

praksis+

En **interaktiv** e-bog til
(selv)hjælp og støtte i
de første fem år i
egen praksis

Klikbar indholdsoversigt

“Det har været virkelig godt at surfe rundt i Praksis Plus-universet, og det giver en god mavefornemmelse at vide, at mine kommende kollegaer har brugt tid på at formidle om den spændende, svære og angstprovokerende overgang det bliver, når ‘uddannelsen’ en dag slutter.”
(Fase 2-læge, Region Hovedstaden)

“Jeg har kun skimmet fase 4 af e-bogen og set et par videoer om valg af praksis, men det, jeg brugte, var vildt godt. Jeg var især glad for videoerne og den korte og overskuelige tekst.”
(Fase 3-læge, Region Sjælland)

Fase 4:

- Intro
- Lægevagt
- Type af praksis
- Vejen til: Solopraksis
- Vejen til: Samarbejdspraksis
- Vejen til: Kompagniskabspraksis
- Vikar/fastansat speciallæge
- Mentorskab
- Selve praksishandlen
- Kontakten til praksis
- Det første møde
- Det andet møde
- Konsulenterne
- Konsulenterne: Revisor
- Konsulenterne: Advokat
- Konsulenterne: Bank
- Konsulenterne: Erhvervspsykolog
- Sammenlægning af ydernumre
- Sammenfatning

Fase 5:

- Intro
- Forberedelser
- Oprettelse af virksomhed
- Budgettet
- Virksomhedsplan
- Inventar/lokaler
- IT/telefoni
- IT-sikkerhed
- Personaleforhold
- Ansættelse
- Ansættelsesforhold
- Opsigelse
- Særlovene
- Bortvisning
- Ledelse: Hvad er det for noget?
- Ledelse: Opgaver og inspiration
- Første dag i praksis
- Årshjulet
- Årshjulets elementer
- Udvikling af årshjulet
- Praksismanagement
- Sammenfatning

Fase 6:

- Intro
- Systematisk efteruddannelse
- Tutorlæge
- Mentorskab
- Kvalitetsudvikling
- DAK-E + Datafangst
- Laboratoriesikring
- Kvalitetssikring af egne analyser
- DSAM vejledninger
- Implementering
- Udvalgsarbejde
- Regional efteruddannelse
- Supervisionsgrupper
- DSAM + FYAM
- PLO
- Internationalt udviklingsarbejde
- Videreudvikling af praksis
- Forskning i almen praksis
- Lægeliv og familieliv
- Sammenfatning

Evaluering

Vidensportal

Medicinhistorien

Om Projektet

- Baggrund
- Projektets elementer
- Brug af e-bogen
- Arrangementer
- Bidragssydere



+ Fase 4: Intro

Man afslutter sin almenmedicinske uddannelse som fase 3-uddannelseslæge; man føler sig helt klar rent lægefagligt. Men andre spørgsmål og udfordringer lurer rundt om hjørnet: Hvordan finder man dog ud af, hvilken type praksis man gerne vil sidde i? Hvor skal den ligge henne? Hvor stor skal den være?

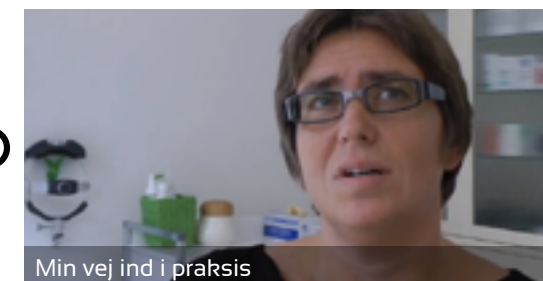
For nogle er vejen selvfølgelig. Det ligger i kortene, at man køber sig ind i én af de praksis, som man selv har været i undervejs i speciallægeuddannelsen. Men for langt de fleste er vejen omstændelig, og de føler, at det faktisk er ret så svært at træffe en beslutning, som umiddelbart gælder resten af deres arbejdsliv: Hvordan vælger man rigtigt? Hvad betyder noget for én? Og hvordan finder man den helt rigtige praksis?

Vi vil gerne kalde dette kapitel for fase 4.

Vi har valgt at bygge fase 4 op omkring en case, som vi kender det fra vores faglige uddannelse:

Clara er netop startet i sin fase 3-stilling, og for første gang i mange år, er der ikke en færdig plan, når denne slutter. Nu er det tid til at hun skal gøre sig overvejelser omkring, hvordan hendes fremtidige arbejdsliv skal forme sig. Vi tager med på hendes rejse og hendes overvejelser, og håber dermed at kunne give dig som læser inspiration og emner at reflektere over, som kan hjælpe dig i de valg, som du selv står overfor.

Her fortæller praktiserende læge Ina Veile om, hvordan mavefornemmelsen og personlighed var afgørende for valg af praksistype



Vær opmærksom på, at du kan indsende din ansøgning om speciallægeanerkendelse til Sundhedsstyrelsen op til 6 måneder, før du afslutter speciallægeuddannelsen. Det vil sikre en hurtigere sagsbehandling i Sundhedsstyrelsen ved udstedelse af autorisation som "Speciallæge i almen medicin". [Du kan læse mere her.](#)

Hvem og hvad påvirker dit praksisvalg?

"Baggrunden for at jeg valgte almen medicin var, at jeg fik mine egne patienter - og dermed også, at jeg modtog ros og ris direkte. Det betød meget for mig, at jeg kendte de enkelte patienter personligt."

"Jeg har brugt cirka 15 år på at blive praktiserende læge, og nu kan jeg omsider købe tape og lokumpapir uden at skulle spørge nogen om lov først. Det er fedt at blive herre i eget hus."

"Familien fyldte meget i mit valg af praksistype. Det skal hænge sammen for begge parter, sådan at den ene ikke får alt for langt på arbejde. Det starter som tilfældigheder, for man får et turnusnummer."

"Det var ikke økonomiske forhold, der havde den højeste prioritet, men derimod, at jeg havde tålelige arbejdsforhold, herunder også at jeg ikke blev stavsbundet af lokalerne."

"Jeg var kompromisløs i forhold til valg af praksis, for jeg var indstillet på at flytte efter den rigtige praksis. Det har ikke været på grund af min ægtefælle, men snarere, at det for mig skulle være det rigtige sted med den rigtige kemi."

"Jeg tænkte mig i en mindre enhed ude på landet med henblik på at opkøbe noget for at lave noget nyt - en række lokale forhold gjorde, at det vist var luftkasteller."

"For mig var det vigtigt med beliggenheden, men det var altafgørende, hvem jeg skulle arbejde sammen med."

"Jeg fik nok af sygehuset og at være kastebold; jeg ville have mit eget sted med høj grad af indflydelse."

"Mine største overvejelser omhandlede arbejdstiden; hvor mange dage skulle vi være i klinikken, for at det kunne hænge sammen for os alle?"

"Faglighed kommer før økonomi. Jeg vil gerne fremadrettet have en dag om ugen fri til at lave fx konsulentarbejde."



+ Lægevagt

Lægevagt

Det er en del af de praktiserende lægers overenskomst med Danske Regioner, at man kollektivt dækker lægevagten uden for almindelig dagsarbejdstid, dvs. 16-8 på hverdage, hele dagen weekender og helligedage.

Der er regionale forskelle i forhold til, om man som alment praktiserende læge i en region er forpligtet til at deltage, eller om man kan søge om at blive fritaget for at deltage.

I nogle regioner har man også aftaler om, at man som nynedsat har mulighed for at blive let forfordelt i forhold til vagttyper, ligesom der er regionale forskelle på vagttyper, arbejdstider og hvorledes vagterne tildeles.

I alle regioner er man som uddannelseslæge sikret deltagelse/oplæring i lægevagten. Derfor kan man som uddannelseslæge have gavn af at oprette et lægevagtsfirma. Ved at oprette sit eget firma, har man fx mulighed for at trække udgifter til lægevagtsdeltagelse fra, herunder indkøb af lægetaske, blodtryksapparat mm.

Vagtaftaler

Oversigt over aktuelle vagtaftaler/instrukser

Vagtaftale for Region Midtjylland

Vagtaftale for Region Nordjylland
Lægevagten Region Nord

Vagtaftale for Region Sjælland

Link til Lægevagt Sjælland

Vagtaftale for Region Syddanmark

Telefonvisitation

Telefonvisitation er udviklet af DSAM med det formål at styrke praksispersonalets visitation af akutte patienter.



Giftlinjen

Giftlinjen er en landsækkende telefonrådgivning, hvor alle kan få direkte råd og hjælp i tilfælde af forgiftning. Sygeplejersker og læger, der er særligt uddannede inden for forgiftning, sidder klar ved telefonerne døgnet rundt.

Akuthåndbogen

Akuthåndbogen er ligeledes udviklet af DSAM med det formål at give hurtigt overblik over akutte symptomer i almen praksis, hjælp til relevant visitation og anvisning i akut behandling i dag- og vagttid.



Ideen til de to elektroniske vejledninger er hentet fra DSAM's hollandske søsterselskab og teksterne fra den hollandske telefonvisitation er oversat af praktiserende læge Flemming Skovsgaard, derefter viderebearbejdet af redaktionen for MediBOX og igen indholdsmæssigt viderebearbejdet af en arbejdsgruppe bestående af læge og ph.d. studerende Rasmus Køster-Rasmussen, læge Helge Rasmussen og DSAM's tidligere direktør, læge Peter Torsten Sørensen.



Lægevagt

Udarbejdet af: Rune Gade Maagensen

Lægetasken

På et tidspunkt bliver rodet for meget og der skal så ske noget. Jeg var træt af at hælde blisterpakninger ud af gamle rosinbøtter, at mangle noget så banalt som ibuprofen. Så jeg ryddede op i min lægetaske og satte den i system. [Læs mere på Runes blog her.](#)

Min lægetaske er bygget op efter følgende principper:

Diagnostisk udstyr:

Stetoskop, bt-apparat, termometer, bs-apparat mv.

Medicin:

Tabletter, ampuller, suppositorier, sprøjter, kanyler mv.

Forbindinger:

Lim, plastre, sutursæt, suturer, strips mv.

Basalt handler om at have det man kan risikere at blive sendt ud til i en korevagt.

Tasken skal være overskuelig, den skal kunne åbnes på en pløjemark uden at indholdet falder ud og så skal den være indrettet så man hurtigt har overblik. Jeg arbejder med en rød sportstaske (Boscarol Profi Bag) og The Alternative.

Den røde sportstaske (privat taske) 1,4 kg + 0,5 kg anslået ekstra

Eet stort rum med få inddelinger i som jeg har fyldt op med det vigtigste. 2 endelommer og en sidelomme samt indvendig låglomme (akutinstruks, dødsattester). Det store rum giver et rigtigt godt overblik over næsten al udstyr, medicin og småtasker (ampulmappe, meningitis-sæt, tabletkasse mv.).

Låget kan klappes ned uden at lyne det, og åbnes let med godt oveblik. Der er rigeligt med plads til ekstrating, fx madpakke til konsultationsvagter, en sammenpakket pacemaker, - eller til at smide stetoskop, BT apparat og medicinkasse ned uden at pakke det sammen først. Ende-lommerne er til 1) forbindinger, sjældent brugt og 2) private sager (penge, tyggegummi, chokolade, nøgler mv.) Sidelommen er aktuelt til rod :-), men burde indeholde håndsprit fx.

Ampullerne er pakket ned i en ampulmappe/taske. Mappen fungerer, men er ikke optimal. Jeg ville hellere have en anden løsning, hvor der var plads til ampuller, sprøjter, kanyler, venflon'er og staseslange i et.

The Alternative (uddannelseslægen) 2,7 kg



Den består af 2x2 topbakker med inddelinger. Et bundrum, 2 endelommer og en indvendig låglomme (akutinstruks, dødsattester). Hele tasken er markeret af hvad der er hvor, således at mine efterfølgere nemmere kan holde orden.

Den ene topbakke er brugt til ampuller i 2 skumholdere, hvilket er optimalt. De mest brugte ampuller har jeg placeret i øverste ampulbakke, og det meget sjældent brugte (konaktion, naloxon fx.) i bunden. Topbakkerne lukker om sig selv når man klapper dem sammen. De 3 andre topbakker (se billeder) er inddelt til podepinde, tabletter x2, meningitissæt, staseslange, kanyler, sprøjter mv.

I bundrummet er der også inddelinger hvor der er: Plastre og forbindinger, handsker (rullet sammen i anden handske), urinstix, termometer osv.

Sidelommerne har diagnostisk udstyr: stetoskop, otoskop, blodtryksmåler mv.

Medicinen er bedst organiseret i The Alternative, mens udstyret er nemmest tilgængeligt i min røde sportstaske. Jeg synes klart bedst om den røde sportstaske, det er fantastisk at det man bruger allermost som stetoskop og tabletter er lige ved hånden altid. Den fylder heller ikke mere åbnet end lukket. Man skal ikke bøvl med at klappe noget sammen, man vipper bare låget ned. Når den først er lynet op på vagten, bliver den først lynet i flere dage senere.



Medicin

Meningitissæt

Jeg har lavet et meningitissæt. I min private taske er det pakket ned i en brugt (og vasket) rosinbøtte (500g). Er der en patient med meningitis kan jeg trække bøtten op og har så det jeg skal bruge: iv penicillin, iv ceftriaxon, solumedrol, sterilt vand, sprøjter, kanyler og vejledning inkl. vægt/aldersdoser. Dåsen er klistret til med tape og skal ikke bruges til noget andet en meningitis. Den er datomarkeret for hvornår indhold udløber tidligst.

I The Alternative er meningitissættet lagt for sig i et rum i en af topbakkerne.

Tabletter

Tabletter kan hurtigt komme til at fylde meget, endda for meget. Rigtig meget af fyldet er indpakningen og ikke selve tabletterne. Jeg har valgt at ompakke de fleste af mine tabletter for overskuelighed og plads. En del er kommet i bøtter med gult låg. De kommer fra klinikens depot, på samme måde som hakkekød kommer fra køledisken.

Andre tabletter er pakket i de små rør vi sender indsender urin til albumin/kreatinin i. De kan lige have 10 furix 40 mg, eller 6 stk sumatriptan 50 mg i blisterpakning.

Blister pakninger bruger jeg fortsat til antibiotika. Det er nemmest at udlevere tilklippede blisterpakninger end at hælde tabetter op i en pose og markere denne.

Ampuller

Bricanyl, NSAID og morfin er ofte brugt. Resten bruges en gang årligt eller sjældnere.



Telefonen

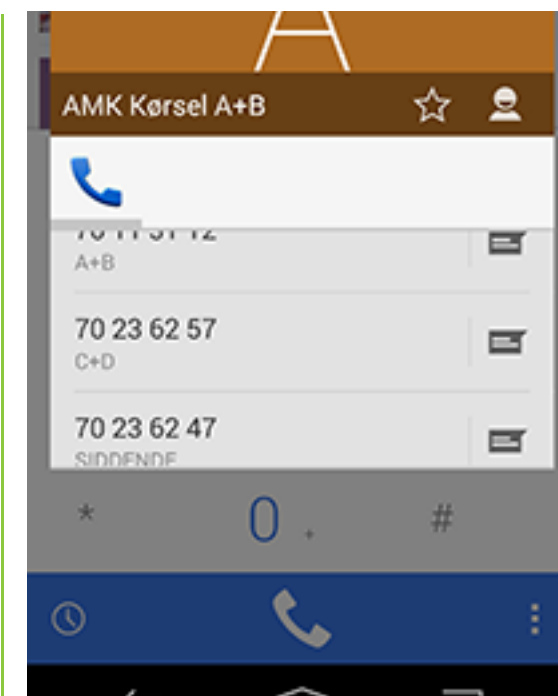
Der er behov kommunikation på specielt korevagterne.

Jeg har lavet kontakter i min telefon: Visitation som så har samtlige visitationnumre i regionen. I region Midt er der et velfungerende central visitation i Silkeborg/Viborg.

AMK som har de 3 numre for A+B, C+D og siddende transport. Så er det altid nemt at finde nummeret, og det fylder ikke voldsomt i telefon bogen.

I princippet kan man lave tilsvarende for hjemmeplejen, og bagomnumre til speciallæger til dagtiden osv. Det er helt fantastisk at have alle numrene med sig ind til patienten, så man ikke skal ud i taxaen og slå nummeret op.

Husk et ekstra USB-kabel til telefonen. 4 times ked-somhed på landevejen på en 8 timers vagt dræner hurtigt batteriet. Jeg har ikke oplevet at chaufføren ikke har USB udgang i en nyere taxa.








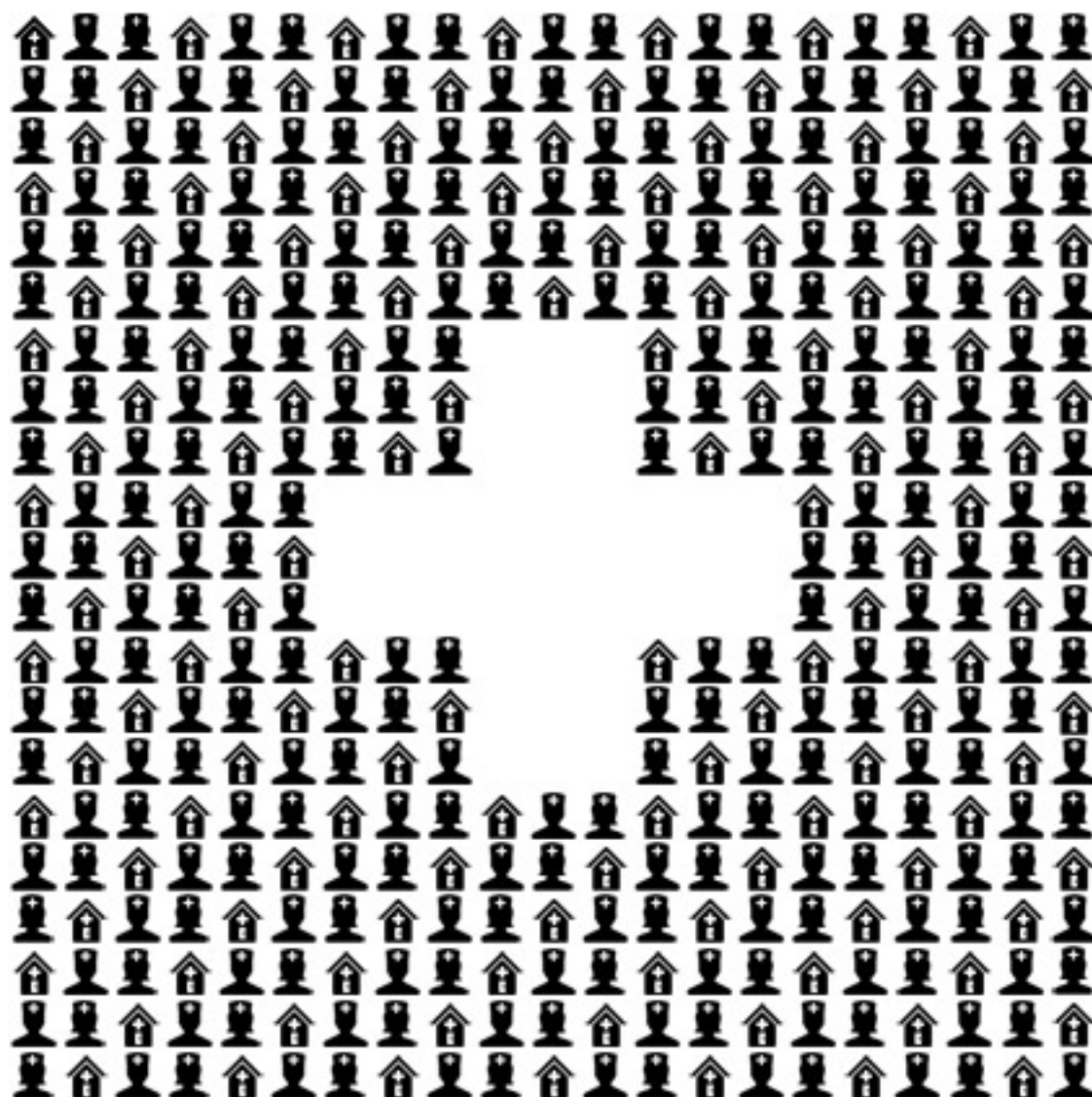
+ Type af praksis

Fra uddannelse og på vej ud i egen praksis

Claras første opgave er at få afklaret med sig selv, hvordan hendes drømmepraksis ser ud. Derfor har hun besluttet sig for at tage på rundvisning hos 3 forskellige praktiserende læger, for at høre dem om deres hverdag og hvad der har haft betydning for dem i deres valg af praksis:

-  Claras besøg hos en **sololæge**
-  Claras besøg hos en **samarbejdspraksis**
-  Claras besøg hos en **kompagniskabspraksis**

Efter sin rundtur sætter Clara sig ned og laver et prioriteringsskema, hvilket hjælper hende til at få klarhed over, hvilke aspekter, som betyder noget i forhold til hendes fremtidige valg af praksis, og hvad der betyder mest for hende værdimæssigt.



Hvor langt må der være til praksis?

"Kort køretid på arbejde gør, at man tager arbejde med hjem. Det er prisen og omkostningerne, men også en enorm rigdom."

"Kort transporttid kan være et positivt afbræk fra arbejde og til den private setting. Man kan lige nå at omstille sig, når den anden fx henter børn."

"Det var en prioritet for mig at have max 20-25 min. på arbejde, selv om mulighederne for at få det, jeg gerne ville, var meget begrænsede i mit lokalområde."

"Der var en enorm frihed i, at jeg kunne køre fra praksis og blot lade tingene blive liggende. På den måde havde jeg fri, når jeg var hjemme."

Skal du være landsbylæge?

"Der er mange fordele ved være landsbylæge. Der er kort vej til samarbejdspartnerne, der er et helt særligt patientklientel med kendte familierelationer, og du, som praktiserende læge, deltager i lokalsamfundet som en offentlig person. Der er altså et meget stort tillidsforhold mellem læge og patient."

"Det er en enorm stor fordel at kende lokalsamfundet."

"I starten var det angstprovokerende, men nu skræmmer det mig ikke at bo i den samme by, hvor jeg arbejder."

"I min fase 3-stilling boede alt personalet i samme by som patienterne, men nu bor ingen i samme by som patienterne - og jeg kan tydeligt mærke forskell!"

Skal du være bylæge?

"Det er vigtig, at det er en tilpas stor by, således at hele børnehaven ikke kender lægens familie."

"Jeg ville ikke bo i samme by, som jeg har praksis i, for det var slet ikke mig at få et-eller-andet at vide, før jeg skulle ud at handle, og man så møder patienten bagefter nede i Super Brugsen. Der giver mig kun dårlig samvittighed."



+ Vejen til: Solopraksis



Clara er på besøg hos Henrik, som lige har købt sin egen solopraksis.

Henrik forklarer, at for ham har det betydet rigtig meget at være selvstændig erhvervsdrivende. Han havde ikke lyst til at bruge megen tid på en masse møder, men ville gerne, at der var kort vej fra idé til handling.

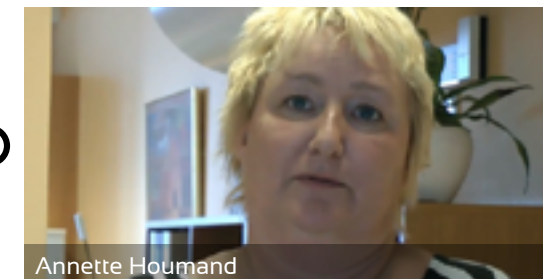
Han bestemmer selv over sin arbejdstid, hvornår der afholdes ferie, kurser m.m. - alt sammen giver en følelse af total frihed/medbestemmelse over eget arbejdsliv. Imidlertid er man i en solopraksis helt sin egen, og det giver sårbarhed over for f.eks. langvarig sygdom.

I modsætning hertil følte Henrik, at han ville være "bundet op af fællesskabsforpligtelser" i en kompagniskabspraksis.

Endvidere betyder det rigtig meget for ham, at han er patienternes "egen læge". Som sololæge føler Henrik, at han har det fulde overblik over alle sine patienter. Det er altid ham, som læser/godkender epikriser og blodprøver. Det er ham, som ser patienten (muligvis med hjælp fra en sygeplejerske), og som iværksætter alle relevante behandlinger og udredningsforløb. På den måde har Henrik hurtigt fået et meget tæt forhold til alle sine patienter.

Prioriteringsskema

Her fortæller praktiserende læge Annette Houmand om, hvordan det er at være sololæge i Slagelse. Det er langt fra så ensomt og isoleret, som mange måske tror.



Annette Houmand

Skal du være sololæge?

"Jeg er imod møder med en løs dagsorden uden klart resultat. Det føltes som om, at man blot mødes af pligt. Hvis jeg kom ind i et set-up med mange møder, skulle jeg bruge meget energi på at få det op at køre. Fordele ved at sidde i et stort lægehuse var lige pludselig ikke så mange."

"Den frihed, der tilsyneladende er i et kompagniskabshus, finder jeg ikke så fri, for man bliver bundet af sine aftaler - de er så stramme, at det føles bindende. Hvis der fx er sygdom, kan man risikere at få en langt større belastning i et halvt kørende lægehus end som sololæge."

Fakta, solopraksis

I en solopraksis er der kun 1 almen praktiserende læge; alle patienterne i praksis er tilknyttet denne læge. Alle udgifter og indtægter er den praktiserende læges. Der kan sagtens være personale og uddannelseslæger ansat i praksis.



+ Vejen til: Samarbejdspraksis



Clara er på besøg hos Jette, som har købt sig ind i en samarbejdspraksis. For Jette har det været afgørende at have sine helt egne patienter, særligt den tætte kontakt med hver enkelt patient var altafgørende. Men samtidig syntes hun, at det ville være rart at have kollegaer både til faglig sparring, det sociale samvær i dagligdagen og til deling af nogle af udgifterne.

I Jette Willendrups samarbejdspraksis deler man udgifterne til fælleslokaler, som fx venterum og sekretariat. I princippet kan samarbejdet praksis imellem dække alt fra leje af lokaler over papirindkøb til personalelønninger. Jo mere personale, man deles om, jo mere enig er man blot nødt til at være - også om det faglige i de enkelte praksis, uanset om samarbejdet foregår ml. 2 eller 10 praksis.

For Jette har det også haft stor betydning, at der er et nært lægefælleskab praksis imellem, hvor de kan lave aftaler omkring pasning af hinandens patienter ved ferie, kurser eller andet.

Prioriteringsskema

Her fortæller praktiserende læge Jette Willendrup om, hvordan hendes vej til samarbejdspraksiskøbet var præget af en stor grad af tilfældighed.

Valget faldt på et sted med god stemning og lyse lokaler - hvor hendes mavefornemmelse var helt rigtig.



Skal du ind i en samarbejdspraksis?

"Nej tak til et småkommunistisk fælleskab - ja tak til en mindre enhed med kortere kommandovej og en enklere struktur. Der er omvendt længere til en kollegas sparring. Mindre biks, få ledere."

"En overvældende oplevelse i en kompagnipraksis med alt for mange patienter betød, at jeg ønskede mig et sted hen, hvor jeg kunne overskue patienterne."

"Jeg ville gerne have et sted, som jeg kunne bygge op fra bunden - og jeg havde faktisk noget på hånden - men så endte vi her, hvor lokalerne var i orden, og hvor der var instrukser osv. Der var vigtigere, at der var villighed til at prøve noget nyt, for når man har små børn, og man er nystartet, tager ting bare lang tid, så alt i alt var det faktisk helt i orden at overtage noget, der fungerer. Det har jeg omvendt betalt for."

Fakta, samarbejdspraksis

2 eller flere praktiserende læger er gået sammen om at dele en eller flere af udgifterne forbundet med at drive praksis, fx udgifter til lokaler, kontorartikler, it/telefoni og/eller aflønning af fælles personale. Patienter er fortsat kun tilknyttet én enkelt læge og indtægterne fra den enkelte patient tilfalder dennes læge.

Fakta, delepraksis

Når man er flere om at dele ét ydernummer, har man en delepraksis. Typisk vil det være 2 læger, som deler ét ydernummer, og derfor kun må arbejde halvtid hver især. De praktiserende læger må ikke være på arbejde samtidig, og deler på den måde ansvaret for det fælles antal patienter, der er tilknyttet dem.

Delepraksis kan forekomme både som del af solopraksis og som del af et kompagniskab. Hvis man er 2 om dele ét ydernummer, er det en solopraksis, men arbejdsformen er som hos et kompagniskab, hvor lægerne indbyrdes skal være enige i patientbehandlingen og deler indtægter og udgifter.



Vejen til: Kompagniskabspraksis



Clara er på besøg hos Rikke, som har købt sig ind i en kompagniskabspraksis. Rikke fortæller, at det for hende var meget vigtigt at have lægekolleger i sit arbejdsliv. Hun følte, at det at have lægekolleger at sparre med fagligt i det daglige var altafgørende.

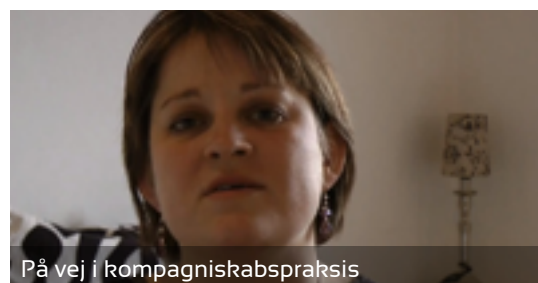
At være flere praktiserende læger sammen giver ifølge Rikke gunstige udviklingsmuligheder i forhold til at kunne fordele de administrative og faglige opgaver imellem sig, således at kompagniskabet hele tiden er opdateret om sidste nye viden og på retningslinjer.

For Rikke betød det enormt meget at finde et kompagniskab, hvor stemningen var god både blandt lægekollegerne og de ansatte. Det var desuden meget centralt for Rikke at de havde udarbejdet et fælles værdigrundlag, som hun kunne tilslutte sig.

Når der er flere kollegaer, er der også mulighed for at fordele åbningstiden af praksis mellem sig, således at ikke alle lægerne er bundet til at blive i praksis til lukketid hver eneste dag.

Prioriteringsskema

I dette videospot fortæller fire (praktiserende) læger om deres vej ind i en kompagniskabspraksis i Ringsted.



Skal du ind i en kompagniskabspraksis?

“Det er et paradoks mellem at kende den enkelte patient som kernekompetence, og at sidde flere læger sammen, hvor man deler sine patienter. Det er både paradoksalt for læger og patienter, men omvendt giver det nye øjne på patienten. Det stiller krav til, at man dokumenterer godt og kan planlægge et forløb på tværs.”

“Det er rart at være flere læger sammen, når man fx skal på kursus, men omvendt er der behov for mange flere møder, forbi man skal koordinere imellem kollegaer.”

“Det kan være positivt at have erfarne kollegaer fra starten med hver deres spidskompetence.”

“Jeg ville gerne i kompagniskabspraksis, hvor man er flere sammen og har et fagligt fællesskab, så der ikke bliver tomt. Jeg bliver ensom af at være alene. Rent geografisk har jeg transportgrænse til praksis på max. 30 min.

“Mit ønske var at finde en kompaniskabspraksis, hvor man kan stimulere hinanden og dele opgaver imellem sig. Der skal være en nærhed til patienterne, hvor man kan vikariere for hinanden og stadigvæk kende hinandens patienter. Min ønskestilling rummer frihed til andre ting, fx praksisudvikling og tid til forskning m.m.”

“Vi er helt forskellige typemæssigt – og det er rigtig godt rent kollegialt, for så har vi ikke for meget fælles privat; vi snakker sammen og har god kemi.”

“Min største bekymring er at brænde ud, og derfor har jeg købt mig ind et sted med flere læger, da det giver mig fritid.”

Fakta, kompagniskab

2 eller flere læger er gået sammen om at dele alle indtægter og udgifter, samt er fælles om alle patienterne. Patienterne er derfor officielt tilknyttet et lægehus/klinik, og ikke den enkelte læge. Hvordan indtægter og udgifter deles lægerne imellem bestemmes i det enkelte kompagniskab, og kan dække alt fra solidarisk ligheddeling til div. beregningsmetoder på tid/antal patienter mm.



+ Vikar/fastansat speciallæge

Vikar i praksis

Man kan blive ansat som vikar i praksis, alt fra 1 dag om ugen i praksis til fuld uge i praksis, fra 1 uge til flere år. Der foreligger et forslag til en vikarkontrakt på PLOs hjemmeside, og dagtaksten er fastsat til 0,28 procent af det forudgående regnskabsårs nettoindtægt ganget op med den korrektionsfaktor, som fremgår af honorartabellen.

Men husk at aftale forhold som ferie, feriefridage, ret til barns 1. sygedag, kursusaktivitet mm. Som vikar i praksis må man ikke være til stede samtidig med den læge i praksis, som man er ansat som vikar som.

[Læs meget mere her.](#)

Fastansat speciallæge

Man kan blive ansat som fastansat speciallæge i praksis, hvis praksis har en ekstra lægekapacitet i forhold til det antal læger, man allerede er i praksis.

PLO har udarbejdet en kontrakt (denne er ikke efter overenskomst med YL), og både du og praksis skal være opmærksom på, at der kan være problemer, hvis du bliver syg i en længere periode eller skal på barsel.

[Læs meget mere her.](#)

Sådan finder du et vikariat

På [ugeskriftet.dk](#) findes vikarlisten/praksisbørsen, hvor du kan holde dig opdateret. Derudover går den slags ofte fra mund til mund, og det kan være svært, når man er ung i specialet og ikke har så mange kontakter. En mulighed er at spørge din tutorlæge om vedkommende vil sende en forespørgsel rundt i sit netværk.

Du kan også lægge et opslag på Facebook. Her er der flere muligheder: [FYAM's Facebookside](#) (Forum for Yngre Almenmedicinere), [FYAM Midtjylland](#) og [FYAM Sjælland](#) har også egne Facebooksider.

Desuden er der en lukket, national Facebook-gruppe, der hedder [Vikariater, salg, etablering og køb af praksis](#).

Endelig er en mulighed at sætte en annonce i Practicus (DSAM og FYAM's medlemsblad), som mange praktiserende læger læser.

Gode råd

- Prøv forskellige praksistyper af som vikar.
- Mærk efter i maven!
- Lav en prioriteringsliste over, hvad der er vigtigst for dig
- Husk at komme med i en netværksgruppe allerede i fase 3, hvor I kan bruge hinanden til at spare med
- Tag vikararbejde for at mærke stemningen i huset.



+ Mentorskab

Udarbejdet af Birgit Signora Toft & Steen Hildebrandt

Mentorskab

I det græske epos Odysseen berettes om kongen og krigeren Odysseus, der skulle gå mange prøvelser igennem, før han efter 20 år i gudernes vold kunne komme hjem til sit Ithaka, sin søn Telemakos og sin elskede hustru, Penelope. Før afrejsen for at kæmpe i den trojanske krig havde Odysseus betroet sin ungdomsven Mentor at passe på sønnen Telemakos og den ombejlede hustru Penelope. Mentor var ikke blot en ældre ven til Odysseus, men også hans tætte rådgiver. Dette forhold har lagt fundamentet for begreberne 'mentor' og 'mentorskab'.

Alle mennesker har mødt et andet menneske, der igennem samtale og samvær har fået stor betydning for én. Det kan være en lærer, en leder eller en chef. En sådan person kan kaldes for en mentor. Mentorskab er meget vigtigt og værdifuldt i de kommende års organisations- og lederudvikling, og det er noget fundamentalt afgørende i menneskers personlige og faglige udvikling. Der findes meget stor mentorressourcer derude, som endnu ikke er udfoldet og udnyttet.

Der er noget paradoksalt over fænomenet: Mennesker kan yde meget mere, end de praktiserer. En mængde kompetencer, erfaringer og indsigter kommer ikke til udfoldelse. Noget af dette potentiale kunne blive udfoldet gennem mentorskaber.

Det er aldrig for sent at få en god samtale om den side af sig selv, der vender ud mod andre mennesker, og mentorordning er derfor ikke blot for nynedsatte praktiserende læger, men også for læger i den mere modne alder.

I den komplekse hverdag præget af it-baserede kommunikationsløsninger, er der en fare for, at man glemmer noget af den viden, der kun kan overføres mellem mennesker. Der er et stigende behov for samarbejde, udveksling og forståelse, da det er en forudsætning for at løse de stadig mere komplicerede opgaver sammen. Ingen passer længere kun sit – der er behov for bedre kontakt mellem mennesker.

Hvorfor mentorordning?

Mentorrelationen er et gensidigt forhold, som begge parter skal have udbytte af. For menten kan det handle om at blive set og lyttet til, at blive respekteret som person og at få den hjælp, som relationen er bygget op omkring, fx udfoldelse af potentiale, udvikling af personlige egenskaber og modenhed, hjælp og støtte til at gennemgå en forandringsproces.

For mentoren kan det være glæden ved at se et andet menneske udfolde sig, at få indsigt i de yngres verden, at blive holdt ajour, at få styrket personligheden og få bekræftet værdien af det, man ved.

Mentorskab er bygget op omkring mentens behov, og derfor er der naturligvis størst opmærksomhed på, om menten få det udbytte, som han/hun ønsker. Menten har hovedansvaret for, at relationen fungerer, som den skal, men det kan den kun, hvis der er en nødvendig gensidighed og interesse til hinanden til stede.

Forudsætninger

Det er mentens behov, der igangsætter en mentorrelation, men der er en række forudsætninger for, at en mentorordning kan udvikle sig positivt. Der skal fx være et klart mål for ordningen, og de rette personer skal udvælges til at være tovholder, mentorer og menter.

Mentorskab kræver indfølelse, indsigt, situationsforståelse, intuition. Mentorskab er noget, man skal nærme sig med ydmyghed, men omvendt ikke noget, som man af den grund skal være bange for at arbejde med, når blot man gør det med de rette intentioner og hensigter – når både hjertet og hjernen er med.

Samtalekultur

Læring er centralt i forbindelse med alt mentorskab, men selve relationen mellem de to mennesker, mentor og mentee, har en værdi i sig selv. En samtale mellem en mentor og en mentee er en rummelig dialog mellem parterne, hvor man kan mærke hinandens kærlighed hensigt i mødet; samtalen er refleksions- og opdagelsesrum.

Faglig udvikling: Ledelse

At udvikle sine lederegenskaber er at udvikle sine personlige egenskaber, fx evnen til at skabe forbindelse med andre mennesker, evnen til at tage ansvar, evnen til at regulere sig selv, evnen til at være omsorgsfuld over for andre, evnen til at handle til gavn for helheden, evnen til at inspirere og motiverer samt evnen til at skabe og fastholde en vision.

En leders vigtigste indsats for at blive og forblive en god leder er derfor rettet mod opnåelsen af disse kompetencer. Som praktiserende læge får du fra første dag ledelsesansvar for en gruppe mennesker.

Her kunne en mentor være til stor hjælp til at sætte fokus på samtalen, så den kommende leder selv kan anvende samtalen som et værktøj i sin egen lederrolle. En anden grund er, at en mentor kan være med til at identificere og forbedre den kommende leders svage sider.

En tredje grund er, at en mentor kan træne den kommende leder i at stille de vanskelige, men nødvendige spørgsmål, der må stilles som leder, herunder at øve sig i at fornemme kroppens reaktioner på vanskelige og direkte spørgsmål – at opdage et væsentligt supplement til den sproglige kommunikation.

En sidste grund er, at den kommende leder får mulighed for at træne sin opmærksomhed over for sine omgivelser og være nærværende.

Personlig udvikling

Den personlige udvikling omhandler, at vi som mennesker lærer os selv bedre at kende, bliver bedre til at mærke og forholde os til ærlighed og kærlighed, lærer at prioritere i livet og bliver bedre til at handle efter vores værdier og overbevisninger.

Mentorskab bygger på noget, der allerede er til stede hos menten, nemlig viden, erfaring og indsigt, men ofte er disse kompetencer skjulte og usynlige, fordi de ikke bliver brugt aktivt. Mentorskab kan derfor uden de store forkromede løsninger anvendes til personlig udvikling.

Princippet om livslang læring kan fremmes gennem udvikling af en mentorkultur, fordi der i mentorskabets praksis er basis for fordybelse og refleksion – ingredienser, som er en forudsætning for læring, og som sætter fokus på de mennesker, der arbejder i praksis allerede.

Idéen er at påvirke hverdagen gennem en samtalekultur, der karakteriserer mentorskabet og –kulturen. Mentorkulturen bliver således en holdning og en adfærd i praksis – og dermed en del af hverdagen, hvor det i begyndelsen måske snarere opfattes som et værktøj eller et redskab.



+ Mentorskab

Udarbejdet af Birgit Signora Toft & Steen Hildebrandt

Flere intelligenser i spil

Mentorskab kan være det initiativ, der accelerer tilgangen af andre intelligenser end rationel viden, som fx følelsesmæssig intelligens. Mentorer, der fx besidder en særlig eftertænksomhed, kan derfor tilføre en humanistisk dimension til menten.

I læringsammenhænge er det afgørende at skabe rammer for samtale og øjeblikke af høj intensitet. Psykologen Marshall Rosenberg har udviklet en særlig form for udviklende kommunikation, der fokuserer på medfølelse: Girafsprog – der kommer lige fra hjertet og kræver overblik. Giraffens modsætning er sjakalen, der taler et ulvesprog, som er på vagt, søger modsætninger, angriber og går i forsvar. Først når der er skabt en medfølelse mellem parterne, kan der læres.

Princippet består primært i at rette opmærksomheden mod fire elementer: Hvad vi iagttager, hvad vi føler, hvad vi har behov for og hvad vi anmoder om.

En lærende alliance, der åbner for talent

En mentorrelation er en særlig form for dialog. Det er en ligeværdig samtale, der er præget af hjælpsomhed, og som et særligt kendetegn producerer den læring frem for at informere, konfrontere eller noget helt tredje.

Samtalen er således mere end det emne, der tales om, og mere end de personer, der samtaler. De samtalendes bevidsthed og refleksion flyttes med ind i det unikke fællesskab – det fælles tredje element – som kun opstår, fordi der er to mennesker til stede.

En synergi skabt af dialogen opstår – The place of spirit – og man kan opleve en udvidelse af sig selv, som om man slutter dér, hvor den anden begynder.

For at samtalen kan udvikle sig til en dialog frem for en diskussion, er der behov for at suspendere automatreaktionerne for at stund, at give mulighed for at vi selv eller den, vi er i dialog med, kan komme med flere tanker og udsyn. Det giver mulighed for at vandre i samtalen matrix, hvilket igen giver større fordybelse og udbytte.

Den vertikale akse angiver, om samtalen er reflektiv og fri, eller om den er reaktiv, om parterne reagerer direkte på hinandens udsagn. Den horisontale akse viser, om samtaleparterne er fælles og sociale i deres orientering, eller om de er ene og forankret i deres egne standpunkter.

Forløbet i en samtale kan i princippet føre fra konversation til flow-tilstanden, men modellen skal forstås således, at et felt ikke kan springes over: En vigtig pointe er, at når man bevæger sig fra et rum til et andet, er der noget, man efterlader.

1. Konvention/konversation.

Begge parter holder sig til konventionerne og agerer høfligt indledningsvist. Efter noget tid er der behov for at snakke om andet end vejret.

2. Modstand/diskussion/debat.

Det er her, at samtaler går over i diskussion eller debat – her træder den enkeltes synspunkter frem, og parterne træder i karakter. At synspunkter brydes, og vi tvinges til at formulere dem skarpt betyder, at vi bliver klar over, hvad vi står for. Friktion giver klarhed, men skarpt optrukne synspunkter kan også medføre, at vi ingen vegne kommer.

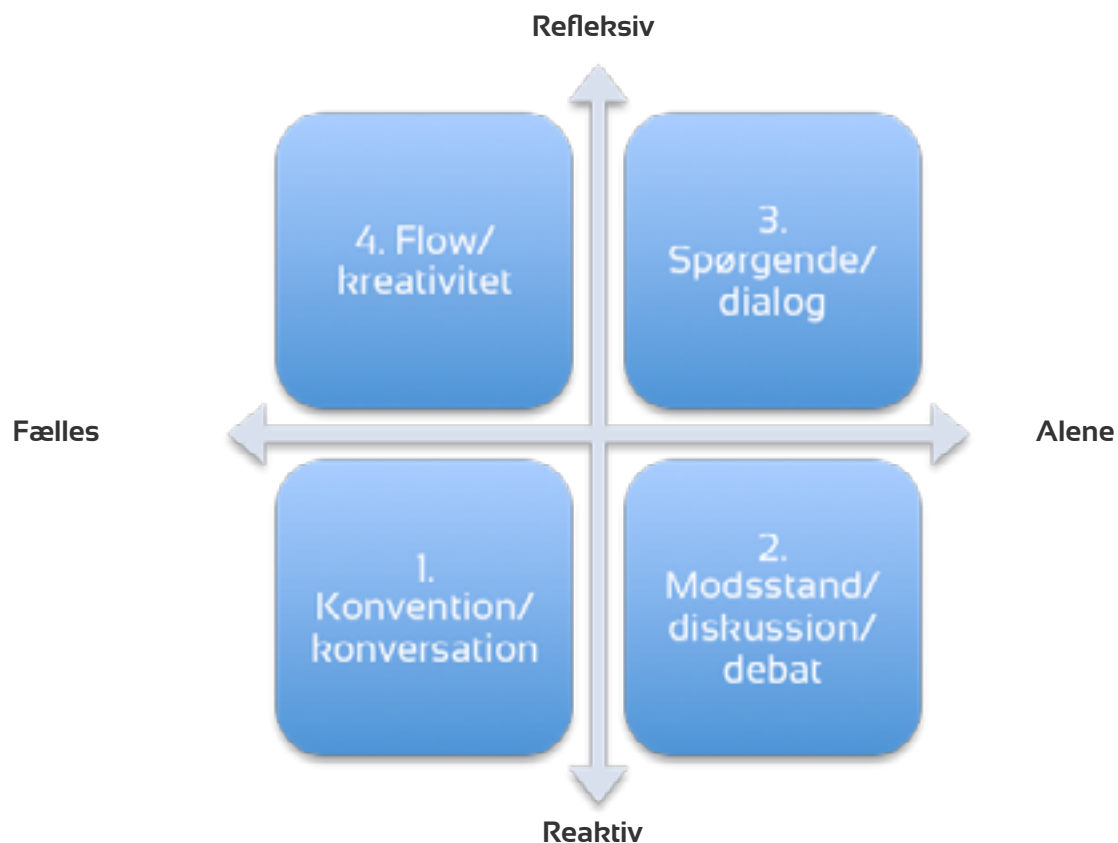
3. Spørgende/dialog.

Når debatten er kørt fast, er det nødvendigt at suspendere egne holdning og tænke med i stedet for mod samtalepartneren. Dialog kræver uafhængige mål og resultater, samt tid og rum til at parterne kan afsløre, hvorfor de tænker og mener, som de gør. Vi er stadig alene her, vi er bevidste om vores egne synspunkter, men vi har lagt mentalt afstand til både egne og samtalepartnerens idéer. Vi har frigjort os og kan tænke reflektivt i stedet for kreativt. At reflektere sammen kræver derfor, at vi lader gamle allerede tænkte tanker træde til side og giver plads til nye tankers opståen.

4. Flow/kreativitet.

Når problemstillinger overskrides, når noget helt nyt kommer ud af en samtale, er vi på kanten af det, man kan kalde flow-tilstanden. Der, hvor vi glemmer os selv og bliver optagede af det, vi gør lige nu.

Ved at indgå i mentorrelationer kan vi få bragt de blinde, skjulte og ukendte sider af os selv op til overfladen - og dermed blive bevidste om disse sider. Aktiv lytning er en væsentlig forudsætning for at konversation dirigeres over i retning af dialog. Essensen i mentorrelationen er tilstedeværelsen, også uden at reagere på alt.





