



Kvalitetssikring i almen praksis og udveksling af viden

En fælles vidensudveksling vil hjælpe nye uddannelseslæger i almen praksis og gøre hverdagen en hel del nemmere.

Som ny introduktionslæge i almen praksis den 1. marts 2021 – efter et år på barsel forudgået af sygehusophold – var min almenmedicinske viden noget rusten. Jeg havde fra min KBU indsamlet ”guldkorn” fra mine tidligere erfaringer og kolleger i en ”almenmedicinsk lommebog”, som jeg den dag i dag næsten dagligt stadig bruger (nu i fase 1 i min HU). Bogen gør min hverdag nemmere, fordi ”guldkornene” ellers ikke lige er til at støve op, når man har brug for dem. Men ikke alle har tænkt på en lommebog, og hvordan forbereder man sig på at skulle i almen praksis, hvis man ikke har sådan en? Universitetsnoterne er fine, men langt fra konkrete – især ikke ifm. behandling.

Omfanget af den almenmedicinske viden er meget bred og svær at afgrænse, og sjældent er der instrukser til uddannelseslæger i de respektive praksisser, ligesom der er på sygehusene. Og at starte på side 1 i den nyeste udgave af Praktisk medicin” er dømt til at blive et forlist projekt fra start. Undertegnede har forsøgt ...

Under min KBU i en almen praksis i Horsens (før min lommebog!) benyttede jeg mig ofte af bogen Praktisk praksis af Morten Winthereik og Henrik Heerwagen, når en (for undertegnede) ny type problemstilling/henvendelsesårsag viste sig i kalenderen. Bogen er alfabetisk opbygget med de mest almindelige henvendelsesårsager (f.eks.

hovedpine, p-piller, ondt i halsen), og hver problemstilling fylder fra få linjer til få sider. Bogen giver korte forslag til, hvilke anamnesticke og objektive oplysninger, man kan komme ind på under konsultationen, og giver samtidig behandlingsforslag. Præcis ligesom andre lærebøger – bare rettet mod almen praksis, kort og præcist. I de store lærebøger ville der f.eks. stå ”NSAID” som behandlingsforslag. I ”Praktisk praksis” vil der i stedet blive foreslået ”Tabl. Ibuprofen 400 mg x 3 dagligt”. Altså en mere konkret og håndtérbar viden og en viden, som man ikke nødvendigvis har, når man står med sin beståede embedseksamen.

Desværre er sidste udgave af bogen over 10 år gammel, og tiden i dag er også mere til, at sådanne opslagsværk bliver elektroniske.

Der findes allerede Medibox, som også er god, men igen ikke så konkret og håndtérbar, som man som helt ny i praksis kunne ønske sig.

Da jeg startede i marts sidste år, var min almenmedicinske viden som sagt rusten. For eksempel viste det sig under en supervision, at jeg (igen) skulle have læst op på antihypertensiv behandling. De fire førstevalgspræparatgrupper (AT2-antagonister, ACE-hæmmere, calciumantagonister og thiazider) kunne jeg huske. Men hvilket præparat skulle jeg bruge til hvilken patient? Hvilket præparat inden for hver gruppe starter man med? Hvad med de vigtigste bivirkninger? Hvor meget skal/kan dosis øges med, inden jeg tilføjer et nyt præparat? Og så videre. Jeg brugte derfor mange aftener og mange timer på at lave et skema med præparater fra Basislisten og fik den justeret af mine kolleger i praksis (se skemaer). Det var en masse arbejde, som jeg har haft stor gavn af sidenhen, og som vi

