Yngre almenmedicinere fra Danmark og Europa til konference. Foto: Katrine Høgenhaven.

for Almen Praksis i København, fremlagde resultaterne fra sit interventionsprojekt, der skal forbedre brugen af antidepressiv behandling til ældre med demens på plejehjem.

Anna Bernhardt, fysioterapeut og forskningsassistent ved Forskningsenheden for Almen Praksis i København, præsenterede sit kommende ph.d.-projekt. Projektet skal være med til at evaluere implementeringen af den forlængede konsultation til patienter med kompleks multimorbiditet.

### Mødet med kollegaer

Det gjorde stort indtryk at møde engagerede kollegaer fra ind- og udlandet. Vi talte blandt andet med en ældre praktiserende læge fra England, som fortalte, at mange praktiserende læger er ved at brænde ud grundet øget arbejdspress med arbejdsdage på typisk 10-11 timer, 5 dage ugentligt. Han elskede sit fag og patienterne, men var ved at brænde ud.

Vi talte om, hvordan det var i Danmark, og vi var stolte over at fortælle om, hvordan vi organiserer os i Danmark.

### Plads til unge og erfarne, forskere og klinikere

Der var plads til alle på konferencen. Ud over alle de spændende forsknings-sessioner og workshops blev der flere

gange dagligt holdt sessionerne "case reports by young doctors", hvor unge læger fremlagde en kort klinisk case og derefter var der tid til spørgsmål og diskussion. Det var meget spændende og relevant – særligt for yngre læger, som der var mange af på konferencen.

Så selvom du ikke forsker, har du mulighed for at indsende et abstract og deltage til WONCA Europe næste gang.

### Hvad tager vi med hjem?

WONCA Europe har åbnet vores øjne for, at arbejdet og udfordringerne er meget forskellige landene imellem, men at vi også står med mange af de samme problemstillinger, såsom ulighed i sundhedsvæsenet, overdiagnostik og flere opgaver til almen praksis fra sekundærsektoren.

Vi blev inspireret til at bidrage med et oplæg fra FYAM til næste almenmedicinske konference. Det kunne eksempelvis være spændende at dele vores arbejde med ledelseskampagnen – måske i et workshop-format? Det arbejder vi videre med i FYAM-udvalget.

Vi glæder os til flere konferencer, og vi håber at se mange både yngre og mere erfarne praktiserende læger fra Danmark til Nordisk Kongres i Finland 2024. //



## ARTIKELSERIE

# Mød dit FYAM-udvalg

Som yngre læge med interesse for almen medicin kan man – som aktuelt 1.500 andre – blive medlem af Foreningen for Yngre Almenmedicinere (FYAM) under Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM). I Practicus 265 introducerede vi tre af FYAM-udvalgets medlemmer. Her kan du møde tre mere.

**S**om medlem af FYAM har du mulighed for at stille op til FYAM-udvalget, som er de yngre lægers talerør i DSAM. Practicus har valgt at bringe en artikelserie med personlige portrætter af FYAM-udvalget, så du kan se, hvem der repræsenterer dig og lære dem bedre at kende.

## Denne måned kan du møde følgende fra FYAM-udvalget:

- Maria Dahl Andersen, næstformand i FYAM
- Malene Lindholmer Nepper, FYAM-repræsentant i DSAM's videreuddannelsesudvalg
- Mathilde D. Laursen, FYAM-suppleant i Region Midtjylland.