+ Mentorskab

Udarbejdet af Birgit Signora Toft & Steen Hildebrandt

Matching af mente og mentor

Der er meget energi i de forhold, der opstår tilfældigt eller ud af et privat initiativ og behov. Det er de relationer, vi hører om, når mennesker fortæller om mødet med en person, der har været afgørende for fx deres valg af profession, eller som på anden måde har haft betydning for deres liv.

Når man begynder at overveje at søge støtte eller hjælp hos en mentor til sin personlige eller faglige udvikling, er der som regel en væsentlig årsag til det. Det kan være faglige udfordringer, karrierevalg eller -skift, et ønske om at blive bedre til kommunikation – for blot at nævne nogle få. Ofte er det, man har brug for hjælp til, ikke klart formuleret, og derfor kan det være svært at få øje på en mentor lige med det samme.

I denne afklaringsfase kan det være en god idé at begynde med at fortælle en person, man har et fortløbet forhold til, hvilke tanker man har om problemstillingen. I det øjeblik man får formuleret sine tanker og forhåbentlig også får lidt respons, sker der ofte det forunderlige, at vejen bliver éns egen, den bliver bredere, den er sjovere at gå på, man kan se, at den fortsætter, men ikke nødvendigvis, hvor den ender. Det er i kontakten med andre mennesker, at der sker noget med én selv.

Det kan være nødvendigt at snakke med flere mennesker, inden man finder en person, man kan kalde for sin mentor. Vær udholdende i denne fase. Den person, man har udset sig som sin mentor, kan man kontakte med det ene formål at bede om hjælp. Hvis man er i tvivl om, hvordan mentorforløbet skal organiseres, kan det være en god idé i begyndelsen at fastlægge en fast mødekrekvens og -længde. Det kan også være hensigtsmæssigt at aftale en tidsramme for hele forløbet.

Denne energi må ikke dø, og derfor er der behov for at strukturere mentorordning og tage nytte af netop den energi, der kan opleves i de mere uformelle relationer. Der er mange måder at etablere mentorrelationer, og der er tilsyneladende ingen måde, der er mere rigtig end andre. Det væsentlige er, at den måde, man har valgt, er gennemtænkt og passer til de mentorer og mentorer, man arbejder med.

For at kunne sætte et succesfuldt mentorskab i scene, er det vigtigt, at de respektive roller i relationen bliver besat af de rigtige personer. Det drejer sig om mentoren og menten. På disse sider vil kun sidstnævnte blive gennemgået. [Læs mere om mentoren under fase 6](#)

Mentor

Mentor skal helst melde sig frivilligt. For et udviklingsprogram, der er i god overensstemmelse med den enkeltes egen personlige situation og udvikling, vil have de bedste forudsætninger for at forløbe på bedst mulig vis.

Det kan være en udfordring for mentorerne at håndtere den opmærksomhed, som er forbundet med, at de har meldt sig som interesserede i en mentorrelation, eller at de evt. er blevet opfordret til at melde sig, fordi de har et særligt potentiale.

Mentor skal forberedes på den personlige relation og især på, at det er menternes ansvar at få det ud af relationen, som er målet.

Forventninger og forpligtigelser

Hvordan kan en mente vide, hvad han/hun kan forvente af en mentorrelation? Det er i selve mentorrelationen, at vedkommende bliver bevidst om, hvad

det vil sige at være mente. Derfor vil mentorkompetencen vise sig, efterhånden som erfaringer og praksisser bliver større. Det er en fordel ikke at forvente for meget af mentoren, for der er mange forskellige måder at være mentor på – lige så mange, som der findes forskellige personligheder – og mentorens rolle er som bekendt at være et spejl.

Som udgangspunkt må en mente forvente, at han/hun:

- Bliver udfordret
- Bliver behandlet med respekt
- Møder tillid
- Kan tale frit om alle emner
- Lærer af processen og af mentor
- Lærer af praksiseksempler
- Lærer af sine fejl
- Bliver lyttet til
- Bliver opmærksom på egne relationer
- Bliver vejledt
- Bliver støttet og opmuntret
- Udvikler større selvtilid
- Får støtte til sin karriereudvikling

Den grundlæggende gevinst for menten er at møde en person med empatiske evner, der kan lette vejen til at nå det eller de mål, som menten har sat sig.

Der er imidlertid også en række forpligtigelser, som menten må påtage sig:

- Være engageret i processen
- Lade sig udfordre
- Være aktiv i udviklingsprocessen
- Se læring som en kontinuerlig proces
- Gøre fremskridt
- Eje processen
- Lytte

Kontrakt

Om der skal etableres en kontrakt mellem de involverede parter, afhænger af, hvor bureaukratisk man går til værks. En kontrakt skal sige noget om, hvad målet med den konkrete mentorrelation er, og hvilket overordnet formål mentorrelationen tjener.

Tavshedspligt er naturligvis en forudsætning for at opretholde en mentorrelation.

Eksempel på en mentorkontrakt

+ Mentorskab

Udarbejdet af Birgit Signora Toft & Steen Hildebrandt

Mentorskabets faser

Som i alle gode fortællinger, varierer også et mentorforløb typisk over det samme tema, der består af: En begyndelse, en mellemperiode og en afslutning.

I mentorskabets natur ligger en visdom, som man skal anstrenge sig for at få adgang til. Udvikling på den personlige plan er ikke at blive strøget med hårene. I livskriserne ligger de store udviklingspotentialer, og når man er igennem den værste tid, vil de fleste mennesker erkende, at de er forandret i krop og sjæl – har fået en dybere indsigt. Kort sagt: Udvikling tager tid. Timing er vigtig.

Begyndelsen (initiering)

I begyndelsen er en mentorrelation ofte præget af usikkerhed. Mente og mentor skal finde hinanden, og det kræver ressourcer og tager tid for alle parter.

Mentor kan i starten vise vejen for etablering af relationen, men det må snarest herefter blive mentens ansvar at finde tid og sted for møder og samvær.

På det første møde skal de to lære hinanden at kende, og det er vigtigt, at der ikke er andre formål end at mødes og fortælle historier om sig selv. På de efterfølgende møder begynder afklaringen af, hvad formålet er, og hvad forventningerne er til hinanden. Det skal også aftales, hvor og hvordan man vil mødes, og hvor længe møderne skal vare. Og ikke mindst skal det fastlægges, hvad dagsordenen skal være. Hvis dagsordenen er fri, skal det være aftalt.

Tovholderen kan også være den, der tager sig af introduktionen til mentorforholdet. Da bliver det tovholderens, der er med til at bestemme begyndelse, mellemperiode og afslutning.

Startfasens længde kan variere fra et enkelt møde til nogle få.

En tjekliste til de første møder kan tjene som inspirationskilde:

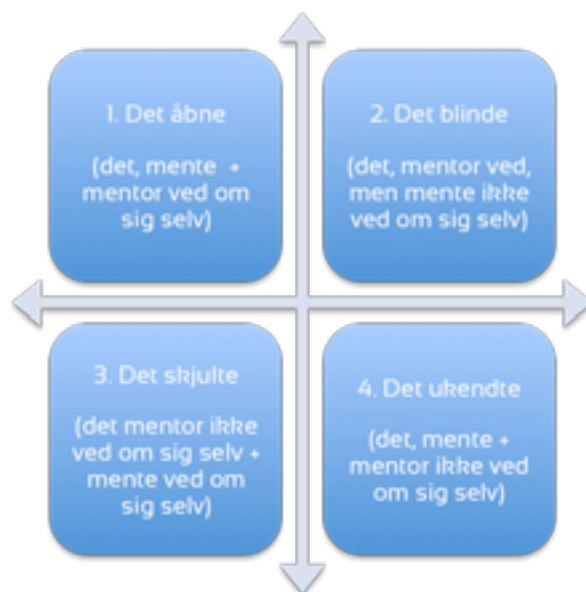
- Hvor skal vi mødes?
- Hvor lang tid skal mødet vare?
- Hvad vil vi gerne vide om hinanden?
 - o Socialt (hidtidige jobforhold, hjemlige forhold, fritidsinteresser)
 - o Jobambitioner (tilfredshed, karrieremål, succeser, visioner)
 - o Udviklingsmål (ønsker til nuværende og fremtidigt job, hjælp)
- Hvad vil gøre denne relation tilfredsstillende og gensidigt nyttig?
- Hvilke forventninger har vi til hinanden (værdier, regler, kontrakt)?
- Hvad prioriterer vi højt?
- Hvor og hvor ofte skal vi mødes fremover?
- Skal vi have en dagsorden for det næste møde?
- Er der nogle områder, vi skal arbejde på?

Mellemfasen (udvikling)

Efter afklaring af mål, og når menten er klar til at arbejde dybere med sin egen proces, er det tid til at få sat den strategiske dialog på dagsordenen og arbejde med at nå det mål eller den tilstand, som de to har aftalt. Her må mentor på banen og være med til at holde mente fast på den udvikling, som er i gang, og hjælpe med at fokusere på det mål, de har aftalt.

Mellemfasen er den mest afgørende i mentens udvikling, for det er her, der for alvor bliver sat fokus på sammenhæng i følelser, tanker og handlinger. Der er brug for alle dele af mentorens kompetencer i denne fase, for det er udfordrende for menten at opdage nye sider af sig selv.

Det er ikke kun de positive sider, der bliver afdækket i en tæt mentorrelation, fx handlekraft, mod og udadvendthed. Det er også de mørkere sider, fx lyst til magt, afmagt, angst og had – det kan forskrække, hvis menten ikke er forberedt på at få lukket op til de blinde kroge, jf. Johari-vinduet.



Den mellemste fase er den afgørende af de tre faser, og den stiller krav til mentorens tålmodighed, for det er her, at der er stor risiko for 'et skridt frem og to tilbage'. Det er et naturligt forløb i en udviklingsproces, og det skal mentoren være forberedt på.

Det er også i denne fase, at mentoren kan falde for fristelsen til at sætte sig selv og sin egen person på dagsordenen.

Det er nemt at komme med gode råd og fortælle, hvad man selv gjorde i en tilsvarende situation. Måske er det svært at udholde at se menten fortvivlet, handlingslammet eller passiv, men det er nødvendigt for menten at gennemføre denne fase i sit eget tempo.

Mentor skal bare støtte og være tålmodig og mest af alt være medfølelse, fordi det giver adgang til mentens følelser og løser dermed op for den fastlåsthed, som menten kan føle, at han/hun sidder i.

Mentorens fornemste opgave er at holde bolden på mentens banehalvdel.

Afslutningen (separation og redefinering)

Alle forment arrangerede mentorrelationer bør evalueres undervejs eller ved afslutningen for at vurdere, om mentorrelationerne giver det resultat eller den tilfredshed, som man ønsker at opnå.

Der er en stor mængde inspiration at hente i tilbagemeldingerne, så man kan justere eller ændre på initiativet eller for den sags skyld stoppe det, hvis der kommer dårlige evalueringer.

Det er vigtigt med en formel afslutning på mentorforholdet, så begge parter er klar over, at der nu er sket en ændring af forholdet. Efter mentorrelationen formelt er ophørt kan det udvikle sig til et venskab eller til gensidig støtte, og her er samtidig udgangspunktet for etablering af en ny mentorrelation.

Det kan være en idé at føre logbog/dagbog, da det kan være et redskab til at fastholde mentens (og måske også mentorens) tanker undervejs i processen og mellem møderne med mentoren. Logbogen kan også være til støtte i evalueringsfasen, da menten her kan hente relevante oplysninger frem. Men logbogen er en privat sag, som ingen andre har adgang til.



Fase 4

Lægevagt

Praksistyper

Solopraksis

Samarbejdspraksis

Kompagnispraksis

Vikar/fastansat speciallæge

Mentorskab

Selve praksishandlen

Kontakten til praksis

Det første møde

Det andet møde

Konsulenterne

Revisor

Advokat

Bank

Erhvervspsykolog

Sammenlægning af ydenumre

Sammenfatning

Fase 5

Fase 6

Evaluering

Vidensportal

Medicinhistorien

Om Projektet



Mentorskab

Udarbejdet af Birgit Signora Toft & Steen Hildebrandt

Evaluering

Evaluering kan bruges til løbende at korrigere et mentorprogram. Det er vigtigt, at der undervejs i forløbet bliver gjort status for at finde ud af, om programmet bevæger sig i den ønskede retning (for alle parter).

Det kan være gavnligt at tilrettelægge evalueringen efter en bestemt valgt struktur og med et bestemt formål, fx efter de tre faser nævnt ovenfor. Evalueringen er lige så vigtig en del af projektet som selve relationen, indholdet, processen og udbyttet.

Formålet med at evaluere er at få oplysninger om effektiviteten af den indsats, man har sat i gang, samtidig med at der kan være behov for justering undervejs. Derfor skal evalueringen være dynamisk og ikke kun udgives som 'post mortem'-rapport.

Den løbende evaluering er hensigtsmæssig af flere årsager:

- Det er muligt at identificere og løse problemer, der måtte opstå undervejs mellem mentor og mente.
- Der kan ske kontinuerlig tilførsel af inspiration til mentorrelationen og tovholderen for at fastholde eller øge kvaliteten af mentorprogrammet.
- Det er muligt at give feedback til ledelsen om mentorprogrammets forløb.

Evalueringen bør bestå af en løbende evaluering og en slutevaluering. Fokus bør ligge på både mentorskabets resultater og på processen. Og derudover sætte fokus på relationen mellem mentor og mente samt på indholdet af programmet.

Mentorprogrammets processer: Hvad sker der mellem mentor og mente?

- Hvor ofte mødes mentor og mente?
- Er den nødvendige tillid til stede?
- Er der en klar retning for mentorskabets forløb eller udvikling?
- Er der opmærksomhed på egen indsats?
- Er der opmærksomhed på andre uden for mentorrelationen?

Mentorprogrammets processer: Fungerer programmet?

- På hvilken måde er programmet introduceret for mentorer og menter?
- Hvor mange indgår i forberedelse af programmet?
- Hvor effektiv var forberedelsen?
- Hvad går godt, og hvad går mindre godt?

Mentorprogrammets udbytte: Fokus på kontrakten.

- Er målet for mentorrelationen nået?
- Er resultatet tilfredsstillende?
- For mentor? For mente?



+ Mentorskab

Udarbejdet af Birgit Signora Toft & Steen Hildebrandt

Mentorskabets bagsider og faldgruber

En mentorrelation vil på et-eller-andet tidspunkt være i risiko for at blive opløst eller nedprioriteret, fordi menten eller mentor fornemmer, at der er flere negative sider end positive ved at fortsætte. Det kan derfor være nødvendigt at stoppe op og reflektere over forholdet, og måske kan netop denne proces være et afsæt til en transformation til et højere niveau i relationen. Et niveau længere ind i deres fælles projekt om mentens udvikling, eller et nyt niveau der er karakteriseret ved at menten og mentor må videre ad hver sin vej.

Et formelt iværksat mentorprogram vil tiltrække sig opmærksomhed. Ved at udvælge nogle frem for andre til at indgå i et mentorforløb kan kimen være lagt til misundelse eller en oplevelse blandt kolleger af, at mulighederne for udvikling er større for nogle end for andre. Bliver mentorforholdet for tæt og lukket, kan det give anledning til mistænksomhed og spørgsmål hos både ledelse og tovholder.

Det påhviler alle tre parter at forebygge, at nogen bliver sat ud af spillet, fx ved at sørge for god og grundig information m, hvad der foregår mellem parterne. Det kan fx være en god idé at arrangere fast møder for at hindre mytedannelse.

Mentor og mente af forskelligt køn er udsat for en ekstra opmærksomhed både fra kolleger og fra livsledsagere. Det er vigtigt at være forberedt på disse fænomener og evt. tage højde for dem i tide ved at være åben og tude tale om formålet med relationen og om, hvad der sker undervejs i møderne. Det kan overvejes at inddrage de udenforstående i et-eller-andet omfang for at forebygge eller tage toppen af misforståelser og mange fejltolkninger af formålet og indholdet, og også for at der ikke skal opstå unødige modstand mod et eller godt initiativ.

Tillidsbrud

Mentor må være særligt iagttagende over for personlige vrangsider, for det gavner hverken mente eller mentor selv, at disse vrangiser bliver udstillet. De mentorrelationer, der består af uselvstændige menter og umodne karismatiske mentorer har måske en større evne til at opleve tillidsbrud end mere jævnbyrdige mentorrelationer.

Det skyldes den ulige vægt, der er i relationen fra starten, og som kan udvikle sig skævt, hvis mentor ikke er sin opgave voksen. En svag mentor kan udnytte situationen til at presse menten igennem en udvikling, som menten måske ikke ønsker, og som snarere er mentorens værk. Mentorens stolthed kan her komme til at vokse uforholdsmæssigt gennem de resultater, som menten opnår.

De mere jævnbyrdige mentorrelationer forhindrer imidlertid den form for personlig eksponering fra mentors side, fordi mentors side, fordi mentor og mente indgår i en alliance, hvor begge har noget at byde på til gensidig udvikling.

De alt for villige mentorer

Den mentortype, der ønsker at realisere sin egen karriere gennem en mente, eller som ønsker at sætte sin egen dagsorden for menten, kan være undertrykkende og forhindre, at menten får den rigtige hjælp. Mentorer, der uopfordret tilbyder sig, har sandsynligvis gode hensigter, men hvad vil de egentlig?

Risikoen består i, at de alt for villige mentorer har travlt med at fortælle om deres egne erfaringer – hvad de gjorde hvor og hvornår, og hvad de synes, der er bedst for menten. Sådan er vi menneske også. Vi begejstres og vil gerne fortælle andre om det. Men mentoren må holde sig tilbage og undgå at overdosere, så menter kan få plads til selv at sætte dagsordenen.

En simpel forebyggelse kunne være, at mentoren tilstræber at holde sig inden for en femtedel af den samlede taletid – og vel at mærke kun taler om de emner, som menten ønsker at tale om.

En god test af mentor kunne fx være om han/hun selv har en mentor, eller om han/hun ser nødvendigheden af selv at have en mentor. En god mentor er en person, der kan erkende sit eget behov for at få hjælp og støtte. Mentorer, der bliver skuffede over, at menter vælger en anden løsning end den, mentor og menten var blevet enige om, er ikke sin opgave voksen.

Fejludvikling i mentorskabet

Der er god grund til med jævne mellemrum at overvåge mentorskabets udvikling, da de kan udvikle sig i en uønsket retning, fordi både mentor og menter er underlagt vilkår, der kan give dårligt humør, stress og på anden på påvirke adfærd. Begge parter skal være opmærksomme på hinanden, følge op på og overholde aftaler, tage initiativ, være klar på sin opgave osv.

Det er først og fremmest mentorens og tovholderens opgave at være opmærksom på, om mentorskabet udvikler sig i den rigtige retning. Menten må ved mistanke om en fejludvikling i mentorrelationen mærke efter og analysere, om relationen i virkeligheden er mere skadelig end gavnlige: Føler du glæde ved samværet?

Uselvstændige menter

Et af hovedformålene med mentorskab er, at menten kan udvikle en større indsigt i egen adfærd og evne til at forvalte sig selv og sin udvikling. Derfor må mentor og menten være opmærksomme på, om der i forløbet opstår en afhængighed mellem dem. Afhængigheden vil oftest vise sig i manglende initiativ og selvstændighed hos menten, hvor menten fx efterfølgende gør oprør mod eller misligholder aftaler.

Lær af fejlene

Mentorrelationen er et udviklingsforløb hos både mentor og mente, og derfor vil der hos begge parter opstå situationer, hvor de gerne ville have handlet anderledes. I stedet for at klandre sig selv eller sine mentorer eller menter, må man hellere acceptere de uheldige situationer som en del af forløbet og lære af dem.

Det kan være en god idé at suspendere mentorforholdet for en stund for at tale om de ting, som den ene eller den anden ville have gjort anderledes.

Ved at erkende at fejl er en del af spillet, og at der er, eller i hvert fald kan være, megen læring i at begå fejl, har vi allerede opnået en indsigt, som vi kan bruge i den videre kommunikation – på et højere plan.

Forelskelse og forførelse

Da mentorrelationer undertiden foregår mellem to mennesker af forskelligt køn og vedrører meget personlige temaer, vil der unægtelig opstå følelser mellem mentor og mente, som – når de er stærk nok – kan have karakter af stor fascination eller forelskelse. Det er et forhold som de to må forholde sig til som modne mennesker.

Hvis der opstår eller udvikler sig en forelskelse, kan en afbrydelse af mentorrelationen komme på tale, men det er ikke muligt at opstille kategoriske konsekvenser af, at to mennesker beskæftiger sig med hinanden.

Det handler i stor udstrækning om at være forberedt på, at følelserne kan melde sig – og så forsøge at mestre situationen snarere end at undertrykke følelserne.

De mere ekstreme situationer, hvor mentor udnytter sin position til at forføre en mente, medfører en kraftig ubalance i relationen, som hurtigst muligt må høre op. Det gælder også, hvis det er mente, der forfører mentor.

Mismatching

En god forberedelse af både mentor og menter vil kunne forhindre de værste fadæser, men da menneskelige relationer er præget af bevægelse og forvandling, kan en mentorrelation også få et uhenigtsmæssigt forløb, selv om den så rigtig ud i starten. Derfor er det vigtigt, at der fra starten er aftaler om, hvornår og hvordan de første evalueringer af mentorrelationerne finder sted, og at man løbende holder øje med dem.



+ Selve praksishandlen

Clara har nu udarbejdet et prioriteringsskema, og derved dannet sin egen mening om, hvad hendes fremtidige praksis gerne skulle bestå af. Nu skal hun videre med selve handlen. Den proces består både af kontakten til potentielle sælgere og til eventuelle konsulenter omkring det lovmæssige.

Når man har gjort sig klart, hvilken type praksis, man gerne vil købe (sig ind i), gælder det om at komme i kontakt med relevante sælgere.

Der er forskellige muligheder for kontakt, afhængig af hvor man befinder sig i forhold til den pågældende praksis:

1. Man er/har tidligere været ansat i den udvalgte praksis som uddannelseslæge.
2. Man bruger personligt netværk til at komme i kontakt med potentielle praksis.
3. Man er på bar bund i forhold til potentielle sælgere.

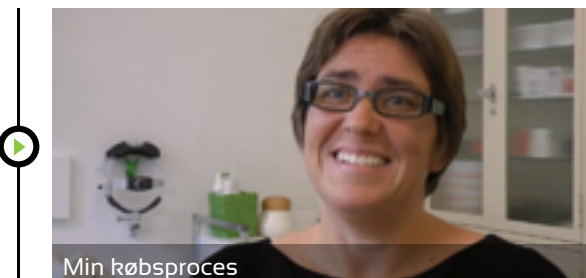


Hvis sælger er frembrusende?

“Det kan godt betale sig at tage rundturen i forhold til praksiskøb hurtig, for ellers begynder folk at spørge.”

“Det kan være ret svært at tage kontakt til potentielle sælgere – de ved godt, at man er ude for at tjekke dem ud - i hvert fald i Udkantsdanmark.”

“Det er rigtig svært at komme på uformelt besøg i en praksis, idet det forpligter. Man ved udmærket godt, at dem, man besøger, gerne vil af med praksis. Man føler sig jagtet på dansegulvet med mange tilnærmelser, men man kan jo vælge ikke at være søgende som køber, men blot at snuse rundt i vikariater.”



Der er mange regler, der skal overholdes, hvis du skal købe, sælge eller lukke en praksis. Eller hvis du skal sammenlægge praksis eller måske opløse dit kompagniskab. PLO er altid klar med råd og vejledning, hvis du har spørgsmål eller er i tvivl om reglerne:

- [Køb og salg](#) af praksis
- [Sammenlægning](#) af praksis
- [Lukning](#) af praksis
- [Partnerlæger](#)
- [Flytning](#) af praksis (link til blanket, der skal udfyldes)

Her kan du læse PLOs materiale om [praksishandel](#).



+ Kontakten til praksis: Uddannelseslæge

Har man været/ er man uddannelseslæge i en praksis, som kunne være ens drømmepraksis, er kontakten til en potentiel sælger forholdsvis let. Den pågældende sælger er formentlig også interesseret i at skabe kontakten til én. Man har/ har haft mulighed for at arbejde i den pågældende praksis, kender til personalet og arbejdsgangene. Formentlig kender man så også til evt. "lig i skabene". Der kan være en tryghed i kende folk på forhånd.

Kontakten til praksis: Personligt netværk

Man kan bruge sin Netværksgruppe til at høre om mulige potentielle sælgere, og dermed udvide kredsen af potentielle praksis. Mange har rigtig god gavn af, at være åben omkring, at man faktisk er på udkig efter at købe en praksis, dermed kan andre tænke på én, når de hører om praktiserende læger, som gerne vil sælge deres praksis. Det gælder både som køber og sælger om at gøre brug af sit sociale netværk, som ofte er meget større end man faktisk havde troet.

Enkelte steder i landet har man en mere systematisk tilgang til at danne Netværk for potentielle køber og sælger; f.eks findes der et lukket Facebook-forum i Region Syddanmark, som både købere og sælgere kan tilmelde sig.

I dette videospot fortæller praktiserende læge Jette Willendrup om forskellige erfaringer med at komme i kontakt med potentielle sælgere.



Erfaringer med kontakt til sælger

Kontakten til praksis: På eget initiativ

Er man ikke bekendt med potentielle sælgere, kan det tage lang tid at gennemskue, hvor man skal finde den helt rigtige praksis.

Hvem vil sælge, og hvornår vil de sælge? Mange potentielle sælgere har traditionelt været meget tilbageholdende med at melde ud, at de faktisk gerne vil sælge deres praksis, og det kan derfor være svært at få kendskab til dem som potentiel køber. Men i langt de fleste regioner foregår der sociale arrangementer, hvor man som yngre almen mediciner kan blive introduceret til de ældre praktiserende læger i et område.

Man skal derfor heller ikke holde sig tilbage med at tage direkte kontakt til praktiserende læger; det kunne jo være at de gerne ville sælge, men bare ikke havde fået sagt det højt.

Her fortæller praktiserende læge Jette Willendrup om, at du bliver nødt til selv at tage ud og mærke efter og føle stemningen i praksis i forbindelse med praksiskøb.



Ud og mærk stemningen i praksis



Hvordan vi kontaktede sælgerne

Hvordan tog du kontakt?

"Fordelen ved at være her i min fase 3-stilling var, at jeg indgik som en del af ledelsen (det vidste personalet fra start) – jeg fik lov til selv at tage beslutninger som chef, som blev bakket op af mine kolleger."

"Jeg følte, at jeg kendte praksis godt – og jeg ville ind det sted, fordi det var sobre mennesker med et fagligt fokus."

"Dem, jeg har været ude at snakke med, har jeg fået kontakt til via mit personlige netværk."

"Det mest frustrerende var, at jeg ikke selv vidste, hvor jeg ville hen, og hvor jeg skulle finde ud af det. Det tog lang tid at gennemskue, hvor jeg ville hen, og hvor jeg skulle finde den helt rigtige praksis. Og hvornår ville de sælge? Rigtig meget af den viden, man havde, var rygteviden. Det var uhåndgribeligt, hvem der ville sælge, og Praksisbørsen var fx slet ikke opdateret. Der var lurepasseri om, hvem der ville sælge, selv i 12-mandsgruppen."

"Jeg gik på nettet, og fandt én af de ældre praktiserende læge i området"

"PLO arrangerede en dag, hvor praksissælgere og -købere kunne mødes - en form for praksis-speeddating; det har været langt det bedste, som PLO har lavet i regionen."

"Jeg sendte breve ud til potentielle sælgere, og derpå tog jeg simpelthen ud og snakkede med dem."



Fase 4

Lægevagt

Praksistyper

Solopraksis

Samarbejdspraksis

Kompagniskabspraksis

Vikar/fastansat speciallæge

Mentorskab

Selve praksishandlen

Kontakten til praksis

Det første møde

Det andet møde

Konsulenterne

Revisor

Advokat

Bank

Erhvervspsykolog

Sammenlægning af ydenumre

Sammenfatning

Fase 5

Fase 6

Evaluering

Vidensportal

Medicinhistorien

Om Projektet

+ Det første møde

Clara skal til det første møde med den potentielle praksis, som hun gerne vil overtage/købe sig ind i. Før hun skal mødes med praksis/sælger, sætter hun sig ned og gøre sig følgende klart for at forberede sig til selve mødet.

1. Hvorhenne skal mødet holdes? Vil du gerne se praksis, eller skal det være på neutral grund?
2. Hvad vil du gerne have ud af mødet?
3. Hvor seriøst skal det første møde være? (dybde)
4. Fastlæggelse af det videre forløb.
Hvem tager kontakt til hvem, og hvornår?

5. Hvem mødes du med: Kun sælger, praksislægerne eller alle inkl. personalet?

Clara tænker på det første møde som en kaffeaftale, hvor man først lige skal lære hinanden lidt at kende og finde ud af, om kemien er til stede, hvis det er en samarbejds- eller kompagniskabspraksis.

Hvis det drejer sig om en solopraksis vil det typisk mere dreje sig om terminer: Hvornår og hvordan vil den ældre praktiserende læge gerne gå på pension, og kunne dette harmonere med Claras egne planer?

Hvis handlen bliver business?

"Handelssituationen blev lige pludselig business; den blev nærmest lidt mistillidsskabende."

"Man kan godt snakke med en revisor om pris, men spørg i stedet, hvor meget du selv vil det her. Han/hun kan give en objektiv vurdering, men til forhandlinger er situationen en helt anden. Fx får man at vide, at 1 mio. kr. er ingenting, mens der omvendt kan blive stået over 40.000 kr. til en forhandling."

"En handel er en konstellation, hvor man vil have mest mulig for en vare som sælger. Lad derfor være med at tænke: 'Ha ha, hun betalte 200.000 kr. for meget', hvis du reelt ville have betalt 200.000 kr. mere for praksis."

"Du skal turde sig nej!"

"Det handler om at sige stop i tide. Man skal gå ind i det helhjertet, men vær villig til at gå, hvis ikke det fungerer."





+ Det andet møde

Det første møde med sælger/praksis bekræftede Clara i, at hun gerne ville købe (sig ind i) pågældende praksis. Ved det andet møde har hun derfor følgende dagsorden:

1. Fremskaffe §93-opgørelser.
2. Regnskaber for de sidste 3 år, inkl. revisorpåtegning.
3. Henvisningsdata for praksis, som viser, hvor mange henvisninger praksis har sendt det sidste år fordelt på de forskellige specialer.
4. Medicinprofil (udskrivning af medicin) for praksis.
5. Antal patienter tilknyttet praksis og aldersfordeling.
6. Evt. udlejningsaftaler/lån på bygninger.
7. Evt. gældende I/S-aftale.

Disse opgørelser skal Clara bruge i det videre forløb, hvor hun skal finde ud af om den pågældende praksis er "værd" at købe rent økonomisk.

Til den vurdering kan hun vælge at søge råd hos div. konsulenter. Det er også ud fra de sidste 3 års regnskaber at en revisor kan råde Clara til, hvad hun har råd til at byde for praksis, hvad der er rationelt.

Typisk vil man på andet møde få udleveret disse oplysninger fra sælger, som formentlig også gerne vil have lov at gennemgå tallene med én.

Det er dog vigtigt, at man efterfølgende også får tallene gennemgået sammen med de konsulenter, som man har til at bistå én med praksiskøbet. Det vil ofte være revisor, bank og advokat.

Her fortæller praktiserende læge Jette Willendrup om, hvordan du kan gøre brug af både advokat og revisor i forbindelse med praksiskøb.



Fakta, §93

§93 er den årlige opgørelse over praksis ydelsesmønster, og er opgjort for praksis i forhold til både de andre praksis i lokalområdet og i forhold til hele regionen. §93 er fordelt på ydelserne som i honorartabellen.

Den benævnes også "kontrolstatistik", idet det er opgørelsen for hvordan praksis ligger i forhold til andre – og såfremt at praksis ligger over 20% i forhold til gennemsnittet, skal praksis komme med en forklaring herpå til Praksisudvalget.

I forhold til en praksishandel, er det vigtig for køber at kunne vurdere, om den pågældende praksis er "kørt helt op", det vil sige at indtægten i praksis stemmer fra en praksis, hvor alle ydelser ligger højt. Her er det vigtigt at vurdere om man kan/vil holde indtægtsniveauet. Hvis praksis omvendt ligger lavt i ydelser på forskellige områder, er der mulighed for at optimere på disse punkter.

Info

Hvor finder jeg relevante data på praksis?
På Sundhed.dk kan man logge ind med sin medarbejder NemID. Siden åbner på 'Min side', og herfra kan man klikke ind på 'Klinikadministration' og finde relevant info for praksis: Praksisafregning, § 93-opgørelser, henvisningsopgørelser og medicinprofil.

Det er ligeledes her, at man som ejer af en praksis selv kan rette i den tekst, som står skrevet om praksis på Sundhed.dk. Det er også på denne side, at man kan "åbne/lukke" for adgangen til praksis.





+ Konsulenterne

Clara har nu udvalgt den praksis, som hun godt kunne tænke sig at købe sig ind i. Hun har holdt ét eller flere møder med den pågældende praksis og har fået udleveret alle de relevant informationer om praksis, som hun skal bruge for at kunne få yderligere vejledning fra sine rådgivere om, hvorvidt det er et fornuftigt køb for hende, og om det vil kunne hænge sammen for hende økonomisk.

Hun skal nu i gang med at udvælge de rådgiver/konsulenter, som hun vil rådføre sig med for at vurdere om praksiskøbet er rentabelt for hende økonomisk og menneskeligt.

De fleste vil undervejs i forløbet rådføre sig med:

• De økonomiske rådgivere:

Revisor

Advokat

Bank

• De menneskelige rådgivere:

Erhvervspsykolog

Vi har på de næste sider fået repræsentanter fra hver gruppe af rådgivere til at forklare kort, hvad de kan og hvorfor man skal huske at tage dem med i sin praksishandel.

Nedenfor kan du se to forskellige fremstillinger af flowet i et praksiskøb. Hvornår gør man typisk hvad? Hvilke rådgivere benytter man sig af til hvilke ting, der skal være afklaret, før at man kan komme videre til næste skridt?

Typisk flowchart i forbindelse med praksiskøb

Flowchart - køb af lægepraksis



Brug konsulenten som støtte

"Alt andet var godt, men mavefornemmelsen var ikke god. Stol ikke kun på revisorer og advokater, for de fokuserer kun på tallene. Fungerer det ikke for dig, skal du ikke gøre det! Der skal være i plads i kontrakten til, at du kan komme ud, men samtidig vil man heller ikke have, at ens kolleger bare kan smutte".

"Da jeg gennemlæste 8. udgave af vores I/S-kontrakt, var det ved at hænge mig langt ud af halsen, men det var en god proces."

"Nogle er interesseret i profit, mens andre ikke fakturerer halvdelen af patienterne, fordi vedkommende er allermost optaget af travsel. Hvad er vigtigst for dig?"

+ Konsulenterne: Revisor

Udarbejdet af: Partner Morten K. Nielsen og statsaut. revisor Tina Ørum Hansen, PwC

Ny i praksis - økonomi og skatteforhold

Ved køb af en praksis - eller en praksisandel - bliver lægen selvstændig erhvervsdrivende, med alle de fordele, muligheder, ulemper og forpligtelser dette indebærer. Som ved alle andre virksomhedskøb er det vigtigt at få den rigtige vejledning, allerede inden købskontrakten underskrives.

De økonomiske og skattemæssige forhold er revisors fagområde; det kan anbefales at vælge en revisor med branchekendskab.

I dette videospot fortæller praktiserende læge Jette Willendrup om, hvordan du kan gøre brug af revisor i forbindelse med praksiskøb til at få et overblik over din økonomi og dine månedlige ydelser.

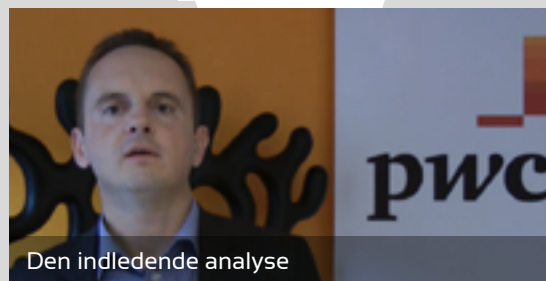


Brug af revisor ved praksiskøb

Valg af praksis

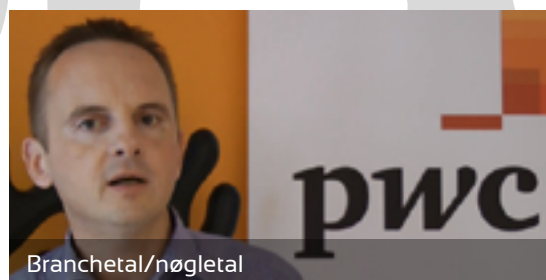
Det vigtigste er at finde en praksis, som den enkelte læge finder interessant rent fagligt, geografisk, kollegialt og med hensyn til patientsammensætning osv., idet det er målet, at praksis bliver den fremtidige arbejdsplads i mange år fremover.

Indledende økonomisk analyse



Den indledende analyse

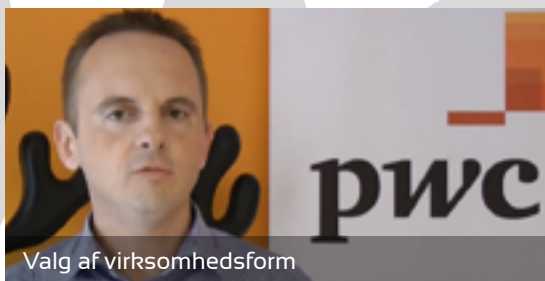
Når den rette praksis er fundet, skal det nøje vurderes, om indtjeningen står mål med sælgers pris. Dette sker normalt på et møde med revisor, hvor økonomien i den pågældende praksis nøje vurderes ved gennemgang af de seneste års regnskaber, § 93-opgørelser, sammenligning med branchetal etc.



Branchetal/nøgletal

Den indledende analyse er grundlaget for lægens beslutning om, hvorvidt købet også økonomisk er interessant, og naturligvis også for de videre forhandlinger om pris og betingelser med sælger.

Valg af virksomhedsform



Valg af virksomhedsform

Lægepraksis drives som regel enten som personligt ejet virksomhed i virksomhedsskatteordningen eller i anpartsselskabsform. Udover de juridiske forskelle omkring hæftelser, som oftest er mindre relevante for en læge end for andre erhverv, er der en række forskelle på de to virksomhedsformer.

Det er vigtigt med en individuel vurdering, hvor alle relevante forhold overvejes nøje. Ofte vil den ene virksomhedsform være mere relevant end den anden, men det afhænger blandt andet af lægens skattemæssige situation og forholdene i den købte praksis.

Virksomheds- eller selskabsformen?

Her beretter Morten K. Nielsen om virksomhedsordningen.



Virksomhedsordningen

Her fortæller Morten K. Nielsen om selskabsmodellen.



Selskabsmodellen

Detaljerede budgetter og oplæg til finansiering

Senere i forløbet, typisk når køber og sælger er enige om prisen for praksis, skal der udarbejdes detaljerede budgetter for den købende læge.

Budgetterne giver lægen et overblik over den fremtidige økonomi samt finansieringen og afviklingen af gælden. Disse budgetter bruges endvidere til kreditbehandlingen i købers bank og medvirker til valg af den optimale finansiering.



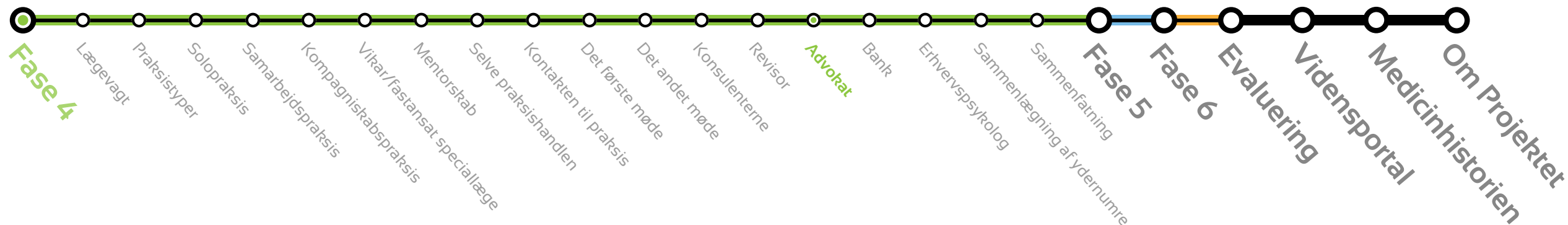
Detaljerede budgetter

Når praksis er købt

Når praksis er købt og lægen tager hul på hverdagen som selvstændig praktiserende læge, bliver revisor ofte en vigtig rådgiver. I starten kan revisor hjælpe med alt det praktiske omkring bogføring, lønudbetalinger, registreringer hos SKAT m.v.

Fremover udarbejder revisor de årlige regnskaber og skatteopgørelser, ligesom revisor kan rådgive dig om investeringer, skatteforhold, praksisdrift m.v.

[Læs mere om andre PwC-services her.](#)



+ Konsulenterne: Advokat

Udarbejdet af: Advokat Mette Neve, Kromann Reumert

1. Praksiskøb: Hvor kan advokaten hjælpe?

Når du skal købe praksis, er det vigtigt at være velforberedt, inden forhandlingerne med sælger går i gang. Du skal have afdækket, om der er særlige forhold, som har indvirkning på prisfastsættelsen eller vilkårene i øvrigt, eller som har betydning for de planer, du har med praksis.

Din advokat kan i forbindelse med praksiskøbet blandt andet bistå dig med følgende:

- Forhandling af vilkårene for praksiskøbet (pris, overtagelsesdag, betingelser mv.)
- Rådgivning vedrørende særlige forhold i forbindelse med købet (delepraksis, generationsskifte, partner læge m.v.)
- Vurdering af medarbejdernes ansættelsesvilkår
- Lejeretlige forhold (gennemgang af lejekontrakt og evt. forhandling af vilkår)
- Køb af egne praksislokaler
- Udarbejdelse af købekontrakt
- Berigtigelse af overdragelsen (indhente godkendelse fra PLO, forhold vedrørende medarbejdere, lokaler mv.)
- Indgåelse og udarbejdelse af interessentskabskontrakt
- Ægtepagt og testamente (praksiskøbet giver anledning til at overveje, om man sammen med sin ægtefælle skal oprette ægtepagt og/eller testamente)

2. Købekontrakten er væsentlig

Det er vigtigt, at alle væsentlige oplysninger og aftaler mellem køber og sælger er udtrykkeligt anført i købekontrakten. Købekontrakten er det juridisk bindende dokument mellem køber og sælger, og i tilfælde af uenighed og tvivl om, hvad der er aftalt, vil den almindelige forståelse af ordlyden af købekontrakten have afgørende betydning som bevis for, hvad der er aftalt mellem parterne.

Sælger har efter dansk rets almindelige regler en loyal oplysningspligt om det solgte. Omvendt har køber en undersøgelsespligt med hensyn til det solgte. Disse pligter har særlig betydning i tilfælde af, at det solgte har andre egenskaber end man kunne forvente. Det kan f.eks. være oplysning om, at interessentskabets it-system er fejlbehæftet, eller at kliniklokalerne ikke kan overtages.

På PLO's hjemmeside kan findes et oplæg til indgåelse af købekontrakt mellem 2 læger med tilhørende vejledning. [Se direkte link her.](#)

I vejledningen til kontrakten kan man læse nærmere om købekontraktens enkelte punkter, ligesom PLO's love og regler, som såvel køber som sælger skal overholde ved en praksisoverdragelse, er nævnt. Det er væsentligt, at købekontrakten tilpasses de konkrete forhold omkring praksisoverdragelsen, hvilket bør drøftes med en advokat.

2a. Købesum og reguleringsklausuler

Købesummen skal specificeres og fordeles på forskellige aktiver, driftsinventar mv., goodwill, og evt. ejendom. Det skal anføres i aftalen, hvis købesummen for goodwill skal korrigeres baseret på en årsrapport, som endnu ikke foreligger. I så fald er købesummen foreløbigt fastsat.

Det aftales ofte, at hvis PLO forlanger reduktion af prisen for goodwill eller for driftsmateriel mv., skal parterne reducere prisen i overensstemmelse hermed.

Alternativet for en sælger, der ikke vil acceptere reguleringsmekanismen som et vilkår for handlens gennemførelse, er, at handlen bortfalder, således at begge parter er frit stillet.

Såfremt det aftales, at handlen bortfalder, skal §7 tilpasses i overensstemmelse hermed.

2b. Sælgers erklæringer

Sælgers erklæringer i købekontrakten, har nær sammenhæng med den oplysningsforpligtelse, der påhviler sælger, jf. pkt. 2.

Sælger afgiver sædvanligvis erklæring om, at de overtagne aktiver er ejet af praksis, og at tredjemand ikke har pant i aktiverne. Desuden erklærer sælger, at det solgte er funktionsdygtigt og således ikke har skjulte mangler, som sælger kendte til, på tidspunktet for overdragelsen. Dette er blot eksempler på sædvanlige sælgererklæringer.

Hvis der er forhold omkring praksis, som er væsentlige for køber, og som det måske ikke har været muligt at fremskaffe skriftlig dokumentation for i forbindelse med praksishandlen, kan køber bede sælger erklære sig omkring de afgivne oplysninger i købekontrakten. Sælger er således ansvarlig for oplysningernes rigtighed.

2c. Betingelser

Købekontrakten skal indeholde betingelser, og dette er til beskyttelse af både køber og sælger, idet handlen ikke gennemføres, såfremt en af betingelserne ikke opfyldes.

• De sædvanlige betingelser er:

- Købesummens betaling
- PLO's godkendelse af overdragelsen og Regionens bekræftelse af, at køber er tilmeldt yderregistret
- Udlejers godkendelse (hvis lejede lokaler) eller anmærkningsfrit skøde (hvis egne lokaler)
- Enighed om ny/revideret interessentskabskontrakt (eller evt. samarbejdsaftale)

Desuden kan handlen være betinget af yderligere specifikke forhold, f.eks. tilladelse til flytning af praksis, godkendelse fra kommunen vedr. brug af lokalerne eller andet.

2d. Konkurrenceklausul

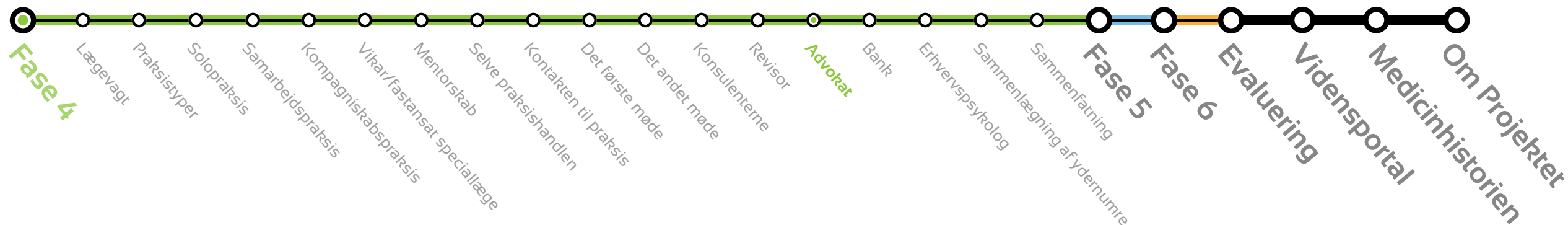
Hvis køber betaler for goodwill, er det rimeligt og naturligt, at sælger er begrænset i sin adgang til nedsættelse mv. inden for et nærmere afgrænset geografisk område.

Formålet er at forhindre, at sælger kan tage patienter med sig til en ny praksis. Konkurrenceklausulens geografiske beskyttelsesområde skal aftales således, at sælgers nedsættelse uden for området, ikke vil påføre køber konkurrence. Desuden skal der være aftalt en bod, såfremt sælger overtræder klausulen.

Det kan konkret aftales, at sælger har ret til at tage vagter inden for området og eventuelt også vikariater af kortere varighed.

2e. Omkostninger m.v.