	matas nyresygdom	perifer vasodilatation	el. migræne	Diuretisk Senere: reducerer perifer modstand	Neuromuskulær kvalitet og hjertets minutvolumen (10- 20%). Ældre: evt. væskeretention	Vasodilatation (relativt tvt ved lungeødem)		
Virking	Vasodilatation	Universel vasodilatation Øget urinsyreudskillelse						
Biokemi	S-kreatinin og elektrolytter (efter 3-4 uger, derefter hver 6.-12. mdr.)	S-kreatinin og elektrolytter (efter 3-4 uger, derefter hver 6.-12. mdr.)		S-kreatinin og elektrolytter (efter 3-4 uger, derefter hver 6.-12. mdr.)	S-kreatinin og elektrolytter (efter 3-4 uger, derefter hver 6.-12. mdr.)	S-kreatinin og elektrolytter (efter 3-4 uger, derefter hver 6.-12. mdr.)	S-kreatinin og elektrolytter (efter 3-4 uger, derefter hver 6.-12. mdr.)	Palpitationer, takykardi, abdominalsmerter, mundtørhed, myalgi
Bivirkninger - patientsymptomer (generelt: træthed, svimmelhed, impotens) - objektivt	Tør hoste (efter 3-4 uger, derefter hver 6.-12. mdr.)	Anæmi, svimmelhed, ortostatisme Kaliumstigning, hypoglykæmi, nyrefunktionspåvirkning	Amlodipin: Perifer ødemer (10%) (dosisaft., skift til Lercanidipin).	Kvalme, svimmelhed, hovedpine. Erektildysfunktion. Diabetogen effekt Hypokaliæmi, hyperurikæmi	Svimmelhed, Gl-symptomer, bradykardi, palpitationer Svøvnproblemer, impotens, Raynaud Diabetogen effekt Generelt mange	Elektrolytforstyrrelser Forhøjet S-urat eller P-kreatinin Dehydrering Hypertiglyceridæmi	Spirix: Gynækomasti Diaré, dyspepsi, impotens	
Kontraindikationer	Tidl. angioneurotisk ødem v. ACE-I eller AT2 ant. beh. Aliskiren beh. hos DM-ptt. eller ptt. med GFR<60ml/min. Beh. med sacubitril eller valsartan	Tidl. angioneurotisk ødem v. ACE-I eller AT2 ant. beh., Aliskiren beh. hos DM-ptt. eller ptt. med GFR<60ml/min. Stærk nedsat leverfunktion og/eller kolestase	Hjertesygdom (se pro.medicin) Svær overfølsomhed overfor andre calciumantagonister	Stærk nedsat nyre- og leverfunktion, Addisons sygdom, ulcerationer i eller obstruktioner af GI-kanal, alvorlige elektrolytforstyrrelser, allergi overfor thiazider	Claudicatio intermit-tens, hjertesygdom (se pro.medicin) Svær astma eller KOL Diabetes mellitus: risiko for hypoglykæmi (obs svedtendens)	Dehydrering (ældre) Alvorlig hypokaliæmi eller hyponatriæmi, dehydrering, allergi overfor loop-diuretika pga. risiko for krydsallergi (Latent/Manifest DM, arthritis urica)	Hyponatriæmi, hyperkaliæmi, Addisons sygdom, porfyri	GI- eller øsofageal obstruktion, stærk nedsat leverfunktion
Virkningsvarighed	24 timer	Mindst 24 timer	Mindst 24 timer	12-18 timer	Mindst 24 timer	4-8 timer	24 timer	24 timer
Kombination med	Thiazid Corodil Comp (ACE-I og thiazid), obs yngre (risiko for hudkræft)	Thiazid, og derefter calciumantagonister	β-blokker eller ACE-I ikke effektiv med thiazid	AT2 ant. eller ACE-I	Thiazid	Thiazid til korrektion af hypokaliæmi	Sammen med thiazid som kaliumbesparende	
Interaktioner	NSAID (hæmmer den BT-sænkende effekt)	NSAID (se ACE-I) Kalium(besparende diuretika): øger K	Simvastatin > 20mg Grapefrugtjuice (øger mængden af Ca-ant.)	NSAID (hæmmer den BT-sænkende effekt)	NSAID (hæmmer den BT-sænkende effekt)	Digoxin (virkning forstærkes af digoxin)	Forsigtighed ved kombi m. ACE-I eller ANG II rec. ant.	Alkohols virkning forstærkes. Undgå samtidig anticykliske antidepressiva.
Andet	Hvis S-kreatinin stiger >30 %: mistænk nyrearterienose og seponér eller nedtrap		Effektiv som monoterapi	Ringe effekt ved eGFR < 15-20 ml/min.	Aftrapning over 1-2 uger (undgå seponeringssyndrom/forværring i iskæmisk hjertesygdom)	Obs husk kaleorid!	Aftrapning ved seponering	