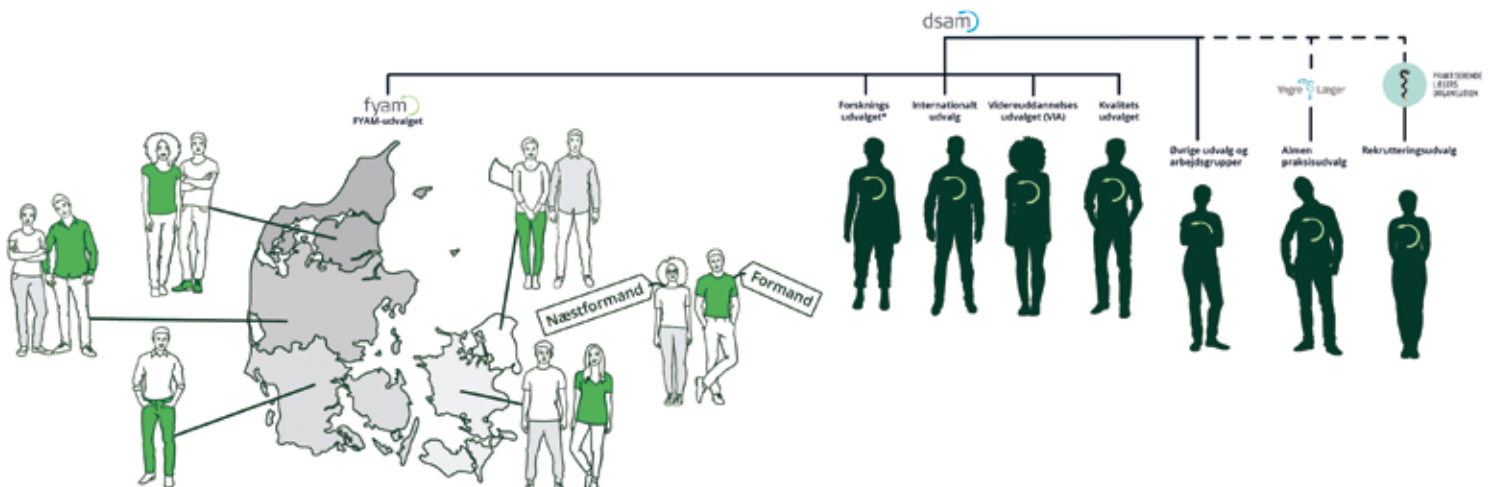


**Maria Dahl Overgaard**  
Næstformand i FYAM

## Hvem er jeg?

Jeg er 32 år og bor med min mand, Emil, og vores to vildbasser, Jens på snart 4 år og Anna på 1,5 år. Vi bor i Højbjerg, syd for Aarhus.

Jeg begynder på min hoveduddannelse i almen medicin den 1. august





2023 i Tranbjerg Lægehus. Jeg kobler helst af ved at løbe en tur i skoven og har i perioder gang i vinterbadning, surdej og strikketøj, som jeg dog stadig har til gode at mestre. Jeg har mange bolde i luften og mange interesser: Måske er det derfor, at almen medicin passer godt til mig?

### Hvorfor almen medicin?

Igennem studietiden var jeg aktiv i Studerendes Almen Medicinske Selskab (SAMS), da jeg allerede inden studiet havde på fornemmelsen, at det var den vej jeg ville gå. Inden medicinstudiet arbejdede jeg som medhjælper i hjemmeplejen og oplevede relationerne, man opbygger, utroligt givende. Det er kliché – I know – men det med ”at arbejde med mennesker” blev min drøm. Jeg har derudover altid haft særlig interesse for gynækologi og obstetrik, men den behøver jeg heldigvis ikke give afkald på.

Jeg havde en introduktionsstilling i lungemedicin – et rigtig spændende år i et spændende speciale, men det tydeliggjorde alle de patientgrupper, jeg savnede, og muligheden for på sigt at få mere direkte indflydelse på, hvordan min arbejdsdag skal være, og at se mine patienter igen.

Det ”kollegaskab”, jeg har fået i FYAM, har bekræftet mit valg yderligere.