Det bør aftales, hvorledes omkostningerne ved udarbejdelse af købekontrakt og eventuelt ny/revideret interessentskabskontrakt eller samarbejdsaftale, samt omkostningerne til udarbejdelse af perioderegnskab og åbningsbalance mv., skal fordeles mellem parterne.



+ Konsulenterne: Advokat

Udarbejdet af: Advokat Mette Neve, Kromann Reumert

3. Købekontraktens indhold

Købekontrakten indeholder ofte følgende punkter:

- Goodwill (læs mere her)
- Inventar/driftsmidler (læs mere her)
- Lokaler (egne/lejede) (se nedenfor)
- Medarbejdere (læs mere her)
- Købesummen og dens betaling (se nedenfor)
- Øvrige bestemmelser (se hotspots nederst i 2. kol.)

4. Kliniklokaler

Leje af kliniklokaler er omfattet af erhvervslejeloven, som i nogen grad bygger på aftalefrihed. Det er derfor vigtigt at gennemgå aftalevilkårene i den lejekontrakt, som man træder ind i, enten som ny lejer eller som en del af et lejerfællesskab.

Der er mange forhold, der skal tages stilling til i en lejekontrakt, og det anbefales derfor, at man som ny indtrædende lejer får en advokat til at gennemgå lejekontrakten, før man accepterer at træde ind i lejerforholdet.

Der vil typisk være tale om, at der overtages et erhvervslejemål ved afståelse fra eksisterende lejer. Ved afståelse udtræder eksisterende lejer af retsforholdet til udlejer, mens den nye lejer indtræder som ny lejer i det samme retsforhold over for udlejer. Hvis sælger ikke har ret til afståelse efter lejekontrakten, kræver det udlejers samtykke

I det følgende opstilles først de punkter, som indtrædende lejer (køber) generelt skal være særligt opmærksom på i forholdet til udlejer (pkt. 6.1).

Herefter opstilles de punkter, som indtrædende lejer bør forholde sig til i forholdet til den udtrædende lejer (sælger) (pkt. 6.2).

4a. Forholdet mellem lejer og udlejer - lejevilkår

Det er bl.a. vigtigt at være opmærksom på følgende vilkår i den eksisterende lejekontrakt:

- Det bør være udlejers ansvar, at lejemålet lovligt kan benyttes til det aftalte. Stilles der særlige krav/begrænsninger i forhold til indretning af det lejede?
- Er lejemålet tidsbegrænset, således at det ophører automatisk efter en periode?
- Er lejemålet uopsigeligt i en periode, og gælder dette for begge parter?
- Er der acceptable opsigelsesvarsler for hhv. lejer og udlejer?
- Tillægges der moms på lejen?
- Har lejer ret til at afstå lejemålet og stilles der særlige betingelser herfor?
- Har lejer ret til at fremleje lejemålet og under hvilke betingelser?
- Er der aftalt lejeregulering og er der i den forbindelse taget forbehold for at regulere lejen til markedslejen?
- Hvilken vedligeholdelsespligt af det lejede har hhv. udlejer og lejer?
- I hvilken stand skal lejemålet afleveres ved fraflytning (istandsættelse og retablering)?
- Er det aftalt, at udlejer i henhold til erhvervslejelovens § 14 kan kræve vilkårene for lejeaftalen ændret? I givet fald kan udlejer, under hensyn tagen til diverse frister, efter 8 år

4b. Forholdet mellem udtrædende og indtrædende lejer - afståelsesaftale

Det er bl.a. vigtigt at være opmærksom på følgende forhold, som skal håndteres i forholdet mellem indtrædende og udtrædende lejer:

- Forbliver depositum indestående hos udlejer og skal det i så fald refunderes af indtrædende lejer over for udtrædende lejer?
- Hvordan afregnes forbrugsafgifter over for udlejer? Skal der aftales en økonomisk skæring vedrørende forbrugsudgifter? Forbrugsmålere kan eventuelt aflæses på overtagesdagen.
- Da indtrædende lejer overtager istandsættelsesforpligtelserne i lejemålet ved indtrædende lejers fraflytning, bør parterne tage stilling til en eventuel økonomisk kompensation herfor til indtrædende lejer.
- Udtrædende lejer bør over for indtrædende lejer indestå for, at der ikke er foretaget ændring er af det lejede i lejeperioden, som indtrædende lejer hæfter for ved fraflytningen.
- Indtrædende lejer bør anmode udtrædende lejer om oplysninger om, hvorvidt og i givet fald hvornår, der senest er varslet stigninger i lejen på grund af forhøjede skatter/afgifter. Indtrædende lejer bør nemlig have overblik over, hvorvidt indtrædende lejer overtager en potentiel risiko for lejeforhøjelse på grund af, at udlejer de seneste år ikke har varslet lejeforhøjelse på grund af forhøjelser i skatter/afgifter.

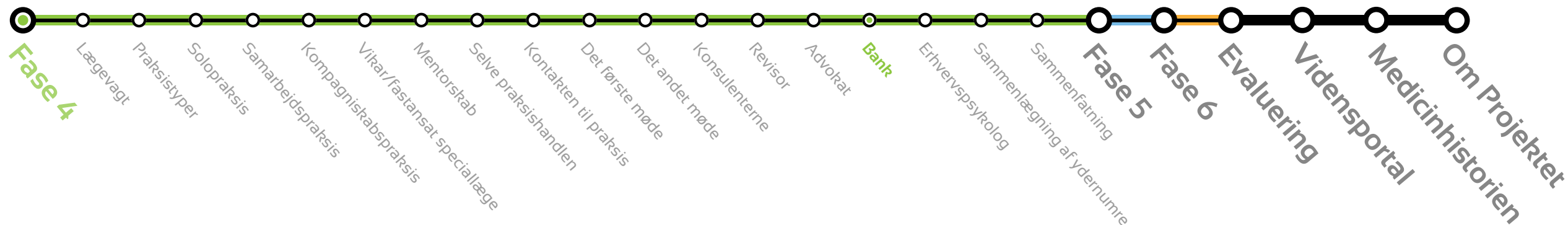
4.1 Egne kliniklokaler

Tidligere var det et krav, at der ved overdragelse af fast ejendom blev fremsendt dokumentation til PLO for ejendommens værdi i handel og vandel, dvs. en ejendomsmæglervurdering, hvis ejendommen blev handlet til en værdi, som oversteg den offentlige ejendomsvurdering.

Dette krav er frafaldet. da PLO ønskede at tage hensyn til, at mange læger etablerer sig i nye lægehuse. PLO's regler skulle ikke hindre lidt ældre lægers ønske om at deltage i nybygning eller større tilbygninger p.g.a. udsigten til evt. at lide tab ved praksissalg allerede som følge af PLO's regler.

PLO anførte desuden, at man med ændringen anerkendte, at den reelle værdi af en fast ejendom er den pris, som en køber og sælger kan blive enige om. Der skal således ikke længere fremsendes dokumentation for ejendommens værdi til PLO.

En del lægepraksis har organiseret sig sådan, at den faste ejendom ejes af et anpartsselskab. Hvis der overdrages anparter i et sådant anpartsselskab i forbindelse med en praksishandel, skal der udfærdiges en særskilt overdragelsesaftale vedrørende anparterne. Der skal ikke i den forbindelse udfærdiges et skøde mellem parterne, idet det er anpartsselskabet, der ejer ejendommen.



Konsulenterne: **Bank**

Udarbejdet af: Bankdirektør Bjarne Carl Stech,
Lægernes Pensionsbank

Hvorfor forsikring?

Når en bank låner penge ud, stilles der typisk sikkerhed for lånet. Gælder det køb af bolig, får banken og realkreditinstituttet sikkerhed i boligen i form af pantebrev og ejerpantebrev. Betales ydelserne ikke tilbage, kan banken og realkreditinstituttet sælge ejendommen på tvangsauktion og på den måde få dækket hele eller noget af lånet.

Tilsvarende kan der udstedes ejerpantebrev med pant i en lægepraksis' goodwill. Et goodwill-ejerpantebrev skal tinglyses og stemples med 1,5 pct. plus 1.400 kr. Det koster 16.400 kr. at etablere et ejerpantebrev på 1.000.000 kr.

Ejerpantebrevet tilfører ikke ny værdi, men sikrer alene, at værdien af et aktiv (i dette tilfælde goodwill i en praksis) ender hos långiveren ved konkurs eller død.

Meget afhænger her af, om boet kan sælge goodwill videre til en god pris – det kan være vanskeligt i en tvangssituation, hvor tiden er knap og køberne få og krævende. Det er derfor sjældent, at Lægernes Pensionsbank vælger at benytte den mulighed.

Opstår der problemer med at tilbagebetale gæld til banken, skyldes det typisk, at lægen mister sin erhvervsevne eller dør.

Det er derfor langt mere relevant at tegne en erhvervsudygtighedsforsikring eller en livsforsikring, der

kommer til udbetaling, hvis lægen mister sin erhvervsevne eller dør.

I Lægernes Pensionsbank er det ikke et krav at der tegnes en erhvervsudygtighedsforsikring, men det anbefales. Erhvervsudygtighedsforsikringen tegnes i AP-Pension via Lægernes Pensionskasse. Derimod er det et krav, at der tegnes en livsforsikring, der kommer til udbetaling, hvis lægen dør. Forsikringen, der tegnes via Lægeforeningen, skal pantsættes til banken som sikkerhed for lægens gæld.

Livsforsikringen størrelse afhænger af størrelsen af den samlede udækkede gæld.

Hvad sker der hvis lægen dør?

Dør lægen, indbetaler forsikringsselskabet forsikringssummen på lånet i banken. Hvis forsikringssummen er større end lånet, går den overskydende del videre til boet.

Det er en fordel for de efterladte, da aktiverne ikke skal realiseres for at betale den gæld, som boet hæfter for. Det betyder, at en fælles bolig/bil mv. ikke skal sælges eller belånes, ligesom provenuet fra salg af praksis går fuldt ud til den efterladte.

Modellen har væsentlige fordele for både banken og de efterladte. I modsætning til ejerpantebrevet i goodwill tilfører gruppelivsforsikringen nemlig værdi i situationen.

Når alle lån er væk

Heldigvis bliver de fleste læger så gamle, at de ikke længere har lån i banken. Når der ikke længere er behov for gruppelivsforsikringen som sikkerhed for lån, kan man vælge at opsigte forsikringen eller beholde den.

Forsikringen er typisk tegnet på et tidspunkt, hvor lægen var ung, frisk og rask. Og det er ikke sikkert, at det er muligt at nytte livsforsikringer, hvis der er sket noget med helbredet.

Da forsikringen samtidig er billig, kan det derfor godt betale sig at beholde gruppelivsforsikringen, efter lånet er betalt ud. Kommer forsikringen til udbetaling, får boet så glæde af hele summen, hvis gælden vel og mærke er væk.

Hvis man ikke kan tegne en gruppelivsforsikring?

Gruppelivsforsikringer er en masseproduceret livsforsikring, hvor et forsikringsselskab forsikrer en gruppe af forsikringstagere med en ensartet (lav) risiko for at dø. Det gør, at forsikringen typisk er billigere end individuelle livsforsikringer.

Ikke alle kunder kan tegne en gruppelivsforsikring. Det kan fx skyldes, at man har diabetes, forhøjet blodtryk eller andre sygdomme, der forrykker den enkelte dødsrisiko i negativ retning. Er det tilfældet undersøger banken om lægen allerede har tegnet andre forsikringer, der eventuelt kan anvendes.

Afhængig af sygdommens karakter kan der tegnes andre former for livsforsikringer, eksempelvis har Diabetesforeningen en gruppelivsforsikring.

De private forsikringselskaber kan i visse situationer tegne individuelle livsforsikringer, hvor der i præmien er taget højde for den forhøjede risiko. Kan der ikke tegnes nogen form for livsforsikring, ser banken på, om nogle af lægens aktiver kan indgå som pant for lånet.

Her lægger vi vægt på, at lånet bliver så lille som muligt og afvikles så hurtigt som muligt for at nedbringe risikoen for banken (og de efterladte).

Er du forhindret i at tegne en gruppelivsforsikring pga. sygdom, kan du også lette vejen til din egen praksis ved at spare op til etablering enten i virksomhedsordningen eller på en Iværksætterkonto.

Kræver banken pant i andet?

Banken kan også kræve pant i andet end i gruppelivsforsikringen. Det er typisk, hvis der også lånes til praksisejendom eller dyrt udstyr. Banken kan også vælge at kræve pant i goodwill, hvis kundens økonomi går så dårligt, at banken er bekymret for at kunden kan ende med at gå konkurs – det er heldigvis meget sjældent.

Hvordan sammensætter man en fuld løsning til en ny praksis?

Vi anbefaler som hovedregel så få konti som muligt. Praksis-konti oprettes under virksomhedens CVR-nummer. I netbanken vælges kassekreditten som virksomhedens NEM-konto, så indbetalinger automatisk kommer ind på den rette konto.

Brug tid i starten på at få alle relevante selvbetjeningsprodukter, fx til modtagelse af dankortbetaling, FI-kort, lønudbetalingssystem, Visa/dankort mv. Som oftest er det rigeligt, at praksis har et Visa/dankort.

[Læs mere om Lægernes Pensionsbank-services her.](#)

Nemkonto:

Virksomheden skal have tilknyttet en nemkonto, som det offentlige kan indbetale penge til. Den sørger banken som regel for bliver oprettet.

CVR-nummer:

CVR er en forkortelse for Det Centrale Virksomhedsregister, som er et register over alle danske virksomheder. Hver virksomhed får tildelt et identifikationsnummer, et CVR-nummer.



+ Konsulenterne: Erhvervspsykolog

Udarbejdet af: Erhvervspsykologerne Søren Braskov og Asger Neumann, HumanAct

Praktiserende læger søger i stigende grad sammen i større fællesskaber og lægehuse, og som i enhver anden virksomhed, hvor flere partnere skal indgå i en fælles ledelse, er det helt essentielt, at værdier, engagement, ambitionsniveau og temperament spiller optimalt sammen.

For at få den bedst mulige start på dit praksisliv kan du gå systematisk til værks og fx indlede et forløb med erhvervspsykologerne fra HumanAct i Århus.

DUP (Dialogisk værktøj til Undersøgelse af Partnerskabsgrundlag)

DUP er en testværktøj målrettet praktiserende læger, der kan hjælpe dig og dine kommende partnere til en grundigere og mere kvalificeret stillingtagen til eventuelt indgåelse af partnerskab ved at komme omkring nogle af de væsentlige aspekter af det fremtidige samarbejde.

Testen kan bruges til at illustrere forskelle og ligheder imellem dig og din(e) partner(e) i holdninger til:

- Konsultationen (lægefaglige opgaver og mødet med patienten)
- Personale (holdning til personaleledelse, uddannelse og trivsel)
- Samarbejde (forventninger til intern samarbejde: lægerne indbyrdes og personaleorganisering)
- Klinik (holdning til klinikudstyr, medicinsk teknologi og metode)
- Partnerrelationer (oplevelser af og kendskab til hinanden)
- Etik (etiske dilemmaer)

I praksis svarer alle parter på en række spørgsmål. Spørgsmålene handler både om egne holdninger, men også hvad man forventer, den anden vil svare, hvilket åbner mange nye døre for de efterfølgende dialoger.

Svarene på dilemmaerne i testen danner grundlag for en session med en af erhvervspsykologerne fra HumanAct, hvor svarene bliver gennemgået og uddybet, og på de punkter, hvor der er væsensforskel på holdningerne, bliver temaerne problematiseret.

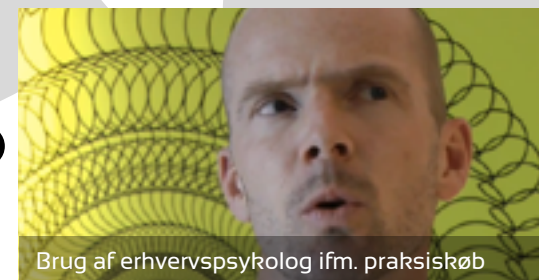


Ina Veile fortæller om erfaringer med DUP



Søren Braskov fortæller om DUP

Inspiration



Brug af erhvervspsykolog ifm. praksiskøb

[Læs mere om værktøjet og HumanAct her.](#)

[Læs artikel fra Månedsskriftet om DUP](#)

Hvordan har vi brugt konsulenter?

"Hvordan lærer man en ny kompagnon at kende, man ikke kender på forhånd? Vi fik en konsulent ud og lavede en personlighedstest for at blive klogere på, hvor det er, at vi supplerer hinanden, og hvor der ikke er overlap."

"Penge fylder meget i købsituationen, men i dag er goodwill-procenten ligegyldig. Glem nu den halve procent, og brug i stedet den sparsomme tid på at finde ud af, hvem din makker eller kolleger er, når din handel er clearet af."

"Der er forskellige værdier, der får værdi. For nogle er det økonomiske det primære, mens det for andre er tid, der er vigtigst. Man skal gøre sig klart, hvad det er for hver især."



+ Fase 4: Sammenlægning af ydernumre

Tjekliste for køreplan:

Sammenlægning af 2 solopraksis

Laura Sonnenborg, nyetableret kompagniskab i Himmelev

Laura

- 2500 patienter
- Store lokaler (342 kvm, kontorer, lab, konferencerum)
- Himmelev (4 km uden for centrum af Roskilde)
- 3 personaler (1 sygeplejerske, 30 t/u, 2 SOSU, 33 t/u)

Peter

- 1400 patienter
- Ingen lokaler
- Alle patienter fra Roskilde downtown
- Intet personale

1. Ring til en revisor

- a. Prisen: Pris pr. capita med indbyrdes udligning eller samlet praksiskøb?
- b. Lejekontrakt, lokaler: Evt. klausuler på lejekontrakten? Uopsigelighed? Reetablering?
- c. Godkendelse i banken: På baggrund af 10 års-budget fra revisor.
- d. Evt. at søge Samarbejdsudvalget om flytning af praksis.

2. Kontakt til en advokat

- a. Købekontrakt.
- b. I/S-kontrakt.

3. Opret virksomhed

- a. Find på navn.
- b. Officiel adresse, e-mail og telefonnr. (IKKE dit eget telefonnr.).
- c. Oprette CVR-nummer på virk.dk.
- d. NemID (kan oprettes når CVR-nummer er på plads; de første tre Nem-ID er gratis): Oprette medarbejdersignatur, administrator (dig selv) og medarbejdere (husk CPR-tilknytning).
- e. Færdigregistrering på virk.dk (kræver CVR-Nummer og Nem-ID signatur): Oprette firmaets ansatte (så der kan laves løn), momsregistrering og digital postkasse.

4. Tilmelding til overenskomst

- a. Dette kræver CVR-nummer.
- b. Udfyld blanket på PLOs hjemmeside.
- c. Det udfyldte skema indsendes til PLO senest 7 uger før overtagelse.
- d. Modtag ydernummer fra Regionen.

5. Lokationsnummer

- a. Dette kræver ligeledes CVR-nummer.
- b. Søges hos Sundhedsvæsenets Organisationsregister: Tildeles 1x om ugen, ventetid 14 dage.
- c. Kontakt Regionen inden første arbejdsdag for at sikre at lokationslisten er opdateret.

6. Udfyld blanket 6 (for at kunne bestille fx vacciner, specielle blodprøver m.m.)

- a. Bestilles på SSI hjemmeside ved at sende en mail til blanket6@ssi.dk.
- b. Klinikken skal godkendes med bruger og adgangskode, som tildeles på første arbejdsdag.

7. Tilmelding til sundhed.dk

- a. Åben for egen adgang: Send mail til info@sundhed.dk
- b. Tilmeld alle dine ansatte med CRP-nummer og Nem-ID.
- c. Giv personalet rettigheder med medarbejderpas på selve sundhed.dk: Afstemme FMK, ordinere medicin, evt. indberette moms samt lønsumsafgift.

8. Gennemgang ifm. overdragelse af div. abonnementer

- a. Telefonselskab
- b. Internetudbyder
- c. Hjemmeside
- d. Domænenavn – husk overdragelseslicens!
- e. Forsikringer
- f. Lægesystem
- g. Vinduespudder
- h. Rengøring



+ Fase 4: Sammenfatning

Clara er efter en spændende, men lang proces kommet til sidste stop på sin rejse gennem fase 4. Nu er det tid til at hun kan reflektere over, hvordan rejsen forløb, herunder hvilke valg hun traf hvorfor.

For Clara begyndte rejsen ved, at hun tog rundt og snakkede med forskellige praktiserende læger i forskellige typer af praksis. Det gjorde hun for at blive afklaret på, hvilke fordele og ulemper den ene, den anden og den tredje type havde.

På baggrund af disse samtaler udfærdigede Clara et prioriteringskema, hvilket gav klarhed over de aspekter, der betød mest for valg af praksis og værdierne bagved: Clara ville være kompagnispraksislæge i en bynær landpraksis.

Nu skulle Clara videre med selve handlen, hvilket først og fremmest bestod i at etablere kontakt til potentielle sælgere og eventuelle konsulenter til at understøtte processen.

Det første møde med den potentielle praksis, hvor hun gerne vil købe sig ind, kom i stand. Der var tale om en uformel kaffeaftale, som primært gik ud på at finde ud af, om kemien var til stede. Det var den.

Det andet møde blev mere formelt, idet Clara her fik udleveret en masse relevante oplysninger om praksis fra potentielle sælger. Visse oplysninger tog Clara med til en revisor for at få vurderet, om den pågældende praksis var økonomisk attraktiv, mens hun vendte den eksisterende I/S-kontrakt og udlejningsaftale med en advokat.

Clara var meget bevidst om de økonomiske forhold ved sit praksiskøb, men hun valgte også at prioritere sit fremtidige samarbejde højt. Derfor tog hun kontakt til erhvervspsykologer for at få hjælp til at få værdier, holdninger og ambitionsniveauer til at spille sammen.

Clara fandt sin ønskepraksis, handlen er veloverstået og nu venter en del forberedelser forude.

Læs mere under fase 5.

Du skulle gerne have reflekteret over

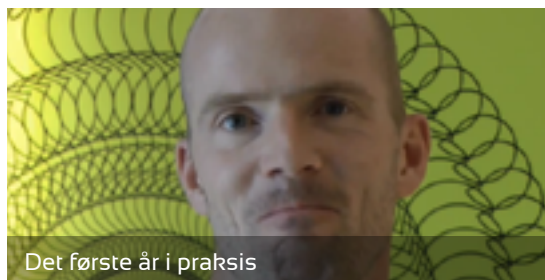
- Hvad der er vigtigst for dig ift. praksistype:
Skal det være et stort eller et lille sted?
Vil du være alene eller sammen med andre?
Vil du have egne patienter eller dele dem?
- Hvad der er vigtigst for dig ift. placering:
Skal praksis ligge på landet?
Skal det være en bynær eller bypraksis?
Hvad er din smertegrænse for transporttid?
- Hvad der er vigtigst for dig ift. iværksætter:
Vil jeg (om)bygge en praksis helt fra bunden?
Vil jeg helst passe ind i en eksisterende setting?
Er jeg bedst til at passe ind frem for at lave nyt?
Er det altafgørende, at jeg kan lave om?
- Hvad der er vigtigst for dig ift. lægefaglig udvikling:
Skal mine kolleger deltage i udvalgsarbejde?
Skal min praksis uddanne uddannelseslæger?
Kan jeg ikke undvære kollegial sparring i det daglige?
- Hvad der er vigtigst for dig ift. de fysiske rammer:
Er indretning eller indtjening vigtigst?
Vil jeg have én ugentlig fridag til andre gøremål?

Du skulle gerne have fået info om handlen:

- **Hvordan du kommer i kontakt med potentielle sælgere,**
Uddannelseslæge, personligt netværk eller eget initiativ
- **Hvordan du forbereder det første møde**
Kaffeaftale, mærk om kemien er til stede
- **Hvordan du forbereder det andet møde**
Mere formelt møde, fremskaf opgørelser og aftaler
- **Hvordan du kan gøre brug af revisor**
De økonomiske og skattemæssige forhold ud fra branchekendskab
- **Hvordan du kan gøre brug af advokat**
Forhandling, rådvigning, vurdering af (medarbejder) kontrakter og købekontrakt.
- **Hvordan du kan gøre brug af erhvervspsykolog**
Værdier, engagement, ambitionsniveau og samarbejde.
- **Hvad banken forventer af køber**
Forsikringer, lån og pant.



+ Fase 5: Intro



Det første år er hårdere end du tror

“Jeg har en uddannelseskonto, der er trukket 0 kr. fra i 2012, og det har jeg det mega dårligt med.”

“Det første år er hårdt arbejde. Alle idéer blev fejet af bordet, for alt var om igen ved hver patient.”

“Kunne vi have lært hinanden bedre at kende på forhånd? Man kunne have passet bedre på hinanden. Vi kunne have prioriteret at få en fastere organisationsstruktur frem for at arbejde ad hoc - det kan godt fungere i en periode, men det slider på samarbejdet, og det er hårdt arbejde.”

“Man har nærmest ikke tid til at uddelegere ansvarsopgaver pga. de daglige opgaver. Det var enormt svært at implementere idéer i praksis pga. patienter fra første dag.”

Du er nu nået til næste fase i dit nye praksisliv, hvilket dækker over det første år, hvor du er herre i egen praksis: Fase 5.

Du har fundet din ønskepraksis, selve handlen er veloverstået og nu venter din første arbejdsdag forude. Før du helt er klar til at se din første patient i egen praksis, er der dog en del forberedelser at gøre.

De næste sider beskriver forberedelserne op til din første arbejdsdag, de praktiske gøremål på selve den første arbejdsdag, og hvilke udviklingsprojekter, der venter forude inden for det første år i egen praksis.



+ Forberedelser



Forberedelser inden første dag med patienter

Købskontrakten er underskrevet, lånet er godkendt af banken, revisoren har lagt både et 10-års budget og et budget for den daglige drift, så i teorien er du nu klar til at starte op i praksis og se dine første patienter. Men helt så let er det dog ikke, der er lige nogle praktiske ting, som skal være på plads, inden du åbner konsultationen for patienterne.

For at komme hele forløbet igennem har vi valgt, at Clara starter en praksis op fra bunden; enten ved at overtage en solopraksis/samarbejdspraksis eller ved at starte praksis op på et nul-ydrenummer.

Hvis du køber dig ind i en eksisterende kompagniskabspraksis, vil der være nogle af nedenstående punkter, som du vil kunne komme nemmere omkring, idet du blot indtræder som del af en eksisterende virksomhed, som fx at virksomheden er oprettet som et firma med eget CVR-nummer, og at det allerede har et telefon/it-system m.m.

Men måske vil du kunne bruge Claras overvejelser, hvis I senere i dit kompagniskab vil skulle skifte telefon/it-system.



Hvornår kan man forberede sig?

”I fase 3 var jeg med til alt, og det har været godt som forberedelse til, hvad der ventede - det var dejligt at få et indblik i, hvor meget arbejde der reelt var i det, hvad man ellers skal forholde sig til. Det giver en ekstra dimension.”

”Det bliver pludselig relevant at se på og interessere sig for udgifter, når man ejer virksomheden.”



+ Oprettelse af virksomhed

Clara skal oprette sin virksomhed hos Erhvervs- og Selskabsstyrelsen for at få et CVR-nummer. Selve oprettelsen er gratis. For at kunne gennemføre oprettelsen, skal Clara forinden have fundet på et navn til sin virksomhed, samt have lavet oprettet en officiel mailadresse og et telefonnummer til virksomheden.

Clara vælger at oprette en ny arbejdsmail til sin virksomhed, således at hun kan adskille private mails fra virksomhedsmail. Der er også krav om en mail for virksomheden til kommunikation med det offentlige i øvrigt.

Man kan selv oprette enkeltmandsvirksomheder på [Erhvervsstyrelsens hjemmeside](#) eller via Virk.dk, men ved alle former for selskaber med flere ejere, skal man have hjælp fra en advokat til at oprette virksomheden.

1. NemID Erhverv

Når virksomheden er oprettet, vil Clara modtage et CVR- nummer fra Erhvervs- og Selskabsstyrelsen, og hun er nu klar til at oprette NemID-medarbejdersignatur til virksomheden. Det gøres via [dette link](#).

Den første medarbejdersignatur, som virksomheden bestiller, bliver automatisk til virksomhedens NemID administrator, så Clara vælger at oprette en medarbejdersignatur til sig selv først - og til hendes personale (sekretær/sygeplejerske/bogholder) efterfølgende.

På samme måde som ved bestilling af en privat NemID-signatur får Clara tilsendt en velkomstmil med et link til aktivering og selve aktiveringskoden med almindelig post et par dage senere. Det er vigtigt, at det er en NemID-medarbejdersignatur, hvor Claras cpr-nummer er tilknyttet, som er den specielle NemID signatur til Sundhedsvæsnet.

Claras cpr-nummer anvendes bl.a. til at verificere hendes autorisation hos Sundhedsstyrelsen.

Der findes to typer af abonnementer på NemID til erhverv. Med mindre du køber dig ind i et meget stort kompagniskab, hvor I har brug for flere administratorer, vil NemID Erhverv uden pro-pakke være fuldt ud tilstrækkelig til at dække dit behov. For denne pakke er de første 3 NemID-medarbejdersignaturer gratis.

2. Virk.dk

Når Clara har modtaget hendes NemID-medarbejdersignatur skal hun tilbage og færdigregistrere hendes virksomhed. Dette gøres via [dette link](#), hvor hun logger ind med hendes NemID-medarbejdersignatur, og her kan registrere virksomheden til at have ansatte, således at der kan laves løn og indberettes A-skat, ATP mm fra div. lønsystemer. Hun er også nødt til at være registeret som arbejdsgiver for at kunne indberette lønsumsafgift.

Virksomheden skal være momsregistreret, for selvom der ikke er moms på ydelserne til sygesikringen, så er der moms på attester til kommunerne og forsikrings-selskaberne, og den kan så modregnes den moms, som virksomheden selv betaler ved varekøb.

På virk.dk skal du også tilmelde dig digital postkasse, som er sikker mailboks for kommunikation med det offentlige. Flere og flere kommuner benytter digital postkasse. Man kan få sendt en mail til ens almindelige mail, når der er post i den digitale postkasse.

Straksudstedelse af NemID er en hurtig måde, hvorpå du med det samme får adgang til en installationskode - og dermed kan aktivere en ny medarbejders NemID med det samme.

Aktiveringsmailen sendes med det samme til en mail.

Det er fornuftigt at registrere alle virksomhedens NemID til samme arbejdsmail, så du som administrator får besked om ændringer, udløb mm.

Der kommer en advarsel om at mail har været brugt før til registrering, men den kan blot ignoreres.

3. Lokationsnummer

Claras praksis har brug for et lokationsnummer, således at det øvrige sundhedsvæsen kan finde hendes praksis elektronisk og kommunikere med hende via Edifact; det være sig både til henvisninger, epikriser, prøvesvar, medicinbestillinger og kommunikation til kommunerne. Clara kan ansøges om et lokationsnummer, så snart hun har modtaget sit ydernummer fra Regionerne. Det er Nations Sundheds-it under SSI, som driver SOR (Sundhedsvæsenets Organisationsregister). Clara kan ansøge om et [lokationsnummer til hendes praksis her](#).

Det er fornuftigt at være i god tid med at ansøge om et lokationsnummer, idet er kun tildeles nye nummer xl om ugen, og derfor kan være op til 14 dages ekspeditionstid på at få tildelt et lokationsnummer.

Hvis ikke lokationsnummeret er plads til overtagelestidspunktet vil samarbejdspartnerne ikke kunne finde Claras praksis elektronisk, og hun vil derfor modtage alle epikriser, prøvesvar mm med almindelig post. Det er en god idé at kontakte Regionens it-afdeling for at sikre sig, at de har opdateret deres lokationsliste, således at de har registeret dig.

NemID:

NemID Erhverv er en samlebetegnelse for en række erhvervsrettede digitale signaturer. NemID er:

- Ét login til det hele
- En sikker løsning.
- Den nye digitale signatur

Medarbejderrettigheder

Som NemID-administrator kan du tildele dine medarbejderrettigheder. Via medicin-it.dk under FMK kan en medarbejder registreres som medhjælper og dermed få lov at afstemme medicinkortet i FMK. På skat.dk erhverv kan man ved først at oprette roller tildele medarbejder rettighed til at indberette lønssumafgift og moms. Se vejledning her: <http://webtv.skat.dk/c538/v6234>

Lokationsnummer

En identifikationskode, som anvendes til afsendelse af oplysninger via en elektronisk postkasse, som kan sende og modtage Edifact-meddelelser.



Oprettelse af virksomhed

4. Tilmelding til overenskomsten

Når din virksomhed er blevet registeret hos Erhvervs- og Selskabsstyrelsen, og du har modtaget dit CVR nummer, er du også klar til at indsende det officielle tilmeldingsskema til overenskomsten.

Skemaet findes på [PLOs hjemmeside](#), og det skal sendes med ind til PLO i forbindelse med selve praksishandlen, altså sammen med den endelige købekontrakt og årsregnskaberne, men man skal have CVR-nummer, for at kunne udfylde skemaet.

Handlen er først endelig godkendt af PLO, når de har modtaget disse papir og tilmeldingsskemaet, men inden da skal du altså skal have oprettet en virksomhed og have et CVR-nummer.

Den officielle tidsfrist for indsendelse af købekontrakt og tilmeldingsblanket til PLO er 7 uger før overtageledagen af praksis. PLO sørger for at sende papirerne videre til den relevante region, og Clara modtager derfor som det næste sit ydernummer for praksis fra Regionen.

5. Ydernummer

Med tilmeldingsskemaet til overenskomsten søger Clara om, at hendes praksis får tildelt et ydernummer af Regionen. Når praksis har fået tildelt ydernummer, har Clara overenskomst med sygesikringen og dermed lov til at indsende regninger til Sygesikringen og får honorar udbetalt for sin virksomheds aktiviteter.

Råd og ret

Når du driver en praksis, er der mange forhold, du skal kende til.

Arbejds miljø

Her kan du læse om arbejdsmiljøreglerne, herunder arbejdspladsvurdering (APV), som alle praksis med ansatte skal oprette. Du kan også finde information om de tiltag, der er specifikke for lægepraksis og om krav, som vil blive stillet af Arbejdstilsynet.

Læs meget mere her.

Attester

PLO har samlet de hyppigst anvendte attester og links, som du i almen praksis får brug for. Husk, at der er moms på lægeattester, mens der ikke er moms på andre lægelige ydelser.

Læs meget mere her.

Forsikring

Har du egen praksis, er det også en god ide at have styr på forsikringerne både i forhold til tyveri, skade, sygdom og død. Der kan være stor forskel på, hvordan man er dækket, når man tegner en forsikring, og hvad man har brug for. Det er derfor altid en god ide at kontakte sit forsikrings selskab, hvis man skal have klarlagt sit forsikringsbehov.

Læs meget mere her.

Henvvisninger - hvad gør jeg? (FAQ)

Er der formkrav til en henvisning?

Henvisningen skal være udfærdiget efter gældende MedCom standard. Det betyder f.eks. at den skal være elektronisk.

Henvisningen er opbrugt - fortsat behov?

Fortsat behandling forudsætter en fornyet henvisning. Det skal ske med en påtegning om, at der er tale om fortsat behandling.

Hvad skal fremgå af henvisningen fra egen læge?

Det skal bl.a. fremgå, hvorvidt der er tale om en ny undersøgelse/diagnose eller fortsat behandling.

Hvad sker der, når behandlingen er afsluttet hos speciallægen?

Når patienten er færdigundersøgt og/eller færdigbehandlet, skal speciallægen give den henvisende læge en skriftlig meddelelse/epikrise herom, evt. med rådgivning for den fremtidige behandling.

Hvor længe gælder henvisningen?

Der gælder ingen tidsfrister, når henvisningen er hentet ned fra henvisningshotellet inden for de 6 måneder. Henvisningen er gældende og skal benyttes for samme lidelse, indtil den er opbrugt, og dvs. indtil antallet af konsultationer er anvendt, eller indtil patienten anses for færdigbehandlet.

Hvor mange konsultationer gælder henvisningen til?

Som udgangspunkt omfatter en henvisning 6 konsultationer hos speciallægen. Der kan gælde særlige limiteringer for særlige specialer.

Kan henvisningen blive forældet?

Ja, hvis den ikke er hentet ned fra henvisningshotellet inden for 6 måneder fra udstedelsen. Speciallægen skal da anmode patienten om at kontakte egen læge for udarbejdelse af en ny henvisning.

Kørekortfornyelser efter 1. juli 2017 - hvad gør jeg? (FAQ)

Hvad gælder for gruppe 2-køretøjer (Blandt andet busser og lastbiler)?

For så vidt angår kørekort til gruppe 2-køretøjer og til erhvervsmæssig personbefordring vil aldersgrænsen fortsat være 70 år og gyldigheden for kørekortet være 5 år. Der vil fortsat skulle forevises lægeerklæring ved fornyelse.

Hvad sker der nu, når kørekortet udløber efter de 15 år, som kørekort til almindelige biler fremover vil løbe?

Der kan ansøges om en fornyelse. Denne ansøgning behandles administrativt hos Borgerservice i kommunen.

Hvornår skal der fremover vedlægges en lægeattest?

En lægeattest skal altid vedlægges i følgende tilfælde:

- Ved udstedelse af det første kørekort, undtagen kørekort til lille knallert
- Ved ansøgning om fornyelse af kørekort, når kørekortets gyldighed er individuelt fastsat på grund af ansøgerens helbred
- Ved ansøgning om fornyelse af kørekort til gruppe-2 køretøjer (Blandt andet lastbiler og busser)
- Ved udvidelse af kørekort til vogntog
- Ved generhvervelse af kørekort, når det har været inddraget af lægelige grunde eller på grund af afhængighed af euforiserende eller andre bevidsthedspåvirkende stoffer eller på grund af manglende ædruelighed
- Udstedelse af dansk kørekort på baggrund af kørekort, der ikke er erhvervet i EU.

Informationsmateriale til patienterne

PLO har udarbejdet følgende forslag til tekst, der kan indarbejdes i den enkelte læges informationsmateriale til patienterne.

Se eksemplerne her.

Lovstof/vejledninger

Som praktiserende læge er der en række love, bekendtgørelser og vejledninger, du skal kende til og følge.

PLO har samlet et udpluk af de vigtigste her.

Ydernummer:

Regionen tildeler en praksis et ydernummer som tegn på at virksomheden har overenskomst med Sygesikringen. Én praksis tildeles ét ydernummer, - men der kan godt være flere lægekapaciteter under samme ydernummer i en kompagniskabspraksis.

Lønsumafgift

Virksomheder der handler med varer eller ydelser, der er fritaget for moms, betaler en lønsumsafgift i stedet for moms. Afgiften beregnes af virksomhedens lønsum + virksomhedens overskud (hvis der er overskud).

Overordnet og meget forenklet kan man sige, at lønsum er en afgift, som virksomheden betaler af fortjenesten af det momsfrie salg.

Blanket 6

For at kunne bestille vacciner mm hos SSI skal man være tilmeldt Blanket 6 hos SSI. Det gøres på e-mail; blanket6@ssi.dk.

Man bliver dog først godkendt og tilsendt brugernavn og password fra den dag, praksis er åben.

Sundhed.dk

For at kunne logge ind på sundhed.dk skal der åbnes for éns adgang; der sker ved at man sender en mail til: info@sundhed.dk.



+ Budgettet

For at Clara kan følge med i økonomien i sin nye virksomhed, har hun i samarbejde med revisoren udarbejdet et detaljeret budget for virksomheden for det første år. Det giver hende mulighed for på månedsbasis at følge om indtægter og udgifter følger den udvikling, som ligger til grund for at hendes 10 års budget holder, således at tilbagebetalingen af goodwill overholdes.

Specielt fordi Clara er helt nystartet, er det vigtigt for hende at vide, at hun kan holde det indtægtsniveau, som er lagt til grund for beregningerne til banken, og dermed følge om hun vil kunne skabe et overskud i sin virksomhed. Hermed kan hun også følge, om der er plads til de eventuelle nye investeringer, som hun gerne vil foretage i fremtiden.

Helt praktisk har Clara taget de sidste 3 års regnskab for den praksis, som hun har købt og sat alle indtægter og udgifter ind i et Excel ark på månedsbasis, samt tilføjet de udgifter, som hun på forhånd har kendt til, såsom investering i nyt inventar, kurser og nyt personale. Alle udgifterne har hun gennemtjekket med de akutte satser for det pågældende år.

Her er et aktuelt budget for en nystartet solopraksis, hvor der ansættes en sekretær ved overtagelse og efter 3 mdr. endvidere ansættes en sygeplejerske i forbindelse med at praksis udvides med en ekstra lægekapacitet. Budgettet må meget gerne bruges som inspiration for andre.

• Prøv at lav **dit eget budget** ud fra følgende Excel-fil.



Ordliste til budget

- **Egenkapital:** Indskudt kapital i ApS ved oprettelse af virksomheden.
- **Sygesikring basis:** Basishonorar fra Sygesikringen. Aktuelt ca. 93,28 kr. pr gruppe 1-sikret tilmeldt praksis pr. kvartal. Basishonoraret betales som acon to beløb hver d. 15 i måneden.
- Hvert kvartal opgøres det endelig antal tilmeldte/ beløbet, og dette udbetales ultimo.
- **Sygesikring ydelser:** Udbetaling af ydelser pr. regninger til Sygesikringen. Betales pr. 15 i måneden.
- **Apotekervarer:** Alle varer indkøbt på apoteket, som ikke er dækket af basislisten.
- **Gage til fast personale:** Løn, inkl. pension, til personalet i praksis efter gældende overenskomst satser. [Direkte link her.](#)
- **Gage til ES/læge XX:** Løn til lægerne i praksis

- **ATP:** Arbejdsmarkedets Tillægspension. 180 kr. pr. medarbejder
- **Barselsfond:** Alle private arbejdsgivere skal betale til en offentlig barselsudligningsordning, hvorfra der også kan søges om tilskud, såfremt en medarbejder skal på barsel. 206,25 kr pr kvartal pr medarbejder.
- **Lønsumsafgift:** Afgift af lønsum til ikke-moms pligtige virksomheder. Betales hvert kvartal.
- **Kursusudgifter:** Både personale- og lægegruppen.
- **Personaleomkostninger:** Gaver, forplejninger til møder mm til personalegruppen.
- **Kontorartikler:** Papir, klips m.m.
- **IT-omkostninger:** Faste IT-omkostninger til lægesystem, back-up, support.
- **Inventar:** Investering i nyt inventar løbende.
- **Mindre nyanskaffelser:** Under 12.000 kr. pr. anskaffelse.

- **NemID:** Abonnement samt nyoprettelser udover de tre første brugere.
- **Dankort-terminal:** Abonnementsafgift på selve terminalen.
- **Telefon:** Her kun mobil-abonnement, da resten af udgifterne ligger i et I/S ved siden af.
- **Porto:** Indkøb af frimærker.
- **Regnskabsassistance:** Bogholder ansat til bogføring, lønudbetalinger, moms- og lønsumsafgift.
- **Administrationsomkostninger:** Praksis er del af et I/S om leje af lokaler, IT/telefoni og venteværelsesinventar.
- **Arbejdsskadeforsikring:** [Link til PLOs hjemmeside.](#)
- **Erhvervsforsikring:** Løsøre- + ansvarsforsikring. [Link til PLOs hjemmeside.](#)
- **Sygedagpengeforsikring:** [Link til PLOs hjemmeside.](#)



+ Virksomhedsplan

Overblik over virksomhedens udvikling

En virksomhedsplan kan udarbejdes som en skabelon for ens virksomhed/praksis, hvorledes ens visioner for den er, og hvordan man vil opbygge en arbejdsplan/dagligdag, hvor medarbejdere og virksomheden trives og er i konstant udvikling.

Clara beslutter sig for at udarbejde en virksomhedsplan for sin praksis. Faktisk påbegynder hun arbejdet med virksomhedsplanen allerede, inden hun har fundet den praksis, som hun vil købe.

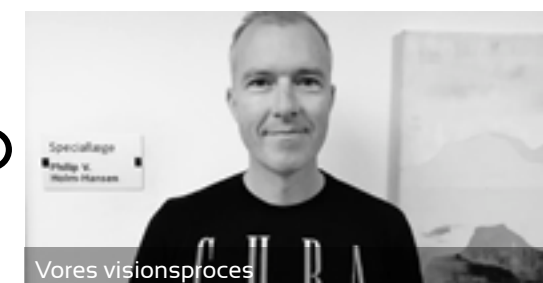
Hele processen med at udarbejde virksomhedsplanen hjælper hende til bedre at kunne definere, hvilken slags praksis, hun ønsker at købe/ arbejde i, hvordan praksis strukturelt skal opbygges, og hvorledes hun fortsat vil kunne arbejde på at udvikle praksis løbende.

Selve virksomhedsplanen kan dermed hjælpe Clara til at få afklaret, om hun ønsker at arbejde alene eller sammen med nogle, om der skal være personale ansat, hvorledes hun vil arbejde for at hendes patienter behandles, og hvilke services hun vil prioritere at kunne tilbyde sine patienter.

Rent praktisk finder Clara en skabelon for en virksomhedsplan på internettet, som er opbygget af følgende elementer, som hun så selv definerer:

- Forord
- Processen
- Forudsætninger
- Resultat/mål

[Læs pjecen "Hvordan skal din praksis udvikle sig?" for mere inspiration.](#)



Vores visionsproces

Hvordan udvikler du praksis?

"Jeg havde en 10-års forretningsplan, som jeg vendte med min revisor, men jeg er ikke der, hvor jeg gerne vil være. Deri stod der, hvornår jeg skulle ansætte personale m.v. Efter de første to år ligner de resterende 8 år hinanden. Der er ikke nogen at sparre med om udvikling af praksis."

"Det at lave en virksomhedsplan og kvartalsregnskaber går fra andre ting. Der er lavere indtjening og længere ventetider. Alligevel prioriterer vi nogle timer ugentligt til gennemgang og udvikling af virksomheden."

"Virksomhedsudvikling skal prioriteres højt for at blive systematisk. Det kræver et stort overskud at smide det gamle ud og starte forfra. Som uddannelseslæge havde man mange idéer til forbedringer, og nu er man selv blevet den begrænsende faktor for udvikling."

"Vi laver et virksomhedstjek én gang i kvartalet, hvor vi ser på saldo og sammenligner med året før."



+ Inventar/lokaler

For at kunne modtage patienter i sin nye praksis, skal Clara have et konsultationslokale klar til åbningsdagen. Måske har hun overtaget nogle lokaler og noget inventar fra den tidligere læge, som hun kan benytte. Måske er der ingenting at overtage, hvis hun er startet op på et nul ydernummer.

Nogle har brug for ejerskab over praksis og eget konsultationslokale ved at indkøbe nyt inventar og/eller få malet lokalet. Andre har det fint med at høre videre med lokale, som det er – og har mere behov for at sætte sit præg på praksis ud fra handlinger og gøre i praksis. Det er meget forskelligt; det vigtigste er at føle efter, hvad ens eget behov er, og følge det, så man kommer godt fra start i praksis.

Her kan du få råd, hvis du går med byggeplaner for praksis

Her fortæller praktiserende læge Jette Willendrup om, hvordan du kan tage ejerskab over din kommende praksis, selv når du er vikar i overdragelsesfasen.



Ejerskab over praksis - selv som vikar

Gode råd til at skabe ejerskab over praksis:

1. Behov for at ændre de ydre rammer:
 - a. Skal der males?
 - b. Er der behov for nye møbler?
 - c. Skal der indkøbes personaleting, fx billeder?
 - d. Er der behov for nye navneskilte?
 - e. Skal der oprettes/redigeres på hjemmeside?

Ovenstående er med til at signalere over for patienterne, at der er kommet en ny læge i praksis.

2. Skab en relation til patienterne via nye rammer
 - a. Lav om på rutinerne/behandlingsregimer.

Dette kræver megen bevidsthed omkring egen og/eller praksis' holdning til patientbehandling samt organisation.

