

Den praktiserende læges syn

Screening for lungekræft.
Ved Praktiserende læge Søren Due-Andersen



Hverdagen

Hverdagen for de praktiserende læger med udgangspunkt i min egen praksis på 8500 patienter til 4 faste læger da vi ikke kan få besat de sidste 2 stillinger.

Vi ser dagligt ca. 20 patienter med 10-15 min. Pr. patient – alt i alt incl. Regning og tissepauser – reelt måske 7-12 min.

Vi bruger 1 time på elektronisk post og taler i telefon ½-1 time dagligt.



**Hvordan
løftes**

**ULIGHED I
SUNDHED**

Vi tager individuelle hensyn og tilpasser information til den enkelte

Giv mest til dem som trænger mest (pejle mærke for DSAM)

Pejlemærker for faget almen medicin

Almen medicin er et videnskabeligt funderet lægespecialt baseret på metoder og viden fra de tre klassiske videnskabsområder natur, samfund og kultur. Pejlemærkerne skal bidrage til, at vi som udøvende almenmedicinske speciallæger:

- skaber mest mulig sundhed og velbefindende for den enkelte patient
- har en indramning af vores fælles faglige identitet og vores faglige diskussioner
- har fælles referencer i forhold til grund-, videre- og efteruddannelse
- har et ensartet filter for samfundets forventninger til os.



1

Vi holder læge-patient- relationen i hævd

- Læge-patient- relationen er en grundsten i fagets fundament.
- Læge-patient- relationen opbygges på nærvær, fortrolighed, gensidig tillid og kontinuitet.

2

Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske

- Vi følger patient og pårørende gennem livsforløb, lidelse og sygdom og er primærbehandlere for udvalgte lidelser.
- Vi har fokus på den enkelte patients fysiske og mentale sundhed og forebyggelse af funktionstab.
- Vi arbejder bevidst på rettidig diagnostik og på at undgå overdiagnostik.

3

Vi giver mest til dem, som har størst behov

- Vi tilrettelægger arbejdet på en måde, så vi tilstræber at mindske ulighed i sundhedsvæsenet.
- Vi skaber tid og rum til dem, der har størst behov for støtte, hjælp og behandling.

4

Vi skaber en dialog, der fremmer sundhed hos den enkelte

- Vi kommunikerer på en måde, der giver syge og raske øget forventning og evne til at kunne mestre egen sundhed.
- Vi inddrager patientens tanker, bekymringer og ønsker og behandler derved hver enkelt patient forskelligt.
- Vi medtager patientens ressourcer, særligt familie og netværk, i en løsning tilpasset den enkelte.

5

Vi deltager i uddannelse, forskning og udvikling af kvalitet

- Vi tager ansvar for, at vores evidens- og færdigheds- baserede faglighed løbende vedligeholdes og udvikles.
- Vi forholder os konstruktivt og kritisk til ny viden og forslag til nye løsninger for faget.
- Vi deltager i uddannelsen af kommende kolleger.

6

Vi tager ansvar lokalt, tværfagligt og tværsektorielt

- Vi tager ansvar for at fremme samarbejdet med og mellem relevante sundhedsaktører.
- Vi vurderer, hvordan nye opgaver og løsninger bedst tilpasses klinikkens aktuelle patientsammensætning.

7

Vi beskriver og bruger erfaringerne fra praksis

- Vi samarbejder med fagets institutioner indenfor forskning og kvalitetsudvikling, som genererer specifik almenmedicinsk viden og stiller den til rådighed for fagets udøvere.
- Vi er opmærksomme på vores ytringspligt ift. særlige forhold, der fremkalder sygdom, øger ulighed i sundhed eller medfører u hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Overvejelser...

Har kigget på nedsteående forslag til screening for lungekræft årligt i en risiko population og bemærker især at overlevelse af de tidligste stadier kun er 50 % efter 6 år.

Figur 1 næppe er eksponentiel vækst af prævalens af lungekræft og at teratogen effekt af strålingen ikke er nævnt i forslaget - som mulige skadelige effekter.

Så hvor mange inducerede kræft tilfælde er prisen ?

Tidsforbrug til at finde de rette risiko patienter ?

Vil vi ikke bare se en stigning i prævalens uden bedring i mortalitet ved screening ?

Mortalitet er ikke fundet signifikant mindre !

Samt belastningen i sundhedsvæsenet: allerede nu har vi svært ved at få vores henvisninger igennem pga. kapacitetsmangel. Skal så stor rtg. kapacitet virkelig reserveres til de raske?

“

Almen praksis er tiltænkt en rolle som præscreening (find rygerne og få dem sendt afsted). Men vi plejer at arbejde på den måde at pt. kommer med symptomer og bekymringer, og vi tager deres dagsorden alvorligt. Hver gang lægen overtager dagsordenen, og vil kortlægge ting patienten ikke har bedt om, fx KRAM, så risikerer vi alliancen, og at få mindre at vide næste gang de har et problem de overvejer at gå til læge med. Vi foretrækker udredning fremfor screening.”

Bolette Friderichsen, DSAM



**Vores mangel i
almen praksis er
tid og hoveder**

**KAN VI
OVERKOMM
E MERE ?**

**Vi vil gerne reservere
tiden i almen praksis til
at være Patientens**

**GERNE BEDRE
UDREDNINGSMULIGHEDER
TIL PRAKSIS**

Spørgsmål

DEBAT



Tak for opmærksomheden

Ulighedsordfører
Søren Due-Andersen
DSAM