### Hvad laver jeg i FYAM?

Jeg har været aktiv som FYAM-medlem for Region Midtjylland siden 2020. Derudover blev jeg udpeget til næstformand i foråret 2021. Her laver jeg en hel del praktisk og organisatorisk arbejde, f.eks. planlægger nyhedsbreve, afholder sammen med formanden de seks årlige udvalgs-møder og det årlige internatmøde, laver dagsordener og referater. Jeg er således i tæt kontakt med FYAM's formand og sekretariatet i DSAM.

For at gøre det praktiske arbejde mere overskueligt fremadrettet har jeg udarbejdet bl.a. en økonomi-vejledning, et årshjul og har været med til at opdatere FYAM's kommissorium.

Aktuelt planlægger jeg FYAM-timen til DSAM's årsmøde, FYAM-prisen og FYAM's deltagelse på Lægedage.

Som FYAM-medlem for Region Midtjylland, står jeg for at afholde regionale ”styregruppemøder”, hvor jeg sammen med de frivillige i styregruppen planlægger faglige og sociale aktiviteter. Her er alle velkomne, og kun fantasien sætter grænser. Det næste arrangement bliver et fyraftensmøde om seksuelt overførte sygdomme. Møderne er altid krydret med socialt samvær og fælles spisning. Vi havde stor succes med et ”mini-kirurgikursus”, som vi planlægger at holde igen.

### Hvad vil jeg gerne fremadrettet i FYAM og lægelivet?

Arbejdsglæde skal være i centrum i mit lægeliv. FYAM har med sin kampagne ”Speciallæge i ledelse” sat fokus på, hvor fedt det er, at vi bliver ledere, for det giver en masse muligheder.

FYAM er blevet mere synlig ved at komme på sociale medier og mere ”gennemsigtig” bl.a. med vores ”Om FYAM”-video. Vi skal nå ud til alle uddannelseslæger, og der skal være plads til alle, som har interesse i at være en del af FYAM eller vil komme en god idé.

I styregruppen i Region Midtjylland vil vi gerne have endnu flere aktive – gerne spredt ud over en større del af regionen, så vi når alle uddannelseslæger fra den østlige til den vestlige del af regionen. Hvis man vil være med, skal man endelig ikke tøve med at kontakte mig. //



**Malene Lindholmer Nepper**  
FYAM-repræsentant i DSAM's  
videreuddannelsesudvalg

### Hvem er jeg?

Jeg er 32 år, hoveduddannelseslæge i almen medicin og bor på Amager med min mand og to søde og frække børn på hhv. 3 og 6 år. Til daglig arbejder jeg hos Lægerne på Amagertorv i indre København, hvor jeg er ansat i fase 1.

Før hoveduddannelsen var jeg vikar i en almen praksis på Amager i 1,5 år og regionslæge i Uummannaq i Grønland i 3 mdr. I min introduktionsstilling blev jeg flyttet til en ny praksis efter 4 måneder hos Charlottenlund Lægehus, som dengang var i mediernes og regionens søgelys grundet mistanke om overfakturering. Den oplevelse fik mig for alvor engageret i uddannelseslægers vilkår. Det var en af grundene til, at jeg i første omgang stillede op som FYAM-repræsentant i videreuddannelsesudvalget.

### Hvorfor almen medicin?

Som barn var jeg meget fascineret af min praktiserende læge – en rigtig familielæge i Nordjylland, der vidste lidt af hvert. Efter et rigtig godt forløb i min KBU var jeg ikke i tvivl om, at almen medicin var specialet for mig, hvilket jeg kun fik bekræftet i Grønland og mine efterfølgende vikariater.

Det gør mig glad at have et arbejdsliv med stor faglig variation, kontinuerede patientrelationer og muligheden for altid at lære mere. Jeg glæder mig meget til på sigt at bygge min egen praksis op.



## Mathilde D. Laursen FYAM-suppleant i Region Midtjylland

### Hvem er jeg?

Jeg er 31 år og i gang med hoveduddannelsen i almen medicin, hvor jeg aktuelt er i hospitalsdelen ved Sygehus Lillebælt.