3. Overdragelsesreception/annoncering i avisen.
4. Brevpapir, nyt stempel, kuverter m.m.
5. Nyt navn til praksis.

6. Vær leder i forhold til personalet:
 - a. Tydeligt lederskab
 - b. Styling af personalemøder
 - c. Nye instrukser, ny organisering

7. Nye værdier/nye visioner.

Se eksempel her på via dette direkte link.

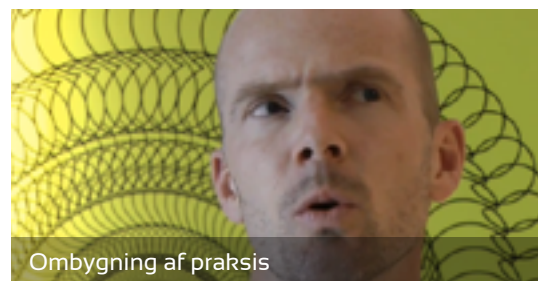
Udarbejdet på Workshop Sorø, januar 2013.

I dette videospot fortæller praktiserende læge Jette Willendrup om, hvordan indretning hænger sammen med arbejdsglæde - også på længere sigt.



Indretningen påvirkede mit praksiskøb

I dette videospot fortæller praktiserende læge Thomas Hansen om, at det kræver kræver skarp styring, hvis ombygning af praksis skal lykkes inden for en fastsat deadline.



Ombygning af praksis

Lokalerne er dit ansigt udadtil

"Det er altafgørende, at det ser ordentligt ud. Ansigtet udadtil viser graden af professionalitet."

"Den praksis, jeg overtog, var meget økonomisk drevet, så der var meget arbejde efter overtagelse med at renovere og vedligeholde."

"Umiddelbart havde jeg ikke en god mavefornemmelse, men det var et godt tilbud. Lokalerne var imidlertid ikke værd at være i, så det var et krav fra min side, at hvis vi skulle handle, skulle der bygges noget nyt inden for tre år, og det blev skrevet ind i kontrakten; til gengæld fik jeg en enorm dyr husleje i mellemtiden."

"Man skal ikke hive profit ud, uden at sætte kvalitet ind i stedet for."

"Det betyder meget for mig og min egen arbejdsglæde, at jeg går rundt i dejlige lokaler. Det giver mig overskud til at være på arbejde, og bidrager til, at jeg kan holde ud til at kigge på væggen. Vi havde en snak om sammenhæng mellem indretning og værdier."

"Jeg har børnenes tegninger hængende i min praksis, men ingen familiefotos."

"Det skal ikke være supermoderne, overhygiejnisk hvidt, men gerne funktionelt lyst uden at koste for mange penge. Jeg har stoppet med billeder på skrivebordet og personoplysninger online pga. en patientstalker-sag."

"Jeg var engang i en bypraksis, hvor man skulle have gardinerne nede konstant, for ellers kunne folk kigge ind; nu er det rart at være nede i jordhøjde med masser af lys."

"Nu sidder jeg sidder i et lille lokale, der er mørkt og har dårlig akustik. Jeg har svært ved at høre ældre patienter. Lige nu går jeg direkte ud i venteværelset, så jeg har ikke tid til mentalt at omstille mig til den næste patient. Jeg har ikke lyst til at sidde i et rum som dette i resten af min tid som læge, for jeg får ikke lys nok. Det har stor betydning for min integritet og mit professionelle virke, samt troværdig over for patienterne, at jeg har et ordentligt rum."



+ IT/telefoni

For at Claras patienter kan komme i kontakt med hende, når hun åbner 1. dag, skal der være en telefon og et IT-system installeret og klar til brug. Måske overtager hun begge dele fra den tidligere læge, men det er vigtigt at tjekke hvilke abonnementsaftaler, der allerede findes inden overtagelsen.

Derefter skal hun beslutte sig for, om hun ønsker at fortsætte disse aftaler, og om de evt. skal opsiges inden en bestemt dato. Hvis hun vælger at opsiges gældende aftaler, skal hun også sikre sig, at der er indgået aftaler om nyt it og telefoni, inden hun starter op.

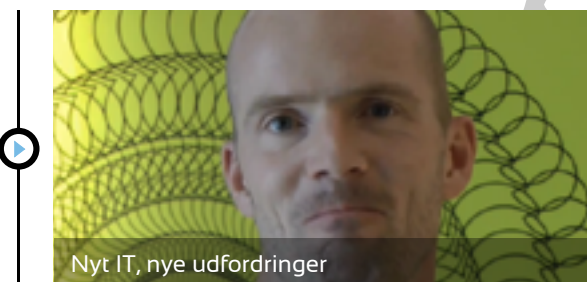
For langt de fleste vil det være nemmest at fortsætte med det telefonnummer, som er tilknyttet praksis, og som patienterne jo allerede kender i forvejen. Men det kan jo sagtens tænkes, at man gerne vil skifte udbyder eller system enten ved start eller senere.

Omvendt vil flere nok skifte it-lægesystemet ved start, specielt hvis de ikke kender det eksisterende system i forvejen, og at de på forhånd ved, at de ønsker et andet system. Alt kan lade sig gøre, det gælder blot om at være meget bevidst om, hvad man ønsker sig – og sørge for at indhente tilbud flere steder fra, så man sammenligner priser.

Af nedenstående artikel fremgår det også, at det faktisk kan lade sig gøre at forhandle om selve prisen, så det kan da anbefales.

Artikel i *Dagens Medicin*: [Sådan sparede lægepraksis 8.000 kr. om måneden på nyt it-system](#)

[Se eksempel på it-kravsspecifikationsliste her.](#)



Nyt IT, nye udfordringer

Prioriteringsliste for IT lægesystem (ikke-prioriteret liste) Skriv din egen liste og tilføj evt. flere krav

- Separat praksismail til alle lægerne
- Fælles praksismail til sekretær som den officielle mail til praksis
- Edifact skal være en integreret del af selve journal systemet
- God support
- Sikkerhed for personfølsomme oplysninger og nedbrud = god backup/ fjern backup
- Behov for fleksibilitet/ hjemmearbejdsplads
- Mulighed for at vedhæfte billeder (af patienter, af hud -> telemedicin)
- Mulighed for elektronisk opkobling af EKG, LFU...
- FMK skal fungere
- Datafangst skal fungere
- Ønsker man ét stort system (lille brugerindflydelse) eller ét lille system (stor brugerindflydelse)?
- Online tidsbestilling, medicinbestilling, e-mail'
- Mulighed for sms/e-mail advisering til patienterne
- Ekstern/intern server og backup
- Mulighed for direkte mail til patienterne med f.eks instruks-video
- Mulighed for interne beskeder i personale/læge gruppen
- Infoskærm i venteværelset
- Kortlæser i venteværelser eller kontakt til sekretær
- Ekstene højttaler til brug for små-operationer (giver arbejdsglæde og beroliger patienten)
- Tablet mulighed til brug ved hjemmebesøg

Udarbejdet på Workshop Sorø, januar 2013.

Prioriteringsliste for telefonsystem (ikke-prioriteret liste) Skriv din egen liste og tilføj evt. flere krav

- Fleksibilitet:
- Viderestilling til anden læge i telefontiden
 - Patienten kan vælge, hvem de vil snakke med
 - Ringe-tilbage-tider

- Én fælles kø:
- Hvor mange skal kunne stå i kø ad gangen?
 - Telefontid/ringe-tilbage-tider?
 - IP-telefoni?
(IP = CPR nummer direkte ind i journalen, så pt's journal automatisk kommer frem på skærmen, når telefonen svares)
 - Håndfrit headsæt

Udarbejdet på Workshop Sorø, januar 2013.

Personale- og patientkontakt

"Patienter er ikke kun kunder, der skal serviceres. Det er vigtigt at behandle folk ordentligt og høfligt. Gør noget ud af at pointere over for personalet, hvordan man skal tale til og med patienterne."

"Når praksis er oppe at køre med nyt it-system, burde jeg kunne klare det hele inden for en 40 timers arbejdsuge. Men man mangler uvildige anbefalinger til de forskellige it-systemer undervejs."

"Jeg havde krav til fællesmedicinkort og datafangst samt en iPad til hjemmebesøg fra start. Men det hjælper ikke noget at licensen er 300 kr. per måned, for er det i alt eller per bruger? Det er lidt ligesom med Ryanair, hvor der nok er billige billetter, men hvor du skal betale for toiletbesøg."

Tillægskontrakt

Fælles bestemmelser for lægesystemer og ydelser for medlemmer af PLO



+ IT-sikkerhed

Datasikkerhed i klinikken

Det er ifølge lovgivningen, den enkelte praktiserende læge som klinikejer, der er dataansvarlig for personfølsomme data der håndteres i klinikken. Det betyder at det er den dataansvarlige læges ansvar, at der foreligger relevant databehandleraftale og datavideregivelsesaftale med aktører der håndterer disse data.

Databehandleraftale

En dataansvarlig læge kan vælge at overlade det til en anden at udføre selve den praktiske behandling af personoplysninger på den dataansvarliges vegne. Den, der herefter udfører databehandlingen, betegnes som databehandler. En databehandler kan være en (fysisk) person, en virksomhed, en offentlig myndighed etc.

Databehandleren må ikke bruge de overladede oplysninger til andet end udførelsen af opgaven for den dataansvarlige. Behandlingen ved en databehandler kræver, at der indgås en skriftlig aftale herom imellem den dataansvarlige og databehandleren (en såkaldt databehandleraftale).

Datavideregivelsesaftale

Styrelsen for Patientsikkerhed skal ifølge sundhedsloven § 46, stk. 2, godkende videregivelse af patientjournaloplysninger til brug for konkrete forskningsprojekter. Godkendelsen kan ske før oplysningerne kan videregives.

Sundhedsstyrelsen blev den 8. oktober 2015 opdelt i 3 styrelser – Sundhedsstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed. Styrelsen for Patientsikkerhed varetager fremover vurdering af ansøgninger om videregivelse efter sundhedsloven § 46, stk. 2.

Videregivelsen af patientjournaloplysningerne kræver dog ikke Styrelsen for Patientsikkerheds godkendelse i disse situationer:

- Patienterne giver skriftligt samtykke til videregivelsen af patientjournaloplysningerne
- Videregivelse af oplysninger fra godkendte databaser, eksempelvis en klinisk kvalitetsdatabase. Ansøgningen om videregivelse skal sendes til databasens administrator.
- Hvis Videnskabetisk Komite har givet tilladelse til et projekt, hvor det som led heri er nødvendigt at få videregivet oplysninger fra patientjournaler.

Datasikkerhed i DAK-E

DAK-E kan i forhold til den dataansvarlige læge optræde som både databehandler og datavideregiver. Hvis der foretages databehandling, som det kendes fra f.eks. patientoverblikrappporter og beslutningsstøtte, optræder DAK-E som databehandler. Hvis der foretages videregivelse af data fra klinikken til f.eks. kliniske kvalitetsdatabaser, optræder DAK-E som datavideregiver.

Når der indgås databehandleraftale med DAK-E følger det af lovgivningen, at det skal fremgå af aftalen, at DAK-E som databehandler alene handler efter instruks fra den dataansvarlige læge, og at databehandleren skal træffe de nødvendige tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger.

Disse sikkerhedsforanstaltninger skal sikre mod, at oplysningerne:

- Hændeligt eller ulovligt tilintetgøres, fortabes eller forringes
- Kommer til uvedkommendes kendskab eller misbruges
- I øvrigt behandles i strid med lov om behandling af personoplysninger

DAK-E foretager ekstern IT-revision og CE certificering til sikring af datasikkerhed og overholdelse af lovgivning for brugere af DAK-E.

Når den dataansvarlige læge overlader en behandling af oplysninger til en DAK-E som databehandler, skal den dataansvarlige sikre sig, at databehandleren kan træffe de nævnte tekniske og organisatoriske sikkerhedsforanstaltninger, og påse, at dette sker.

For at sikre at den dataansvarlige læge kan leve op til lovgivningsmæssigt krav om at sikre, at de krævede sikkerhedsforanstaltninger overholdes hos DAK-E som databehandleren, får DAK-E foretaget ekstern IT-revision fra en uafhængig tredjepart.

Relevante links

[Pjece om informationssikkerhed i din klinik](#) (2017)

[Dansk Almenmedicinsk KvalitetsEnhed](#) (DAK-E)

[PLO's IT- og Dataudvalg](#)

IT- og Dataudvalget arbejder med udvikling og anvendelse af IT i almen praksis samt indhentning og anvendelse af patientdata fra almen praksis. Udvalget styrer efter [PLO's datapolitiske principper](#).

[Fælles MedicinKort \(FMK\)](#)

[IT og apparatur](#)



+ Personaleforhold

Udarbejdet af: Advokat Dorte Enoksen, PLA

Her kan du læse om de regler, du skal være opmærksom på i de forskellige faser af et ansættelsesforhold.

Teksten tager udgangspunkt i, at du er medlem af Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening, PLA, og dermed er omfattet af PLA's overenskomster med HK og DSR/dbio. Er du ikke medlem, er du ikke direkte forpligtet af overenskomsterne på området.

[Læs mere om PLAs services her:](#)

[Overenskomst for konsultationssygeplejersker:](#)

[Overenskomst for lægesekretærer i almen praksis:](#)

[Overenskomst for praksisbioanalytikere:](#)

[Vikar i almen praksis?](#)

Ansættelse af personale

1. Jobannoncen
2. Jobsamtalen
3. Udarbejdelse af kontrakt

Forhold under ansættelsen

1. Løn
2. Pension
3. Ferie
4. Sygdom
5. Graviditet

Ansættelsens afslutning

1. Opsigelse
 - a. Opsigelsesvarsler
 - b. Formkrav (§ 2a)
 - c. Saglighed
 - d. Ligebehandlingsloven
 - e. Forskelsbehandlingsloven
2. Ændring i ansættelsesvilkår
3. Bortvisning

Sygdom og barsel

Hvis du som praktiserende læge bliver syg eller skal på barsel, er det PLO's Administrationsudvalg, der træder til med økonomisk kompensation. Selv om du er selvstændig erhvervsdrivende, har du ret til økonomisk kompensation fra Administrationsudvalget. Du kan søge Administrationsudvalget om hjælp, hvis:

- Du bliver syg
- Du har ansat en vikar, der bliver syg
- Du har ansat en læge, som bliver syg (gælder kun ansatte læger, som er PLO-medlem)
- Du eller din ægtefælle bliver gravid
- Din ansatte læge eller dennes ægtefælle bliver gravid (gælder kun ansatte læger, som er PLO-medlem)
- Du er vagtlæge og bliver syg

Skulle en af dine nærmeste blive alvorligt syg, sikrer Administrationsudvalget desuden, at du kan tage plejeorlov.

Har du brug for kompensation?

Du logger på 'Min side', hvor du skal anmelde og indsende din ansøgning om udbetaling. Det er nemt at benytte, men bliver du i tvivl, er der hjælp at hente i quickguide-video, vejledninger og regler.

Når Administrationsudvalget har behandlet din ansøgning vil du modtage svar på mail. Husk, at vedhæfte indtægtsgrundlag når du ansøger.

Ved fravær vedhæftes følgende dokumentation:

- For Region Midtjylland vedhæftes Honoraropgørelse OI, side 1 for december 2016.
- For de øvrige regioner vedhæftes Årlig Honorarspecifikation YÅ 501 - 2016.

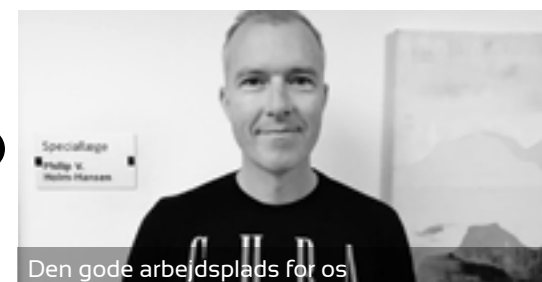
[Læs mere her.](#)

Inspiration

Væksthus Midtjylland har udgivet en praktisk guide om kontraktforhandlingens ABC; en proces, der består af tre hoveddele. [Læs mere her.](#)

Download desuden guiden som lydbog:

- Kontraktforhandlingens ABC: [Introduktion - 10 min.](#)
- Kontraktforhandlingens ABC: [Hele guiden - 76 min.](#)



Nå, er det også mit ansvar?

"I en frokostpause forleden sagde vores sekretær, at hun ville gå på efterløn her til foråret. Så skulle vi til at forholde os til det."

"Det med at kommunikere noget ud fra lederen til personalet er en proces, som kan gå godt eller gå galt."

"Der er ikke mange af os, der interesserer os for den del af livet som praktiserende læge. Der, hvor jeg er nu, er det først for nylig, at vi er begyndt at holde personalemøder."



+ Ansættelse

Udarbejdet af: Advokat Dorte Enoksen, PLA

1. Jobannoncen

Når du har besluttet, hvilke typer medarbejdere du ønsker at ansætte i din praksis, skal du ved udformningen af jobannoncen være opmærksom på, at du allerede på dette tidlige tidspunkt er underlagt særlovgivningen. Både forskelsbehandlingsloven og ligebehandlingsloven gælder.

Det betyder i praksis, at du ikke må forskelsbehandle på grund af alder, religion, politisk overbevisning mm. Det betyder også, at du ikke må foretrække en kvinde frem for en mand - annoncen skal være kønsneutral.

1a. CASE

Må du i en jobannonce søge efter en ung, heteroseksuel, kvindelig sekretær?

Svar: NEJ!

Det er både forkert at skrive "ung" i strid med forskelsbehandlingsloven, "heteroseksuel" i strid med forskelsbehandlingsloven og "kvindelig" i strid med ligebehandlingsloven.

2. Jobsamtalen

Når du har udvalgt de bedste kandidater til det ledige job, skal der holdes en jobsamtale. Til en sådan samtale er det ikke tilladt at spørge om alt. Omvendt har medarbejderen heller ikke pligt til at fortælle alt. Det skyldes, at forskelsbehandlings- og ligebehandlings- og helbredsoplysningsloven gælder.

Det er tilladt at spørge en kvindelig ansøger, om hun er gravid. Men det er problematisk, hvis hun svarer ja, og du så fravælger hende. På det grundlag kan hun nemlig påstå, at du har handlet i strid med ligebehandlingsloven og derved få ret til en godtgørelse.

Du skal kunne bevise, at det ikke var graviditeten, der var årsagen til, at du fravalgte hende. Har den medarbejder, du i stedet valgte, klart bedre kvalifikationer, er det ikke svært at bevise, at det ikke var graviditeten, der var årsag til fravalget. Men har de to kandidater samme kvalifikationer, kan det være sværere at bevise, at det ikke var graviditeten der var grunden til fravalget. En ansøger har ikke pligt til at fortælle, at hun er gravid.

I forhold til spørgsmål om ansøgernes helbred er der også visse begrænsninger. Det er tilladt at spørge om ansøgeren fejler noget, der er relevant for arbejdets udførelse. Ansøgeren er imidlertid kun forpligtet til at fortælle om væsentlige helbredsmæssige forhold og kun hvis sygdommen ikke er under kontrol. Der er fx ikke pligt til at fortælle om sukkersyge, hvis sygdommen er under kontrol.

2a. CASE

En ansøger med sclerose, svarede nej til at fejle noget, der var relevant for arbejdets udførelse. Sygdommen havde endnu ikke givet ham gener.

Kort tid efter ansættelsen sygemeldes han på grund af sclerosen og bliver derefter bortvist af arbejdsgiver for ikke at have oplyst om sygdommen. Skulle han have fortalt det til jobsamtalen?

Svar: NEJ!

Sygdommen havde endnu ikke givet ham gener, og derfor var der ikke pligt til at oplyse om det.

3. Udarbejdelse af kontrakt

Du har nu udvalgt den ansøger, du ønsker at ansætte, og det er tid til at udarbejde en kontrakt. Ansættelsesbevisloven kræver, at der i kontrakten bliver taget stilling til en lang række forhold.

I PLA's overenskomster med HK og DSR/dbio er der derfor formuleret standardkontrakter, som sikrer, at du opfylder lovens krav. Du har pligt til at anvende standardkontrakterne. På den måde sikrer du også, at du får det hele med.

Du skal bl.a. tage stilling til arbejdstid, løn, eventuelle tillæg, prøvetid og 120-dages reglen. Der er kontrakter til både månedslønnede og timelønnede.

Alle medarbejdere, der er omfattet af PLA's overenskomster har krav på en ansættelseskontrakt fra første dag uanset, om man ansættes 5 timer om ugen, på fuld tid, eller man er sommerferieafløser.



Ansættelsesforhold

Udarbejdet af: Advokat Dorte Enoksen, PLA

1. Løn

Medarbejderne skal som minimum have den løn, de er berettiget til efter PLAs overenskomster. Derudover kan du vælge at give et tillæg, men det er som udgangspunkt ikke en pligt.

Lønnen stiger i den takt overenskomsten tilsiger. Skal lønnen fx stige 1 %, er udgangspunktet, at både den almindelige overenskomstmæssige løn og et eventuelt tillæg reguleres med 1 %.

2. Pension

Medarbejderne har en overenskomstmæssig ret til at få pension fra første dag i ansættelsesforholdet. Pensionen skal oprettes i PKA.

Medarbejdere, der er omfattet af HK's overenskomst får 10,67% fra arbejdsgiver og skal selv betale 5,33%.

Medarbejdere, der er omfattet af DSR/dbio's overenskomst får 12% fra arbejdsgiver og skal selv betale 6%.

Rengøringspersonale og lignende har ikke ret til pension, medmindre du vælger at lave en aftale med medarbejderen om det.

3. Ferie

En medarbejder har ret til 25 dages ferie om året. Månedslønnede får løn under ferie. Timelønnede får feriegodtgørelse.

For at få løn under ferien skal medarbejderen først have optjent retten til betalt ferie. Man opererer derfor med et optjeningsår og et ferieår, der ligger forskudt. Optjeningsåret følger kalenderåret, mens ferieåret går fra 1. maj til 30. april. I optjeningsåret optjener man retten til betalt ferie i det efterfølgende ferieår. Det vil sige, at den ferie der optjenes i 2013 er til brug i ferieåret 1. maj 2014 til 30. april 2015.

Ferie skal varsles. Hovedferien, der som udgangspunkt er 3 ugers sommerferie, skal varsles med 3 måneders varsel. Restferien, altså de resterende 2 ugers ferie, skal varsles med 1 måneds varsel. Hvis du ikke kan blive enig med dine medarbejdere om feriens placering, er det dig, der bestemmer.

Hvis medarbejderen bliver syg i forbindelse med ferie?

Ferie begynder ved arbejdstids begyndelse den første feriedag. Bliver en medarbejder syg før ferien starter, udskydes ferien. Bliver medarbejderen syg under sin ferie, kan der kræves erstatningsferie fra den 6. feriedag.

Medarbejderen bærer selv risikoen for de første 5 sygedage under ferie i hvert ferieår, men skal have anmeldt sygdommen fra 1. sygedag. Det er også en betingelse, at medarbejderen fremskaffer en lægeerklæring, der dokumenterer sygdommen – og det er medarbejderen selv, der betaler for lægeerklæringen.

Hvis medarbejderen ikke kan afholde erstatningsferien inden ferieårets udløb på grund af sygdom, kan ferien overføres til næste ferieår. Alternativt kan medarbejderen vælge at få feriepengene udbetalt.

3a. CASE

Din sekretær har fredag den 22. juni sidste arbejdsdag før 3 ugers ferie. Hun giver feriebage og ønsker alle god ferie. Hun skal rejse til Mallorca lørdag morgen. Mandag 25. juni, ringer hun til dig - før arbejdstidens begyndelse - og melder sig syg. Hun er syg i 4 dage. Kan hun nå at udskyde ferien??

Svar: JA!

Hun når at sygemelde sig før feriens start. Den starter nemlig først ved arbejdstidsbegyndelse mandag morgen.

Feriefridage

Udover de 25 feriedage har medarbejdere, der er omfattet af PLAs overenskomster ret til feriefridage. Disse dage er ikke reguleret i ferieloven.

En fuldtidsansat medarbejder har ret til 5 feriefridage (37 feriefridagstimer) hvert ferieår. En deltidsansat har hvert ferieår ret til feriefridagstimer svarende til sin ansættelsesbrøk, fx har en medarbejder ansat 30 timer pr. uge ret til 30 feriefridagstimer hvert ferieår. Optjeningen af feriefridage følger de samme principper som optjening af ferie, se ovenfor.

Når feriefridagene skal afholdes skal det varsles med 1 måned (ligesom restferie).

4. Sygdom

En syg funktionær, det vil sige en månedslønnet medarbejder, der er omfattet af PLAs overenskomster, skal have sin sædvanlige løn, mens hun er syg.

Du kan som arbejdsgiver få refusion fra kommunen under sygdom. Dog først når medarbejderen har været syg i mere end 30 dage. Man kalder det arbejdsgiverperioden. Du skal søge refusionen elektronisk på www.nemrefusion.dk.

Første skridt er at anmelde sygdommen. Dette skal gøres senest inden 5 uger fra første sygedag. Når sygdommen er anmeldt, kan refusionen søges.

Det er muligt at få refusion allerede fra 2. sygedag, hvis du tegner en forsikring. Forsikringen varetages af Statens Administration. Den er ikke særlig dyr og tjener sig hurtigt ind.

5. Graviditet

En gravid medarbejder, der er omfattet af PLA's overenskomster, har ret til at gå på barsel med fuld løn 4 uger før terminen og frem til 30 uger efter fødslen.

Der er mulighed for refusion fra kommunen og barselsfonden. Refusionen søges samlet hos www.nemrefusion.dk.

Efter lønperiodens ophør kan medarbejderen fortsætte sin orlov med barselsdagpenge. Pengene udbetales direkte til medarbejderen fra kommunen. Der er mulighed for at være fraværende med dagpenge i op til 60 uger regnet fra fødselstidspunktet – det vil sige i 30 uger efter lønperiodens ophør.



+ Opsigelse

Udarbejdet af: Advokat Dorte Enoksen, PLA

1. Opsigelse

Lever en medarbejder ikke op til dine forventninger, eller er du nødt til at spare penge, kan en opsigelse være nødvendig. Der er i den forbindelse en række formelle regler, du skal overholdes.

De følgende afsnit tager udgangspunkt i, at der er tale om opsigelse af en funktionær. Handler det om opsigelse af fx en rengøringsassistent, kan nedenstående regler ikke anvendes.

En opsigelse skal for det første gives med et korrekt opsigelsesvarsel, og den skal også være sagligt begrundet – enten i medarbejderens forhold eller i virksomhedens forhold.

Inden du sender en opsigelse af sted, bør du dog have helt styr på følgende forhold:

- Du skal have undersøgt årsagen til opsigelsen
- Tjek medarbejderens anciennitet
- Gælder særlige ansættelsesvilkår?
- Er ansættelseskontrakten opdateret?
- Er overenskomsten overholdt?
- Har medarbejderen fået en advarsel?

1a. Opsigelsesvarsler

Når du frem til, at medarbejderen skal opsiges, skal du overholde funktionærlovens opsigelsesvarsler. En opsigelse skal gives, så fratræden kan finde sted til en måneds udgang. Det vil sige, at en opsigelse skal gives senest den sidste dag i måneden

Medarbejderen kan selv opsiges sit ansættelsesforhold med én måneds varsel, uanset hvor længe ansættelsesforholdet har varet.

Her er de opsigelsesvarsler, du som arbejdsgiver er bundet af:

<i>Anciennitet ved opsigelse:</i>	<i>Opsigelsesvarsel</i>
Til og med 5 måneder:	1 måned
Til og med 2 år og 9 måneder:	3 måneder
Til og med 5 år og 8 måneder:	4 måneder
Til og med 8 år og 7 måneder:	5 måneder
Herefter:	6 måneder

Hvis der i medarbejderens kontrakt er krydset af, at der gælder en 3 måneders prøvetid, betyder det, at du i den periode kan opsiges medarbejderen med 14 dages varsel. Medarbejderen kan til gengæld opsiges sit arbejde fra dag til dag. I prøvetiden gælder reglen om, at opsigelsen skal gives, så fratræden kan finde sted til en måneds udgang, ikke. Hvis du skal nå at opsiges medarbejderen i prøvetiden, skal du altså senest opsiges hende, når hun har været ansat i 2½ måned.

1b. Formkrav

En opsigelse skal være skriftlig af bevismæssige grunde. Af samme grund bør du få medarbejderen til at kvittere på en kopi af opsigelsen. Du kan her se et eksempel på, hvordan en opsigelse kan formuleres:

[Direkte link her.](#)

Det er også vigtigt, at medarbejderen modtager opsigelsen senest den sidste dag i måneden (medmindre der er tale om en opsigelse i prøvetiden – se ovenfor). Man taler om, at opsigelsen rettidigt skal "komme frem" til medarbejderen. Hvis opsigelsen skal sendes med posten, kan du sikre dig, at brevet kommer rettidigt frem til modtageren ved at sende brevet med en afleveringsattest. Bruger du afleveringsattest, får du nemlig postbuddets underskrift på, at brevet er afleveret i modtagerens postkasse. Og dermed er brevet "kommet frem" juridisk set.

1c. Saglighed

En opsigelse skal være sagligt begrundet enten i virksomhedens forhold eller i medarbejderens forhold. Hvis medarbejderen har været ansat i under 8 måneder på opsigelsestidspunktet, kan opsigelsens saglighed ikke anfægtes af medarbejderen. Du skal dog være opmærksom på, at medarbejderen kan være beskyttet efter særlovgivning, fx ligebehandlingsloven og forskelsbehandlingsloven. Det vil altid bero på en konkret vurdering, om en opsigelse er sagligt begrundet.

Virksomhedens forhold:

En opsigelse kan være sagligt begrundet i virksomhedens forhold, hvis opsigelsen skyldes nedskæringer eller reelt behov for at omstrukturere driften.

Medarbejderens forhold:

Hvis dit ønske om at opsiges en medarbejder, skyldes medarbejderens forhold, fx samarbejdsproblemer, eller manglende kompetencer, skal dit forarbejde være i orden. For en medarbejder skal som udgangspunkt have en chance for at rette op på kritisable forhold. Medarbejderen skal altså have fået en advarsel.

En advarsel skal af bevismæssige grunde være skriftlig. Har du i stedet giver en mundtlig advarsel, bør du derfor følge den op med en skriftlig bekræftelse af samtaleforløbet. Det kan måske virke lidt "kunstigt" på en mindre arbejdsplads at give en medarbejder en skriftlig advarsel, men det er vigtigt, at du gør det.

Advarslen skal nøje beskrive, hvad det er, der skal rettes op på. Desuden skal konsekvenserne af manglende efterlevelse også være tydelige (en opsigelse eller i grelle tilfælde en bortvisning). Herudover bør der i en advarsel anføres en tidshorisont, inden for hvilken advarslen tages op til revision.

Se eksempel på [formuleringen af en advarsel her.](#)

Godtgørelse for usaglig opsigelse

Hvis medarbejderen ikke synes din opsigelse er sagligt begrundet, har hun mulighed for at rejse et krav om godtgørelse for usaglig opsigelse efter funktionærlovens § 2b.

Som nævnt ovenfor skal medarbejderen have været ansat i mindst 8 måneder for at kunne rejse et sådant krav.

Det er svært at give et præcist billede af godtgørelsesniveauet, men en "tommefinger-regel" er, at det koster halvdelen af opsigelsesvarslet at opsiges en medarbejder usagligt. Det betyder, at godtgørelsesniveauet for en medarbejder med fx 3 måneders opsigelsesvarsel er på 1½ måneds løn. Konkrete omstændigheder kan imidlertid gøre, at godtgørelsen bliver større eller mindre.

Fratrædelsesgodtgørelse

Hvis du opsiges en funktionær (sekretær, sygeplejerske, bioanalytiker m.v), der på fratrædelsestidspunktet har en ubrudt funktionæranciennitet på 12, 15 eller 18 år har hun som udgangspunkt krav på en fratrædelsesgodtgørelse, svarende til 1, 2 eller 3 måneders løn. Man kan sige, at det er en godtgørelse, der skal betales for "lang og tro tjeneste". Godtgørelsen har altså ikke noget at gøre med, om opsigelsen er saglig eller ej.

Retten til fratrædelsesgodtgørelse bortfalder, hvis medarbejderen ved fratrædelsen forlader arbejdsmarkedet og overgår til folkepension. I nogle situationer vil fratrædelsesgodtgørelse også bortfalde, hvis medarbejderen forlader arbejdsmarkedet før folkepensionsalderen, fx for at gå på efterløn. Retstilstanden er imidlertid på det punkt meget uafklaret, og du bør derfor søge rådgivning hos PLA.



+ Særlovene

Udarbejdet af: Advokat Dorte Enoksen, PLA

Beskyttelseslove – love, der beskytter visse grupper af medarbejdere mod opsigelse

Funktionærloven beskytter medarbejdere mod usaglig opsigelse. Men derudover findes der en række særlige beskyttelseslove, hvoraf især ligebehandlingsloven og forskelsbehandlingsloven er relevante at nævne.

I modsætning til funktionærloven beskytter særlovene medarbejderen allerede fra første ansættelsesdag. Det vil sige, at medarbejdere ansat kortvarigt eller i vikariater også er beskyttede. Du skal være opmærksom på, at både ligebehandlingsloven og forskelsbehandlingsloven ikke kun beskytter funktionærer, men alle ansatte.

Id. Ligebehandlingsloven

Efter ligebehandlingsloven har gravide og medarbejdere på barsels- eller forældreorlov en særlig beskyttelse mod opsigelse, idet der er dig som arbejdsgiver, der skal dokumentere, at opsigelsen ikke er begrundet i medarbejderens graviditet. Den bevisbyrde er meget vanskelig at løfte.

En overtrædelse af ligebehandlingsloven kan betyde, at den opsagte har ret til en godtgørelse, der størrelsesmæssigt fastsættes ud fra ansættelsestiden og sagens omstændigheder i øvrigt.

Godtgørelsesniveauet fastsættes således af domstolene, og ligger typisk mellem 26 og 52 ugers løn. Der er i loven ikke fastsat et "loft" for godtgørelsens størrelse.

Ie. CASE

Du ansætter en sekretær. I aftaler 3 mdr. prøvetid. Det viser sig, at hun er en virkelig dårlig sekretær! Derfor bliver du og din kompagnon enige om at opsiges hende i prøvetiden. I kalder hende til møde for at meddele hende, at hun skal opsiges. Det første, sekretæren siger, da hun træder ind til mødet, er "Jeg er gravid!". Kan I alligevel opsiges hende?

Svar: JA!

Men med risiko for en sag efter ligebehandlingsloven. Selvom hun er i prøvetiden og kun har 14 dages opsigelsesvarsel, er hun beskyttet efter loven.

If. Forskelsbehandlingsloven

Forskelsbehandlingsloven indeholder et forbud mod forskelsbehandling på grund af race, hudfarve, religion eller tro, politisk anskuelse, seksuel orientering, alder, handicap eller national, social eller etnisk oprindelse.

Det er særligt lovens beskyttelse mod forskelsbehandling på grund af alder eller handicap, der har ført til en række sager mod arbejdsgivere. Også her er der en for medarbejderen lempet bevisbyrde, fordi bevisbyrden er delt.

Det betyder, at hvis en medarbejder føler sig krænket og kan påvise faktiske omstændigheder, som giver anledning til at formode, at der er udøvet forskelsbehandling, er det dig som arbejdsgiver, der skal bevise, at dette ikke er tilfældet.

Handicap:

Loven beskytter mod forskelsbehandling ved opsigelse grundet handicap. Hvornår, der foreligger et handicap, er ikke nærmere defineret i loven. Men udover kroniske funktionsnedsættelser kan sygdom, der indebærer en langvarig funktionsbegrænsning også være omfattet af lovens beskyttelsesregler.

Er der tale om en handicappet medarbejder, indeholder loven en særlig forpligtelse for dig som arbejdsgiver til at træffe "hensigtsmæssige foranstaltninger" i forhold til den handicappedes konkrete behov.

Formålet er at sikre, at den handicappede fortsat kan være beskæftiget. "Hensigtsmæssige foranstaltninger" kan fx være særlige hjælpemidler, der letter arbejdet, eller et behov for en reduceret arbejdstid.

Opsiges medarbejderen grundet sit handicap, og har du ikke truffet disse "hensigtsmæssige foranstaltninger", kan du blive dømt til at betale en godtgørelse til medarbejderen.

Godtgørelsens størrelse afhænger af ansættelsestiden og sagens øvrige omstændigheder, men niveauet ligger typisk mellem 6 og 9 måneders løn. Der er dog heller ikke her fastsat et "loft" for godtgørelsen.

Loven beskytter også pårørende til handicappede, fx en mor til et handicappet barn.

Alder:

Forskelsbehandlingsloven beskytter også både unge og gamle mod forskelsbehandling grundet alder. Det er dog oftest sager om opsigelse af ældre medarbejdere, der fører til sager.

Det er forholdsvis begrænset, hvor mange sager der har været forlagt domstolene, men kan medarbejderen sandsynliggøre, at opsigelsen skyldes, at hun har nået en bestemt alder, kan det komme til at koste en godtgørelse.



+ Bortvisning

Udarbejdet af: Advokat Dorte Enoksen, PLA

2. Ændringer i ansættelsesforholdet

Som arbejdsgiver er det dig, der leder og fordeler arbejdet, og dermed har du også ret til at gennemføre visse ændringer i dine medarbejders ansættelsesvilkår. Dog er det ikke alle former for ændringer en medarbejder er forpligtet til at acceptere uden videre og uden, at det er blevet varslet fra din side.

Udgangspunktet er, at så snart, der er tale om ændringer, der er til ugunst for medarbejderen, vil du som arbejdsgiver kun kunne gennemføre ændringerne, hvis det varsles over for medarbejderen. Kravet om varsling og længden på varslet afhænger af, hvilke ændringer der er tale om.

Som udgangspunkt kan man opdele ændringerne på følgende måde:

- Uvæsentlige ændringer kan foretages uden varsel
- Mindre væsentlige ændringer:

De kan gennemføres med et rimeligt varsel, men hvad længden af det rimelige varsel er, afhænger af situationen, men et rimeligt varsel er kortere end det opsigelsesvarsel, der er gældende i det konkrete ansættelsesforhold

- Væsentlige ændringer:

De kan kun gennemføres med arbejdsgivers opsigelsesvarsel over for medarbejderen

Om en ændring er væsentlig eller ej er en konkret bedømmelse. Medfører ændringen, at medarbejderen går ned i løn, vil der altid være tale om en væsentlig ændring.

Men ændringer i arbejdsopgaver, arbejdstid og arbejdssted kan også være væsentlige ændringer, som skal varsles med det individuelle opsigelsesvarsel.

Er du og medarbejderen imidlertid enige om vilkårsændringen, behøver I ikke at vente med at gennemføre ændringen til udløbet af medarbejderens opsigelsesvarsel. I en sådan situation er det af bevismæssige årsager vigtigt, at aftalen straks laves skriftligt.

Varsling af væsentlige ændringer

Væsentlige ændringer af ansættelsesforholdet kan altså alene gennemføres med arbejdsgivers opsigelsesvarsel over for medarbejderen. Det vil sige, at medarbejderen faktisk opsiges fra sin nuværende stilling og tilbydes ansættelse på nye vilkår. Medarbejderen kan så vælge mellem at acceptere de nye/ændrede vilkår eller at fratæde sin nuværende ansættelse med udgangen af opsigelsesvarslet.

Hvis du skal gennemføre en sådan væsentlig ændring, skal det gøres skriftligt. Varslingsbrevet bør indeholde en klar og præcis beskrivelse af ændringernes omfang og konsekvenserne af ændringerne.

Derudover skal varslingsbrevet beskrive, hvilken dato ændringerne træder i kraft, hvilket jo tidligst vil være ved udløbet af medarbejderens opsigelsesvarsel. Medarbejderen skal i varslingsbrevet gøres opmærksom på, at manglende accept af de ændrede vilkår, betyder at medarbejderen betragtes som opsagt. Bed samtidig medarbejderen skriftligt at bekræfte, om

hun accepterer ændringen indenfor en fastsat dato. Husk også på at ændringen skal beskrives i et tillæg til ansættelseskontrakten, eller i en hel ny ansættelseskontrakt.

Udkast til varslingsbrev

Her kan du få inspiration til formuleringen af et varslingsbrev: [Direkte link](#).

Og tillægget til ansættelseskontrakten: [Direkte link](#).

Potentiel opsigelse

Du skal være meget opmærksom på, at en medarbejder, der ikke vil acceptere tilbuddet om ansættelse på nye/ændrede vilkår, har de samme rettigheder, som ved opsigelse i en enhver anden situation.

Der er derfor krav om at opsigelsen er saglig, og du skal også være yderst påpasselig, hvis der er tale om gravide medarbejdere, medarbejdere på barsel eller andre særligt beskyttede medarbejdergrupper.

3. Bortvisning

I de tilfælde, hvor en medarbejder groft eller væsentligt misligholder sin kontrakt, kan du som udgangspunkt bortvise medarbejderen. Bortvisning betyder, at lønnen stopper med omgående virkning, således at bortvisningsdagen er sidste arbejdsdag.

Væsentlig misligholdelse er fx tyveri fra arbejdspladsen eller grov illoyal optræden. Det vil altid komme an på en konkret vurdering, om medarbejderens mislig-

holdelse kan betragtes som en væsentlig misligholdelse, eller om der blot er tale om misligholdelse af en karakter, hvor du fx må "nøjes" med at opsiges medarbejderen med det almindelige opsigelsesvarsel.

Hvis du bortviser en medarbejder, og det efterfølgende viser sig, at der var tale om en uberettiget bortvisning, kan den nu tidligere ansatte være berettiget til erstatning. Erstatningen udmåles efter det opsigelsesvarsel, som den pågældende ville have haft krav på ved en ordinær opsigelse. Herudover kan du risikere at skulle betale en godtgørelse for usaglig opsigelse (bortvisning).

Det vil sige, at en medarbejder, der bortvises uberettiget og som har et opsigelsesvarsel på 3 måneder, skal have en erstatning på 3 måneders løn udbetalt som en erstatning. Derudover skal medarbejderen så måske også have en godtgørelse for usaglig opsigelse efter funktionærlovens § 2b.

Passivitet

Det er helt afgørende, hvis du skal bortvise en medarbejder, at du reagerer omgående. Ellers kan du fortabe retten til at bortvise grundet passivitet. Har du fx opdaget, at en medarbejder har begået tyveri, kan beslutningen om en bortvisning ikke udskydes til en gang i næste uge. Der må reageres omgående, ellers risikerer du at have mistet adgangen til at foretage bortvisningen.

Ulovlig bortgang eller udeblivelse

Hvis en medarbejder udebliver fra arbejde uden lovlig grund, eller forlader arbejdspladsen uden lovlig grund, fx går i vrede, smider nøglerne og smækker med døren, kan du normalt betragte ansættelsesforholdet som ophørt. Samtidig kan du som udgangspunkt kræve en erstatning svarende til en halv månedsløn på baggrund af medarbejderens adfærd. Erstatningen kan modregnes i den medarbejderens eventuelle løntilgodehavende eller i feriepenge.

3a. CASE

Du opdager en fredag - ved et tilfælde - at sygeplejersken tager vacciner med hjem uden at betale for dem. Samme dag konfronterer du hende med "tyveriet". Hun bliver meget ked af det, men erkender at have taget et ret stort antal vacciner med hjem til familie og venner. Hun tilbyder straks at betale for dem. Du tænker over sagen i weekenden, og drøfter i løbet af ugen sagen med dine kolleger.

Fredag bliver I enige om at gøre "noget", da I har mistet tilliden til hende, selvom I alle synes, at hun er en både sød og dygtig medarbejder. Er den rigtige sanktion en advarsel, en opsigelse eller en bortvisning? En opsigelse! Der er gået en uge, og det er for lang tid til, at medarbejderen kan bortvises.



Ledelse: Hvad er det for noget?

Udarbejdet af: Tanja Dinsen, AddRelation

Når ledelse bliver en teamopgave

Når du har taget beslutningen om at blive praktiserende læge i et praksisfællesskab, så melder der sig nogle udfordringer. For du har nu også taget beslutningen om at afgive din suveræne indflydelse, og i stedet dele ledelsen med dine kolleger.

Det lyder som noget, man relativt nemt – med et antal møder og en god vilje – kan aftale sig ud af, hvordan skal foregå. Og det kan også forekomme nemt at blive enige, når man sidder til disse møder og diskuterer den fælles drøm.

Men vejen til konflikt er brolagt med gode intentioner. Således også denne vej. Fordi de fleste – det gælder praksislæger såvel som andre ledergrupper – får i den indledende snak oftest ikke fat i det, der virkelig betyder noget for, om den delte ledelse bliver en succes – eller ikke. Af to grunde:

1. Vi ved ikke, hvad der er væsentligt.
2. Vi ved ikke, at det er der.

Det er disse ting, jeg gerne vil give dig – og jer – en viden om, så I kan forberede jer bedst muligt på den virkelighed, der rammer, når I starter jeres fælles praksis, og kan styre udenom de største sten på vejen, når dagligdagen rammer.

Læs hele [flyeren fra AddRelation](#) her.

Her fortæller fire praktiserende læger om, at de tog på ledelseskursus på eget initiativ.



På ledelseskursus på eget initiativ

Hvad er væsentligt?

Alle beslutninger bliver taget på baggrund af følelser. Al neurologisk forskning i hvordan beslutninger tages, understøtter dette. Uanset hvor rationelle vi mener og tror vi er, er der altid følelser bag vores beslutninger.

Følelserne er vores drivkraft. Vores motivation for at handle, og handle på en given måde. Det er handlingen, som andre ser og forholder sig til, og det er typisk handlingerne i dagligdagen, der giver anledning til irritation, misforståelser og konflikt. Med et muligt nedbrud i fællesskabet til sidst.

Det betyder, at vi indledende samtaler om, hvilke værdier, spilleregler, retningslinjer og andet, der skal være gældende for vores fælles praksis og ledelse, er nødt til at have fat i de bagvedliggende følelser for, hvad vi ønsker. Hver især. Og vi er nødt til at være bevidste om, at begreber som respekt, fællesskab, forståelse og lignende ord, som vi snildt kan blive enige om, når vi skal beskrive fælles værdier og spilleregler, kan bunde i helt forskellige oplevelser hos hver af os.

I skal helt til bunds i jeres forskellige opfattelser for at forstå, hvad der vil motivere – og demotivere – den enkelte i dagligdagen:

- Hvad vil begejstre, og hvad vil irritere?
- Hvad vil du initiere – til hver en tid?
- Hvad kan du leve med?
- Og hvad er helt utåleligt og uacceptabelt for dig?
- Og hvad siger de andre?

Det er disse spørgsmål, I (også) skal stille jer selv i den indledende fase (og evaluere på løbende), når I skal finde ud af, om I vil få et lykkeligt ægteskab som lederkolleger i den fælles praksis. Eller om der behov for at justere forventningerne til hinanden.

Det ved vi ikke

Der er mange af de ovenstående ting, der er helt ubevidst for de fleste. Mange af os har aldrig skænket det en tanke, "hvad mine arbejdsværdier er", eller hvad det præcist er for nogle detaljer i mit arbejds- (og ledelsesliv), der gør forskellen for mig, om jeg finder det stærkt motiverende for mig at være i fællesskabet, eller det modsatte.

Vi kan føle det, når det er der – helt uden tvivl – men at blive bevidst om, præcist hvad det er, der gør forskellen - det kræver lidt et detektivarbejde.

En anden ting, vi ofte ikke har arbejdet bevidst med, er vores personlige styrker. Ikke det lægefaglige, men de områder, som du har særligt nemt ved at beskæftige dig med, og som samtidig giver dig stor glæde og energi at arbejde med.

I mit arbejde som leder- og teamtræner bruger jeg Belbins teamrollekoncept, der definerer 9 forskellige styrkeroller, der skal være til stede i et team, for at teamet kan præstere optimalt. Mangler nogle af rollerne, vil der være områder af ledelsesopgaven, som jeres team vil få svært ved at varetage. Eller som kommer til at være en hadeopgave, fordi den ligger fjernt fra jeres styrkeområder.