Behandling af essentiel hypertension hos voksne

- Start med et præparat i lav/middel dosis afhængig af BT (ved Psys > 170mmHg og/eller Pdia > 100mmHg kan startes i middeldosis). Førstevalgspræparat er ACE-inhibitor, AT2-antagonist, calciumantagonist eller thiazid. Øg evt. dosis eller tillæg ekstra præparat ved opfølgning. Gå aldrig op i max dosis; så hellere tillæg et andet præparat, hvis fortsat forhøjet BT.
 - Som tommelfingerregel kan man øge ACE-inhibitorer og AT2-antagonister til maxdosis, inden man tillægger andet præparat, mens man holder lavt på de øvrige.
- Ved behov for kombination med 3 stoffer: ACE-inhibitor/AT2-antagonist + calciumantagonist + thiazid
- Tillæg en β-blokker (ikke Atenolol). Evt. konfrer med kardiolog først.
- Tillæg en α-blokker (fx Doxazosin) eller en aldosteronantagonist (fx Spirix)

Præparat	Dag 1	Opfølgning (med hjemme BT)	Evt. tillæg
Ramipril (ACE-inhibitor)	5 mg (ældre: 2,5 mg)	Efter 3-4 uger Bl.pr. (S-kreatinin, elektrolytter) + hver 3.-6. mdr. det første år, herefter hver 6.-12 mdr. Hvis BT ikke er faldet tilstrækkeligt: øg til 10 mg	Thiazid
Enalapril (ACE-inhibitor)	10 mg	Efter 3-4 uger Bl.pr. (S-kreatinin, elektrolytter) + hver 3.-6. mdr. det første år, herefter hver 6.-12 mdr. Hvis BT ikke er faldet tilstrækkeligt: øg til 20 mg (evt. op til max 40 mg)	Thiazid (evt. calciumantagonist)
Losartan (AT2-antagonist)	50 mg	Efter 3-4 uger Bl.pr. (S-kreatinin, elektrolytter) + hver 3.-6. mdr. det første år, herefter hver 6.-12 mdr. Hvis BT ikke er faldet tilstrækkeligt: øg til 100 mg	Thiazid (evt. calciumantagonist)
Candesartan (AT2-antagonist)	8 mg	Efter 3-4 uger Bl.pr. (S-kreatinin, elektrolytter) + hver 3.-6. mdr. det første år, herefter hver 6.-12 mdr. Hvis BT ikke er faldet tilstrækkeligt: øg til 16 mg (evt. op til max 32 mg)	

kan bruge i vores instruks i min praksis – men hvorfor ikke også i andres? Eller hvorfor ikke bare dele disse ”guldskatte” med andre uddannelseslæger, som står i samme situation?

I Møllegade Lægehus i Sønderborg prioriterer vi uddannelse højt – både blandt lægerne, men også personalet, og der bliver jævnligt undervist og delt viden mellem kollegerne. Ligeledes er vi også med i flere udviklingsprojekter, f.eks. inden for diabetes og rygestop. Dette er alt sammen for at øge kvaliteten af det arbejde, som vi hver især udfører.

Derfor er jeg heller ikke den første uddannelseslæge, som har været i gang med et projekt i lægehuset. En af mine kolleger har allerede sammen med en tidligere uddannelseslæge lavet en instruks for børneundersøgelse og graviditetsundersøgelse, som kan findes på DSAM's hjemmeside, og som blev udgivet i Practicus i november 2020. Men hvorfor ikke lave en egentlig ”instruks-boks”, så vi kan udveksle viden og derfor ikke behøver at starte forfra med de samme problemstillinger hver gang? Det kunne f.eks. være via den nye Vidensbanken, som DSAM for relativt nylig har præsenteret?

Det vil kunne lette overgangen til almen praksis ifm. opstart og generelt i en uddannelsesstilling i praksis. //

Kære Malene Ladefoged

Vi i DSAM hilser dine gode tanker og din ide om et kvalitetsprojekt velkommen. Det er dejligt at mærke din entusiasme og energi omkring arbejdet i almen praksis - som ganske rigtigt er bredt. Du har givet ret i, at trods mange forskellige kilder til viden og information, så kan det - nok ikke mindst for en ung uddannelseslæge - være svært at finde helt specifik viden, når man lige står og mangler det i en travl dag i praksis.

Vi har heldigvis flere gode opslagsværker, som vi nok alle bruger mere eller mindre. For vi er generalister, og vi skal have og bruge meget viden. Så videnssøgning er en vedvarende proces.

En måde at komme videre på kunne være at lave et projekt, hvor du undersøger mere om behovet for din ide om ”instruks-boks”, og det er da oplagt, at et sådant projekt skal med i Vidensbanken i DSAM. Så er der et godt grundlag at arbejde videre ud fra. Held og lykke med det.

Venlig hilsen Marianne Dam Lentz og Christina Kjerulf
DSAM's bestyrelse