Jeg er uddannet fra Københavns Universitet, og derefter har jeg haft min KBU og introduktionsstilling i Vestjylland.

Meget af min fritid er blevet brugt på ridning, vandring og frivilligt arbejde, men da noget af det blev lagt på hylden, blev der plads til andre ting. Der synes jeg, at FYAM lød som et sjovt og spændende sted at involvere sig og samtidig møde andre med interesse for almen medicin.

### Hvorfor almen medicin?

Jeg har gennem studiet tænkt, at jeg skulle ende i et internt medicinsk speciale. Men efter min KBU og intro i almen medicin ved Struer Lægecenter, blev jeg overbevist om, at almen medicin var det helt rigtige speciale for mig.

Jeg brænder for kommunikation og samtaler med mennesker i forskellige livssituationer. Kommunikation er et af vores vigtigste redskaber i almen praksis, og det var med til at fange min interesse for specialet. Samtidig får man mulighed for at få en bred viden med stor variation i arbejdsopgaverne og en kontinuitet med "faste" patienter, som man har mulighed for at opbygge en tillid til og følge gennem livet.

Yderligere er man en del af et fast

og stærkt team, der løfter i flok, gode muligheder for at arbejde med ledelse og uddannelse samt gode efteruddannelsesmuligheder.

Jeg har kort afprøvet andre specialer efterfølgende, men det var almen medicin, som blev ved med at føles rigtig for mig.

### Hvad laver jeg i FYAM?

Jeg har været suppleant i Region Midtjylland siden september 2022. Her sidder jeg i styregruppen sammen med næstformanden, Maria, og mange andre aktive medlemmer. Vi arrangerer fyraftensmøder med spændende faglige oplæg og sociale arrangementer som f.eks. julefrokost og sommerfest, hvor man har mulighed for at mødes helt uforpligtende og få snakket med kollegaer om andet end det faglige.

Derudover er jeg med i en arbejdsgruppe, hvor vi skal planlægge FYAM-timen til DSAM's årsmøde 2023.

Sidste år var jeg med FYAM til DSAM's årsmøde og til lægedage, hvor vi reklamerede for FYAM og præsenterede filmen "Om FYAM".

### Hvad vil jeg gerne fremadrettet i FYAM og i lægelivet?

I samarbejde med FYAM håber jeg, at vi kan styrke sammenholdet blandt almenmedicinere – både ift. det faglige og det sociale, da man i praksis sommetider kan sidde alene. FYAM består af mange engagerede og søde folk, så jeg håber, at vi via kampagner, synlighed og arrangementer kan rekruttere endnu flere til både specialet og FYAM.

Jeg håber, at mit fremtidige lægeliv bliver i en praksis med mulighed for at udleve drømmen om at være den traditionelle familielæge i en god kombination med mulighed for ledelse, undervisning, et godt tværsektorielt samarbejde og med tid til familieliv. //

### Hvad laver jeg i FYAM?

Siden 2021 har jeg siddet som en af FYAM's repræsentanter i DSAM's videreuddannelsesudvalg (VIA). VIA følger og påvirker hele den almenmedicinske uddannelse fra prægraduater niveau til speciallægeuddannelsen. Udvalget holder 4 årlige møder og kan også have arbejde mellem møderne til f.eks. høringsvar. De sidste 2 år har fokus været at følge og komme med input til revisionen af den lægelige videreuddannelse, som snart udnyttes konkret bl.a. i arbejdet med nye målbeskrivelser. Et andet vigtigt emne er spørgsmålet om, hvordan vi får besat hoveduddannelsesstillinger i hele landet.

Som led i min rolle i VIA er jeg også en del af FYAM's nationale udvalg, som er bindeled mellem hele FYAM og videreuddannelsesområdet, for at sikre et samlet input fra hele FYAM.