Det er vigtigt for jer at få afklaret jeres individuelle personlige styrker og præferenceområder inden for den ledelsesmæssige del. For det er en god idé at have aftalt, hvilke dele af ledelsesopgaven, der kan uddelegeres til jer enkeltvis. Sempelthen fordi der i dagligdagen VIL komme tidspunkter, hvor der skal tages beslutninger, og hvor det ikke kan tages op i plenum.

Og fordi det ofte er langt nemmere for alle, særligt personalet, at forholde sig til, hvor ansvaret for enkeltområder ligger. Er hele ledelsesopgaven en fælles opgave, bliver det mudret og svært at agere nemt og hurtigt i dagligdagen.

Finder I ud af, at der er områder af ledelsesopgaven, som ingen af jer har som særlige styrker eller præferencer at tage jer af, bør I overveje at outsource opgaven. At have ansvar for en opgave, man ikke har interesse for, eller helst er fri for, af forskellige grunde, trækker rigtigt meget energi. Og bliver derfor ofte ikke løst så hurtigt og så godt, som fællesskabet kunne ønske.

Ofte er der mange administrative opgaver, som du som læge slet ikke føler noget særligt for – men som bare skal løses. Har I det alle sådan i lederteamet, så kunne en løsning være at hyre en praksismanager (eller tilsvarende) til at tage sig af disse opgaver. Det vil hurtigt vise sig, at opgaverne bliver løst hurtigere og bedre end I selv kunne have gjort – og I får frigivet tid og energi til at tage jer af andre opgaver.

Det gælder også på alle andre områder, hvor der er opgaver af en vis mængde, som ingen er begejstrede for. Læg den ud til andre. I opstartsbegejstringens rus kan vi klare mange ting – men disse opgaver vil dræne jer for energi på den lange bane, og tage jeres energi og fokus fra opgaver, der ville være langt vigtigere for jer at varetage – opgaver, der giver jer energi hver især, som kommer fællesskabet til gode.



På LUP-kursus: Bliv en bedre leder



Forberedelser som leder



Ledelse: Opgaver og inspiration

Udarbejdet af: Tanja Dinsen, AddRelation

Opsummering:

1. Få italesat det, der er det vigtigste for jer, hver især – på den lange bane. Få gerne hjælp fra en konsulent, der kan være djævlens advokat for jer.
2. Få afklaret jeres værdier – de er klangbund for alle jeres følelser og beslutninger, og vil have stor indflydelse på jeres arbejdsglæde, hver især.
3. Få afklaret jeres personlige styrkeområder og arbejdspræferencer. Er I dækket ind på ledelsesområderne i jeres praksis? Hvem kan ellers hjælpe jer?
4. Sikr jer, at ovenstående bliver dokumenteret. På skrift, på video, hvad som helst – bare I alle kan se dem, når I arbejder med dem. Og gå tilbage og kig på dem og snak om dem jævnligt, både inden og efter I er startet op. De er jeres ledelsesfundament. Sørg for at I lever op til det – også når hverdagens travlhed rammer. Evaluer og tilpas dem løbende. Og sørg for at kommunikere det klart ud til jeres medarbejdere, så succesen bliver en fælles opgave.
5. Husk, at jeres medarbejdere også har styrkeroller og præferencer. Gør det til en mission at opdage dem og tilrettelægge jeres opgaver efter dem. Der kan være guld her, hvis man tør tænke ud af boksen...

Opgaver, der kan hjælpe jer i processen:

- Værdiafklaring – afdæk arbejdsmæssige værdier.
 - De er din klangbund for handling og arbejdsglæde.
 - Spørg 'Hvorfor?' for at komme til bunds i jeres spilleregler.
 - Når en person synes noget er vigtigt, og gerne vil have det ført ind som en værdi eller spilleregel for fællesskabet, så spørg hvorfor. Men på en anerkendende måde: 'Hvad vil det give dig at få/gøre dette?' Lyt højt og find ud af, hvad der reelt er vigtigt.
- Kend jeres personlige styrker og præference områder
 - Brug gerne Belbins teamrollekoncept; det er gennemprøvet og højt valideret.
- Fordel ledelsesopgaverne i jeres praksis efter personlige styrker og præferencer:
 - Aftal, hvordan der må tages beslutninger, når man har ansvaret. Og hvordan man afrapporterer og evaluerer.

Inspiration

I Region Syd organiserer Team SydPOL ledelseskurser for almen praktiserende læger, kendt som LAP. [Læs mere og se videoer her.](#)



Nils Willemoes om ledelse på en sjov måde

E-læring

[KAP-S e-læringskursus: Opgaveglidning](#)



Et dagligt ledelsessøtteværktøj



Tydelig ledelse kan mærkes på bundlinjen



Patienttilfredshed i hverdagen

Ledelse er mange ting

"Ude hos os er ledelse delt op i områder (fx uddannelse, husets funktion praktisk, it og personale)."

"Man bliver nemt som konen derhjemme, hvis man sidder og pointerer, at folk ikke følger op på det, der står i referatet. Tid er den knappe ressource uanset praksistype, men også lyst og motivation."

"Efter jeg er kommet til, har vi indført en strategi-weekend, hvor vi laver en årsplan. Vi har specialiserede funktioner med viceministre for at undgå at blive sårbare!"

"Vi har en time hver torsdag formiddag, som er rent chefmøde. Det kan være om de administrative opgaver, patientcases, personalet, faglige diskussioner. Det er ikke rentabelt på kort sigt, men det er godt givet ud på lang sigt."

"Man er nødt til at have regelmæssig opfølgning undervejs af alle projekter, for ellers sejler det."

"Én gang om måneden har vi husmøde, hvor alle er med – både læger og personale. Bordet rundt var umiddelbart lidt langhåret, men nu kan jeg godt se fidusen, for det gør det lidt nemmere at fortælle de andre, hvorfor man kører lidt halvt for tiden. Vi stopper ikke, før der er sat navne på alle punkter til opfølgning."

"Vi har store diskussioner om, hvad det vil sige at lede og have flad ledelse; dagen efter vi har aftalt noget, gør én af tre det stik modsatte: Hvordan kommunikerer vi det så ud til resten af personalet? Ledelse går ud på, hvordan man kommunikerer en forandring ud til personalet."

"Nogle gange kunne man ønske sig at have blot én leder i toppen - ligesom i en solopraksis."

"Der bliver ikke sagt nej til en idé, men det er svært at føre den ud i livet. Implementering er svært!"



+ Første dag i praksis



Det er en stor dag, da Clara åbner døren for patienterne. Alt det praktiske er på plads, hvis hun ellers har været heldig; for langt de fleste vil der stadigvæk være små ting, som først falder på plads i løbet af de første uger.

Men samtidig er det også nu, at Clara selv står med ansvaret, hvis der er beslutninger, som skal træffes – så er det hende, som skal træffe dem. Hun er nu gået fra at være lønmodtager under hele sin lægeuddannelse til nu at være selvstændig virksomhedsejer.

I en workshop har vi bedt deltagerne om at lave 2 forskellige vagtskemaer; ét til *lægen* Clara og ét til *lederen* Clara.

Vi håber, at disse skemaer kan hjælpe som inspiration til at sikre en struktur, hvor der kan skabes den fornødne tid i praksis for Clara til alle de opgaver, hun nu skal forholde sig til i løbet af en dags arbejde - både som læge og som leder.

Overvejelser i forhold til dagsskema:

- Patient visiteres af læge/sygeplejeske/sekretær?
- Akutte tider versus åben konsultation?
- Akutlæge til sidste akutte pt./sygebesøg/epikriser?
- Visiterede akutte patienter eller uvisiterede?
- Telefontid eller ringe-tilbage-tider?
- Fælles liste til akutte patienter eller separate?
- Aftenkonsultation for alle læger eller hver sin dag?

Udarbejdet på Workshop Sorø, januar 2013.

Her fortæller praktiserende læge Ina Veile om, hvordan overgangen fra at være ansat vikar til del af ejerskabet skete over en nat



Dagsskema for lægen Clara



Patienttid og evt. buffer på 15 min

Frokost

Patienttid og evt. buffer på 15 min

Dagsskema for lederen Clara



Planlagte patienter

Konference

Telefon, mails, epikriser

Akutte/subakutte patienter

Administrativt arbejde

Frokost

Planlagte patienter

Administrativt arbejde

Akutte/subakutte patienter



+ Årshjulet

Med et årshjul kan du få inspiration til at skabe bedre overblik og tættere sammenhæng i de ledelsesopgaver, du allerede har.

Et årshjul kan hjælpe dig til at overskue og "time" opgaverne i praksis, samt give dig overblikket til at styre, hvem der er ansvarlig for de enkelte opgaver i årshjulet, og dermed også være med til at hjælpe dig med at uddelegere opgaverne; det være kompagnilæger imellem eller ud til personalet.

Man kan sammenligne årshjulet med byggevejledningen i Lego æsken; uden en byggevejledning har man blot en æske med en masse klodser.

Vi har valgt at lade dette afsnit være mere interaktivt, og vi håber derfor, at den videre gennemgang kan være inspiration til refleksion og selv-hjælp instruks til at hjælpe jer i gang med at lave jeres egne årshjul.

Årshjulets opgave er at skabe overblik over alle de faste opgaver, der skal/bør udføres i praksis i løbet af et år - det kan være små såvel som store opgaver.

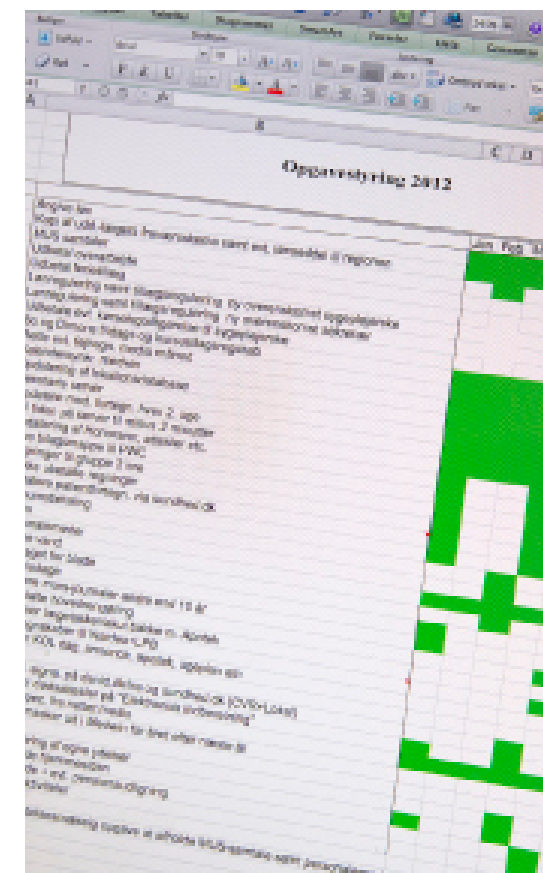
Man vælger selv, hvilke opgaver man ønsker at have med i sit årshjul, hvor detaljeret det skal være: Har man brug for megen struktur/overblik vil det typisk være en fordel at have mange opgaver med; kan man bedre lide en løs struktur, kan man vælge kun at indsætte de allervigtigste opgaver, for at sikre at ansvaret for disse er fordelt.

Afhængig af ønsker kan man også gøre tidsangivelsen mere eller mindre detaljeret, samt vælge om man ønsker en indikationsmulighed af om, opgave nu også er blevet udført.

Opgaver, der kan hjælpe jer i processen:

1. Opskriv alle faste opgaver i praksis i løbet af et år.
2. Sæt navn på de(n) ansvarlige for hver opgave.

Du er nu i gang med at skabe dig et bedre overblik over opgaverne i din praksis, og dermed kan du også bedre uddelegere flere opgaver, og skabe tid i din dagligdag til enten patienter eller egentlig udvikling af praksis.



På vej mod dit eget årshjul:

Lad årshjulet holde styr på, hvordan opgaven er blevet udført undervejs. Som inspiration har vi fået lov at vise årshjulet for Lægehuset i Lundby, der er en 2-mands kompagniskabspraksis.

Download årshjulet via dette direkte link.

3a. Det kan man fx gøre ved at skabe overblik over årets faste opgaver på én gang:

Se eksempel på denne type årshjul her.

Download denne Excel-fil til at arbejde videre i, hvis dette er den foretrukne oversigt over faste opgaver. Indskriv punkter fra opgave 1 og 2.

3b. Alternativt kan man holde styr på opgaverne måned for måned for at holde styr på processen:

Se eksempel på denne type årshjul her.

Download denne Excel-fil, hvis du foretrækker dette. Indskriv ligeledes punkter fra opgave 1 og 2.



+ Årshjulets elementer

I dette afsnit har vi valgt at beskrive nogle af elementerne i Årshjul-eksemplerne. I første omgang har vi koncentreret os om de elementer, som typisk kræver en større indsats. Vi har prøvet at sætte link ind til relevante vejledninger, som kan bruges til at komme i gang med disse elementer.

Listen er ikke udtømmende, og vi håber meget, at den i kommende år vil kunne blive udbygget med mange flere relevante elementer og vejledninger.

Indkøbsaftaler

Hver Region har sin egen aftale med en leverandør omkring leverancer fra Positivlisten. Opret dig som bruger hos denne leverandør, således at du frit kan bestille fra Positivlisten.

Det kan betale sig at lave indkøbsaftaler omkring andre ting, søg for at få tilbud hjem til sammenligning.

Fraværssedler

Indfør et fast skema til angivelse af fravær – og gør én ansvar for at skemaet når frem til den ansvarlige for lønudbetalingerne.

APV

Der skal foreligge en arbejdspladsvurdering for hver ansats arbejdsstation 1 mdr. efter deres ansættelse. APV'en skal altid opbevares og dens placering og indhold skal være kendt af ansatte og arbejdsgiver.

[Læs mere om APV her.](#)

Kursusdage-registrering

Lav et skema til registrering af kursusdage.

Lav klare aftaler i forhold til gældende overenskomst omkring personalet ret/lov til kurser både for antallet af dage, indhold, kursusudbyder og aflønning/kørsel.

Løn

Hvem har ansvaret for lønudbetaling? Hvornår og hvordan indberettes ferie- og fridage?

Personalemøde

Hvem har ansvar for indkaldelse og dagsorden, referat, opfølgning?

Datafangst

Gennemgang af data/udtræk. Information til det øvrige personale i praksis om dataudtræk.

MUS

Medarbejderudviklingssamtalen (MUS) dækker over en samtale mellem medarbejderen og den nærmeste leder, som handler om medarbejderens trivsel, selve samarbejdet og den personlige og faglige udvikling.

På det private arbejdsmarked er det frivilligt, om man vil holde MUS, men der er rigtig mange private virksomheder, der gør det alligevel.

Du kan finde inspiration til [afholdelse af MUS her.](#)

Her kan du finde konkret inspiration til: [Samtalens elementer, noter og udviklingsplan](#)

Ledelsen har ansvar for at etablere en arbejdsform, som ikke skaber stress. Gruppeudviklingssamtaler (GRUS) er godt dialogisk redskab til at skabe et forum og synliggøre evt. problemer ift. stresssituationer hos den enkelte medarbejder.

GRUS er ikke et alternativ, men kan være et supplement til MUS.

Lønsumsbetaling

Læs mere om lønsumsbetaling via [dette link.](#)

Moms

Selvom almen praksis som hovedregel er fritaget for at svar moms af ydelser, så er der moms på div. attester til kommunerne og forsikringsselskaberne.

Virksomheden skal derfor registreres til at kunne indberette moms på Virk.dk. Hvis omsætningen i praksis er under 20 MIO om året, vil praksis skulle indberette moms hvert kvartal.



Udvikling af årshjulet, udvikling af praksis

Inspireret af: Heidi Bøgelund Frederiksen

Almen praksis som organisation oplever både større eksternt pres i form af flere opgaver, effektivisering, kvalitetsmål, servicemål og lægemangel, og internt pres qua overgangen fra lille til større organisation med nye læger og/eller øget antal personale samt forventninger fra personalet om ledelse. De nye udfordringer kræver: *Ledelse, visioner og strategier.*

Der findes ingen færdig opskrift på god ledelse, men det rummer følgende elementer:

- 1. Ledelsesbegreber/ledelsesteori (indholdet)
- 2. Almen praksis som organisation (konteksten)
- 3. Personlighed (dig selv)

1. Forskellen på administration og ledelse?

Den klassiske definition af ledelse ifølge Jacobsen *Hvordan organisationer fungerer (2006)*:

- Organisering af arbejdsopgaver og den koordination, der følger af arbejdets opdeling.
- Ledelse af ressourcer og kolleger i arbejdsprocessen.
- Styring af målet for at nå et resultat.

Lederskab vedrører:

- Vision/mission...og kommunikationen heraf
- Motivation/inspiration
- Innovation/forandring
- Magtspredning
- At skabe engagement
- Større arbejdsindsats
- Empati/indlevelse
- Intuition

Administration handler om:

- Planlægning
- Fordeling af ansvar
- Kontrol
- At skabe balance
- Magtkoncentration
- At skabe lydighed
- Afstand til andre
- Rationalitet

Udfordringen er at kunne balancere mellem:

- At styre og støtte
- Struktur og fleksibilitet
- Administrere og motivere
- Kort og lang sigt
- Internt og eksternt
- Resultat og proces
- Drift og udvikling
- Overvåge og give plads

2. Almen praksis som organisation

- Der er tre ledelsesniveauer:
 - Det operative niveau
 - Det administrative niveau
 - Det strategiske niveau

God ledelse på det operative niveau:

- God organisering af arbejdsdagen:
 - Hvordan håndteres akutte patienter?
 - Realistisk dagsplan
 - Hold pauser
 - Uddelegere opgaver
- Tydelig ledelse:
 - Klare beslutninger
 - Klare kommandogange
- Formel kommunikation:
 - Operationel kommunikation:
 - Hvordan udfører jeg mit arbejde?
 - Strukturel kommunikation:
 - Hvorfor skal jeg gøre det sådan?
- Uformel kommunikation er alt det andet.

God ledelse på det administrative niveau:

- Fordele ansvarsområder:
 - Økonomi og løn
 - Hus/vicevært
 - IT
 - Personale

God ledelse på det strategiske niveau:

- Har I en vision?
- Har I en langsigtet udviklingsplan (3-4 år)?
- Følger I op på jeres udviklingsplaner?
- Har I klare mål for jeres resultater?
- Måler I systematisk på jeres kvalitetsdata?
- Har I udarbejdet og anvender I et værdigrundlag?

En leder skal kunne agere på alle tre niveauer, og det stiller forskellige krav til dig afhængigt af niveau. Det er derfor en fordel at være en lille, ikke-hierarkisk og homogen enhed, samt at være meget opmærksom på, hvornår I er på de forskellige niveauer.

Hvorfor visioner, værdier og strategier?

- Giver jer noget at styre efter og med
- Ruster jer til at klare krav
- Danner baggrund for rekruttering
- Udgør basis for kompetenceudvikling
- Skaber resultater, succes og stolthed

Her kan du se Jette Willendrup's [praksisvisioner](#).



Hvad er mine visioner som praktiserende læge?

3. Den personlige leder

Ledelse udøves ud fra den enkelte leders baggrund, faglighed og personlighed. Derfor handler det om at kende sig selv og forsøge at udbygge sine ledelsesmæssige kompetencer. Dette kan man fx gøre via diverse personlighedstests:

- MBTI/JTI
- People Tools
- Belbins teamroller
- Adizes 4 lederroller

Husk, de kun er dele af sandheden og idealtyper.

3a. Opgave:

1. Find og åbn jeres årshjul for praksis.
2. Kategorisér nu hver ledelsesopgave i følgende:
 - Strategisk opgave (S)
 - Administrativ opgave (A)
 - Operationel opgave (O)

3. Definere i jeres praksis hvilke medarbejdere, der udfører hvilke opgaver på hvilket niveau.

4. Sæt ansvarsperson på hver enkelt opgave.

Der er ingen ekstakt facitliste, og opdelingen kan sagtens se radikalt anderledes i jeres praksis.

Se årshjulet for Lægehuset i Lundby [niveauopdelt her](#).

3b. Forslag til uddelegering af opgaver i praksis:

1. Regnskab
 - Bogføring
 - Moms/skat
2. Økonomi
 - Fordeling af overskud/graden af økonomideling i praksis
 - Egen økonomi
 - Lønpolitik
3. Praksisdrift
 - Indkøb
 - Leverandøraftaler
 - Håndværkere
 - Personalehåndtering; kontrakter, udbetaling løn, refusion
4. Kommunikation
 - Håndtering af hjemmeside, sociale medier m.m.
 - Privatliv/lægeliv
 - Lægens rolle i samfundet

Udarbejdet på Workshop Sorø, januar 2013.



Praksismanagement

Udarbejdet af: Karis Hagil & Hanne Hjortkær Petersen

Praktiserende læger bruger i stigende omfang tid på administration af deres klinikker, tid der går fra patientbehandlingen. I en række andre lande bruger man praksismanagers til at varetage de administrative funktioner, og de fungerer som ledelsesmæssig sparring for de praktiserende læge. Dette er så godt som ikke brugt i Danmark.

Praktiserende læge Hanne Hjortkær Petersen iværksatte i 2012 i Region Hovedstaden et projekt om netop Praksismanagement støttet af KVEU, der vil forsøge at stimulere til indførelse af praksismanagement.

Stigende mængde arbejdsopgaver i almen praksis
Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus har i 2012 offentliggjort en undersøgelse over mængden af arbejdsopgaver i almen praksis [1], og PLO har i 2012 gennemført en medlemsundersøgelse vedrørende arbejdsvilkårene [2].

Begge undersøgelser viser klart, at selvom arbejdstilfredsheden i almen praksis generelt er høj, er mængden af arbejdsopgaver stigende. Det gælder inden for alle aldersgrupper.

Ugentlig arbejdstid på gennemsnitlig 46,7 timer
Det er et faktum, at en ret stor andel af praktiserende læger i større eller mindre grad føler sig stressede og i tidnød i forhold til at nå alle arbejdsopgaver.

Den ugentlige arbejdstid andrager i gennemsnit ca. 46,7 timer pr. uge.

Flere administrative opgaver

Sundhedsvæsenet er under forandring, ikke kun pga. den teknologiske udvikling og de forbedrede undersøgelses-, diagnostiske- og behandlingsmæssige muligheder, men også på grund af de organisatoriske ændringer, en ændret patientkultur og større administrative krav.

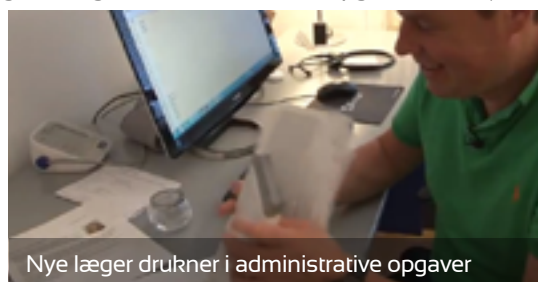
Projekte har haft mulighed for at gruppeinterviewe en efteruddannelsesgruppe, som allerede i 2004 interesserede sig for emnet og derfor gennemførte en audit, som omfattede registrering af samtlige administrative opgaver, som blev opsat i forud aftalte kategorier.

De involverede læger var overraskede over, hvor meget tid de anvendte til administrative opgaver, samt at der var så mange og så forskelligartede opgaver. På tværs af de deltagende læger var der stor forskel på, hvad der opleves som administrative opgaver, og lægerne var ikke vant til at dele lægearbejdet op i forskellige grupperinger.

Derudover har 59 alment praktiserede læger i Region Hovedstaden deltaget i en spørgeskemaundersøgelse. Næsten dobbelt så mange kvindelige som mandlige læger har besvaret skemaet. Størstedelen af lægerne har mere end 10 års anciennitet, og der er en klar overvægt af læger i samarbejdspraksis og/eller et kompagniskab.

Begrænset overblik over administrative opgaver
Hovedparten af lægerne oplyser, at de bruger mere end 5 timer pr. uge til administrative opgaver, men også at de ikke har et samlet overblik over de administrative opgaver, som i øvrigt opleves som stigende.

Besvarelserne afspejler tendensen med et stigende arbejdspress, som bl.a. indebærer, at et stort antal af lægerne tager de administrative opgaver med hjem.



Nye læger drukner i administrative opgaver

Nyhed i Danmark, velkendt i England

Begrebet 'praksismanager' er nyt i Danmark, og det er kun få praksis, der indtil nu har erfaringer med at have en person ansat udelukkende til varetagelse af administrative opgaver.

Det er karakteristisk, at flere af de praksis, som oplyser, at de har ansat en praksismanager, ofte har ansat personen i et kombinationsjob mellem de administrative og faglige opgaver, samt at ingen - udover Lægehuset Nørre Farimagsgade - har udarbejdet en funktionsbeskrivelse for stillingen.

Se funktionsbeskrivelsen af en praksismanager her.

Funktionen som praksismanager har været kendt og anvendt i England og flere Commonwealth-lande siden midten af 70'erne. På trods heraf er der kun få undersøgelser, som beskriver selve funktionen.

De engelske erfaringer viser dog uklarheder om praksismanagerens rolle, fx i forhold til kompetence i den strategiske rolle og de øvrige medarbejdere. Erfaringerne viser også, at der påhviler et stort arbejdspress på funktionen på grund af de mange forskelligartede administrative opgaver.

Endvidere er det et problem, hvis lægen ikke fungerer i sin ledelsesmæssige rolle over for praksismanageren samt hvis lægen ikke kan delegerede det administrative arbejde.

Erfaringerne fra England viser dog også, at praksismanageren er en væsentlig person i arbejdet med at implementere nye administrative og/eller organisatoriske krav i praksis.

Læs [artikel fra Practicus](#) om projektets resultater.

Hvad er en praksismanager (PM)?

- PM er ikke en leder!
- PM kunne være en nuværende medarbejder med gode administrative evner og overblik, eller en udefrakommende.
- PM kan deles med andre klinikker.

Hvilke muligheder giver en praksismanager?

- PM kan hjælpe til og støtte med planlægning, administration og organisation.
- PM kan analysere de strategiske opgaver.
- PM kan understøtte implementering af ledelses beslutninger og være med til at bevare overblikket.



Praksismanager = fri i weekenden

Fordele ved en praksismanager?

- Mere tid til patientbehandlingen
- Frigjorte ressourcer til kvalitetsudviklingsprojekter
- Ingen administrative hængepartier.
- Hurtigere og velstruktureret iværksættelse af tiltag
- Sparringspartner ift. organisation administration
- Sparringspartner ift. personalet
- Bedre samarbejde mellem kompagnoner

Litteraturhenvisninger

1: Petersen, AF; Olesen, F; Andersen, CM ; Vedsted, P: *Arbejdsbelastning blandt alment praktiserende læger. En undersøgelse i Region Midtjylland, 2012.* CAP, Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, Aarhus Universitet; 2012.

2: Praktiserende Lægers Organisation: *Medlemsundersøgelse.* 24. februar 2012.



+ Fase 5: Sammenfatning

Clara har overlevet det første år i egen praksis, og hun er nu kommet til sidste stop på sin rejse gennem fase 5. Nu er det tid til at hun kan reflektere over, hvordan (overlevelsens)turen forløb.

For Clara begyndte rejsen ved, at hun havde visse forberedelser op til sin første arbejdsdag i praksis. Først og fremmest skulle Clara oprette sin virksomhed hos Erhvervs- og Selskabsstyrelsen for at få et CVR-nummer; Clara valgte at lade sin advokat oprette selve virksomheden.

Desuden udarbejdede Clara i samarbejde med revisoren et detaljeret budget for sin virksomhed det første år; det var særligt vigtigt for Clara at have overblik over, om indtægter og udgifter fulgte den udvikling, der lå bag 10-års budgettet, da det betød, at tilbagebetalingen af goodwill blev overholdt.

Endvidere udarbejdede Clara en virksomhedsplan for at få afklaret, om hun ønskede at arbejde alene eller sammen med andre, hvordan hun ville arbejde for sine patienters behandling, herunder hvilke services hun ville prioritere og tilbyde.

Ydermere fik Clara klargjort et konsultationslokale, så hun kunne modtage patienter, og hun fik skiftet IT- og telefonsystem, så patienterne kunne komme i kontakt med Claras praksis.

For Clara fortsatte rejsen ved, at hun havde visse praktiske gøremål på selve første arbejdsdag, hvilket hang sammen med arbejdsopgaverne i det første år.

Det var en stor dag, da Clara åbnede døren for patienterne, men der var også sommerfugle i maven, da Clara nu selv stod med ansvaret og beslutningerne selv. For at sikre en struktur, der kunne skabe den fornødne tid i praksis for Clara til at varetage alle opgaverne i løbet af en arbejdsdag, udarbejdede Clara to forskellige vagtskemaer: Et til lægen Clara og et til lederen Clara.

Det lægefaglige var hun godt rustet til via sin uddannelse, men det ledelsesmæssige aspekt krævede nogen tilvænning. Der afventede mange opgaver og projekter forude i det første år i egen praksis, og for at få overblik over dem alle lavede Clara et årshjul. Det brugte hun til at styre, hvem der var ansvarlige for de enkelte opgaver.

Clara kom på plads i sin ønskepraksis, hun har et overblik over og kan stramt styre årets arbejdsopgaver, og inden for de næste par år er der igen overskud for Clara til at engagere sig i udvalgsarbejde. Læs mere under fase 6.

Du skulle gerne have reflekteret over

- Hvad fokuserer jeg på i min virksomhedsplan?
- Hvordan kan jeg skabe ejerskab over praksis?
- Skal jeg/vi skifte IT- og telefonsystem lige nu?
- Hvilke arbejdsmæssige værdier har jeg/vi?
- Hvilke personlige styrker og præferencer har jeg?
- Hvordan skal jeg den fornødne tid til alle opgaver?
- Er der visse typer af opgaver, der kan uddelegeres?

Du skulle gerne have fået info om forberedelser:

- **Oprettelse af egen virksomhed:**
NemID Erhverv og medarbejdersignatur, overenskomst, ydernummer og lokationsnummer
- **Overblik over økonomien i praksis:**
Budget, goodwill, revisor, bank og investeringer.
- **Virksomhedsplanen:**
Løbende udvikling af praksis, struktur og værdier.
- **Virksomhedsplanen:**
Løbende udvikling af praksis, struktur og værdier.
- **Inventar og lokaler:**
Ejerskab over praksis, visioner for praksis.
- **IT- og telefonsystemer:**
Kravsspecifikationer, prioriteringslister.
- **Personaleforhold:**
Ansættelse af personale, ansættelsesforhold og -afslutning.
- **Ledelse:** Værdiafklaring, personlige forcer og præferencer, dokumentation.
- **Årshjulet:**
Arbejdsopgaver, styring, uddelegering, ledelsesniveauer.



+ Fase 6: Intro

Clara er faldet rigtig godt til i sin nye kompagniskabspraksis; selve praksiskøbet er veloverstået og dagligdagen i praksis fungerer rigtig godt. Nu begynder Clara (igen) at have overskud til at tænke på sin egen faglige og personlige udvikling.

Det har været centralt for Clara at skabe en god balance mellem det faglige lægeliv og familielivet. Derfor har hun valgt at prioriteret familielivet højt, særligt i starten af karrieren som praktiserende læge. Det krævede ekstra tid, ressourcer og god forståelse fra familien, da Clara startede op som selvstændig praktiserende læge, og derfor valgte hun at benytte den sparsomme fritid, der var tilbage, på sin familie.

Men nu har Clara fået overskud i sin hverdag i praksis, måske endda med mulighed for også at holde en dag fri om ugen til faglig og personlig udvikling. Det kan være med til at modvirke, at Clara bliver udbrændt som praktiserende læge, så selv om det betyder ekstra arbejde på den korte bane, er det godt givet ud på den lange bane. Inden for faget almen praksis er der heldigvis rigtig mange muligheder for at udvikle sig fagligt og personligt.

I den næste fase af Claras lægeliv - fase 6 – kan hun finde inspiration til, hvordan man kan engagere sig for kontinuerligt at videreudvikle sig. Fase 6 er tænkt som et inspirationskatalog, og der findes mange spændende udviklingsmuligheder foruden dem, vi her har omtalt.



+ Systematisk efteruddannelse

Den systematiske efteruddannelse sætter fokus på en række temaer, der er blevet vurderet centrale for arbejdet i almen praksis. Det er temaer, som undersøgelser har vist kan være udfordrende som praktiserende læge.

Kurserne for 2017 ligger nu klar på på [PLO-E-hjemmesiden](#) under fanen 'Kurser'. I oversigten står der SE foran kursustitlen.

Udover PLO udbyder regionerne og andre arrangører kurser i systematisk efteruddannelse. Du skal selv kontakte udbyderen, hvis du ønsker yderligere oplysninger om deres kursusudbud. Se [kurser godkendt som systematisk efteruddannelse](#) af "Fonden for Almen Praksis".

Læs [vejledningen om tilskudsberettiget efteruddannelse](#), som omfatter både selvvalgt og systematisk efteruddannelse.

Systematisk Gruppebaseret Efteruddannelse (SGE)

PLO-E har udviklet et koncept som giver dig mulighed for at tage din systematiske efteruddannelse i en gruppe sammen med dine kollegaer. Det kan f.eks. være i din DGE-gruppe, supervisionsgruppe eller temagruppe. Gruppen skal bestå af min. 5 personer.

Gruppen vil få tilsendt materiale som indeholder drejebog, cases, arbejdsspørgsmål og en række videoklip med eksperter som udtaler sig om det pågældende emne. Casene tager udgangspunkt i situationer fra din hverdag i praksis.

Det er muligt at søge refusion fra Fonden for Almen Praksis tilsvarende refusionen for andre aktiviteter inden for systematisk efteruddannelse (se mere nedenfor).

Tilmelding

Det er nu muligt at tilmelde sig til SGE-forløb indenfor følgende temaer:

- Patienter med kroniske sygdomme og multimorbiditet (4 moduler á 3 timer)
- Den døende patient (2 moduler á 3 timer)

For at din gruppe er kvalificeret til at gennemføre et SGE-forløb, skal et medlem af gruppen være i stand til at facilitere det. At være facilitator er meget andet end at være gruppeleder. Som facilitator skal du understøtte læringen i gruppen gennem dit kendskab til gruppedynamik og læringsprocesser. Det er muligt at søge merit for PLO-E's facilitatorkurset, hvis du mener, at du allerede besidder de nødvendige kompetencer for at gennemføre forløbet.

Gruppens facilitator sender senest en måned inden forventet start, en mail til kurser.plo@dadl.dk med informationer om:

- Tema
- Antal deltagere i forløbet
- Forventet start- og slutdato for forløbet
- Om gruppen ønsker at bestille med eller uden konferencested.

Når PLO-E har oprettet gruppen, får facilitator tilsendt et tilmeldingslink. Dette skal straks videresendes til deltagerne i gruppen. Hver enkelt deltager følger det tilsendte link og betaler for sin deltagelse i forløbet. Facilitator får tilsendt materiale til gruppen.

Afholdelse af SGE-møder

I kan vælge at afholde SGE-møderne i klinikken/privat eller på et Comwell eller Scandic Hotel, som PLO-E har lavet en aftale med. [Se adresseliste og kontaktoplysninger på konferencestederne.](#)

Priser

Pris ekskl. konferencested: 750 kr. pr. dag pr. deltager (for 2 moduler á hver 3 timer/heldagsarrangement).
Pris inkl. konferencested og forplejning: 1500 kr. pr. dag pr. deltager (for 2 moduler á hver 3 timer/heldagsarrangement).

Forplejning

Afholder I SGE-møderne på et af konferencestederne, vil I kunne vælge mellem enten heldagsarrangement eller moduler á 3 timer. Forplejningen svarer til antallet af timer og tidspunkt på dagen, hvor mødet bliver afholdt.

Refusion

SGE er godkendt til refusion fra Fonden for Almen Praksis, og I kan søge om at få følgende beløb refunderet:

- Kursusafgift: Hele beløbet.
- Tabt arbejdsfortjeneste for en hel kursushverdag (2 moduler á hver 3 timer): 4.500 kr.
- Transportudgifter pr. møde: Max. 1.500 kr.

Der udbetales udelukkende tabt arbejdsfortjeneste for aktiviteter afholdt på hverdage i tidsrummet kl. 8-18.

Selve forløbet

Husk at medbringe en computer til møderne, uanset om de afholdes i klinikken/privat eller på et konferencested, da det er nødvendigt for at I kan afspille videoklippene. På konferencestederne vil der være øvrigt AV-udstyr. Det er desuden en god idé, at alle tager en computer/tablet med, da undervisningen lægger op til, at man aktivt skal søge information på nettet bla. i diverse databaser.

Hold jer opdateret på hvilke emner, I kan tage som SGE på PLO-E hjemmesiden.

Spørgsmål

Har I spørgsmål til praktiske forhold, tilmelding m.m., kontakt kursuskoordinator Desiree Lundsteen på dea.plo@dadl.dk

Ved andre spørgsmål til systematisk efteruddannelse og SGE, kontakt konsulent Emilie Bjerre på ebj.plo@dadl.dk



+ Tutorlæge

Udarbejdet af: Roar Maagaard

Bliv tutorlæge!

Du har som uddannelseslæge forhåbentligt mødt mange dedikerede tutorlæger i almen praksis, der har brændt for deres patienter og for vort speciale, og som har hjulpet dig uddannelsesmæssigt på vej; den slags 'smitter'. Når du (snart) bliver tutorlæge, så har du muligheden for at motivere og engagere unge kolleger!

At være tutorlæge opleves inspirerende for langt de fleste læger: Man er nødt til at være fagligt opdateret, og spørgsmålene fra uddannelseslægen giver anledning til kritisk refleksion og dermed udvikling – både fagligt og personligt.

Mange oplever inspiration og glæde ved det tætte forhold til en uddannelseslæge, der vil afsøge specialets muligheder og krinkelkroge.

I Intro Practicus kan du læse om, hvilke krav der stilles til [opgaven som tutorlæge](#).

Godkendelse som tutorlæge

Inden du ansætter en uddannelseslæge, skal først godkendes som tutorlæge. Den 1. januar 2013 indførtes ni nye krav vedrørende godkendelse af tutorlæger i almen praksis.

Kravene gælder både for nystartede tutorlæger i almen praksis og for etablerede tutorlæger, som gerne vil fortsætte som tutorlæge. Baggrunden for de nye krav til tutorlæger er, at den nye målskrivelse og torkravene tilsammen skal sikre, at almen praksis fortsat giver kliniske basislæger og speciallæger i almen medicin en god uddannelse.

Hovedfokus i uddannelsen vil fortsat være den daglige supervision, og i tutorlægekravene er anført, at der skal afsættes "den fornødne tid til supervision". Det er vigtigt, at denne tid er beskyttet og fastsat på dagsprogrammet.

Hvor lang tid den enkelte uddannelseslæge har behov for supervision kan variere. Men for de fleste uddannelseslæger, vil 30 minutter dagligt være passende. [Tutorlægekravene fra 2013 kan ses her](#).

Kampagne om supervision

FYAM har sat fokus på supervision og anbefaler alle uddannelseslæger, at de får 30 min. supervision pr. dag. [På FYAMs hjemmeside](#) kan du blive inspireret af forskellige supervisionsværktøjer, du kan se film om supervision og du kan læse mere om kampagnen.



FYAM har desuden indstiftet en pris, som i 2013 bliver givet til årets supervisor.





+ Mentorskab

Udarbejdet af: Birgit Signora Toft & Steen Hildebrandt

Mentorskab

I det græske epos Odysseen berettes om kongen og krigeren Odysseus, der skulle gå mange prøvelser igennem, før han efter 20 år i gudernes vold kunne komme hjem til sit Ithaka, sin søn Telemakos og sin elskede hustru, Penelope. Før afrejsen for at kæmpe i den trojanske krig havde Odysseus betroet sin ungdomsven *Mentor* at passe på sønnen Telemakos og den ombejlede hustru Penelope. Mentor var ikke blot en ældre ven til Odysseus, men også hans tætte rådgiver. Dette forhold har lagt fundamentet for begreberne 'mentor' og 'mentorskab'.

En mentor er en *rollemodel*. En person, man kan lære af. Én, som er interesseret i at give viden og tanker videre til andre som inspiration til personlig og faglig vækst. En mentor er også den person, der kan give menten følelsen af at være en del af noget større. I samtale med en mentor kan menten opleve en indsigt, der åbner til noget højere end det, menten på egen hånd kan få adgang til. Ved at opleve en sådan indsigt kan der åbnes til kreativitet, næstekærlighed, samklang, fællesskab og åndelighed – et felt, som ligger dybt i det enkelte menneske.

Ved at udveksle tvivl, usikkerhed og andre store eksistentielle spørgsmål med et andet menneske får menten en indsigt i, at netop disse temaer og tilhørende følelser er af en universel menneskelig karakter og fælles for alle mennesker på forskellige trin i livet.

Menoren kan være med til at sætte et spejl op for et andet menneske, så det kommer til en dybere forståelse af sig selv – og måske medvirke til at mentens selvopfattelse bevidstgøres og åbnes for forandring. Mentoren har ideelt set sat sig ud over egen opfattelse af menten, og mentoren skal være i stand til at rumme menten. At rette opmærksomheden mod mentens udfoldelsespotentialer og vækstmuligheder, samtidig med at mentor er forankret i sin egen person. Mentorskab er ikke coaching, for mentoren kan øse af sine erfaringer og fortælle fra sit eget liv, og det er netop her, at coachens rolle adskiller sig fra mentorens. En mentor er ofte kulturbærer fra sit liv, mens coachen er mere neutral i sin adfærd.

Som mentor kan du opleve personlig glæde ved at have et frirum, hvor menten kan stille dig spørgsmål, som dine nærmeste kolleger ikke stiller, fordi de kender dig for godt. Du kan blive skarpere på ledelse, når du fortæller din mente, hvordan du selv udøver den. Når du hører, hvad du selv siger, kan du få et spejl på din ledelse.

En mentor kan ikke tilbyde sig selv. En mentor skal findes af en mente, og det er i mødet med en mente, at mentoren har sin berettigelse.

Mentorrollen er en del af mentors identitet og dermed synlig, mærkbar og hørbar. En mentors potentiale vedrører tillid, opmærksomhed, respekt, hengivenhed og kærlighed – og dermed er han/hun ofte nem at finde for menten.

Alle kan for så vidt være mentorer, men det kræver måske for nogle en større bevidsthed om, hvad der gør en person til en mentor. Det er først og fremmest, at der er en mente, der har brug for én, men dernæst også at have noget på hjerte, at kunne stå på egne ben, at ønske og nyde at se en anden udvikle sig, at evne at gå forrest og undertiden bagerst og at kunne vejlede uden at styre.

Det er vigtigt at forberede mentorer som menter på at indgå i en mentorrelation. Det kan foregå ved at træne menter i at fokusere på hjælperelationen og i at være bevidste om at være med til at afdække menternes behov.

Mentorerne har om muligt større behov end menterne for at udveksle erfaringer, fordi deres indsats i forhold til menten er afgørende. Derfor bør tovholderen arrangere sammenkomster, hvor mentorerne kan udveksle erfaringer og støtte hinanden i at blive endnu bedre mentorer.



+ Mentorskab

Udarbejdet af: Birgit Signora Toft & Steen Hildebrandt

Forventninger og forpligtigelser

Hvad driver en mentor til at bruge adskillige timer om måneden på at være samtalepartner eller rollemodel for en eller flere menter?

Mentors forventninger er måske mindre klare end mentens, al den stund det er menten, der må formulere sit behov og sine ønsker til mødet med en mentor. Der er måske mere fokus på mentors forpligtigelser end vedkommendes forventninger, fordi vi betragter mentoren som en ressourceperson i mentens udvikling. Alligevel må mentoren tillade sig at have forventninger og ikke kun forpligtigelser til en indsats, som involverer ham/hende på et personligt plan.

Mentor kan forvente at:

- Bliver bedre til at kommunikere
- Oplevere større jobtilfredshed
- Blive bekræftet
- Opnå agtelse blandt kolleger
- Blive bedre til at møde udfordringer
- Blive bedre til at hjælpe andre
- Opleve glæde ved at hjælpe andre
- Få større indsigt i egen adfærd
- Blive en bedre og mere værdsat medarbejder
- Få nye perspektiver på sig selv og praksislivet.
- Blive stimuleret med nye idéer fra mente
- Udvikle større lederevner
- Få større indsigt i andre mennesker
- Få mere energi

Mentorens udvikling af de menneskelige kundskaber og evnen til at agere som rollemodel gennem et mentorskab kan give en psykisk belønning, som viser sig i mentorens adfærd.

Mentorens forpligtigelser er af meget basal karakter. Han/hun skal være den rollemodel, som vi alle stræber efter at møde eller at være. Mentoren skal:

- Komme til tiden
- Være lyttende
- Holde sig selv i baggrunden
- Være god til at tale med mennesker
- Have stor indsigt i egen adfærd
- Have indfølelse
- Være erfaren i sit fag
- Være rodfæstet i egen personlighed
- Have evne til at skabe relationer
- Være i stand til at opnå respekt hos mente
- Være interesseret i at lære

Gevinst for praksis?

Hvad kan praksis opnå ved at etablere et mentorprogram, som den ikke kan opnå med andre programmer? Påvirker det bundlinjen?

Der er en usædvanlig stor og kreativ reserve i, at mennesker inspirerer hinanden. Mentorskabet kan være en begyndelsen, fordi det giver mulighed for, at mennesker kan mødes og lade inspirationen og kreativiteten løbe frit forskellige steder.

Det, som et mentorskab specifikt kan levere til praksis, er troen på, at det nytter at sætte ressourcer ind på at udvikle menneskers personlige sider. Troen kan blive til hårde facts, når det viser sig, at de mål, der er opstillet, er nået. Alle ved, at det er svært at opstille kvalitative mål, men det er ikke umuligt.

Praksis har derved mulighed for at:

- Blive en lærende organisation
- Få en mere bevidst arbejdsstyrke
- Opbygge en samtalekultur med ringe grobund for konflikter
- Drage bedre nytte af erfaringer udefra via menterne
- Opnå bedre integration og forståelse mellem yngre og ældre kolleger

Mentorprogrammet kan være et eksempel på, at praksis tager det alvorligt, når den sider at den gerne vil være en lærende organisation, tilbyde livslang læring, eller hvad der nu står i visionsdelen, eller formuleres som de strategiske værdier i den enkelte praksis' målsætning.



+ Kvalitetsudvikling

Udarbejdet af: Tina Eriksson, præsident for EQuiP

Hvad er kvalitet i almen praksis?

Kvalitet i almen praksis har følgende dimensioner:

- Faglig
- Organisatorisk
- Patientoplevelt

Faglig kvalitet beskæftiger sig bl.a. med diagnostik og behandling, organisatorisk kvalitet med bl.a. tilgængelighed og koordinering af patientforløb, og patientoplevelt kvalitet handler om kommunikation og patientinddragelse.

WHO har beskrevet god kvalitet som:

- Høj professionel standard
- Høj patienttilfredshed
- Helhed i patientforløbet
- Minimal patientrisiko
- Effektiv ressourceudnyttelse



Høj professionel standard kan sikres gennem specialeuddannelse og løbende efteruddannelse. Den kliniske kvalitet kan sikres og udvikles ved brug af ICPC-kodning og anvendelse af benchmarking med datafangst, ordiprax (medicinstatistik), regionale statistikker mv.

Høj patienttilfredshed kan sikres ved at lytte til patienter og inddrage dem i beslutningsprocesser om egen behandling. Patienter kan også inddrages i udvikling af klinikken, gennem feedback, klager og patientevalueringer. Patienter kan endvidere inddrages mere systematisk i patientråd eller lignende. DanPEP er et patientevalueringsskudskab, som det er blevet obligatorisk at benytte i henhold til PLO's overenskomst.

Helheden i patientforløbene kan sikres med en proaktiv tilgang til patienter med kroniske sygdomme, kræft og skrøbelige ældre. Det er også et af formålene med regionale forløbsprogrammer.