### Hvad vil jeg gerne fremadrettet i FYAM?

Jeg glæder mig til det konkrete arbejde med målbeskrivelsen, der går i gang inden for det næste års tid. Den seneste målbeskrivelse er fra 2013, og den trænger efter FYAM's mening til en opdatering på centrale temaer som f.eks. ledelse, (u)lighed i sundhed, overdiagnostik og bæredygtighed. //



# Hvilke lønaftaler dækker medicinstuderende, som er ansat i almen praksis?

Mange studerende, som arbejder i almen praksis, ved ikke, hvad standardlønnen er, og hvilke overenskomster der er gældende. Lønnen kan også variere noget: fra 155 til 200 kroner i timen, selvom de studerende varetager mange af de samme opgaver.

**D**a jeg selv søgte job, tænkte jeg ikke over lønnen, fordi mange jobopslag oplyste, at de fulgte overenskomsten. Det kom som en overraskelse, når jeg forhørte mig hos mine medstuderende og fandt ud af, hvor stor variationen var. De fleste varetog både en sekretær- og bioanalytikerfunktion, hvor nogle endda havde større ansvar og egne konsultationer.

Det er naturligt, at man som studerende udvikler sig og påtager sig mere ansvar, når man begynder at få mere erfaring. Men den nuværende overenskomst tager ikke højde for den voksende rolle og arbejdsbyrde. Derfor er det vigtigt, at den studerende selv er informeret om anbefalinger om lønindplacering og lønforhøjelse. Som studerende er vi selv nødt til at tage en aktiv rolle og indgå i dialog med arbejdsgiveren. Så ens større ansvar afspejles i ens løn.

## Lønforhandling – et vigtigt redskab

På nuværende tidspunkt er der ikke en overenskomst mellem Foreningen af Danske Lægestuderende (FADL) og Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening (PLA) for de medicinstuderende, der arbejder i almen praksis. Hvis ens praksis er medlem af PLA, gælder HK's overenskomst for lægesekretær for ikke-uddannede lægestuderende. Det

### CODE RÅD

- Læs mere om opgavetyper på FADL's hjemmeside: <https://fadl.dk/fadl/loen-og-arbejde/jobtyper/laegesekretaer-og-praksisassistent/>.
- Læs mere om overenskomstmaessig løn og løntillæg på PLA's hjemmeside: [https://www.pla.dk/overenskomster/overenskomst\\_for\\_laegesekretaerer\\_i\\_almen\\_praksis/overenskomstmaessig\\_loen\\_og\\_personlige\\_tillaeg](https://www.pla.dk/overenskomster/overenskomst_for_laegesekretaerer_i_almen_praksis/overenskomstmaessig_loen_og_personlige_tillaeg).
- Kontakt FADL, som kan vejlede medlemmer om bl.a. løn og overenskomst.
- Kontakt din lokale SAMS-afdeling, hvor dine medstuderende kan besvare spørgsmål eller dele deres erfaringer med at arbejde i praksis.
- Spørg din arbejdsgiver, hvis du er i tvivl om din kontrakt eller løn, f.eks. om de følger PLA's overenskomst.

svarer til løntrin 19 med en grundsats på 168,95 kr. i timen, evt. højere alt efter, hvilket geografisk område klinikken ligger i. Det kan man læse mere om på PLA's hjemmeside, eller man kan kontakte dem med spørgsmål.



Jeg har talt med jurist og forhandlingsleder i FADL, Klaus Pedersen, som dagligt rådgiver studerende i juridiske sammenhænge. Han har fortalt, hvordan FADL kan hjælpe medlemmer, og at FADL forsat er i dialog med PLA om udarbejdelse af tillæg til den nuværende overenskomst – men der er lang vej endnu. Det er ikke et krav, at ens løn indplaceres på et højere trin og dermed stiger med øget ansvar, og derfor er lønforhandling på nuværende tidspunkt det eneste redskab, vi har.

#### Tal med din arbejdsgiver

FADL anbefaler, at man selv går i dia-

log om lønforhandling med arbejdsgiver, hvis man som studerende får øget opgaveansvar. Basisopgaver er typisk telefonpasning, patientmodtagelse og medicinopdateringer. Videregående opgaver kan være blodprøvetagning, lungefunktionstest og sundhedssamtaler, som lettere konsultationer og andet.

Det kan være meget overvældende for nogle studerende at skulle forhandle om løn. FADL's hjemmeside "Lægesekretær og praksisassistent" og FADL's "Orange guide" fremhæver argumenter for, hvornår studerende bør stige i løn. De kan være en støtte til samtalen om lønforhøjelse. //

#### DIN ANSÆTTELSE AFHÆNGER

##### AF TIMEANTALLET

- **Højest 8 timer om ugen:** Er du ansat som medicinstuderende med højest 8 t/uge, gælder overenskomstens regler for timelønnede. Grundsatsen er 168.95 kr./time fra 1. juni 2023. Herefter varierer satsen, efter hvor i landet man arbejder.
- **Over 8 timer om ugen:** Arbejder du mere end 8 t/uge, skal du ansættes som månedslønnet med indbetaling til pension og med ret til løn under sygdom og barsel.

PRACTICUS // opslag

# Er du vores nye skribent til FYAM-klummen?

Kan du lide at skrive? Tænk du over din uddannelse og arbejdet som yngre almenmediciner? 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 FYAM-klummen. Ordet er forholdsvis frit, men skal selvfølgelig relatere sig til livet som yngre almenmediciner – på godt og måske også på ondt.

Har du lyst til dette ærefulde, men ulønnede hverv?

Kontakt redaktionen på Practicus på mail: [practicus@dsam.dk](mailto:practicus@dsam.dk)



## TANKER FRA STOLEN:

# Kerneydelsen er tilgængelighed

**S**tadigt flere patientkontakter skal overgå til almen praksis - "tæt på borgeren". Samtidig mødes vi med krav om standardisering. "Common trunk" skal definere, hvilket minimum af ydelser den enkelte klinik skal levere. Er der en modstrid mellem disse krav?

Klinikken har nylig haft et forløb, der illustrerer kerneydelsen. Knud er 90 år, i blodtryksbehandling, men helt selvhjulpne og bor med sin ti år yngre hustru tæt ved praksis. Han kontaktede klinikken med hævede tunge ben - det var nyttilkommet. Klinikken kender Knud, så han fik en subakut tid samme dag. Han var ret upåvirket. For at se om Lercanidin kunne reduceres, målte jeg blodtrykket. Den elektriske blodtryksmåler kunne ikke anvendes, men mit manuelle apparat viste 120/50, og pulsen var 32. Et EKG verificerede 3. grads AV-blok. Kørsel blev rekvireret, og et par dage efter var Knud hjemme igen hos hustruen med

en pacemaker. En lykkelig historie om rettidig omhu og velfungerende gatekeeperfunktion.

Vores klinik har formuleret et værdigrundlag, der indledes med: "Vi er her for patienternes skyld, og vi lægger vægt på høj tilgængelighed og korte ventetider - men med fokus på omsorgen for de sygeste af vores patienter - ofte i samarbejde med andre sundhedspersoner. Fagligheden er i centrum, og vi bestræber os på at fungere som et team, der leverer den bedst mulige indsats for patienterne." Derefter beskriver vi, hvordan vi lever op til værdierne. Det kan koges ned til, at "der kommer aldrig en bedre dag" og "en kollega må aldrig vente". Det lyder lettere, end det er!