Minimal patientrisiko kan sikres ved udvikling af ens organisation og vedvarende opmærksomhed på kritiske situationer. Det kan udvikles gennem rapportering og læring af utilsigtede hændelser. Læs mere under Patientsikkerhedsudvalget.

Effektiv ressourceudnyttelse handler bl.a. om at henvise rette patient på rette tid til rette sted. Det handler også om at organisere sig på en måde, hvor lægens, personalets og patienternes tid og ressourcer anvendes mest hensigtsmæssigt.

DSAMs bidrag til kvalitetsarbejdet

DSAM medvirker til udvikling af den kliniske kvalitet ved udarbejdelse af kliniske retningslinjer. DSAM understøtter PLO's politiske arbejde med kvalitet ved rådgivning og orientering. Dette gøres bl.a. i Kvalitetsudviklingsudvalget, som er et fællesudvalg mellem DSAM og PLO. Endvidere deltager DSAM ofte i arbejdsgrupper i Sundhedsstyrelsen, ligesom der ydes ad hoc-rådgivning til relevante myndigheder.

Kvalitetssikring og -udvikling er en naturlig og integreret del af ledelsesopgaven i de enkelte praksis. I hver region findes et Kvalitets- og efteruddannelsesudvalg, som har til opgave at fremme arbejdet med kvalitetsudvikling og efteruddannelse blandt de praktiserende læger i regionen. Udvalgene skal bl.a. bidrage til implementering af nye faglige ydelser og andre tiltag aftalt af overenskomstens parter.

Praksis kan hente støtte i regionale kvalitetsenheder og hos regionale konsulenter. Dette er organiseret forskelligt regionerne imellem. Detaljeret information kan findes på de regionale dele på www.sundhed.dk.



+ DAK-E + Datafangst

Samarbejde

DAK-E er etableret af PLO (Praktiserende Lægers Organisation) og Danske Regioner i fællesskab med henblik på at udvikle og sikre kvaliteten i almen praksis som en del af det samlede sundhedsvæsen - og for det andet at fremme forskningen, som har betydning for kvaliteten i almen praksis og det samlede sundhedsvæsen.

For at sikre udvikling og kvalitet i almen praksis og for at fremme forskning, som har betydning i almen praksis, har DAK-E et vidt forgrenet netværk af samarbejdspartnere.

Primært tager arbejdet i DAK-E udgangspunkt i hvordan det daglige arbejde i almen praksis kan understøttes på en måde der giver bedst mulig mening for den enkelte læge. Praktiserende læger arbejder forskelligt og der er derfor forskellige muligheder for at indgå i samarbejde og benytte sig af værktøjer der stilles til rådighed af DAK-E. Udgangspunktet for de værktøjer der stilles til rådighed for almen praksis er at de udvikles for og i samarbejde med praktiserende læger og andre aktører med interesse udvikling af almen praksis.

Samarbejdet mellem DAK-E, PLO (Praktiserende Lægers Organisation) og de fem regioner har afgørende betydning for arbejdet i DAK-E. Det primære omdrejningspunkt for DAK-E's overordnede samarbejde med både lægefaglige og administrative repræsentanter er de regionale Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg. I det daglige er der tæt samarbejde mellem DAK-E og de regionale datakonsulenter.

[Læs mere om DAK-E.](#)

DANPEP

DAK-E tilstræber at udbyde et brugervenligt værktøj til tilmelding, indsamling, håndtering og analyse af patienttilfredshedsundersøgelser til almen praksis. Kvalitets- og Informatikfonden har besluttet at køre en projektperiode med to metoder for distribution af invitationer til patienterne. Det vil sige, at halvdelen af alle praksis skal gennemføre patienttilfredshedsundersøgelser via en postkort-model, og den anden halvdel skal gennemføre undersøgelser via en Digital Post model.

Det har siden 5. januar 2015 været muligt at tilmelde sig patienttilfredshedsundersøgelse på praksisoplysningssiden. Du kan gå direkte til DANPEP på praksisoplysningssiden ved sikker log-in eller [læs mere her](#).

Hjælpeværktøjer

Datafangst

DAK-E har siden 30/9-2014 stoppet for al dataindsamling via Sentinel Datafangst fra almen praksis. Programmet er siden omskrevet, så datavideregivelsen understøtter lovgivning på området. Genoptagelse af dataindsamlingen afventer politisk afklaring af hvilke områder og hvilke data, der eventuelt skal indsamles til kvalitetsudvikling i almen praksis.

DSAM har samlet bilag i en redegørelse for tanker, strategi og udviklingen af DAK-E, datafangst og DAMD fra 2003 til 2013 samt misforståelser i forbindelse med drift af datafangst og DAMD. [Læs mere here](#).

ICPC

Til fremskaffelse af relevante og opdaterede informationer i den kliniske beslutningsproces har man brug for en hurtig genvej til oplysninger om den aktuelle sygdom. Det er blevet mere almindeligt blandt praktiserende læger at ICPC kode deres patientkontakter.

Akkreditering

DAK-E har udviklet en platform til lægerne, der understøtter den administrative proces i akkreditering samt giver lægerne mulighed for at anvende et integreret redskab til at give vejledning, overblik og struktur i arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM. Værktøjet er et tilbud til de praktiserende læger, men der kan vælges at benytte anden form for organisering af dokumenter.

DAK-E har i samarbejde med PLO og DSAM udviklet vejledninger og gode eksempler til de enkelte standarder. Denne information findes ved at logge på Akkreditering demoversion eller praksis egen akkrediteringsside.

Efteruddannelse

Det er i forhandlingsaftalen mellem PLO og RLTN af den 1. marts 2014 aftalt, at alle godkendte efteruddannelsesaktiviteter skal registreres og samles i en database, administreret af DAK-E, som derfor har udviklet et hjælpeværktøj, der gør det muligt at foretage efteruddannelsesregistrering og søge om refusion for den enkelte læge.



Laboratoriesikring

Udarbejdet af: Gregers Hansen-Nord, DSAM

Nystartet alment praktiserende læge:

Patienten har brug for *din* hjerne, ikke en masse tekniske faciliteter, sygeplejersker, laboranter, diætister m.m.

Vær ikke forhoppet på et stort personale fordi du så tror, at du kan overkomme meget mere. Klassisk fejltagelse.

Laboratorievirksomhed i egen praksis:

Først – beslut dig for hvordan du som hovedregel vil inkorporere analysevirksomheden i din konsultation-sproces. Vil du have resultatet af en test mens patienten stadig er i klinikken, så du kan handle på resultatet straks; eller vil du afslutte nu og konkludere senere pr. telefon eller mail.

Det har betydning for de undersøgelser, du skal udføre i din praksis og hvor meget din patient skal forstyrres med kontakt til klinikken flere gange.

Eksempel: Pt. får målt INR, svaret foreligger få min. senere, du fremorderer behandling og giver tid til ny kontrol. Alt klaret med det samme. Eller samme pt.: Du ønsker ikke at foretage INR-måling i klinikken p.g.a. økonomi, tidsforbrug og personale, tager derfor en veneprobe som sendes med transportordning til sygehuslaboratorium med svar og ordination til pt. næste dag.

Inden du køber apparatur bør du være opmærksom på, om udstyret er egnet til praksis og om det kan kvalitetssikres tilfredsstillende. SKandinavisk Utprøvning af laboratorieudstyr i Primærsektoren (SKUP) er en skandinavisk institution som afprøver laboratorieudstyr til praksis.

SKUP vurderer gennem praktisk testning, hvorvidt et apparat har den målesikkerhed, som fabrikanten angiver og om udstyret overhovedet er praktisk anvendelig under de arbejdsvilkår, som eksisterer i praksis. Spørg altid om nyt udstyr er SKUP vurderet. Se alle skandinaviske SKUP afprøvninger på www.skup.dk.

Ved tvivl, spørg din lokale Laboratorie-KvalitetssikringsOrdning (LKO). Der er tilknyttet laboratoriefaglige konsulenter, som kan give råd om hvad der er godt og hvad der slet ikke dur. For eksempel fungerer Hemocue: Hb + glucose (P) fint, og ditto Roche: INR.

Ved alle blodanalyser gælder det, at patienten skal være forberedt korrekt. Detaljer vedrørende de enkelte blodanalyser: Se lokal laboratorievejledning. Alle praktiserende læger i Danmark næsten uden undtagelse udfører:

- Urinstix undersøgelse for albumin, blod, leucocytes-terase, nitrit, glucose samt HCG.
- Hæmoglobin og glucose på kapillær blod (fingerstik).
- CRP og INR udføres af hovedparten af PLO'er.

Dertil kan lægges hjemmeblodtryksmåling, spirometri og blodprøvetagning (2101).

Disse analyser udgør et minimum af hvad en praktiserende læger mindst bør udføre. Resten af tillægsydelse (71xx) benyttes efter individuelle ønsker. WebReq benyttes altid ved bestilling af laboratorie-, patologi- og mikrobiologiske undersøgelser. WebReq blanketten informerer direkte om hvilket glas, man skal bruge til en given blodprøve.

Kvalitetssikring:

AI analyseaktivitet er behæftet med usikkerhed, du måler aldrig "den sande værdi". Kvalitetssikring drejer sig om, at du kender dine målingers usikkerhed. Uden denne viden kan du ikke meningsfuldt tage stilling til konsekvensen af et resultat. Eksempel: Er enkeltmåling af Hb på 7,1 mmol/l og 6,8 mmol/l forskellig?

Økonomi:

Landsoverenskomsten har i mere end 20 år taget udgangspunkt i at laboratedriften skal betale for sig selv og ikke generere betydende profit til klinik-ejer (dig).

Personale:

Laboranten arbejder under dit ansvar og der er ikke specielle uddannelseskrav. Nogle klinikker har oplært en sekretær, andre social- og sundhedsassistenter (SSA) som ofte er laboratorieuddannet på sygehus, atter andre instruerer sin sygeplejerske og endelig har nogle ansat bioanalytiker.

KPLL (Københavnvs Praktiserende Lægers Laboratorium) som nu er en afdeling under Region Hovedstaden, har 2 dages oplæringsdage hvor din ansatte lærer at tage blodprøver og behandle dem korrekt. Mange lokale sygehuslaboratorier har tilsvarende tilbud og er meget hjælpsomme med at introducere blodprøvetagningens mysterier til din nyansatte.

Moderne patientnært analyseapparat er let at betjene og rimeligt præcist. Det tekniske kvalifikationskrav til laboratoriepersonalet er således beskedent.

Helt afgørende er derimod at personen er dedikeret, omhyggelig, systematisk og ordentlig.

Kort fortalt:

- **Basislaboratorium:** Lav de foranstående minimumundersøgelser.
- **Laboratorium Plus:** Fordrer at du eller en anden i klinikken sikrer kvaliteten.

Relevante links

[Kvalitetskrav til laboratoriemedicinske aktiviteter](#)

[Digital håndbog i mikrobiologisk analyse med instruktionsvideoer](#)



Gode råd

- Sørg for god arbejdsstilling og godt lys.
- Undgå at blive forstyrret.



+ Systematisk kvalitetssikring af egne analyser

Udarbejdet af: Gregers Hansen-Nord, DSAM

Egne analyser. Husk systematisk kvalitetskontrol!

Der benyttes veneblod eller kapillær fingerblodprøve generelt efter 15 min. siddende hvile i klinikken. Fingerblod, prik helst i siden af fjerde fingerblomme. Af-tør første dråbe. Analysér straks. Nedenstående de almindeligste, men ikke fyldestgørende indikationer for en række analyser udført i Almen Praksis (se ref.)

Glucose: Kontrol og diagnostik (akut type I) af diabetes mellitus.

Hæmoglobin: Diagnostik og kontrol af anæmi på grund af blødning eller kronisk sygdom.

C-reaktivt protein (CRP) benyttes ved diagnostik og kontrol af infektionssygdomme f.eks. lunge-, bihule- og nyrebækkeneinfektion

INR: Monitorering af antikoagulationsbehandling.

Leucocytter+differentialtælling: Mistanke om infektionssygdom.

Creatinin: Vurdering af nyrefunktion.

Sænkingsreaktion (SR): Infektioner og visse kroniske sygdomme.

Urinundersøgelser ved stiks anvendes primært til undersøgelse af tilstedeværelse af leucocytterase (som har en vis begrænset sammenhæng med urinvejsinfektion), blod ved mulig cancer og protein ved nyresygdom eller præeclampsia hos gravide.

Der skal anvendes friskladt urin. Acceptér ikke syltetøjsglas og lignende. En e.coli bakterie deler sig i 2 hvert 20. minut under optimale vækstbetingelser, dvs. 16 millioner på 8 timer.

Stiksene skal opbevares korrekt, sæt straks låget på beholder, overhold fabrikantens tidsangivelse for aflæsning og vær opmærksom på udløbsdato m.v.

Mikroskopi anvendes ved vurdering af legemer først og fremmest erythrocytter, leucocyter og bakterier i urin. Der er tilbagevendende mikroskopi kurser rundt om i landet, som kan anbefales, ligesom LKO eller den lokale mikrobiologiske afdeling kan oplære.

Elektrokardiogram (EKG): Hjerterytmesygdomme og iskæmisk hjertesygdom. Udføres roligt liggende med minimal muskelaktivitet, idet muskelaktivitet forstyrrer signalet fra hjertet. EKG bør vurderes inden patienten forlader praksis.

Lungefunktionsundersøgelse (spirometri): Diagnostik af obstruktiv og restriktiv lungesygdom. Monitorering af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og astma. Udføres ved at patienten efter en maximal indånding med maximal kraft puster igennem apparatet til lungerne er helt "tømt" for luft. Der udføres 3 målinger, hvor de 2 bedste højst må afvige 5% fra hinanden. Bedste måling anvendes. Undersøgelsen kan suppleres med anstrengelsestest ved 6 min. fysisk aktivitet (f.eks. løbebånd, løb rundt om lægehuset og lignende) med puls hos voksne på min. 140/min. og børn min. 160/min.. Måling efter 1,5,10 og evt. 20 min.

Reversibilitetstest: spirometri før og efter bronchieudvidende inhalationsmedicin og/eller efterfølgende peroral kortikosteroid med ny spirometri efter 2 uger.

Pulsoxymetri: Diagnostik ved dyspnø og monitorering ved kronisk obstruktiv lungesygdom. Iltmætning i blodet udføres efter patienten har siddet i ca. 3 min. Pulsoxymetret påsættes en finger og indenfor 10-15 sek. fremkommer en bølgeformet lysbjælke på displayet, hvorefter iltmætningen kan aflæses. Vær opmærksom på at fingeren er varm, undgå farvestof f.eks. rød neglelak og stærkt lys, som kan interferere med målingen.

Blodtryksmåling måles i konsultationen på overarm siddende efter 5 minutters hvile, 2 målinger. Første gang patienten får målt blodtryk, måles 2 x på hver arm og ved forskel benyttes den arm med højest blodtryk fremover. Vær opmærksom på korrekt manchetstørrelse, der bør normalt være 3 størrelser tilgængelig i klinikken. Manchetten placeres direkte på huden eller over en tynd skjorte på overarm i hjertehøjde, og pumpes op til ca. 30 mm Hg over systolisk værdi. Systolisk værdi defineres som første hjerteslag som høres, når trykket i manchetten falder (Korotkoff fase 1), diastolisk værdi "høres" når lyden helt forsvinder (Korotkoff fase 5). Mest sikkert er kviksølvmanometer som samtidig er referencemetode overfor hvilken elektroniske og andre blodtryksapparater kan kvalitetsvurderes.

Hjemmeblodtryk benyttes først og fremmest ved mistanke om konsultationshypertension, ved nydiagnostisering og kontrol af behandling.

Der måles 3 x dagligt med dobbeltmåling hver gang i 3 dage, som så vidt muligt er typiske for patienten. Gennemsnittet af målingerne de sidste 2 dage (12 målinger) anvendes som resultat. Fejkilde: hjerterytme-forstyrrelser hos patienten kan udløse fejlagtige resultater. Kan suppleres med døgnblodtryksmåling, som anvendes primært ved mistanke om meget variabelt blodtryk, natlig blodtryksforhøjelse og ved for lavt blodtryk.

Distalt BT: Arteriosklerose kan ofte tidligt påvises ved måling af blodtryk i foden. Udføres ved ankel-arm-blodtryksindeks dvs. forholdet mellem det systoliske armbloodtryk og det systoliske ankelblodtryk med patienten i hvile. Normalområde er 0,9-1,3.

Der benyttes et almindeligt blodtryksapparat og en doppler til registrering af puls i a.brachialis og a.dorsalis pedis.

Priktest kan benyttes ved udredning af allergi. Udføres ved dobbeltprík på sædvanligvis 10 standardallergener samt på den negative og positive histaminkontrol. Der benyttes standardiserede lancetter. Aflæsning efter 15 min. En kvadel ≥ 3 mm og \geq den positive kontrol er udtryk for at personen er sensibiliseret med vedkommende allergen, men ikke nødvendigvis klinisk allergisk overfor det.

Tympanometri: Lufttryk er ens på begge sider af trommehinden og både øregang og mellemøre er luftfyldte. Ved normal hørelse giver tympanometri en karakteristisk klokkeformet kurve.

Undersøgelsen har sit hovedanvendelsesområde ved otitis media (akut eller sekretorisk) med væske i mellemøret, samt kontrol efter samme. Udføres ved at øregangen udrettes, og tympanometrets gum-miprop placeres så den slutter tæt til øregangens væg. Herefter bestemmer apparatet automatisk trommehindens bevægelighed ved forskellige tryk og frembringer et tympanogram.

A (kurvetoppunkt -99 til +50 daPa):
Helt normalt

C1 (-200 til -100 da Pa):
Let undertryk. Normalt

C2 (< -200 daPa):
Undertryk. Muligvis væske i mellemøret.

B (flad kurve):
Sandsynligvis væske i mellemøret.

Audiometri benyttes ved mistanke om hørenedsættelse hos børn og voksne samt tinnituskarakteristik. Har sit hovedanvendelsesområde ved vurdering af indikation for høreapparat samt screeningsundersøgelse af børns hørelse. Sædvanligvis bedst udførelse fra 5 års alderen.

Patienten placeres med ryggen til undersøger og audiometer. Undersøgeren fremkalder tone i hvert øre for sig ved at ændre frekvens og lydstyrke. Patienten markerer, når tonen høres. Svageste lyd som kan opfattes ved hver frekvens nedskrives i audiogram. Undgå fremmed støj og uro.



+ DSAM-vejledninger

DSAM udgiver jævnligt vejledninger inden for kliniske problemstillinger, der er hyppigt forekommende og medfører diagnostisk eller behandlingsmæssig usikkerhed og variation i almen praksis.

Vejledningerne henvender sig primært til praktiserende læger og praksispersonale.

Alle vejledninger bliver løbende opdateret, således at ny viden inden for feltet bliver implementeret i vejledningerne og dermed formidlet til de praktiserende læger m.fl.

Arbejdsgrupper

Vejledningerne er udarbejdet af arbejdsgrupper, som består af mindst tre praktiserende læger samt repræsentanter fra andre relevante specialer og samarbejdspartnere. Arbejdsgruppen er tilknyttet en lægefaglig konsulent og får desuden praktisk hjælp samt hjælp til layout af vejledningerne.

Høring

Alle vejledninger kommer i høring hos de almenmedicinske miljøer, de lægevidenskabelige selskaber, relevante faglige organisationer, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner, kommernes Landsforening m.v.

Desuden lægges vejledningerne på hjemmesiden, så også brugerne har mulighed for at indskyde deres bemærkninger.

Implementering

Når der udkommer en ny vejledning, bliver den fulgt op af centrale og regionale implementeringsskurser, e-learningsskurser m.v.



Koordinationsgruppen

DSAM's bestyrelse har nedsat en koordinationsgruppe, som aktuelt består af DSAM's formand og sekretariat repræsentanter fra almenmedicinske forskningsmiljøer, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundhedsstyrelsen, PLO m.fl. Koordinationsgruppen kommer med forslag til emner for nye vejledninger, beskriver retningslinjer for arbejdsgruppens arbejde, strategi for implementering af vejledningerne m.v.

Her kan du læse [referater fra de seneste møder i koordinationsgruppen](#).

[Se de kommende DSAM-vejledninger her.](#)

Vil du gerne gå i gang med en vejledning?

DSAM's vejledninger bliver udarbejdet af en arbejdsgruppe, der består af minimum 3 læger samt samarbejdspartnere uden for almen medicin. Arbejdsgruppens første opgave er at formulere et kommissorium, som godkendes af koordinationsgruppen.

DSAM tilbyder, at arbejdsgruppen som opstart kan afholde et internatmøde, hvor den overordnede projektbeskrivelse, fordeling af roller, tidsplan m.v. bliver aftalt. Arbejdsgruppen har under hele skrivprocessen tilknyttet en lægefaglig konsulent og får desuden mulighed for at få bistand i forhold til at strukturere teksten, udarbejde layout og hjælpe gruppen med at overholde den fastsatte tidsplan. Derudover har arbejdsgruppen mulighed for at få praktisk hjælp fra DSAM.

Arbejdsgruppens medlemmer får et honorar på kr. 15.000, mens formandens honorar udgør kr. 25.000. Derudover kan udgifter til transport og materialer blive refunderet.

Der er en række formelle krav til indholdet af vejledningerne, herunder brug af metoder til at fremskaffe evidens, anførelse af ICPC-koder m.v.

Formalia er beskrevet nærmere i notatet:

[Retningslinierne DSAM's kliniske vejledninger.](#)

Arbejdsgruppens medlemmer skal desuden kende til [Agree-instrumentet](#).

[Generel manuskriptvejledning kan findes her.](#)

Vi hører gerne fra dig, hvis du har et godt forslag til emne for en kommende vejledning. Du kan sende dit forslag til dsam@dsam.dk eller kontakte konsulent Tina Louise Olsen på tlf. 3545 6595.



+ Implementering

Hvorfor arbejder praktiserende læger, som de gør?

50 læger og fagpersoner mødtes tirsdag den 30. april 2013 i Bella Sky til workshoppen "Fra viden til handling". Den havde fokus på implementering af kliniske vejledninger i almen praksis.

Michel Wensing, professor i Implementation Science ved Ramboud University Nijmegen, indledte workshoppen med spørgsmålene: Hvorfor arbejder praktiserende læger som de gør? Og hvordan kan deres arbejde påvirkes?

Disse spørgsmål dannede udgangspunkt for hele workshoppen, hvor Region Syddanmark, DAK-E og Lægeforeningens Uddannelsessekretariat senere holdt oplæg om, hvordan de understøtter implementering af DSAM's kliniske vejledninger.

Praktiserende læger træffer kliniske beslutninger på baggrund af deres hjerne, hjerte og pengepung, fremhævede Michel Wensing, og han tilføjede, at den elektroniske beslutningsstøtte i dag er så omfattende, at det måske er på tide at tilføje et fjerde element, nemlig smartphones.

Berit Lassen, lægefaglig udviklings- og implementeringskonsulent i DAK-E, havde den samme pointe. Berit brugte imidlertid nogle andre ord, da hun fortalte, at ledelse, høj faglighed og læringskultur er afgørende for, hvordan praktiserende læger arbejder.

Ledelse, høj faglighed og læringskultur er samtidig forudsætningerne for implementering, og det er vanskeligt at implementere en forandring, hvis et af elementerne mangler. Derudover skal der naturligvis være tid og ressourcer til implementering, hvilket Helle Lindqvist, chefkonsulent i Region Syddanmark, også gjorde opmærksom på i sit oplæg.

Og hvordan kan praktiserende lægers daglige arbejde påvirkes?

Der er ingen mirakelkur. Så kort kan det siges, når man taler om, hvilken metode og intervention man skal bruge i forbindelse med implementering af kliniske vejledninger.

Michel Wensing præsenterede resultater fra Cochrane Reviews, der viste en ændring i performance på ca. 5 %, hvis implementering skete ved hjælp af skriftligt materiale, fremmødekurser, opsøgende besøg eller audit og feedback. Der var naturligvis store variationer i de enkelte undersøgelser, og ændringen på 5 % var derfor et gennemsnit på baggrund af de enkelte undersøgelsesresultater.

Camilla Vejgård Hartling, uddannelseschef i Lægeforeningens Uddannelsessekretariat, havde samme pointe og konkluderede, at vi skal anvende en bred palet af interventioner, når vi implementerer kliniske vejledninger.

Hvilke forslag vil DSAM arbejde videre med?

Oplægsholderne og deltagerne på workshoppen kom med mange gode og brugbare forslag til, hvordan DSAM kan understøtte arbejdet med implementering af vores kliniske vejledninger:

- Vi skal have et tættere samarbejde med vores samarbejdspartnere, herunder kvalitets- og efteruddannelsesudvalgene i regionerne, DAK-E og Lægeforeningens Uddannelsessekretariat og PLO Efteruddannelse, hvor vi sammentænker vores ressourcer og viden
- Vi skal have en arbejdsproces i forbindelse med udarbejdelsen af den enkelte kliniske vejledning, hvor implementering tidligt bliver tænkt ind i processen
- Vi skal have en systematisk tilgang til implementering, så vi har en konkret implementeringsstrategi for den enkelte vejledning.

Der er ingen mirakelkur, og derfor vil en vellykket implementeringsstrategi for en klinisk vejledning ikke nødvendigvis være den rette strategi for en anden klinisk vejledning. Derudover skal vi overveje, hvordan patienterne bliver aktiveret i forhold til implementeringen.

DSAM's koordinationsgruppe vedrørende kliniske vejledninger har besluttet, at DSAM i 2014 skal være vært for et lignende arrangement, hvor vi samler forskellige aktører, der arbejder med og har interesse for kliniske vejledninger.

[Læs artiklen Fra viden til handling i Practicus her.](#)



+ Udvalgsarbejde

1. Hvad giver det dig som praktiserende læge at være med i DSAM-udvalgsarbejde?

"DSAM-udvalgsarbejdet har givet mig særdeles mange positive ting. Jeg har et netværk i de faglige kredse, som ingen af mine nye kollegaer i mit nærområde har. Desuden stor føling med, hvad der foregår inden for forskning, nye vejledninger og hvad der sker centralt i DSAM og PLO. Det sociale er bestemt heller ikke at kimse af.

Desuden et dejligt afbræk i en ellers ofte hektisk hverdag, hvor man får nye input af vidt forskellig karakter. Man kan hurtigt komme til at føle, at hverdagens trummerum med et hav af patienter bliver ensartet, og derfor er det fedt med disse afbræk i ny og næ. Og så er det jo altid skønt, når man får lov til at være med til at præge vigtige beslutninger."

(Dorte Hougaard Navntoft)

2. Hvordan finder du tid til udvalgsarbejde som nynedsat i egen praksis?

"Aktuelt er jeg ikke engageret i udvalgsarbejde for DSAM, men som FYAM'er sad jeg på diverse poster, og det holdt jeg jo op med, da jeg blev nynedsat for et år siden. Det passede mig godt, for som nynedsat manglede jeg overskud til udvalgsarbejde, og det har været rart, at mailen ikke blev spammet dagligt af 20-30 mails fra DSAM og diverse udvalg, som man forventedes at skulle forholde sig til. Men jeg vil snart i gang igen, for jeg ved, hvad udvalgsarbejdet består i, og jeg samler kræfter til at en ny indsats."

(Dorte Hougaard Navntoft)



+ Regional efteruddannelse

1. Region Syddanmark

Praksisudvalget i Region Syddanmark og Region Syddanmark har indgået aftale i henhold til Landsoverenskomsten om almen lægegerning §2, som dels giver mulighed for faglig ajourføring inden for de forskellige specialer, dels giver parterne et bedre kendskab til arbejdsgange, der styrker samarbejdet mellem de to sektorer.

Aftalen giver alment praktiserende læger og praksispersonale mulighed for ophold på en eller flere sygehusafdelinger og i speciallægepraksis i op til 5 dage årligt per læge (inklusive delelæge). Tilsvarende stiller de praktiserende læger sig vedlagsfrit til rådighed for at give sygehusansatte overlæger eller fastansatte speciallæger mulighed for at følge en almen lægepraksis i op til 5 dage årligt.

2. Region Midtjylland

Efteruddannelse for praktiserende læger i Region Midtjylland foregår via [denne hjemmeside](#). Er du læge i Region Midt, kan du logge ind med dit d-nummer (medlemsnummer i Lægeforeningen - et d efterfulgt af 6 cifre) øverst til højre, hvor du fx kan se din egen gruppes møder, din mødedeltagelse m.m.

For at blive godkendt skal en efteruddannelsesgruppe i Region Midt:

- Have min. 5 medlemmer. Dispensation i særlige tilfælde.
- Holde min. 4 møder årligt.
- Registrere sig ved oprettelse.
- Have en kontaktperson (gruppeleder) og en kasserer (kan være samme person).
- Registrere aktive medlemmer med navn, e-mail og d-nummer.
- Genregistrere ved ændringer hos medlemmer, kontaktperson og kasserer (e-mailadresser).
- Oprette en foreningskonto.
- Fremsende en evaluering, optimalt set efter hvert afholdt møde, men senest i december pågældende år.

Find [det online registreringsskema her](#).

Når gruppen er godkendt af en efteruddannelsesvejleder, sættes tilskuddet ind på foreningens konto.

Læs mere om [refusion fra DGE her](#).

Se, hvem der er [EUU-vejledere i Region Midt her](#).

3. Region Nordjylland

Efteruddannelse for praktiserende læger i Region Nordjylland foregår via [denne hjemmeside](#). DGE-grupperne får årligt 10.000 kr. til aktiviteter, der ikke er fastsat i overenskomsten, men som er en bevilling fra KEU-midlerne.

Den primære målgruppe for DGE er alment praktiserende læger, men læger fra alle tre søjler kan deltage. Kun praktiserende læger og yngre læger på vej til almen praksis er omfattet af de økonomiske muligheder i regionens DGE-pulje.

Gruppen vælger en gruppeleder, der har visse opgaver. Opgaven er typisk på valg hvert eller hvert andet år.

Man vælger evt. en kasserer, hvis man ønsker de fordele og det besvær, som dannelse af en forening indebærer. Fordele kan være fradragsret for medlemmernes indbetalinger til foreningen. Ulemper kan være regnskabspligt og skattevæsenets spørgsmål. Mindst én gruppe har opgivet at være "forening" pga. besværlige krav fra skattevæsenets side.

Med tilskudsmulighederne fra 2010 behøver man ikke at være en forening. Gruppen melder sig som aktiv gruppe til efteruddannelsesvejlederne, så der åbnes for deltagelse i gruppeledertræf og økonomi fra DGE-puljen.

En gruppe, som fungerer trægt, henvender sig til en efteruddannelsesvejleder for at få hjælp.

4. Region Sjælland

Efteruddannelse for praktiserende læger i Region Sjælland foregår via [denne hjemmeside](#).

Læs mere om [refusion fra DGE her](#).

Når du nedsætter dig som praktiserende læge i Region Sjælland, får du ikke automatisk tilsendt login-oplysninger, og idet informationer om efteruddannelsesgrupper m.m. er beskyttet bag en lukket hjemmeside, har du brug for adgang hertil. Kontakt derfor økonomiadministrator Annika Uth (au@regionsjaelland.dk eller 2613 7610) vedr. refusion og oprettelse af DGE-gruppe m.m.

5. Region Hovedstaden

Formålet med DGE (Decentrale Gruppebaserede Efteruddannelse) er at sikre alle læger lokale, varierede og planlagte efteruddannelses tilbud. Efteruddannelsesvejlederne i Region Hovedstaden er:

- Arne Hantho
- Peter Gram Arildskov
- Mads Klem Thomsen
- Trine Juhler
- Hanne Hjortkjær Petersen

De tilbyder blandt andet:

- Vejledning om individuelle efteruddannelsesspørgsmål.
- Hjælp til at danne nye efteruddannelses- og supervisionsgrupper.
- Inspiration og rådgivning til grupperne samt støtte ved problemer.
- Information om tilskud til efteruddannelse og supervision efter de gældende regler fra KVEU

(Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget).

De kan kontaktes gennem DGE-sekretariatet, hvor Heidi Mortensen og Anette Kjær er kontaktpersoner:

DGE
Koncern Praksis
Kongens Vænge 2
3400 Hillerød
T: 2360 9928. Telefontid mandag-torsdag kl. 12 og 14.
M: dge@regionh.dk

DGE-efteruddannelsesgrupperne er nu også åbne for unge læger - inden de bliver færdige som praktiserende læger.

Unge læger på vej til at blive praktiserende læger kan nu få penge til at danne efteruddannelsesgrupper. Præcis som praktiserende læger.

Det er en rigtig god måde til at fastholde et fagligt netværk og diskutere alle de praktiske spørgsmål, der trænger sig på for en nyuddannet praktiserende læge.





Supervisionsgrupper

Udarbejdet af: Martin Munk (Supervisionskonsulent og vinder af FYAM-prisen 2013)

Praktiserende læger i Danmark har deltaget i supervisionsgrupper i mere end 30 år, og selvom aktiviteten primært blev koblet til samtalebehandling og i landsoverenskomsten er knyttet til samtaleterapi, har aktiviteten fået en bredere betydning og omfatter mange problemstillinger fra det professionelle liv. Supervision kan både udvikle og sikre kvaliteten af patientbehandlingen, ligesom den har vist sig at være forebyggende for udbrændthed hos lægen.

Hovedmålene med supervision kan beskrives som:

- Medvirke til en bedre patientbehandling
- Hjælpe lægen til at klare belastningerne i erhvervet

Delmål for Supervision kan være:

- Dygtiggøre lægen i sin kommunikation med patienterne
- Hjælpe lægen med det medicinske faglige
- Give lægen en bedre forståelse af dynamikken i læge/patient-forholdet og bevidstgøre og sætte ord på de følelser, som patienten fremkalder i lægen og dermed: Beskytte lægen mod udbrændthed samt øge lægens forståelse for patientens situation
- Udvikling af professionel identitet og et fagligt fællesskab
- Øge lægens evne til refleksion
- Lære de fagspecifikke teorier og metoder (herunder konsultationsproces, psykoterapeutiske metoder): Kognitiv terapi, psykodynamisk samtaleterapi osv.
- En frivillig kvalitetsudvikling og – sikring
- Udvikling af en indre supervisor
- Støtte lægen ved klagesager, som ingen af os undgår: Vi begår alle fejl.

Supervision kan således være fokuseret på træning i specifikke kompetencer som samtalebehandling, konsultationsproces, eller konflikthåndtering eller omkring visse temaer, som f.eks. misbrug. Den kan være knyttet til shared care af patienter med psykiske lidelser af ikke-psykotisk karakter, eller andre patienter i forbindelse med samarbejde omkring patientforløb.

Supervision er ikke nødvendigvis knyttet til en bestemt patientkategori, men fokuseret på udforskning og indsigt i mange forskellige typer af læge patient relationen og alle de besværligheder som udspringer både af bevidste men også ubevidste processer herunder fx overføring, modoverføring, projektidentifikation osv.

Supervision kan være knyttet til bestemte terapiformer:

- Kognitiv terapi
- Psykodynamisk terapi
- Systemisk terapi m.fl.

Og supervision kan udføres efter forskellige modeller:

- Balint-metoden
- Reflekterende team
- Bendix-metoden
- Video- eller båndoptagelser
- Vindues-model m.fl.

Regionerne har forskellige tilbud om økonomisk og praktisk støtte til supervisionsgrupper.

Region Nord

Ikke særskilt tilskud til supervisionsgrupper, men DGE- grupper (Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse) kan søge midler med henblik på tilskud til honorering af supervisor: 10.000 kr/år.

Decentral gruppebaseret efteruddannelse

Region Midt

Ikke særskilt tilskud til supervisionsgrupper, men DGE- grupper kan søge midler med henblik på tilskud til honorering af supervisor: 10.000 kr/år.

Decentral gruppebaseret efteruddannelse

Evt. uformelle kontaktpersoner vedrørende supervisionsgrupper:

Anette Mønster: p067520_am@darwin.dk
Benedicte Müller: benedicte.m@dadlnet.dk

Region Syd

Praksisafdelingen/KEU-midler.

Samtaleterapi og supervision i almen praksis
Statusnotat om indgåede aftaler ifm. samtaleterapi og supervision i almen praksis.

En supervisionsgruppe får økonomi til 8 møder à 3 timers varighed per år; i alt 24 timers supervision per år.

Møderne tilrettelægges af gruppen selv og kan arrangeres på andre måder, fx som halv- eller heldagsmøder.

Honorar til supervisor

Aflønning af supervisor sker efter Lægeforeningens takster (1.472 kr. per time) + refusion af udgifter til transport.

Øvrige udgifter

- Max. 180 kr. pr. gruppemedlem pr. mødedag til forplejning.
- Max. 1.200 kr. til lokaleleje pr. mødedag, såfremt man ikke har mulighed for at benytte egne lokaler (Praksisenhedernes kan lånes gratis).
- Der kan søges til anden underviser, hvis gruppen ønsker at udvide sine aktiviteter med fx kursus dage, men der kan ikke søges supplerende honorering til fast supervisor.
- Der kan maksimalt opnås en støtte på 20.000 kr. til ovenstående pr. efteruddannelsesgruppe pr. år.

Henvendelse:

Supervisionskonsulent Martin Munk eller
Praksisafdelingen eller
Efteruddannelsesvejlederne

Region Hovedstaden

Alle læger med ydernummer i Region Hovedstaden kan få refunderet 5.200 kr./år for afholdte udgifter til supervision.

Lægerne danner selv grupperne, men vi tilbyder mulighed for, at man på nettet kan slå annoncer op (både for supervisorer og supervisorer).

Hvis man vil gå alene til supervision, er det også en mulighed. Der er ingen krav til gruppestørrelse eller supervisors uddannelse.

Kontaktperson dge@regionh.dk (Sekretær for DGE).

Region Sjælland

Ikke særskilt tilskud til supervisionsgrupper, men DGE-grupper kan søge midler med henblik på tilskud til honorering af supervisor. Hver gruppe råder over 20.000 kr. pr. år.

Dog kan der max udbetales kr. 3.000,- pr. møde, og heraf kan der max. udbetales 200 kr. til fortæring pr. person pr. møde.

Decentral Gruppebaseret Efteruddannelse

Kontaktperson er Annika Uth (Udvalgssekretær, projektkontoret for Kvalitets og Efteruddannelsesudvalget)

T: 2613 7610

M: au@regionsjaelland.dk



+ DSAM + FYAM

1. Hvad giver det dig som praktiserende læge at være med i DSAM-udvalgsarbejde?

"Deltagelse i DSAM-udvalgsarbejde giver arbejdet et ekstra perspektiv: Man har mulighed for at løfte sig lidt op i helikopterperspektiv og være med til at arbejde med lidt mere overordnede forhold og øve indflydelse på disse forhold.

Man møder engagerede kolleger og beriges af disse. Man har i det hele taget 'fingeren på' og ved hvad der rører sig - og hvor udviklingen går hen - og man har en mulighed for at påvirke udviklingen!"

(Roar Maagaard)

"Det hjælper med til at holde mig fagligt til ilden, så flammen bliver ved med at brænde. Ønsket om at medvirke til fortsat udvikling af praksis i en god retning."

(Gregers Hansen-Nord)

2. Hvordan finder du tid til udvalgsarbejde som nynedsat i egen praksis?

"Det er en forudsætning at man har ægtefællens accept af at livet som praktiserende læge ikke er et 8-16 job. Hvis man ikke med sig selv og sin ægtefælle/partner opnår fuldstændig klarhed over at det at være læge - og specielt det at være praktiserende læge - ikke er et arbejde, man kan 'slå fra' kl. 16 - ja, så kan man heller ikke finde plads til det.

Men kan man lade arbejde og fritid glide lidt ind over hinanden, så kan både arbejde berige fritiden og fritiden berige arbejdet.

For mig har det fint kunnet lade sig gøre - også den gang vi havde små børn og min hustru som akademiker og leder havde meget arbejde også. Vi mener endda, at vi har haft et rigt liv med vores børn som små. Men det var lettere dengang - vi havde fra starten rengøringshjælp og vi havde ikke ambitioner som de moderne speltmødre."

(Roar Maagaard)

"Jeg er ikke nynedsat, men oprindeligt startede jeg i praksisudvalget og som lægevagtchef efter 2 år i praksis. Tiden må man organisere sig til og være flittig."

(Gregers Hansen-Nord)

3. Hvad er DSAM?

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) har til formål at:

- Udvikle det almenmedicinske speciale med særlig vægt på uddannelse, forskning og kvalitetsudvikling
- Etablere og udbygge internationale kontakter med henblik på fagets udvikling både nationalt og internationalt
- Repræsentere faget almen medicin i relevante nationale fora
- Udgive eller medvirke ved udgivelsen af tidsskrifter, publikationer eller anden formidling via elektronisk medie om almenmedicinske emner

I DSAM kan optages speciallæger i almen medicin og yngre læger, der er under uddannelse i specialet almen medicin. De af selskabets medlemmer, der er yngre læger udgør en fraktion af selskabet betegnet FYAM (Forum for yngre almenmedicinere).

Selskabet har fem stående udvalg:

- **Forskningsudvalget**
- **Videreuddannelsesudvalget (VIA)**
- **Kvalitetsudviklingsudvalget**
- **Internationalt udvalg**
- **FYAM-udvalget**

Desuden er der nedsat en række ad hoc udvalg og arbejdsgrupper ligesom selskabet deltager i fællesudvalg med PLO.

DSAM udgiver et medlemsblad, *Practicus*, som nu også er [tilgængeligt online her](#).

[Læs mere på DSAMs hjemmeside her.](#)

4. Hvad er FYAM?

Forum for Yngre AlmenMedicinere er DSAM's gruppe af yngre læger, der er under uddannelse til speciallæge i almen medicin eller er på vej ind i specialet.

Som medlem af FYAM støtter du den fortsatte udvikling af faget almen medicin, og hvis du bliver fagligt aktiv har du stor mulighed for at påvirke udviklingen.

Som medlem af FYAM får du:

- IntroPracticus introducerer dig i det organisatoriske netværk (sendes med dit velkomstbrev)
- Medlemsbladet *Practicus* med artikler om almen medicin, dilemmaer og konflikter i almen praksis og artikler målrettet og skrevet af FYAM-medlemmer
- Alle de kliniske vejledninger, der bliver udarbejdet mens du er medlem (du modtager fire kliniske vejledninger ved indmeldelsen).
- Elektronisk adgang til [Scandinavian Journal of Primary Health Care](#) med den nyeste forskning i Norden
- 50 % rabat på kontingentet i forhold til ordinære DSAM-medlemmer
- Stor rabat på årsmøderne i forhold til ordinære DSAM-medlemmer

[Læs mere på FYAMs hjemmeside her.](#)






+ PLO

Udarbejdet af: **Chefkonsulent og advokat Helle Bjørnstad**

1. PLO's formål og organisation

PLO er en landsdækkende organisation under Lægeforeningen med det formål at varetage de alment praktiserende lægers faglige og økonomiske interesser.

PLO har som organisation 3 niveauer:

-  Det centrale (landsdækkende) niveau
-  Det regionale niveau
-  Det kommunale niveau.

PLO centralt har løbende dialog med PLO i de enkelte regioner. PLO-Regionalt har løbende dialog med PLO i de enkelte regioner. På den måde opnås en smidig kommunikation gennem hele organisationen.

Som medlem af PLO er du samtidig medlem af Lægeforeningen, som er standsforening for alle læger i Danmark. PLO er din forhandlingsberettigede forening.

2. Hvad får man for pengene?

PLO's hovedopgave er at forhandle attraktive overenskomster for medlemmerne. Som medlem bliver du tæt inddraget processen, for du vil indgå i flokken af engagerede "tillidsmænd" – enten på kommunalt, regionalt eller centralt niveau, se oven for. Derudover er der følgende fordele ved et medlemskab af PLO:

2a. Du mister ikke din indtægt under sygdom og barsel

Selv om du er erhvervsdrivende, er du sikret kompensation i op til 240 hverdage, hvis du er syg - og i op til 120 hverdage, hvis du har orlov på grund af barsel. Du får også kompensation, hvis du har ansat en vikar, som bliver syg, eller hvis dine nærmeste skulle blive alvorligt syge så du må tage plejeorlov. PLOs Administrationsudvalg tager sig af udbetalingerne.

2b. Du er opdateret om honorarspørgsmål, overenskomstændringer og lovstof, som har betydning for hverdagen i praksis

Det er noget af en jungle at holde sig ajour om nye regler, kliniske vejledninger, ændringer i overenskomsten osv. Derfor sender vi dig ca. 10 gange om året et elektronisk nyhedsbrev, PLO'rientering, som er målrettet information om de forhold, der er relevante for dig og din praksis.

Du kan altid gå tilbage i tidligere numre af PLO'rientering, som findes på [dette link](#).

2c. Individuel rådgivning i PLO's sekretariat

Du har som medlem let adgang til at komme i kontakt med en af PLOs jurister og økonomer via PLO's medlemsservice, ligesom du kan få presserådgivning, hvis du skulle få brug for det. PLO kontaktes på tlf. 35 44 84 77, hvorfra du omstilles til den medarbejder, som bedst kan hjælpe dig.

Hvis du kommer i en situation, hvor du bliver indklaget for Patientombuddet, kan du få hjælp af Lægeforeningens jurister til at udforme dit svar – og om nødvendigt kan du også få bevilget advokatbistand. Lægeforeningens jurister kontaktes via Lægeforeningen omstillingsbord på tlf. 35 44 85 00.

2d. Medlemstilbud på forsikringer, gruppeliv og rabatorordninger

Som medlem har du adgang til en række attraktive medlemstilbud på forsikringer, gruppeliv og rabatorordninger. Du kan læse nærmere på under "medlemsfordele" på [dette link](#).

2e. Du får adgang til medlemskab af PLA

PLO har stiftet PLA – Praktiserende Lægers Arbejdsgiverforening – som er et tilbud til medlemmer af PLO. I PLA får du en udstrakt bistand til at varetage din rolle som arbejdsgiver.

3. Overenskomst om almen praksis

Overenskomst om almen praksis er indgået mellem PLO og RLTN og omfatter sygdomsbehandling og forebyggende arbejde i henhold til Sundhedsloven. Ud over ydelser og honorarer er der mange andre forhold vedrørende almen praksis, som er fastlagt i overenskomsten: Praksisplaner, lægedækning, service, tilgængelighed, IT, lægevalgsregler, praksisformer, klagesagsbehandling, kontrol (§ 93) osv.

CASE:

En patient kommer til konsultation hos sygeplejersken. I forbindelse med ventetiden i klinikken spørger patienten, om lægen har tid til at undersøge en dårlig skulder, når nu patienten alligevel er her. Det vil lægen gerne. Hvordan afregnes?

Svar: 0101.

Der kan som hovedregel kun afregnes én konsultation pr. dag pr. patient, også selvom der gennemføres 2 konsultationer hos 2 forskellige behandlere i praksis.

Undtagelser: Ved nyt akut problem samme dag eller ved forværring af tilstand samme dag.

CASE:

En patient møder til 1. graviditetsundersøgelse. Hun har meget ondt i halsen og du tester hende derfor samtidig med Strep-A. Hvordan afregnes?

Svar: 8110, 0101 + 7109.

Børneundersøgelser og graviditetsundersøgelser er omfattet af Profylakseaftalen. Hvis der i samme seance viser sig behov for anden lægelig rådgivning eller behandling, kan der samtidig afregnes med en 0101. Problemer direkte afledt af svangerskabet (fx bækkenløsning, lænderygbesvær) er dog omfattet af honoraret for graviditetsundersøgelsen.

CASE:

I forbindelse med samtaleterapi med en af dine patienter finder du indikation for at udføre en psykometrisk test. I forlængelse af samtaleterapien præsenterer patienten dig for et akut sygdomsproblem, som du indvilliger i at se på. Hvordan afregnes?

Svar: 6101 + 2149.

Til samtaleterapi kan knyttes 2149 samt tolketillæg – ydelsen kan ikke kombineres med andre ydelser, heller ikke 0101. NB: Særlig nordjysk § 2-aftale med andre ydelsesnumre.

Kontrolstatistik - § 93 opgørelsen:

Det er aftalt i overenskomsten, at regionen hvert år udarbejder en kontrolstatistik den enkelte praksis' ydelsesniveau pr. patient sammenholdt med gennemsnittet pr. patient i regionen. Hvis praksis' udgifter pr. patient i dag overstiger visse grænseværdier, bliver lægerne hørt om årsagen hertil.

Grænseværdierne er:

- a. Gennemsnittet + 25 % eller derover for basis- og ydelseshonorarer tilsammen,
- b. Gennemsnittet + 40 % eller derover for konsultationer (0101) til egne tilmeldte, eller
- c. Gennemsnittet + 40 % for laboratorieundersøgelser til egne tilmeldte

Hvis lægernes redegørelse ikke giver en tilfredsstillende forklaring på det høje ydelsesniveau kan samarbejdsudvalget pålægge praksis en højeste-grænse. Højestegrænsen fastsættes som en maksimal procentoverskridelse af den gennemsnitlige udgift pr. patient i regionen.

En højestegrænse har virkning fra det efterfølgende kvartals begyndelse. Beslutningen kan ankes til LSU. Anken har ikke opsættende virkning.



+ Internationalt udviklingsarbejde

Udarbejdet af: Roar Maagaard

1. Hvad giver det dig som praktiserende læge at være med i internationalt udvalgsarbejde?

"Det er meget inspirerende at møde andre ildsjæle – det er faktisk ganske smittende. Man bliver ikke kun mødt af og med interesse og gå-på-mod, men bliver også udfordret på sit engagement og sine værdier. Oftest tager man opildnet hjem med nye ideer og gejst – men naturligvis også med opgaver. Du oplever, at også andre går og undres, begejstres, glædes ved praksislivets mange facetter. Desuden får du indflydelse og rum for dine gode ideer og dit engagement."

(Per Kallestrup)

2. Hvordan finder du tid til int. udvalgsarbejde som nynedsat i egen praksis?

"Hvis du vil have noget lavet, så gå til den, der har travlt. Det giver god energi at være med. Much rather burn out than fade away – og det er det bedste middel mod udbrændthed: At være engageret og optændt. Således er der slet ikke tid til at lade være."

(Per Kallestrup)

Fra Danmark til internationalt samarbejde

Almen medicin i Danmark – og DSAM som organisation – er aktive medspillere på den globale almenmedicinske scene – og det bør vi fortsat være!

I en globaliseret verden er det internationale samarbejde for de praktiserende læger og for vort speciale en naturlig og helt nødvendig aktivitet. Det indgår i øvrigt også i DSAM's formålsparagraf.

Udviklingen i andre lande kan være en vigtig inspirationskilde for os – og i al ubeskedenhed har vi måske også ind imellem inspireret nogle af vores udenlandske kolleger.

Samarbejdet sker på flere planer:

- Fælles videnskabelige tidsskrifter (*Scandinavian Journal of Primary Health Care* og *European Journal of General Practice*)

Deltagelse i fælles almenmedicinske kongresser:

- Nordiske kongresser hvert andet år
- Europæiske kongresser hvert år - undtaget år hvor verdenskongressen holdes i Europa
- Verdenskongresser hvert tredje år

WONCA er en forkortelse for World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.

WONCA Europe er den europæiske gren med 30 medlemsorganisationer, som tilsammen repræsenterer 45.000 praktiserende læger.

Deltagelse i det europæiske samarbejde, hvor WONCA Europe er paraplyorganisation, og under denne paraply er samarbejdet arrangeret i tre store netværk. DSAM er aktiv i dem alle:

- **EGPRN (forskning)**
- **EQUIP (kvalitetsudvikling)**
- **EURACT (uddannelse)**

Her kan du læse artikel fra Practicus om, hvordan EQUIP er gået fra at være lukket delegationsklub til åbent netværk.

VdGM

I WONCA Europe regi er der i 2005 tilkommet en organisation for unge almenmedicinere: **Vasco da Gama Movement**. Den første præsident var danske Birgit Morre Pedersen (2006-2008).

Her kan du læse Christina Svanholms artikel fra Practicus, hvor hun fortæller om sine oplevelser og tanker omkring kvalitetssikring i Europa.

ICPC

DSAM har i mange år deltaget aktivt i arbejdet med at udvikle koderedskabet til almen praksis - ICPC (International Classification of Primary Care). Arbejdet er organiseret i WICC (Wonca International Classification Committee).

Partners in Practice (PiP)

Partners in Practice (i daglig tale kaldet PiP) er et internationalt udviklingsprogram under DSAM, der ønsker at udvikle, facilitere og implementere internationale udviklingsprojekter inden for almen praksis - p.t. i Rwanda og Nepal.

Her kan du se Lars og Susanne Bønløkke fortælle om turen til Rwanda:



På denne side kan du læse mere om PiP, holde dig orienteret om de seneste PiP-nyheder og finde ud af, hvordan du kan hjælpe PiP med sponsorstøtte, og hvordan du kommer i kontakt med PiP-gruppens medlemmer, hvis du er interesseret i at støtte gruppen aktivt eller har spørgsmål.

Du kan også abonnere på nyheder fra PiP og få dem sendt direkte til din mailbox her.

Hippokrates

Vi kender alle til den særlige tilstand af opvakt udforskningstrang og videbegærlighed kombineret med en skærpet perceptionsevne, der indfinder sig, når vi tager ud på nye eventyr - eller får besøg udefra. Med Hippokrates er det nu muligt at bringe sig i denne gunstige tilstand - også i faglig sammenhæng.

Hippokrates (European Exchange Programme for Medical Doctors specializing in General Practice/Family Medicine) er et initiativ under WONCA Europe, og det blev præsenteret på 6th European Conference on General Practice & Family Doctors fra den 2.-6. juli 2000 i Wien.

Hvis du ønsker yderligere info om Hippokrates, er du meget velkommen til at kontakte Per Kallestrup (kallestrup@dadlnet.dk), der skabte det europæiske program i 2000 og stadig fungerer som programkoordinator.

Læs mere her

Der er talrige eksempler på, hvordan international inspiration er omplantet til en dansk virkelighed:

- Den decentrale gruppebaserede efteruddannelse, som næsten alle praktiserende læger deltager i
- Brug af patientevalueringer som et af mange kvalitetsudviklingsværktøjer i almen praksis
- Den intense udvikling i det hele taget på kvalitetssudviklingsområdet er inspireret af europæiske trends
- Vores speciallægeuddannelse i almen medicin har hentet inspiration fra andre lande og senest er elementer re-eksporteret til bl.a. UK, hvor de har skabt en hel ny uddannelse i almen medicin.

Praksiskonsulentordningen er omvendt en dansk 'eksportvare'.



+ Videreudvikling af praksis

PUS (Partner Udviklings Samtaler)

At være partner i en partnerstyret virksomhed er en givende, men også krævende samarbejdsform. Tilbage i 2008 udviklede erhvervspsykologerne fra HumanAct i Århus et effektivt, men enkelt værktøj betegnet PUS til at sikre, at I, som partnere, kommer omkring jeres partnerskab på en konstruktiv måde

PUS er for praksisfællesskaber, hvad de måske mere kendte MUS-samtaler er for ansatte medarbejdere: Et redskab til at undersøge indbyrdes samarbejde og afstemme forventninger.

PUS er både et skema, som hver partner udfylder for sig selv, og en struktureret partnerskabsdialog. PUS-skemaet medbringes til det årlige PUS-møde, hvor formålet er at tale samarbejde og afstemning af forventninger til virksomheden og til hinanden.

HumanAct fremsender inden mødet nogle ark, som I skal have udfyldt og medbringe. PUS-processen samles i en særlig designet mappe, som giver jer overblik fra år til år.

PUS undersøger 4 områder i samarbejdsforholdet.

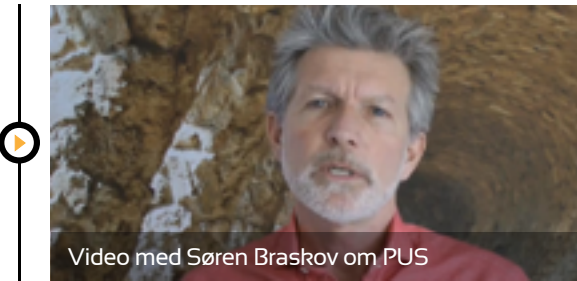
- Hvordan hver partner trives med sit faglige arbejde
- Forholdet til ens partnere/kolleger
- Samarbejdsklima og forholdet til ansatte
- Virksomhedens forretningsmæssige drift

PUS-skemaet er designet både som en kvantitativ undersøgelse i form af scores og en kvalitativ undersøgelse i form af strukturerede spørgsmål.

Ved hvert enkelt spørgsmål scorer partnerne både sig selv (f.eks. 4) og sine partnere (f.eks. "Kurt: 3", "Sonja: 1" etc.). Man gætter således på, hvad man tror ens partnere vil svare på det samme spørgsmål, som man selv er i færd med at svare på.

PUS er en dialogisk proces, som ihvertfald første gang ledes af én af os, men som i derefter selv kan gennemføre en gang om året. PUS-processen kan vare fra 4 til 8 timer og aftales nærmere.

Læs mere om værktøjet og HumanAct her.



Video med Søren Braskov om PUS

Læs artikel fra Månedsskriftet om PUS



Smidig organisation muliggør opgaveglidning og faglig udvikling



Fortsat udvikling af praksis

Gode historier fra andre praksis (Region Syd)

Her kan du se, hvordan Team SydPOL i Region Syd hjalp til med at **forbedre ledelsen og organisationen** i en klinik.

Her kan du læse om, hvordan Team SydPOL blev benyttet til at gøre lukning af en klinik pga. installation af nyt telefon- og internetsystem til **ny inspiration**.

Her kan du orientere dig om, hvordan Team SydPOL har hjulpet en klinik med at **få has på spildtiden**.

Her kan du læse mere om **praksisudvikling i Korinth lægehus**.



Overskud og arbejdsglæde i hele teamet

Metoder til selvhjælp

Den kendte SWOT-model (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) er et analyseværktøj som anvendes til at beskrive klinikens organisatoriske og ledelsesmæssige situation. **Læs mere her.**

Der er flere grunde til, at det er en god ide at skabe en organisation, der i sin grundform bygger på team. For det første har almen praksis fået mange nye opgaver inden for de seneste år, og for det andet kan en god organisering i team være med til at skabe gode forhold for de fleste medarbejdere. **Læs her.**

Gensidigt Praksisbesøg er en enkel metode til udvikling af praksis. To læger fra forskellige praksis besøger hinanden og deltager i en almindelig arbejdsdag. Formålet er at være hinandens ligeværdige konsulenter i at drive en praksis. **Læs mere her.**



+ Forskning i almen praksis

1. Hvorfor overhovedet forske i almen praksis? Hvad kan det give mig?

"Forskningsaktivitet sender et stærkt signal til patienter (og kolleger og regioner) om, at vi gør os umage med at tilbyde opdaterede og evidensbaserede behandlinger samt tager vores faglighed alvorligt.

Undren i hverdagen - og den forskning, som denne undren måtte medføre - gør, at vi bliver klogere på vores hverdag, kan optimere den og udvikler os.

Undring, vidensøgning og faglig udvikling er også forebyggende mod udbrændthed og stagnation.

Forskningsaktivitet balancerer en hverdag præget af hurtige kontakter og megen praktisk tænkning/handling med fordybelse og fastholdelse og udvikling af akademisk identitet og akademiske færdigheder."

(Peter Haastrup)

2. Hvordan kommer jeg i gang med forskning i almen medicin?

"Man kan begynde med at 'forske' i sin egen praksis og egne data ved hjælp af Datafangst. Selvom meget af det mere har karakter af kvalitetsudvikling kan der også være noget forskningsagtigt i det, og det kunne tiltale mange 'forskningsnovicer' at det er småt, overskueligt og noget man har en-eller-anden form for ejerskab over. Den kvalitetsudvikling, det kan medføre, kan yderligere bidrage til at det føles vedkommende og relevant.

Mange projekter i forskningsenhederne involverer dataindsamling og registreringer i praksis. Det kan også være en måde at være en del af forskningen på, selvom man ikke selv sidder og analyserer data."

(Peter Haastrup)

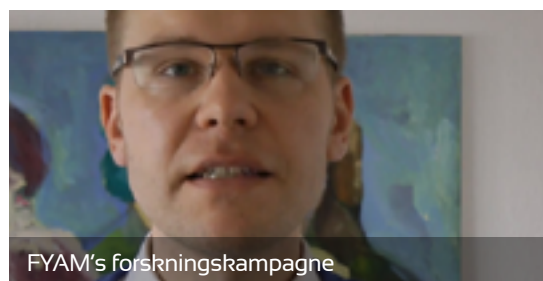
Forskningsenheden for Almen Praksis i København.



Forskningsenheden for Almen Praksis i Odense.

Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus.

Formålet med FYAM's forskningskampagne var at udbrede kendskabet til 6 identitetsskabende forskningsartikler inden for almen medicin. [Læs meget mere om Forskningskampagnen her.](#)



DSAM's Forskningsudvalg arbejder for de bedst mulige vilkår for dansk almenmedicinsk forskning. Det overordnede mål er at sikre det forskningsmæssige grundlag for en fortsat høj faglighed og mulighed for hele tiden at fremme kvaliteten i arbejdet i almen praksis.

I forhold til specialiets størrelse og bredde er der kun lavet sparsom forskning, og der er et stort behov for fortsat at udbygge vores forskningsområder samt sikre den fortsatte udvikling af en fri og selvstændig forskning i almen praksis.

Det er endvidere af stor betydning, at forskningsresultaterne formidles og søges implementeret i dagligdagen, samt følges op af kvalitetsudviklingsprojekter og efteruddannelse.

Forskningsudvalget er et af de fem faste udvalg under DSAM. Forskningsudvalget består af en formand udpeget af DSAM's bestyrelse, en repræsentant fra bestyrelsen, et medlem udpeget af DSAM, et medlem af PLO's bestyrelse og et medlem fra hver af de fire forskningsmiljøer i henholdsvis København, Odense, Ålborg og Århus.

Endvidere deltager en række observatører, herunder repræsentant for DAK-E samt repræsentanter for yngre forskere svarende til tre FYAM-observatører og formanden fra Ph.d.-forum ([se ph.d.-projekter her](#)).

Forskningsudvalgets opgaver er fortrinsvis af politisk art med det sigte at fremme forskning inden for almen praksis, herunder at sikre de bedst mulige vilkår for dansk almenmedicinsk forskning organisatorisk og økonomisk. Udvalget arbejder for at fremme formidling og implementering af forskningsresultater samt at sikre forskningens naturlige tilstedeværelse i den præ- og postgraduate uddannelse.

Desuden er det en hovedopgave for forskningssudvalget at rådgive DSAM inden for nævnte områder. Udvalgets formand deltager i DSAM's bestyrelsesmøder. Udvalget har de seneste år arbejdet med forskerrekuttering, fastholdelse og karriereplanlægning samt initieret udvikling af en håndbog for projektmagere.

Udvalget repræsenterer DSAM i EGPRN's – **European General Practice Research Network** – rådgivende udvalg, og formanden for DSAM repræsenterer traditionelt de danske medlemmer i EGPRN's repræsentantskab.

Regions Sjælland

"Forum for forskning i Region Sjælland" er et forskningsnetværk for praktiserende læger og uddannelseslæger m.fl. i Region Sjælland.

Hvis du er interesseret i at vide mere, kan du kontakte Anne Møller (amoeller@regionsjaelland.dk) og Lotte Hvas (lotte.hvas@dadlnet.dk).



+ Lægeliv og familieliv

Lægens sundhed, patientens sikkerhed

Når en patient gennemlever et sygdomsforløb, kan det påvirke hele familien, parforholdet, arbejdsglæden og evnen til at forsørge sig selv.

Praktiserende læger, der behandler patienter, er opmærksomme på disse forbindelser og koblinger mellem arbejde, sikkerhed og sundhed, så når den praktiserende læge selv bliver patient, burde det ikke komme som nogen overraskelse, at sygdom på lignende vis kan påvirke dit eget arbejds- og familieliv. Kulturelt pres kan imidlertid tvinge praktiserende læger på arbejde, selv om de reelt er syge, og der er særlig høj risiko for presenteeisme i den medicinske profession.

En klassisk gåde lyder: Hvis lægen tilser alle patienter i byen, tilser lægen så også sig selv? Fejlmedicinering og patientsikkerhed er væsentlige aspekter af kvalitetsarbejdet for både patienter og praktiserende læger.

Førstnævnte har fået større opmærksomhed siden 1999, idet Institute of Medicine dokumenterede, at op mod 100.000 patienter døde i USA hvert år på grund heraf. I et studie fra England med over 200 medvirkende læger tilkendegav omtrent 33 %, at deres seneste fejl skyldtes stresssymptomer, som desuden havde en negativ effekt på patientplejen.

En signifikant del af de praktiserende læger i studiet fra England oplevede således utilfredshed i praksis, professionel isolation og arbejdsrelateret stress, og disse faktorer har nøje sammenhæng til kvalitetsudviklingsaktiviteter.

Praktiserende læger, der oplever kvalitetsproblemer i praksis, oplever oftere utilfredshed, isolation og stress. I modsætning hertil oplever praktiserende læger fra klinikker, der er involveret i evaluering af kvalitetsarbejde signifikant mindre utilfredshed, isolation og stress.

Når det knager

- **Psykologbistand** - op til 5 timer gratis
- **Mediation** - konflikt med din kompagnon?
- **Klager** - Få hjælp i en klagesag
- **Socialrådgiver** - rådgivning om fx økonomiske og sociale forhold
- Hjælp ved **personlige problemer** - stress, sygdom og netværksgrupper

Gode råd til hvordan man passer på sig selv

1. Find de rigtige kolleger og den rigtige praksis for større arbejdsglæde.
2. Vælg praksis med passende arbejdsomfang ift. dine (og din families) forventninger.
3. Skab plads til dig selv, sørg for at lade op.
4. Skab ordentlige fysiske (arbejds)rammer, så du har lyst til at komme på arbejde.
5. Husk at sæt grænser og sig fra i tide.
6. Supervision.
7. Sørg for sund økonomi, så du ikke 'tvinges' til mere arbejde, end du har lyst til.
8. Hav faste aftaler, når jeres børn oplever sygdom.
9. Tag på kursus; det giver mere retur, selv om du bruger tid på det.
10. Efterlad aben på arbejdet i stedet for at tage den med hjem til familien.

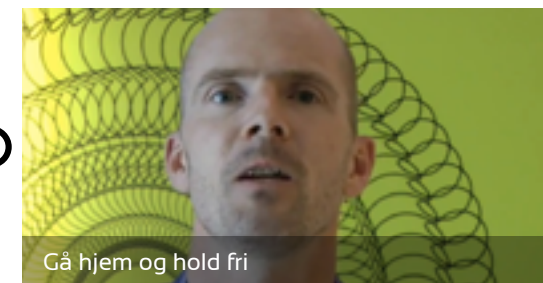
Udarbejdet på Workshop Sorø, januar 2013.



Læge- og familieliv



Lægens sundhed og trivsel

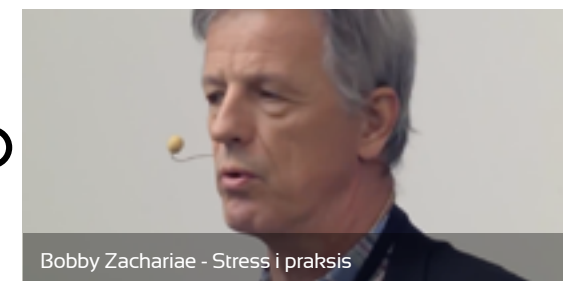


Gå hjem og hold fri

Store Praksisdag 2015, Region Sjælland



Liselotte Rønne - Fra praktiserende læge til stresspatient



Bobby Zachariae - Stress i praksis



Steen Lykke - Den gode hverdag



+ Fase 6: Sammenfatning

Clara kan efterhånden fejre sine første fem år i egen praksis, og hun er nu kommet til sidste stop på sin rejse gennem fase 6. Nu er det tid til at hun kan reflektere over, hvordan (udviklings)turen forløb.

For Clara begyndte rejsen ved, at hun havde mod på nye udfordringer, efter at hun var kommet godt på plads i egen praksis i løbet af de første år.

Først og fremmest skulle Clara finde ud af, hvilke former for udvalgsarbejde, hun var interesseret i: Det videnskabelige arbejde, det fagpolitiske område eller det internationale indsatsområde?

Clara har altid været interesseret i uddannelse, hvorfor det var helt naturligt for hende først at blive tutorlæge. Imidlertid var Clara også interesseret i det internationale udvalgsarbejde, hvorfor hun åbnede sin praksis for Hippokrates-programmet. På sigt overvejer hun at engagere sig i EURACT, der er det europæiske netværk for uddannelse.

Hvad brænder du for? Hvor vil du gøre en forskel?



+ Evaluering: Hvad siger dine kolleger?

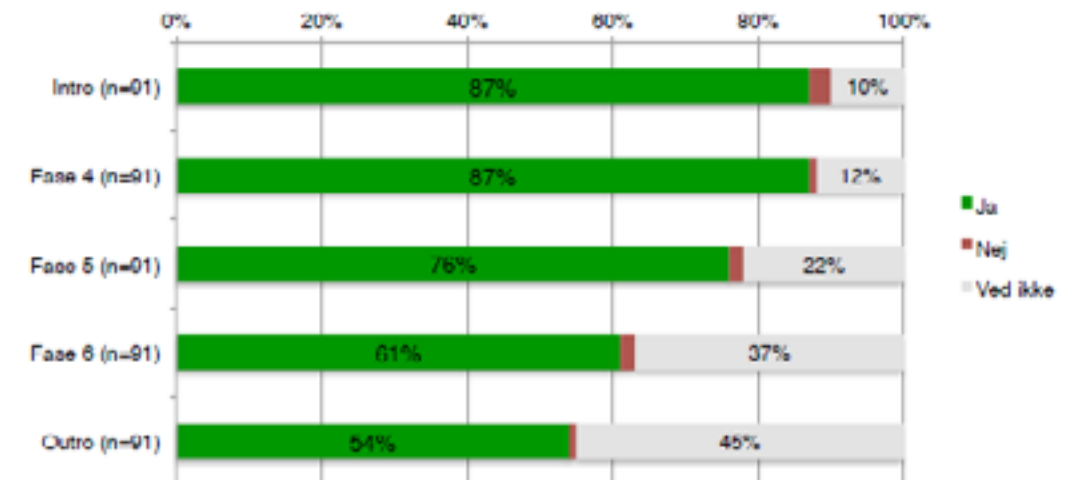
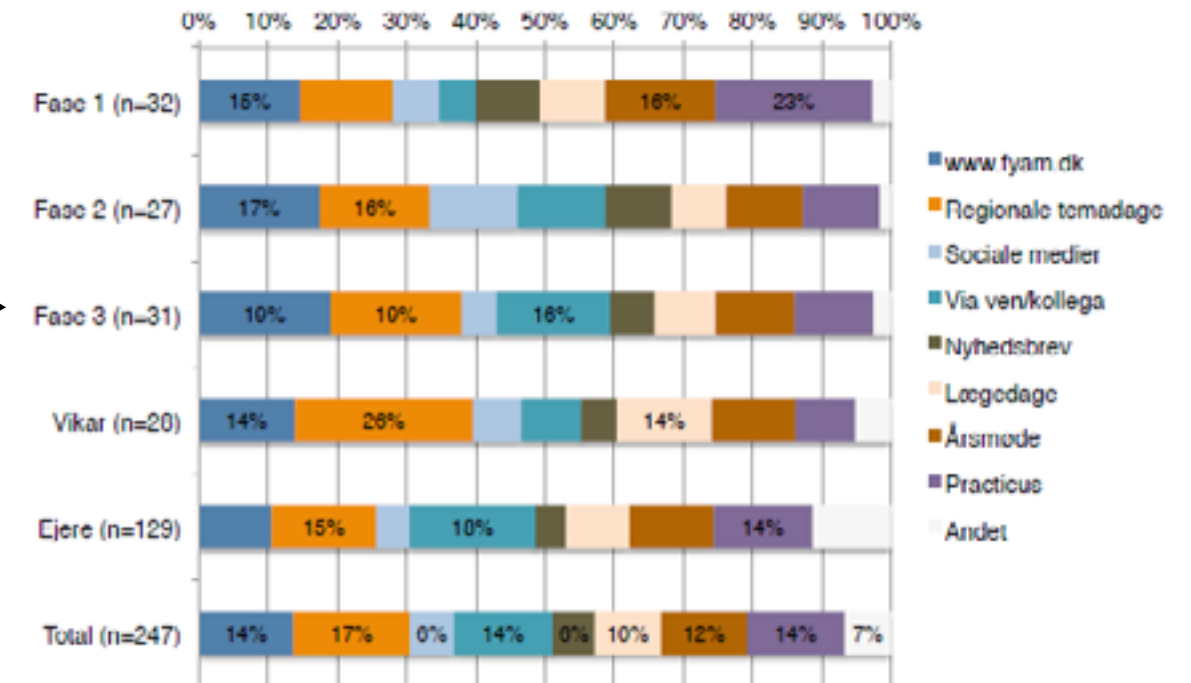
Ud af de 725 yngre læger og praktiserende læger (73%), der besvarede det elektroniske spørgeskema, kendte flere end hver tredje (n=247) FYAM'er eller DSAM'er til Praksis Plus, primært hoveduddannelseslæger og de vikarierende speciallæger i almen medicin.

Respondenter	Mænd	Kvinder	I alt	Svarprocent
FYAM Hovedstaden	24	80	104	67
FYAM Sjælland	9	21	30	54
FYAM Syddanmark	8	23	31	66
FYAM Midtjylland	17	52	69	77
FYAM Nordjylland	0	11	11	44
FYAM i alt	58	187	245	66
DSAM Hovedstaden	59	82	141	72
DSAM Sjælland	34	42	76	82
DSAM Syddanmark	38	48	86	67
DSAM Midtjylland	66	75	141	88
DSAM Nordjylland	24	12	36	75
DSAM i alt	221	259	480	77
Respondenter i alt	279	446	725	73

Flest var blevet opmærksomme på projektet på de regionale temadage (17%), efterfulgt af artikler i Practicus, mund-til-mund-metoden og FYAMs hjemmeside (14%), mens også Årsmøde og Lægedage har vist sig at være gode platforme til promovning med hhv. 12% og 10%.

Af de 247 FYAM'er eller DSAM'er, der svarede, at de var bekendt med Praksis Plus, havde næsten fire ud af ti (37%) anvendt hovedproduktet: Den interaktive e-bog (n=91). Den flittigste brugergruppe udgøres af fase 3-læger (71%), efterfulgt af fase 2-læger (41%), mens omtrent en tredjedel (32%) af vikarierende læger og flere end hver tredje (36%) af de praktiserende læger, der kendte til projektet, har prøvet kræfter med selvhjælpsværktøjet. Af de brugere (n=156), der ikke havde anvendt den interaktive e-bog, anførte 42% (n=66) at grunden hertil var, at e-bogen ikke var relevant (endnu).

Indholdet i den interaktive e-bog i Praksis Plus-projektet er opdelt i en række faser, som bygger videre på speciallægeuddannelsen i almen medicins tre, velkendte faser. De 91 brugere, der kendte til projektet og havde anvendt e-bogen, var generelt positivt stemt over for selve produktets indhold, mens 'ved ikke'-svarene tiltog. På intet tidspunkt var flere end 3% negativt stemt.





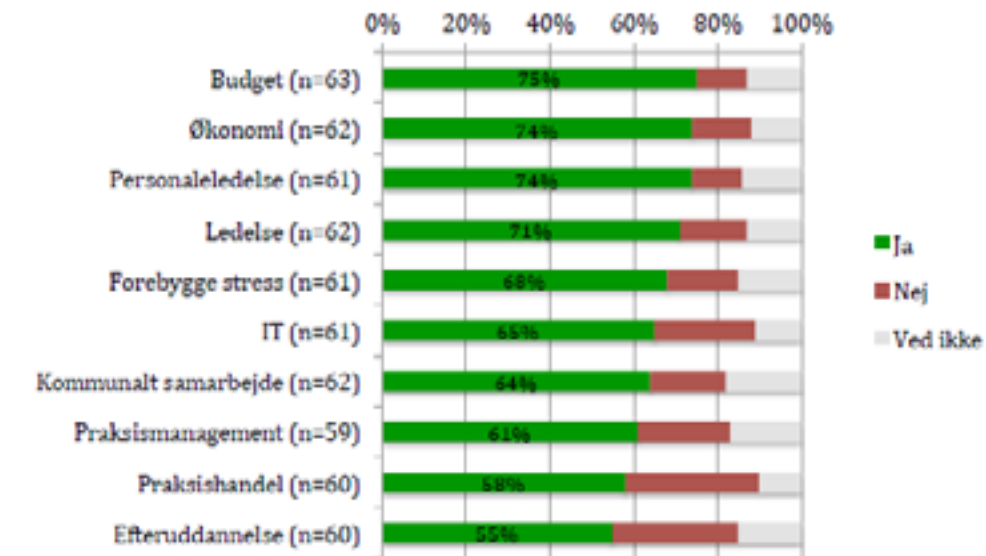
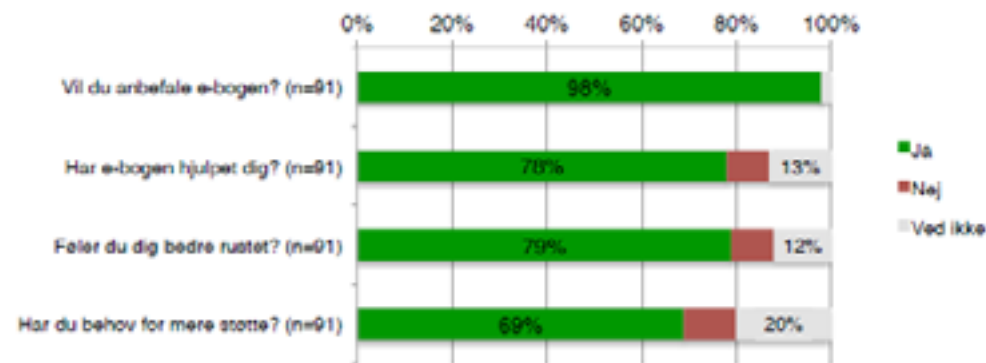
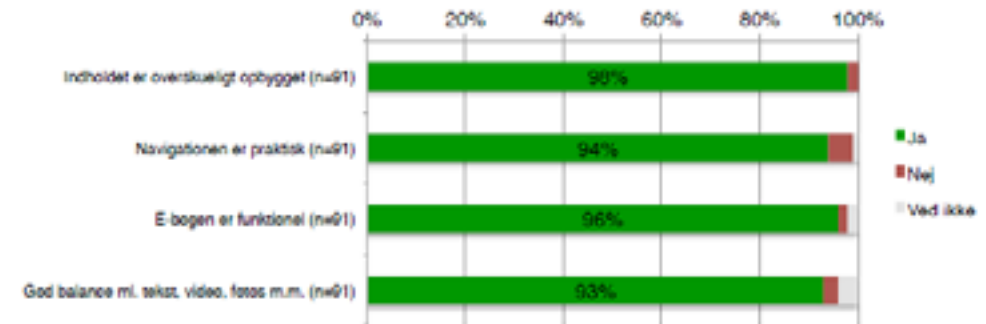
+ Evaluering: Hvad siger dine kolleger?

På tilsvarende vis var der en stor tilfredshed med den måde, hvorpå opgaven med funktionalitet, design og layout af indhold blev forsøgt løst. På intet tidspunkt var der flere end 5%, der var negativt stemt over for e-bogens funktioner, og i samtlige tilfælde var der mindst ni ud af ti brugere (93-98%), der var positivt indstillet over for den interaktive e-bogs form.

Den interaktive e-bog i Praksis Plus blev produceret med tekstindhold, billeder/tegninger samt video. Dette var fuldt ud foreneligt med målgruppens læringsformer, idet flest af brugerne lærte bedst ved at læse tekst omkring et emne (84%), mens også visuelle læringsformer, fx billeder/tegninger (66%) og video (42%), fungerede godt.

Produktets indhold, form og læringsformer bidrog til at samtlige brugere på nær to ville anbefale e-bogen til en kollega. Flere end tre ud af fire fandt, at e-bogen havde været et værdifuldt værktøj i overgangen fra uddannelseslæge til praktiserende læge (78%). Nær ved fire ud af fem anførte (79%), at de følte sig bedre rustet til livet som nynedsat praktiserende læge, efter at de havde konsulteret e-bogen. Trods disse opløftende tilbagemeldinger vedr. produktets relevans og nytte angav syv ud af ti (69%), at de havde behov for mere støtte end e-bogen i sin nuværende form tilbød, mens en ud af fem var i tvivl herom.

Fra 59 til 63 af de 91 brugere, der havde anvendt den interaktive e-bog, delte desuden holdninger til, hvad det konkret var for tiltag i praksis, der var mest behov for yderligere støtte og hjælp til. Dette vedrørte områderne økonomi og ledelse, forebyggelse af stress, IT i praksis, de kommunale samarbejder, praksismanagement, selve praksishandlen og efteruddannelse. Der blev også peget på implementering af fx nye guidelines (53%), kvalitetsudvikling (50%), konsulenter ifm. praksishandel og -drift (50%), effektiv opgaveglidning (43%), samarbejde med regionen (43%), vidensdeling (43%) og mentorskab (40%).



Hvad siger dine kolleger?

"Jeg har opdaget ting, der skal gøres, som jeg ikke anede eksisterede – og nok først ville ende med at gøre i allersidste øjeblik. Nu har jeg mulighed for systematisk at arbejde ud fra tjeklister. Det giver en god ro i maven."
(Vikarierende speciallæge i almen medicin, Region Sjælland)

Jeg er ikke nynedsat læge, jeg er medlem af VIA-udvalget og tutorlæge, men jeg synes at e-bogen og initiativet er fantastisk godt.
(Praktiserende læge, Region Midtjylland)

"Jeg har udelukkende brugt bogen ifm. køb af praksis, men da fulgte jeg også den fantastiske guide trin for trin."
(Praktiserende læge, Region Sjælland)

"Utrølig god idé med Praksis Plus. Står over for snarlig køb."
(Vikarierende speciallæge i almen medicin, Region Midtjylland)



+ Vidensportal: **Fase 4** (alle punkter er links)



Artikler

- Der er brug for en mentor i almen praksis (UfL, 2013)
- Det nødvendige samarbejde (2013)
- Partnervalg i lægepraksis – kærlighed eller fornuft? (2010)

Praksis Plus

- Kvalitetscirkler: Smukke projekter i små grupper (2014)
- Praksis Plus: Regional relevans, international inspirationskilde (2014)
- Praksis Plus: Brugeranmeldelse (2014)
- Praksis Plus (INTRO Practicus)



Slides

Lægedage

- DUP-test og Mentorskab (2014)

Regionale Temadage: Præsentationer

- 2013, SAMS' Årsmøde
- 2013, Region Midtjylland
- 2013, Region Sjælland
- 2014, Region Nordjylland



PDFer

- Prioriteringsskema

Praksiskøb

- Flow-chart for køb af lægepraksis (Lægeforeningens kursus)
- Typisk flowchart i forbindelse med praksiskøb

Internationalt

- Nordic Congress Poster (2013)
- #1 VdGM Forum Poster (2014)
- Wonca Europe Workshop (2014)
- Wonca Europe Poster (2014)



Links

- Akuthåndbogen
- Giftlinjen
- Telefonvisitationsguiden
- Link til Runes blog (Lægevagt)
- Vikar i almen praksis
- Ansatte speciallæger i almen praksis

Har du husket at tilmelde dig?

- Nyheder fra Sundhedsstyrelsen
- Statens Serum Instituts ugentlige nyhedsbrev: EPI-NYT
- Månedssbladet Rationel Farmakoterapi
- Nyhedsbreve fra DSAM (Generelle og/eller regionale nyheder, forskning eller PiP)
- PLOrientering (udkommer ca. 20 gange om året)



+ Vidensportal: Fase 5 (alle punkter er links)



Artikler



Slides



PDFer



Links



E-læring

IT

- Lægepraksis sparede 8.000 kr. om måneden på nyt it-system

Lægedage

- Bogholderi (2014)

- Mine visioner for arbejdet som praktiserende læge
- Eksempel på et varslingsbrev
- Eksempel på budget fra nystartet solopraksis (Excel-fil)

Ledelse

- Eksempel på en advarsel
- Eksempel på en opsigelse
- Eksempel på et tillæg til ansættelseskontrakt
- Eksempel på IT-kravsspecifikationsliste
- Medarbejderudviklingssamtaler (MUS)
- Når ledelse bliver en teamopgave
- Praktisk guide om kontraktforhandlingens ABC
- Årshjul (Case: Lægehuset i Lundby, Excel-fil)

DAK-E

- DANPEP
- Datafangst
- ICPC
- Akkreditering
- Efteruddannelse

Inventar

- Bygge praksis (Få råd, hvis du har byggeplaner)

IT

- NemID Medarbejdersignatur
- Ansøgning om SghAfd-kode og lokationsnummer

Ledelse

- Overenskomst for konsultationssygeplejersker og praksisbioanalytikere
- Overenskomst for lægesekretærer i almen praksis
- Sådan griber du MUS an

- KAP-S e-læringskursus: Opgaveglidning



Medicinhistorien: Et historisk grundrids

1. De praktiserende læger i Danmark før 1800

De praktiserende lægers historie begynder for alvor i sidste halvdel af 1700-tallet, men lægekunsten og behandlingsbehovet har eksisteret så længe, som kilder og arkæologiske fund kan føre os tilbage. Mennesker har tilsyneladende altid haft en interesse for sygdomsbehandling og helbredet, og har i forlængelse af dette, haft et håb om, og en tro på effekten af behandling og helbredelse.

Antikken: Humoralpatologien

I antikken skrev den græske læge Hippokrates i det 5. og 4. århundrede f.v.t. en række medicinske skrifter, der indgik i det såkaldt Corpus Hippocraticum. Disse skrifter medvirkede blandt andet til at han efterfølgende blev opfattet som og fik status af lægekunstens fader, og de omhandlede blandt andet humoralpatologien, der var én af grundpillerne i europæisk lægekunst indtil medio 1800-tallet

Humoralpatologi var inspireret af læren om de fire elementer: Luft, Ild, Jord og Vand, og det var en teori om de fire legemsvæsker: Blod, Slim, Gul og Sort Galde (Kardinalvæskerne).

Sygdom blev opfattet som en ubalance imellem de fire legemsvæsker, hvor én eller flere af væskerne samlede sig de forkerte steder i kroppen. Behandling af sygdom bestod således af at genskabe balancen i kroppen, fx ved hjælp af åreladning, bræk- eller afføringsmiddel.

Middelalderen: Opdelingen mellem medicin og kirurgi

I middelalderen var det ofte munke og nonner, der ud fra de kristne budskaber om næstekærlighed og barmhjertighed, forestod pleje og behandling af de syge. Blod blev imidlertid opfattet som urent, særligt blandt katolikker, og mennesker, der kom i kontakt med blod i deres arbejde, havde derfor lavere status i samfundet.

Der blev derfor også nedlagt forbud imod at munkene foretog kirurgiske indgreb, hvilket blev et erhverv for underordnede lægmænd. Der opstod splittelse i middelalderen mellem medicin og kirurgi, hvor sidstnævnte i flere århundreder blev anset for at være et erhverv, som doktorer ikke nedværdigede sig til at udføre.

Enevælden: Forholdet mellem doktorer, kirurger og kvaksalvere

I 1619 udstedtes Danmarks første medicinalforordning af Christian IV, hvori forholdet mellem doktorer, kirurger og andre behandlergrupper blev klargjort.

Af forordningen blev det bestemt, at det kun var doktorer, der måtte udøve medicinsk praksis – et monopol på at behandle syge – og at der desuden indførtes honorartakster herfor. Forordningen gjaldt kun i København, men den blev i 1672 udvidet til at gælde i hele landet, da Christian V med "Forordning om Medicis og Apothekere" gav universitetsuddannede medicinere monopol på at behandle indvortes sygdomme.

Der blev dog set igennem fingrene med forordningen fra 1600-tallet, og den folkelige helbreder –kvaksalver – der ofte rådgav almuen, var en stadig konkurrent til læger og kirurger.

De ufaglærte lægfolk forestod under tiden alvorlige fejlbehandlinger, og i 1794 blev kvaksalveri forbudt ved lov; der var straffe for "Quaksalvere, der befindes at tage syge under Cuur og saaledes udsætte disse for Farer" Der var imidlertid en katelem i loven, for Kvaksalveriforordningen betød, at personer uden medicinsk eller kirurgisk uddannelse fik mulighed for at optræde som læge i lokalområdet ift. til særdeles specifikke lidelser.

Alt i alt styrkede lægernes profession og status, selv om der kun var 100 læger uden for København.

Forholdet mellem stat og læger

Kongemagtens og statens interesse for og indblanding i sundhedsvæsenet går længere tilbage end Christian IV, for allerede i det 13. og 14. århundrede blev der taget statsligt initiativ til forordninger om isolation af spedalske.

I det 16. århundrede vedtog kongen, at der skulle være en offentlig ansat læge i hvert af Danmarks syv stifter. Dette var både for at sikre, at alle folk i landet havde mulighed for at kunne frekventere en læge, men samtidig fik kongen ligeledes en række embedsmænd, der kunne holde ham opdateret om tilstanden i landet - og ikke mindst ved epidemier.

I løbet af det 18. århundrede vedtog staten at udbygge denne ordning med offentlige ansættelser af kirurger. Lægernes og kirurgernes uddannelse kom i dette århundrede til at minde mere og mere om hinanden, og de tidligere skel mellem deres hverv udglattedes. Derfor varetog stadig flere kirurger også lægernes arbejde i form af ansættelse som stads- eller distriktkirurg.

I sidste del af 1700-tallet erstattede staten en stor del af de privatpraktiserende kirurger og oprettede yderligere nye stillinger i byer uden læger eller kirurger. De offentligt ansatte læger og kirurger fik en fast løn af staten årligt, hvilket bidrog til, at også fattigfolk og mindre bemidlede havde mulighed for at søge lægehjælp. Ofte var denne aflønning beskeden, og de fleste havde også en privat praksis ved siden af for at supplere deres indkomst.



Medicinhistorien: Et historisk grundrids

2. De praktiserende læger i Danmark fra 1800-1900

Fra begyndelsen af 1800-tallet skete der generelle samfundsmæssige udviklinger under betydelig indflydelse fra udlandet og drevet af markante personligheder indenrigs, der ultimativt førte til enevældens endeligt med den første demokratiske forfatning i 1849.

I den samme periode skete den moderne lægevidenskabs opbrud, der varede til 1880'erne, og dannelsen af Den almindelige danske Lægeforening tirsdag den 1. september 1857, hvor i alt 80 ud af landets 560 læger samledes på det nybyggede jernbanehotel i Korsør, var en foreløbig kulmination; at læger i den anden ende af byen forsøgte at bekæmpe et dramatisk udbrud af asiatisk kolera står end ikke i mødereferatet.

En vigtig faktor i professionaliseringen af lægestanden, der skærpede bevidstheden om at tilhøre en stand og have kaldsforpligtigelse, var indførelsen af lægeløftet i 1815 på foranledning af professor Johan Daniel Herholdt; fundamentet for en kollektiv, etisk kodeks for adfærd blev støbt.

Parallelt hermed steg antallet af de praktiserende læger for alvor, og det er derfor, at deres historie tager sit udgangspunkt her. På grafen ses udviklingen af antallet af læger i Danmark i perioden: Se Nyland for denne graf.

Sammenlægning af kirurg- og lægeuddannelsen i 1838

Ved begyndelsen af 1800-tallet eksisterede tre typer behandlere: Universitetsuddannede medicinere, 'håndværksuddannede' kirurger, og kloge mænd og koner; alle omtales undertiden som læger. I 1785 blev Det kirurgiske Akademi oprettet for at forsyne hær og flåde med praktisk duelige læger med 'håndværket' i orden; kirurger havde således lov til at behandle alle slags sygdomme, mens de universitetsuddannede doctores medicinæ skulle holde sig til de medicinske sygdomme, og i 1788 blev der indført en medicinsk embedseksamen for at kvalitetssikre at lægerne var eksaminerede.



Ud af landets færre end 500 autoriserede læger indtil 1838, var omtrent 75 % heraf uddannede kirurger ved Akademiet, men i 1838 år blev medicinske og kirurgiske uddannelser samlet i én embedseksamen; i 1841 blev Det kirurgiske Akademisk indlemmet i Det lægevidenskabelige Fakultet, hvorefter man kun kunne kalde sig læge, hvis man havde aflagt både medicinsk og kirurgisk eksamen.

Lægestanden i modvind omkring 1860

Næppe var Den almindelige danske Lægeforening blevet oprettet i 1857, før lægerne kom under angreb i Rigsdagen i 1860, hvor et lovforslag om at ophæve kvaksalveriloven fra 1794 blev fremsat: Skulle næringsfrihedsloven ikke også gælde for sygdomsbehandling?

På samme tid stod selve lægevidenskaben i et vadeded, idet den traditionelle humoralpatologi – som havde været det teoretiske grundlag for lægernes autoritet hidtil – måtte afvises og forkastet til fordel for naturvidenskabens syn på sygdom og behandling. Man kunne inden for medicin stille langt mere præcise diagnoser, men behandlingsmulighederne fulgte ikke med.

Anæstesi, anti- og aseptikken løfter kirurgien

I det 19. århundrede forekom to gennembrud i behandlingen: Anæstesi og antiseptikken. Førstnævnte betød, at kirurgen ikke behøvede at haste sig gennem indgrebet og kunne udføre stadig mere omfattende operationer; for patienten blev kirurgi nu langt mindre afskrækkende, selv om infektioner ofte stødte til efter operation og tog livet af mange nyligt opererede.

Teorien om, at infektioner skyldtes ikke-menneskelige dunster i luften (miasmer) var endnu fremherskende, men sidstnævnte var ved at blive kendt blandt sundhedspersonale som et alment begreb for et stof, der kunne hindre 'forrådelse':

Alkohol og jod ved sårbehandling, samt vask med vand og sæbe og renlighed ved skift af forbindelser begyndte at vinde frem; Danmark blev et af de første lande på det europæiske fastland til at benytte Listers metode, fx brug af karbolforbinding.

I midten af 1880'erne blev antiseptikken afløst af aseptikken, den sterile operationsform; på få år blev operationsstuen til et rent lokale med rindende vand, elektrisk lys og sterile hitler. Kirurgien beskæftigede sig tidligere med bylder, knoglebrud, brok, åreladning og overfladiske svulster, blev det nu gradvist muligt at operere fx bughulen.



+ Medicinhistorien: Et historisk grundrids

3. Dansk almen praksis' professionalisering

Almen praksis har side 1770'erne gentagne gange følt sig i krise. I 1800-tallet drejede det sig om kampen mod de folkelige behandlere (kvaksalverne) og om at vinde befolkningens tillid. I 1900-tallet handlede det for almen praksis om at profilere sig, godtgøre sin eksistensberettigelse og især om at tiltrække nye læger. I periode, hvor hospitalsvæsenet udbygges kraftigt og hvor specialiseringen tog fart, tog krisetilstandene til i styrke. Temaerne i nutiden er gengangere fra tidligere, og de har nærmest været et grundvilkår, ja, et kendetegn for dansk almen praksis i årenes løb.

Professioner er karakteriseret af en fælles specialiseret viden, autonomi over egen uddannelse, monopol, selvjustits og ikke mindst et formaliseret samarbejde mellem profession og statsmagt. De alment praktiserende lægers professionalisering er resultat af en udvikling, hvor de søgte at fastholde og forbedre deres position på markedet for sundhedsydelser og influere udviklingen.

Kriserne har åbnet op for såvel forbedringer som forringelser for professionens vilkår, og almen praksis har i hvert tilfælde skullet vælge mellem forskellige løsningsforslag. En blanding af politiske, økonomiske, lægefaglige og altruistiske bevæggrunde har medvirket ved udformningen af den almene praksis i 1900-tallet.