Klinikkens høje tilgængelighed var afgørende for, at historien endte lykkeligt. Dels ved at Knud havde let ved at komme til klinikken, men også at vi prioriterede at se ham samme dag. Vores kendskab til Knud var en faktor

i denne prioritering. "Det gør en forskel, at vi kender hinanden", som DSAM har formuleret det. DSAM har også udpeget EKG som en del af "common trunk", og EKG'et bidrog da også til korrekt visitation i dialog med hjer-teafdelingen. Men det var ikke den afgørende faktor, og ikke alle klinikker er fortrolige med EKG.

Lægemanglen i store dele af landet udfordrer almen praksis på tilgængelighed og patientkendskab. Hvis skærpede krav til standardisering belaster vores arbejdstilrettelæggelse, svækker det almen praksis' evne til at levere på kerneydelsen. //

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til [practicus@dsam.dk](mailto:practicus@dsam.dk)



# L Æ G E N S B O G S T A V E R

Benny Ehrenreich er ny skribent af Lægens bogstaver. Benny sidder på 24. år i kompagniskabspraksis på Nørrebro, København. Han er tidligere redaktør og referent på Månedsskriftet, har bl.a. undervist kommende læger på KU, er tidligere repræsentant i PLO, nuværende repræsentant i DSAM og formand for PLO-København samt en erfarende debattør.



## "Fordi"-regler!

Disclaimer: Jeg er ikke imod alle regler! Færdselsloven er fornuftig. Straffeloven er strengt nødvendig. Mange forvaltningslove og regler er hensigtsmæssige. Nedenstående handler kun om de uhensigtsmæssige, forvirrende og direkte skadelige regler.

I Victor Hugos roman "De elendige" forfølger en nidkær embedsmand, politiinspektør Javert, vores hovedperson, Jean Valjean. Javert beskrives som "sammensat af to meget simple og i og for sig meget gode følelser, som han imidlertid næsten gjorde slette ved at overdrive dem, nemlig respekt for loven og had til alle, der satte sig op imod den."

Vi kender i dag samme nidkærhed over for love og regler. Historierne om Styrelsen for Patientsikkerhed (STPS) er desværre mange. De spænder fra Svendborgsagen i 2018 til utallige beretninger om kontrolbesøg med pålæg om bl.a. journalføring, der "dokumenterer" patientens identitet (som familielæge kender vi de fleste), patientens samtykke (det må være nok at angive, når der en sjælden gang er diskrepans) og information om alle bivirkninger (skal vi oplæse indlægssedlen?).

Min egen historie med STPS går et par år tilbage, hvor retningslinjerne fastlagde (og det gør de måske stadig?), at morfika kun må udskrives ved fremmøde. Jeg tænkte, at det måtte fraviges for en immobil patient med kroniske smerter, som var afsluttet af smertecenter og ikke selv kunne komme i praksis. Jeg kontaktede STPS, men fik følgende svar: "Der

kan ikke gøres undtagelser. Hvis fremmøde ikke er muligt, må sygebesøg arrangeres!" Siden har jeg opgivet at spørge af frygt for lignende virkelighedsfjerne svar. Så hellere påberåbe sig "god tro", når jeg formodentlig fanges ved et kontrolbesøg!

Det værste ved den første praksis er ikke konsekvenserne for mig og andre erfarne, tykhudede klinikere. Det er værre for de yngre kolleger, der lærer at sætte den lægelige dømmekraft over styr, mens de hele tiden ser sig over skulderen efter STPS. De skriver alenlange journalnotater og praktiserer defensiv medicin, så de kan dække sig ind, når der kommer en klage eller et tilsyn.

Ud over STPS, der blokerer for fornuft og selvstændig tankevirkosomhed, har hospitalsafdelingerne også et ansvar. KBU'erne kommer ud i almen praksis direkte fra et halvt år i hospitalsmiljøet, hvor de har lært at følge flowcharts og overlægens retningslinjer. For de autoritetstro og mere frygtsomme er det svært at opgive den praksis med passivt at følge anvisninger. Det halve år i praksis er måske den eneste chance, de får, for at erfare værdien af selvstændig faglig vurdering, problemorienteret fokus, at se mennesket frem for diagnosen og faren for overbehandling.