Alt i alt er professionaliseringen forløbet succesrigt i 1900-tallet, idet almen praksis her etablerede sig som profession og blev en betydningsfuld og integreret del af statsapparatet. Almen praksis var med til at konstituere det danske velfærdssamfund.

Den almenmedicinske identitet og kerneværdierne

Hovedtendensen har været styrkelsen af den almenmedicinske identitet, afgrænsningen fra de øvrige specialer, opbygningen af en almenmedicinsk profession og bevarelse af det liberale isæt i erhvervet.

Kerneverdierne, der kendetegnede og fortsat kendetegner almen praksis, blev defineret til at være tillidsforholdet mellem læge og patient, fri og uselekeret adgang til almen praksis og tovholderfunktionen (at henvisning til speciallæge og sygehus kun kan ske via en alment praktiserende læge).

Kampen for huslæge-princippet

I 1918 offentliggjorde et nævn under DADL en liste over læger, som opfyldte kravene til at kalde sig en specialist. Den første liste indeholdt 18 specialer, bl.a. fysiurgi, intern medicin, obstetrik og psykiatri. Flere end 300 af de ca. 1.100 læger blev dermed udnævnt til speciallæger. De mange poliklinikker og det nye Rigshospital i 1910 betød gradvist, at almen praksis blev nedklassificeret af hospitalsafdelingerne; det betød et prestige- og indtægtstab for praktiserende læger.

Sygekasselægernes Organisation i København satte sig omkring 1920 for at udbygge den primære lægetjeneste, så den blev mindre afhængig af hospitalsvæsenet, fx med oprettelsen af et eget laboratorium. Samtidig blev der indgået en aftale med sygehusansatte læger om, at de ikke måtte drive sygekassepraksis og at al behandling hos speciallæger skulle ske efter henvisning. Huslæge-princippet var opretholdt, og efter 1945 slog også lægevagtsordninger igennem.

Had-hærlighedsforholdet til sygekasserne

Praktiserende lægers historie i 1900-tallet er også historien om sygekasserne; de to institutioner var og er hinandens forudsætninger, især efter oprettelsen af den offentlige sygesikring i 1973, hvor de spredte sygekassekontorer blev erstattet af en amtligt organiseret sygesikring.

Sygekasserne var tænkt som en hjælp til de dårligst stillede befolkningsgrupper, hvorfor profylaktiske ydelser, fx graviditets- og børneundersøgelser, ikke blev sygekasseydelse, men i stedet honoreredes af staten. Samarbejdet var konfliktfyldt, især ved indgåelsen og senere ved tolkningen af overenskomster, som havde til opgave at prissætte det arbejde, de alment praktiserende læger udførte, herunder at gøre bestemte behandlingsformer økonomisk tiltrækkende.

1950'erne: Gruppepraksis vinder frem uden for København

Kaj Henning Backer var især præget af udviklingen i USA og Storbritannien; han kredsede i begyndelsen af 1950'erne om de to emner gruppepraksis - baseret på huslæge-princippet - og *forskning* i almen praksis. Der var særligt skepsis til gruppepraksis i København, hvor der siden århundredeskiftet havde været tradition for enkeltmandspraksis, og hvor lægerne blev aflønnet efter takst 1-ordningen med et fast årligt honorar for hver tilmeldt patient, uanset hvor meget de arbejdede. Der var umiddelbart ingen motivation for at indføre disse nye praksisfællesskaber i København, hvor der desuden var permanent mangel på egnede boliger. I provinsen fængede idéen bedre an, men her var forholdene også ganske anderledes end i København. Der var fx flere kirurgiske tilfælde med langt til nærmeste sygehus, der var døgnvagt året rundt og

regnskabet med sygekasserne var mere omfangsrigt og på månedsbasis, idet lægerne blev honoreret for hver ydelse (takst 2). Dertil kom et større behov for hjælpepersonale til såvel operationer som bogføring og telefonpasning. Den lille kompagniskabspraksis blev efterhånden den overvejende praksisform i Danmark uden for København.

I 1955 skrev Backer i Månedsskriftet to gange omkring det betydningsfulde i forskning i almen praksis og fremhævede perspektiverne ved at lægerne i Storbritannien havde dannet 'College of General Practitioners' i 1953. I første omgang var der imidlertid ingen større interesse for et lignende initiativ i Danmark.

1960'erne: Fra ødepraksis til øget tilgang til faget

I 1950'erne og i begyndelsen af 1960'erne var tilgangen til almen praksis stagnerende; de praktiserende læger fik dels skudt i skoene, at det var her de læger havnede, som ikke evnede at kvalificere sig til specialister, dels at de var mest optaget af overenskomsterne med sygekasserne omkring honorarfastsættelser, befordringsgodtgørelser og anden tolkning af aftalernes indhold. Begrebet 'ødepraksis' opstod, når en afgående læge blot måtte dreje nøglen om og forlade praksis ved pensioneringen.

Lægerne i praksis var præget af fortravlethed - og den svigtende tilgang gjorde det ikke bedre. Den voldsomme oprustning i hospitalssektoren i samme periode, samtidig med at lægespecialiseringen tog ny fart efter 2. verdenskrig, medvirkede til den uheldige udvikling. I perioden fra 1950-1970 steg antallet af praktiserende læger kun med ca. 250 (fra 1.797 til 2.045); der var stort set uændret en alment praktiserende læger for hver 2.435 indbyggere. Omvendt kulminere-

de oprustningen på hospitalerne i 1967 populært sagt med verdens første hjertetransplantation.

På det 81. lægemøde i august 1963 på Nyborg Strand kom frustrationerne fra almen praksis for alvor frem: Almen praksis sakkede agterud ift. specialerne og skabte usikkerhed blandt de praktiserende læger om selve fremtiden for almen praksis' faglige og sociale plads i sundhedsvæsenet. Man følte sig godt nok ikke repræsenteret i og af DADL.

"Alle andre fraktioner har et samlende forum. Vi er de eneste, der mangler et sådant. Jeg tror, at vore kolleger kan forstå, at også vi har behov for en vis samling," motiverede formanden for Viborg Amts Lægekredsforening forslaget om et medie for de praktiserende læger - Provinslægerne Praksisråd - hvor gode idéer kunne udveksles og formidles videre. Københavnerlægerne var ikke tiltænkt en plads, da de arbejdede under andre vilkår end provinslægerne; de mærkede ikke længemanglen på samme vis som uden for hovedstaden. Forslaget blev nedstemt med 60 stemmer mod 12; man frygtede en splittelse af DADL, som havde været samlingspunkt siden 1857.

Ikke alle accepterede imidlertid lægeforeningens afvisning af et samlet råd for de praktiserende læger. En antiautoritær bevægelse skød op blandt provinslægerne, og fra april 1964 til oktober 1966 udgav de ni numre om året af hæftet *Kommentar - Forum Practicorum Provinciale*. Det førte til at DADLs hovedbestyrelse i 1965 satte sig sammen for at undersøge det hensigtsmæssige i at danne et særligt organ for praktiserende læger, der dog som de andre speciale-organisationer skulle virke inden for DADL.



+ Medicinhistorien: Et historisk grundrids

1967: Praktiserende Lægers Organisation (PLO)

Stiftelsen af PLO - kraftigt foranlediget af provinslægerne - skete på et møde på Nyborg Strand 3. december 1967, hvor det nyvalgte repræsentantskab var samlet. Først efter heftig agitation fra kredsforeningsformændenes side kom københavnerlægerne med, og de blev repræsenteret i PLOs bestyrelse. PLO repræsenterede dermed både københavnerlægernes stramme praksisregulering og takst-I-honorering (fast ydelse pr. tilmeldt patient) og provinslægernes frie nedsættelsesret og takst-II-honorering (blanding af basishonorar for hver tilmeldt patient og honorar pr. ydelse, indført i 1961).



En central opgave for PLO var således at forhandle begge overenskomster. Efter at sygekasserne blev nationaliseret i 1973, foregik overenskomstforhandlingerne med den offentlige sygesikringsforhandlingsudvalg i hhv. amterne og i Københavns og Frederiksbergs kommuner. I 1987 udstraktes provinslægernes overenskomst til også at gælde lægerne i hovedstaden, som ellers havde haft på sin egen ordning siden 1898.

Per 1. oktober 1987 kunne lægerne i København nu også forlange betaling for goodwill ifm. overdragelse af praksis. Københavnerlægerne skulle stadig være solopraktiserende læger uden adgang til ansættelse af amanuensis eller oprettelse af kompagniskaber. Først i overenskomsten af 1991 nævnes forskellige praksisformer som en ret for alle læger, også de københavnske.

1967-1978: Kompagniskabspraksis den foretrukne praksisform

PLO søgte fra starten at bedre arbejdsforholdene for lægerne. Løsningen blev i flere kommuner uden for København sammenflytning i *lægehuse*, der i flere tilfælde blev medfinansieret kommunalt, da lettere adgang til lægen blev anset for en øget service for borgerne. I 1950 var 8% af lægerne organiseret i kompagniskabspraksis, hvilket i 1969 var vokset til 25%. I perioden fra 1967 til 1978 fordobledes procentdelen af læger i kompagniskaber fra 23% til 46%, hvor niveauet holdt sig indtil 2000.

1970: Dansk Selskab for Almen Medicin

I maj 1966 lykkedes det efter flere tilløb føromtalt Kaj Henning Backer og en række kolleger at oprette 'Dansk Selskab for Forskning i Almen Lægepraksis', som havde til formål at "videreudvikle og højne standarden af almenlægen" og at "bekræfte værdien af almen praksis". Forskningens primære opgave var at beskrive og afgrænse det almenmedicinske arbejdsfelt; resultaterne blev publiceret i *Ugeskrift for Læger*. Forskningserfaringerne blev nedskrevet i en række almenmedicinske lærebøger, som er udkommet siden 1977.

For at kunne udvikle almen praksis og leve op til befolkningens og det sekundære sundhedsvæsens tiltagende krav skulle både den teoretiske og den praktiske uddannelse formaliseres, herunder skulle der indføres obligatorisk undervisning i faget almen medicin på medicinstudiet. I 1970 ændrede forsikrings-selskabet derfor navn til *Dansk Selskab for Almen Medicin* (DSAM).

I 1974 oprettedes et almenmedicinsk universitetsinstitut i København, i 1975 i Århus og i 1980 i Odense, hvor både almenmedicinsk forskning og undervisning blev udført. Snart blev såkaldte forskningsenheder etableret i tilknytning til institutterne. Følgelig blev den almenmedicinske forskning i Danmark hovedsagelig centraliseret på universiteterne, modsat den oprindelige, decentrale kongstanke.



Dr. Bent Ostergaard. Pris fra anonymer giver til selskabets første formand.

1971: Praksisplanlægning

De store offentlige investeringer i fx hospitalsvæsenet gennem 1960'erne havde øget Danmarks offentlig gæld voldsomt. Det kaldte på en ændret struktur og funktion i almen praksis, hvor især Foreningen af Yngre Læger forudså arbejdsløshed blandt lægerne i praksis. PLO nedsatte i 1971 et praksisplanlægningsmetode-udvalg, der udsendte analyser og betænkninger om den primære lægetjenestes målsætninger og udvikling. De anbefalede at bevare den liberale praksisform, øge andelen af gruppepraksis, formalisere samarbejdet mellem lægerne og socialforvaltningerne, og at praksisplanlægge for at skabe geografisk ens dækning af nye læger ifm. rekruttering. Omkostningen var omvendt praksisregulering og -styring.

1974-2000: Uddannelse i almen medicin

Københavns Universitet fik som de første lærestol og professor i almen medicin i 1974 (Paul Backer), Århus kom til i 1982 (Carl Erik Mabeck), mens Odense sluttede sig til i 1993 (Niels Bentzen). Idéerne hertil opstod i den gruppe af praktiserende læger, der var aktive i DSAM, mens interessen for at selvstændiggøre almen medicin som fag var inspireret af erfaringer fra Norge, Storbritannien og Holland. Diskussionen om fremtidens sundhedsvæsen gennem alle årene i 1970'erne og 1980'erne var præget af den politiske interesse for at håndtere den svigtende tilgang til almen praksis i 1960'erne og begyndelsen af 1970'erne, ønsket om modvægt til den igangværende centralisering i sygehusvæsenet og ønsket om et udvidet samarbejde med socialsektoren omkring flere forebyggende indsatser. Oprettelsen af de tre almenmedicinske institutter var for almen praksis et tigerspring fremad imod anerkendelse som et

selvstændigt speciale (i 1994), og de betød en markant styrkelse af professionaliseringsprocessen, som var indledt helt tilbage til 1920'erne som før omtalt. Undervisningen var indledningsvist baseret på resultaterne af den forskningsmæssige aktivitet, der fra midten af 1960'erne gradvist trak det enestående i faget almen medicin frem og konkretiserede den indsamlede viden i rækken af almenmedicinske lærebøger.

I 1976 indførte Danmark en turnustjeneste fælles for alle læger på 18 måneder umiddelbart efter embedseksamen. Den indeholdt seks måneders medicin, seks måneders og seks måneder i almen praksis som praksisreservelæge. Uddannelsen til almenmediciner bød dertil på 18 måneders hospitals- og praksistjeneste; den samlede uddannelse til almen medicin efter embedseksamen var 36 måneder, hvoraf 12 måneder forekom i almen praksis som først praksisreservelæge og derpå uddannelsesamanuensis i en almen praksis. Faget almen medicin fik med turnustjenesten et statusløft som uddannelsesdag, og det gav lægerne et værdifuldt indblik i praksislægernes dagligdag og arbejdsvilkår. Ordningen kom grundet økonomiske og kapacitetsmæssige forhold først for alvor at op køre i 1981.

I 2000 indførtes den fulde uddannelse til specialist i almen medicin på i alt 60 måneder ud over turnustiden, heraf de 24 måneder i almen praksis. På trods af at indholdet af den femårige videreuddannelse allerede var vedtaget, trak specialistanerkendelsen længe ud, bl.a. grundet den begrænsede uddannelseskapacitet i almen praksis. Som et af de sidste lande i Europa blev der i 1994 oprettet et selvstændigt speciale i almen medicin i Danmark.



Medicinhistorien: Et historisk grundrids

1977: Overenskomst efter rodet affære

Overenskomsten af 1977 blev indgået ovenpå en rodet affære, fx en overenskomstsløs periode fra december 1975 til marts 1976. Herunder måtte patienterne betale lægens honorar direkte, som de havde gjort det i 1800-tallet, inden sygekasserne blev oprettet. Pengene blev helt eller delvist refunderet af sygesikringen.

Sygesikringens forhandlingsudvalg fik fx flere gange underkendt forhandlingsresultatet af dets administrative og politiske bagland. Talrige angreb på lægerne forekom i dagspressen, hvor især lægernes umiddelbart høje indkomst blev misbrugt som et pressionsmiddel til at skabe folkelig opinion imod lægerne. Resultatet var en overenskomst med kun få sejre for lægerne, og der indførtes praksisregulering, hvor amterne blev inddelt i praksisområder. Man gik ud fra 1.500 gruppe-1-sikrede voksne patienter pr. læge.

Lægevagten blev også rationaliseret de fleste steder uden for København. Vagtkredse blev større, og vagtstedet flyttede fra lægeklinikkerne til lokaler hos fx Falck, hvor lægerne selv passede vagttelefonen. Den lægelige telefonvisitator afgjorde, om henvendelsen kunne klares telefonisk eller krævede konsultation, evt. sygebesøg.

I 1977 nedsatte Folketinget et sundhedsprioriteringsudvalg, der fik som kommissorium "at tilvejebringe grundlaget for en prioritering inden for sundhedssektoren". Udvalgets betænkning kom mens forhandlingerne med de praktiserende læger om den nye overenskomst endnu var uafsluttede. Dens overordnede konklusion var, at udvalget ikke kunne anbefale

væsentlige opgaveforskydninger mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet og det sociale område.

Altså en skuffelse for almen praksis, der havde forventet anbefalinger om overførsel af opgaver og tilførsel af øgede ressourcer til oprustning - og med overenskomsten måtte lægerne endda acceptere en nedsættelse af den procentsats, som lægehonorarerne regulerede med.

1976-2003: Socialmedicinsk samarbejde

Ønsket om et bedre samarbejde i den primære sundhedstjeneste mellem praktiserende læger og kommunernes socialforvaltninger er ingenlunde ny. Sygdom, økonomisk nød og dårlige sociale forhold hænger og har altid hængt uløseligt sammen. Siden Fattigloven i 1803 har lovgiverne via et formaliseret socialt-lægeligt samarbejde forsøgt at pleje, helbrede og klæde syge og fattige, så de kunne vende tilbage som nyttige samfundsborgere. Senere kom anmodningerne om lægelige attester om sygdom og uarbejdsdygtighed; i 1977 passerede antallet af diverse attester til offentlige og private institutioner og instanser 100, og i 2000 var antallet steget til 150.

Den socialmedicinske synsvinkel i Danmark kom til udtryk i talrige betænkninger udarbejdet af både sundhedsstyrelsen, yngre læger, praktiserende læger og DADL, der fra slutningen af 1960'erne og op gennem 1970'erne fremhævede øget tværfagligt samarbejde. I 1976 kom med Bistandsloven det såkaldte enstrengede system, hvor borgeren/den syge kun skulle henvende sig et enkelt sted i den kommunale forvaltning for at få økonomisk bistand og social hjælp i øvrigt. Men lægerne i praksis var betænkelige ved, om det frie lægevalg kunne opretholdes, og tankerne om centre med læger og social- og sundhedsforvaltninger under samme tag blev opgivet.

I stedet blev attestudvekslinger et formaliseret samarbejde, og den almenmedicinske lægekonsulentordning i både de kommunale og amtslige social- og sundhedsforvaltninger blev oprettet.

Lægekonsulenternes opgave blev at rådgive forvaltninger i helbredsmæssige spørgsmål, fx ved opfølgning af dagpengesager, vurdering af indsendte lægelige akter og indstilling i sager om fx førtidspension. Det var tanken at opgaven skulle gå på skift mellem de praktiserende læger - den maksimale ansættelse skulle derfor være fire år. Den ønskede stillingsrotation kom dog aldrig til at ske i praksis, da mange af konsulenterne forblev i stillingerne.

Sidst i 1990'erne ændrede lægekonsulentfunktionen sig på den måde, at forvaltningerne selv påtog sig ansvaret for vurderinger og afgørelser i alle dagpenge- og pensionsager. Den lægelige bistand blev indskrænket betragteligt. En undersøgelse fra 2003 af de praktiserende lægers kontakt med social- og sundhedsvæsenet afslørede, at lægernes samarbejde i dagligdagen primært var vendt mod det sekundære sundhedsvæsen og ikke mod social- og sundhedsvæsenet (socialforvaltning, hjemmesyge- og sundhedspleje). Socialmedicinske ydelser udgjorde kun få procent af det samlede antal ydelser hos en gennemsnitlig praktiserende læge.

1980-2000: Forskning i almen praksis

Der var en ikke helt ringe forskningsaktivitet i almen praksis, også før 'Dansk Selskab for Forskning i Almen Lægepraksis' - det senere *Dansk Selskab for Almen Medicin* - blev oprettet i maj 1966. Herefter fokuserede den lægelige forskning i begyndelsen primært på at skabe et overblik over hvilke sygdomme, patienterne henvendte sig med i almen praksis samt fordelingen af patienter på køn og alder og hyppigheden og art. Antallet af praktiserende læger fordelt på hhv. solo-, gruppe- og kompagniskabspraksis blev opgjort, lægernes økonomiske vilkår og daglige arbejdsfunktioner kortlagt. Disse data blev anvendt til at planlægge den strukturelle indretning af almen praksis, især hos PLO. I perioden fra 1975-1980 kunne man registrere 125 igangværende forskningsprojekter i almen praksis.

I perioden fra 1980-2000 forekom utallige projekter om at konkretisere den såkaldte tavse viden ift. funktionen af almen praksis i det samlede sundhedsvæsen, herunder almen praksis som organisation, håndtering af hyppigt forekommende sygdomme, udvikling af konsultationsprocessen og kommunikationen mellem læge og patient. Desuden skal fremhæves de mange APO-audits, hvor egne data omgående blev forsøgt omsat til kvalitetsforbedringer i egen praksis, samt Billund Lægehus, der i 1975 havde opført et lægehus på 625 kvadratmeter til fire læger, fem sekretærer, to sundhedsplejersker, to sygeplejersker, en sygehjælper, en familie- og en fysioterapeut for at igangsætte forsøgsvirksomhed i den primære sundhedstjeneste. Der forekom stærk interesse i lægehusets forsøg på nytænkning og omstilling i almen praksis af både økonomiske og faglige årsager.

Oprettelsen af almenmedicinske forskningsenheder på universiteterne i København, Århus og Odense var ligesom med oprettelsen af de almenmedicinske institutter en kompliceret sag. Efter en indledende forsøgsperiode på fem år i København, endte det med at PLO og Sygesikringens Forhandlingsudvalg oprettede en fond (Fonden til Forskning i Almen Praksis og Sundhedsvæsenet i øvrigt), der overtog finansieringen af den københavnske enhed i 1984 og senere i Århus i 1992 og i Odense året efter. I alle tre tilfælde blev de almenmedicinske institutter og forskningsenhederne tæt forbundet. I 1990'erne ansatte forskningsenhederne tre konsulenter til at opfange idéer til forskningsprojekter uden for det vante forskningsmiljø og støttede deres gennemførelse i tæt samarbejde med universitetets forskningsenheder, fx opstod decentrale forskningsenheder i Hillerød og i Ringkøbing.

Efter 2000 oprettedes en almenmedicinsk praksis ved hvert af universiteterne. Målet var at udvikle den praksisnære forskning. Det skete gennem opkøb af en eksisterende praksis og ansættelse af læger med tilknytning til institutterne og forskningsenhederne.

Efteruddannelse med og uden sponsor

Allerede i lægeløftet af 1815 blev tanker om efteruddannelse nedfældet, hvor de nye læger lover at holde deres kundskaber ved lige. I første omgang bestod en form for efteruddannelse af de årlige og halvårige medlemsmøder i regi af DADL og lægekredsföreningerne, samt ved at følge med i faglige tidsskrifter, især Ugeskrift for Læger, der var udkommet siden 1839. Litteraturlæsningen foregik meget praktisk hjemme hos den praktiserende læge, som havde dårlige transportforhold, langt til møderne og nødt til forlod sine patienter.

Efter 2. verdenskrig fortsatte DADL de centraliserede kurser forår og efterår på sygehusene i København og Århus, og fra 1970 blev de derpå holdt som internater på hoteller og kursuscentre. Deltagelse i centraliserede kurser krævede, at de alment praktiserende læger tog fri typisk en uge, som var de normale kursers varighed. Med overenskomsten i 1991 etablerede en efteruddannelsesfond, hvortil amterne hvert år betalte et fast beløb. Midlerne herfra anvendtes til uddannelse af undervisere, udvikling af nye undervisningsformer og administration. Lægerne kunne hvert år via fonden få hel eller delvis dækning af udgifterne til godkendt efteruddannelse samt tabt arbejdsfortjeneste. Både centraliserede kurser og den senere decentrale gruppebaserede efteruddannelse (DGE) berettigede til tilskud fra efteruddannelsesfonden.

Parallelt med de centraliserede kurser arrangerede lægekredsföreningernes efteruddannelsesudvalg fra 1900-tallets begyndelse egne kurser. Håbet var, at mere lokale arrangementer kunne få alle læger med, så lægeforeningen kunne dokumentere en høj aktivitet inden for efteruddannelse - og dermed forhindre indblanding fra andre (især offentlige) instanser. I 1960'erne blev DADLs indsats i de lokale kredsföreninger i stigende grad erstattet af medicinalfirmaerne; det førte til diskussionen om den objektive formidling af resultaterne fra medicinforsøg og behandlingsrekommandationer, ja, selve foredragsholderens uafhængighed af medicinalfirmaerne.

I 1973 oprettede Lægemedielindustrien *Nævnet for Medicinsk Informationsmateriale* (NMI) for at sikre saglig og korrekt information om industriens lægemidler, en etisk komite for lægemedielindustrien. Nogle læger fandt imidlertid, at NMIs kontrollerende virksomhed var mangelfuld, og derfor dannede 29 læger i 2004 foreningen **Læger uden sponsor** og indledte et felttog mod lægemedelfirmaernes påvirkning af lægerne. Tilbuddene om sponsorerede udlandsrejser blev mærkbart reduceret efterfølgende.



+ Om Projektet

Udarbejdet af: Praktiserende læge og lektor
Roar Maagaard, formand for DSAM's og PLO's
Videreuddannelsesudvalg

Fra medicinstuderende til egen lægepraksis

Universitetet giver den medicinstuderende de basale medicinske kundskaber og en cand. med. eksamen. Klinisk Basisuddannelse skal sikre overgangen fra stud. med til læge.

Specialeuddannelsen i almen medicin giver over 5 år den unge læge specialistkompetencer inden for det arbejdsområde, som de praktiserende læger i Danmark tager sig af. Som speciallæge er man formelt klar til at investere i egen lægepraksis.

Men – men: Alligevel opleves det for de fleste som et kæmpe spring at overgå fra at være uddannelseslæge (eller evt. ansat speciallæge) til at være selvstændigt praktiserende læge. Man er måske nok kompetent til det – men hvordan føles det? Englænderne taler om, at en del unge læger har behov for hjælp for at overgå fra at være kompetent til at blive confident i forhold til rollen som selvstændig alment praktiserende læge. Dette behov opleves også af mange læger i Danmark!

Og nu har vi så hjælpen til disse læger 'på vej': Praksis Plus er navnet – og jeg tror, at vi her har et rigtig godt instrument til at lette denne overgang.

Praksis Plus er udviklet af DSAM, FYAM og PLO med en styregruppe bestående af:

- Eva Schandorf (nynedsat praktiserende læge og medlem af DSAM)
- Bo Hansen (PLO-observatør for FYAM)
- Christian Vøhtz (formand for FYAM)
- Ynse de Boer (næstformand i DSAMs bestyrelse)

og er først og fremmest udviklet af projektleder Ulrik Bak Kirk!

Praksis Plus er på elegant vis med til at hjælpe de unge læger i overgangsfasen – men er også tænkt at kunne understøtte den enkelte læges kontinuerlige faglige og personlige udvikling.

Jeg giver hermed Praksis Plus de allerbedste anbefalinger med på vejen!

Brug den – og vær med til at videreudvikle den.

Har du ændringsforslag og/eller idéer til nye temaer og problemstillinger, kan du først og fremmest sende en mail herom til Eva Schandorf (schandorf@dbmail.dk).

Desuden spiller sociale medier en hovedrolle for den fortsatte udvikling af Praksis Plus, og til det formål må du meget gerne interagere via Praksis Plus' [Facebook-gruppe](#).

Roar Maagaard



+ Baggrund



“Man tror, at man er velforberedt, men det, der er udfordringen, er faktisk ikke patienterne, men derimod alt det andet. At starte noget nyt op helt fra bunden”.

I en undersøgelse foretaget af FYAM og PLO blandt uddannelseslæger, der blev afsluttet mandag den 2. juli med 422 svar fra de i alt 1.043 FYAM-medlemmer, svarede 66 % af respondenterne, at de ville købe sig ind i en praksis i løbet af to år efter endt uddannelse som speciallæge i almen medicin; 26 % havde endnu ikke taget stilling hertil.

På DSAM og FYAMs årsmøde på Hindsgavl Slot ved Middelfart den 5. oktober 2012 supplerede projektleder for Praksis Plus, Ulrik Lystbæk Kirk, den kvantitative analyse på FYAMs generalforsamling for omtrent 150 interesserede uddannelseslæger. Her blev de forsamlede først spurgt om, hvem der ville købe praksis i løbet af to år efter endt uddannelse.

FYAM/PLO-undersøgelsen viste desuden, at mere end halvdelen af dem, der vil ud og etablere sig inden for to år, gerne vil indgå i et kompagniskab i løbet af de næste 5-10 år. Det selvsamme mønster gentog sig nok engang på FYAMs generalforsamling, hvor majoriteten af uddannelseslægerne her ikke var i tvivl om, at de gerne ville ud og være kompagniskabspraksislæger, se billedet ovenfor til venstre.

Medlemsundersøgelsen pegede på, at det vigtigste for uddannelseslægerne var gode kolleger skarpt efterfulgt af muligheden for faglig sparring. Det interessante er imidlertid, at den ikke udelukkende skulle komme fra ældre kolleger i opstartsfasen.

Der var således et klart og koncist behov for at levere støtte til og sparring for nyligt nedsatte praktiserende læger inden for de første fem år – men den skal komme fra jævnaldrende: *“Lige børn leger bedst. Man taler bedst med sine jævnaldrende og kolleger i samme sted om alverdens praktiske aspekter”.*

Desuden svarede omtrent halvdelen af alle respondenter, at de største bekymringer i forbindelse med at købe praksis var, at man skulle forholde sig til mange ting, der ikke var rent fagfaglige, herunder samarbejdsproblemer med kolleger, økonomiske forhold samt lederrollen. Ønsket om at kunne arbejde på nedsat tid som speciallæge – fx at have én ugentlig fridag – stiller store krav til, at man kan agere målrettet og effektivt i de aspekter, der er knapt så lægefaglige.

Endvidere tyder det på, at de nuværende produkter ikke bliver kommunikeret klart nok ud til målgruppen, for 79 % kendte ikke til regionale muligheder for hjælp, hvor der mangler praktiserende læger; der er behov for et nyt produkt, som indbyder til dialog og vidensdeling.

De deltagende på FYAMs generalforsamling havde samme behov, men adspurgte om, hvor mange der på daværende tidspunkt havde helt styr på, hvor de skulle henvende sig om de mindre lægefaglige aspekter, som fx økonomiske aspekter af praksiskøb, lederrollen samt personaleansvar, forsvandt enigheden komplet, se billedet ovenfor til højre.

Ovenstående opsummeret indikerer dels, at uddannelseslæger er meget optaget af livet som praktiserende læge uden for murene, dels at nyligt nedsatte praktiserende læger mangler værktøjer til at løse udfordringer af mindre fagfaglig karakter.

Dette er baggrunden for Praksis Plus.



+ Projektets elementer

Formål

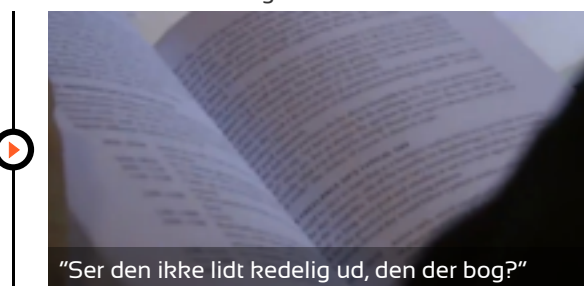
Det overordnede formål med projektet er at få lettet de yngre almenmedicinernes overgang fra uddannelseslæge til praktiserende læge; en form for brobygning. På den måde kan projektet skabe merværdi for DSAMs og PLOs aktive medlemmer, idet produktet understøtter en faglig, kontinuerlig udvikling.

Den praktiserende læge opnår dels en effektiviseringsgevinst i form af besparelser på tid og ressourcer, dels bliver den praktiserende læge i stand til at reflektere over sin profession og eksistens, herunder egen sundhed, trivsel og arbejdsglæde.

Produkt: Den interaktive e-bog

First5 Committee er nedsat for at hjælpe uddannelseslæger samt nyligt nedsatte praktiserende læger på alle stadier i de første fem år i England, og de udgav en fysisk håndbog – **The New GPs Handbook** - i 2012.

DSAM og PLO kan tilsvarende nyde stor fordel af at udvikle en løsning inspireret af den engelske håndbog, hvori man kan læse rundt om og blive klogere på de mindre fagfaglige problemstillinger; de udfordringer, man bliver mødt af i sin praksis, som studiet imidlertid ikke kunne forberede én på. I Danmark udkommer den som e-bog.



”Ser den ikke lidt kedelig ud, den der bog?”

Konceptet bag den interaktive e-bog er dynamik, herunder at det kan skabe større brugerinddragelse og -ejerskab, hvis e-bogen relativt nemt kan redigeres on-time online. Samtidig giver det god mening at indlejre produktet i de sociale medier, hvor brugerne nemt kan kommunikere på tværs af regioner uafhængigt af tid og rum.

Metode

Der kan være visse udfordringer forbundet med at lade sig inspirere af eksterne løsninger til en intern problemstilling. Det er langt fra ligetil at overføre idéer og værktøjer direkte fra England til Danmark. På den måde er det altafgørende at få klarhed over rammerne for de danske kontekster og forhold.

For at kunne udvikle og producere indhold til den elektroniske bog, er der således behov for diverse studier.

På samme tid bidrager disse studier til, at DSAM og PLO får indsamlet og distribueret den særdeles værdifulde viden på området, som de nedsatte praktiserende læger besidder.

Denne systematisk indsamlede viden bliver udgangspunktet for indholdet til den interaktive e-bog: En transformation fra nedsatte til elektronisk bogform.

Hovedstudiernes data bliver indsamlet via kvalitative undersøgelser i form af ni regionale fokusgruppeinterviews efterfulgt af en indledende, løsningsorienteret innovationsworkshop.

Organisering

Projektet er forankret hos Dansk Selskab for Almen Medicin, hvis bestyrelse er ejer af projektet.

Herunder befinder styregruppen sig:

- **Eva Schandorf** (nynedsat praktiserende læge og tidl. medlem af Videreuddannelsesudvalget i DSAM)
- **Bo Hansen** (PLO-observatør for FYAM)
- **Ynse de Boer** (næstformand i DSAMs bestyrelse)
- **Christian Vøhtz** (formand for FYAM).

Styregruppen beslutter på vegne af ledelsen, betaler med ressourcer samt baner vej for projektet.

Som overordnet koordinator og styrende bindeled mellem førnævnte styregruppe og projektgruppen befinder projektleder **Ulrik Bak Kirk** sig.

Derudover en referencegruppe til løbende sparring, som består den af **Peter Torsten Sørensen** (direktør for DSAM) og af **Tina Eriksson** (praktiserende læge, EQuiP-præsident og kvalitetsudviklingskonsulenter hos KVEAP).

Endvidere bliver projektets idriftsættelse sikret via en DSAM-interessegruppe, som kan høre videre med opgaver af strategisk og praktisk karakter efter 1. oktober 2013; den er nu godkendt af DSAMs bestyrelse, hvor Eva Schandorf bliver første forkvinde.

Tidsplan

Hovedstudiernes data i form af ni fokusgruppeinterviews blev indsamlet i løbet af efteråret 2012, hvorpå disse blev transskriberet og analyseret. I forlængelse heraf blev den indledende, løsningsorienterede innovationsworkshop afholdt i Sorø i januar 2013.

Data blev omformuleret og omsat til indhold til den interaktive e-bog i løbet af sommeren 2013, og der er overlevering til DSAM per 1. oktober 2013.

Interessegruppe

For at sikre projektets idriftsættelse – overgangen fra den løse og midlertidige projektstruktur til en mere rutinemæssig organisering – er der blevet oprettet en DSAM-interessegruppe, som kan køre videre med opgaver af strategisk og praktisk karakter efter 1. oktober 2013; denne er nu blevet godkendt af DSAMs bestyrelse.

Medlemmer af DSAMs Praksis Plus-interessegruppe:

- Eva Schandorf (nynedsat alment praktiserende læge)
- Dorte Navntoft (nynedsat alment praktiserende læge)
- Rikke Pilegaard Hansen (nynedsat alment praktiserende læge)
- Jon Eik Thorhauge Zwisler (nynedsat alment praktiserende læge)
- Pernille Christine Jørgensen (uddannelseslæge)



+ Brug af den interaktive e-bog

Udarbejdet af: multi medium

Et andet overblik

Navigationen i denne interaktive e-bog er, hvis du ikke allerede har lagt mærke til den, for oven i midten, til højre for Praksis Plus-logoet. Ikke længere noget med at huske sidetal; du vil altid have siderne synlige i det afsnit du befinder dig i. Og du kan trykke på menupunkterne for ubesværet navigation. Ønsker du at scrolle gennem e-bog, kan du naturligvis stadig også det.

Navigationen ligner bevidst en køreplan eller en togstrækning med centrale stop undervejs, idet Praksis Plus er tænkt som en (ud)dannelsesrejse fra fase 4 til og med fase 6. Der er imidlertid intet krav til rejsens længde og hyppighed, idet brugeren kan stige på og af efter forgodtbefindende: Nogle gange har du kun brug for at tage med ét stop, mens du i andre tilfælde har behov for at benytte dig af længere rejser. Det er helt op til dig.

Vi ønsker dig en rigtig god tur - og fortæl meget gerne dine kolleger, venner og Praksis Plus om dine oplevelser bagefter.

Interaktive elementer, links

Links er markeret på denne måde og tæller over eksterne links til hjemmesider, til tekstdokumenter, til PDF-filer og til excel-ark.

Ser du denne e-bog på en computer, fører du musen henover linket og klikker en enkelt gang, ganske som på en hjemmeside, hvorefter en ny side i din foretrukne browser dukker op.

Ser du denne e-bog på en tablet eller en telefon, trykker du blot på linket med din finger, hvorefter din foretrukne browser åbner linket for dig.

Interaktive elementer, videoer

Videoer ser sådan ud:



Ser du denne e-bog på en computer, fører du musen henover play-knappen, billedet eller teksten og klikker en enkelt gang, hvorefter videoen bliver afspillet på YouTube.

Ser du denne e-bog på en tablet eller en telefon, trykker du blot på play-knappen, billedet eller teksten med din finger en enkelt gang, hvorefter video bliver afspillet på YouTube.

Interaktive elementer, hotspots

Støder du på denne grafik et par sætninger under denne, kan du lave en mouseover på den efterfølgende tekst og et stykke relevant grafik med information vil poppe frem.



Optimal fremvisning

Den interaktive e-bog er optimeret til brug på computer. Det er imidlertid også muligt at benytte e-bogen på en tablet og/eller på en smartphone.

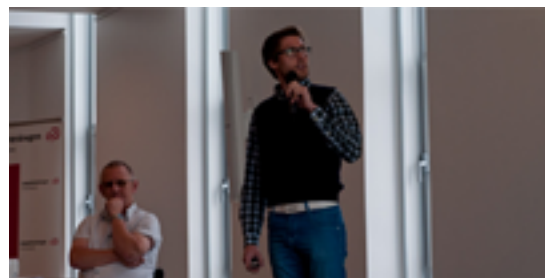
I så fald, anbefaler vi at åbne e-bogen i standard billedfremviseren fremfor et andet program, fx Adobe Reader.



+ Arrangementer

Temadag i Region Syddanmark 2012

FYAM og de regionale DYNAMU'er inviterede uddannelseslæger i almen medicin i Region Syddanmark til den unikke event **REGIONAL TEMADAG EFTERÅR 2012** den 3. oktober 2012 fra kl. 9 -15 på Kulturøen Middelfart. Projektleder Ulrik Bak Kirk var med for at promovere Praksis Plus, som netop er tiltænkt at slå bro mellem FYAM, DSAM og PLO; på den måde tjente den smukke Lillebæltsbro uden for som symbolsk kommentar til dagens tema og præsentation.



Årsmøde 2012

På DSAMs og FYAMs årsmøde på Hindsgavl Slot ved Middelfart den 5. oktober 2012 præsenterede Ulrik Lystbæk Kirk, Praksis Plus-projektet på FYAMs generalforsamling foran 150 uddannelseslæger.



Projekt Praksis Plus på Årsmøde 2012

Temadag i Region Hovedstaden 2012

I forlængelse af den regionale temadag i Region Syddanmark, inviterede FYAM og de regionale DYNAMU'er alle uddannelseslæger i almen medicin i Region Hovedstaden til et arrangement mandag den 19. november 2012 fra kl. 9.30 -15 på Herlev Hospital.

I løbet af dagen var der indlæg om, hvad hhv. FYAM, DSAM og PLO egentlig laver, hvad man kunne bruge Team Almen fra Yngre Læger til samt baggrunden for den nye almenmedicinske uddannelse. Projektleder Ulrik Lystbæk Kirk var også med til arrangementet for at promovere Praksis Plus.

Temadag i Region Midt 2012

I forlængelse af regionale temadage i Region Syddanmark og Hovedstaden tidligere på efteråret, blev projektleder Ulrik Lystbæk Kirk headhuntet af Signe Engkjær Christensen, DYNAMO i Region Midtjylland, til at komme og holde oplæg på Skejby Sygehus (Aarhus Universitetshospital) den 13. december 2012 på en regional temadag for læger i AP-hoveduddannelsen.

Temaet for arrangementet var *Trivsel for læger - veje til et godt lægeliv i almen praksis*, og Praksis Plus passede her perfekt ind som oplagt bindeled og brobygningstiltag mellem livet som uddannelseslæge og praktiserende læge.

Den nyuddannede speciallæge i almen medicin Eva Schandorf talte om "Supervision - styring af egen læring under både uddannelse og efteruddannelse", hvorefter projektleder Ulrik Lystbæk Kirk afsluttede temadagen med et oplæg om Praksis Plus.

18th Nordic Congress of General Practice

Praksis Plus-projektet er imidlertid ikke kun relevant i en national kontekst, hvilket inspirationen fra First5 og det engelske fortilfælde netop vidner om.

Derfor indsendte projektleder Ulrik Lystbæk Kirk og speciallæge i almen medicin Eva Schandorf et abstract til Nordisk Kongres, for at få lov til at komme op til Tampere i Finland fra den 21. til den 24. august 2013 og præsentere en videnskabelig poster om projektet; oplægget blev varmt modtaget.

Således præsenterede Praksis Plus-teamet i form af Ulrik og Eva fredag formiddag den 24. august sin poster under poster exhibition om uddannelse inden for almen medicin. [Se posteren her.](#)

Årsmøde 2013

På DSAMs og FYAMs årsmøde på Comwell i Kolding den 27. september 2013 præsenterede Ulrik Bak Kirk og Eva Schandorf det første udkast af den interaktive e-bog på en workshop.



Praksis Plus på Årsmøde 2013: Workshop



Praksis Plus på Årsmøde 2013: Opsamling

Temadag i Region Sjælland 2013

Praksis Plus var også repræsenteret på temadage i 2013. Denne gang i Region Sjælland, hvor Christina Svanholm, DYNAMO i Region Sjælland, inviterede projektleder Ulrik Kirk til at komme og holde oplæg på Ankerhus i Sorø den 29. november 2013 på en regional temadag for både I- og H-læger.

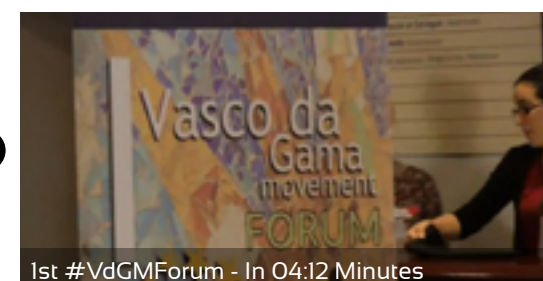
Temaet for arrangementet var Fremtidens Almen praksis i Region Sjælland, og Praksis Plus placerede sig på passende vis som dialogpartner mellem uddannelseslæger og praktiserende læger, især ved at benytte sociale medier konsekvent og strategisk.

Vasco da Gama Movement #1 FORUM



Praksis Plus deltog på VdGM FORUM i Barcelona fra den 7. til den 8. februar 2014 for at fortælle andre uddannelseslæger i Europa om projektet og e-bogen.

Praktiserende læge Peter A. Sloane fra Irland er programansvarlig for **NEGs** (Newly Established GPs) - en irsk ækvivalent til Praksis Plus - og han fortalte sammen med Ulrik Kirk om ligheder og forskelle i de to landes tilgange til at udvikle ressourcer for nynedsatte praktiserede læger. Fysisk håndbog versus interaktiv e-bog. Topstyret udgivelse versus brugerinvolverende proces. [Se posteren her.](#)



1st #VdGMForum - In 04:12 Minutes



+ Bidragsydere

Økonomiske bidragsydere

- DanMark-fonden.
- Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget, Region Sjælland
- Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalget, Region Syddanmark
- Fhv. Tandteknikker Sara Kirstine Krabbes Legat (under Dansk Selskab for Almen Medicin).
- Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond (PLU-fonden).

Først og fremmest skal der lyde en kæmpe tak til de uddannelseslæger og nyligt nedsatte praktiserende læger i landets fem regioner, uden hvis frivillige indsats og altafgørende bidrag i form af personlige beretninger og erfaringer følgende indhold i e-bogen ikke havde været muligt at strukturere:

1. Fokusgruppe i Ringsted:

- Thomas Hansen
- Rikke Kathrine Jensen
- Miguel Candelaria
- Thomas Houg
- Eva Schandorf

2. Fokusgruppe i Næstved:

- Sille Capion
- Mads Aage Kristensen
- Bo Theilgaard
- Jonas Thorgersen
- Rikke Thorhauge
- Eva Schandorf

3. Fokusgruppe i Svendborg:

- Trine Kemp
- Lone Lund Thomsen
- Thomas Feldskov
- Mette Bjørn Henriksen
- Jon Eik Zwisler
- Anna Rørbæk Uldall.

4. Fokusgruppe i Rødning:

- Rikke Vork
- Mette Visby
- Annemette Tørnæs
- Maria Fischer-Nielsen.

5. Fokusgruppe i Aalborg:

- Karsten Bomholdt Jacobsen
- Mikkel Thusgaard Kristiansen
- Jens Balle
- Mette Fredberg Greth
- Anne Marie Lundgaard
- Charlotte Lønskov Jensen
- Louise Harboe
- Joachim Nørmark

6. Fokusgruppe i Silkeborg:

- Ulrike Mehnert
- Julie Bæk-Jensen
- Rune Gade Maagensen
- Lotte Hansens-Damm
- Kirsten Christensen
- Jonas Hessler

7. Fokusgruppe i Hjørring:

- Søren Gaun
- Mette Herløw
- Anne Marie Vase
- Stine Schierup
- Rikke Hansen
- Anders Vase
- Vesna Djordjevic
- Janni Kristensen

8. Individuelt interview i Sorring:

- Henirk Idriss Kise

9. Workshop i Sorø:

- Rikke Kathrine Jensen
- Kasper Hvid
- Tomer Armani
- Karina Korsgaard Grøn
- Mette Dyrborg Norus
- Jonas Thøgersen
- Line Øster-Rothenborg
- Christopher Aabel
- Thomas Justesen
- Stine Printz og
- Eva Schandorf.

Desuden skal lyde en ganske særlig tak til Lene Silberbauer, Poul Oluf Olesen, Anette Skov, Jette Willendrup, Ynse de Boer, Peter Torsten Sørensen, Tina Eriksson, FYAM, Hans West, Bo Hansen og ikke mindst Christian Vøhtz.

Derudover skal fremhæves den enormt store arbejdsindsats, som diverse leverandører af multimedieindhold har ydet. E-bogens appellerende visuelle udtryk og indholdets kvalitet er kulminationen på mødet mellem de største kapaciteter på området lige nu.

Manuskriptgruppe:

- Praktiserende læge Eva Schandorf, Lægehuset Dagmar
- Partner og statsautoriseret revisor Morten K. Nielsen, PwC
- Advokat Mette Neve, Kromann Reumert
- Bankdirektør Bjarne Carl Stech, Lægernes Pensionsbank
- Erhvervspsykologerne Søren Braskov og Asger Neumann, HumanAct
- Advokat Dorte Enoksen, PLA
- Tanja Dinsen, AddRelation
- Projektkoordinator Heidi Bøgelund Frederiksen, Kvalitet og Forskning, Region Syddanmark
- Karis Hagil & Hanne Hjorthær Petersen, Lægehuset Nørre Farimagsgade, Region Hovedstaden
- Tina Eriksson, præsident for EQuIP
- Chefkonsulent og advokat Helle Bjørnstad, PLO

Video:

- CONFCAST

Design og layout:

- multi medium

Sekretariatsbistand (DSAM):

- Tina Malene Pedersen
- Tina Louise Olsen
- Annette Scharff Gehrs