Som tutorlæger må vi gøre os umage:



Vi kommer senere til at lægge vores liv i hænderne på de læger, som vi uddanner!

Hvad så med "Nationale kliniske retningslinjer" (NKR), specialeselskabernes vejledninger og alle de andre retningslinjer? DSAM fandt for et par år siden 86 forskellige vejledninger og retningslinjer! Det er svært at leve op til dem alle, og det er misforstået, hvis en retningslinje opfattes som et påbud. I almen praksis benytter vi vores dømmekraft med vægt på faglig viden, patientens livsvilkår og ønsker samt den aktuelle kontekst. Den almenmedicinske nestor Knud Jacobsen har formuleret det fyndigt: "Almen medicin er, når vi ikke følger retningslinjerne". STPS giver mulighed for at afvige fra NKR, men har præciseret: "Det er acceptabelt, blot der argumenteres for det i journalen." Altså krav om flere overflødige linjer i en praktisk problemorienteret journal – rend og hop! I forvejen modtager vi alenlange epikriser, hvor de essentielle 5-10 linjer skal findes mellem forklaringer om, at patienten er identificeret, oplyst om proceduren, har accepteret behandlingen, hvorfor genoplivning er fravalgt og bla bla bla. Det opsættes som fraser, der overhovedet ikke giver patienterne større sikkerhed – tværtimod! Skal vi nu også forurene egne notater med den slags forstyrrende unødvendigheder? Nej!

"Fordi-regler!" bør ikke være et gyldigt argument. Hvis regeltyranniet og mistillidsregimet skal ændres, må ledere og kontrollanter bringes til at forstå, at for meget kontrol har den modsatte effekt end den tilsigtede, og at tillid er bedre end kontrol. Vi, der mistænkeliggøres, skal turde sige fra – for at hjælpe dem!

I "De elendige" går Jean Valjean så grueligt meget igennem, før han får fred. Han anerkendes til sidst for sin indsats for retfærdigheden, og det ender tragisk for Javert.

Ihvorvel! //

# PLU

## Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond

Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i november 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](http://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 8. november 2023.**

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



# Practicus podcast #122: Dyader i almen praksis

Overvejer du at få 12. semesters studerende i din praksis? Eller har du allerede haft det og har mod på det igen? Så lyt med i denne Practicus podcast, hvor en tutorlæge og en medicinstuderende deler deres erfaringer med en "dyade" i et klinikophold i almen praksis.

Af: **Jonas Fynboe Ebert**, afgangende FYAM-redaktør

**D**et stigende optag af medicinstuderende på de danske universiteter øger behovet for tutorlæger til at modtage de studerende, når de skal i klinikophold i almen praksis. Flere regioner har forsøgt sig med de såkaldte dyader, hvor medicinstuderende kommer i klinikophold to ad gangen.

Dyade-modellen er blevet afprøvet på flere semestre inden for forskellige fag på medicinstudiet. Et forskningsprojekt i Region Nordjylland viser, at de studerende ikke får dårligere færdigheder trods mindre hands-on træning. Tværtimod giver det de studerende mulighed for at give hinanden kollegial supervision før, under og efter en konsultation. Modellen stiller ikke anderledes krav til de kli-

nikker, der modtager dyader – heller ikke til de fysiske rammer.

Practicus podcast har været en tur i Vorgod Barde, hvor Brian Nørgaard Albertsen har flere års erfaring med dyader i sin praksis. Vi har spurgt ham, om forskningsresultaterne stemmer overens med virkeligheden. Efter snakken med Brian opsøgte vi Mathilde, som læser medicin ved Aarhus Universitet, for at høre om hendes erfaringer – hun havde nemlig et par måneder tidligere været i klinikophold hos selvsamme Brian.

Lyt til Practicus Podcast #122 på alle streamingtjenester. //