



NORDISK KONGRES:

Keynotes kredsede om kerneværdier og pejlemærker

De nordiske lande har fælles almenmedicinske pejlemærker. Vi skal efterleve dem. Ellers svigter vi de mest trængende patienter. Det var budskabet i fire keynotes ved nordisk kongres.

Svenske, norske, finske, islandske og danske almenmedicinere i alle aldre, regionspolitikere, kommunalfolk og politikere fandt hinanden den 11.-14. juni 2024, hvor nordisk kongres blev afholdt i Turku. Temaet var almen praksis som fundamentet i sundhedsvæsenet og respekt for kerneværdierne.

Stemningen var god. Stærk. Det var tydeligt, at vi har nogle helt grundlæggende fælles værdier. Som kongressens tema antyder, er almen praksis fundamentet for sundhedsvæsenet i alle de fem nordiske lande. Mange af de danske deltagere var optaget af Sundhedsstrukturkommissionens

udspil, som netop var kommet dagen før – og det emne blev diskuteret heftigt!

Marjukka Mäkelä, professor emeritus, fra Finland bød velkommen og åbnede kongressen. Herefter kom danske Roar Maagaard, præsident for NFGP, på scenen, inden to fantastiske finske damer sang og spillede tre folkesange for os – på gamle traditionelle finske instrumenter. Meget gribende.

Det følgende program bød på en række keynote-forelæsninger, som spejlede de syv pejlemærker for almen praksis. Jeg har her udvalgt fire af dem, som rykkede mest ved vores vaner og dogmer. Og hvor der var en del at tænke over.

Variationer af normalitet

Hálfðán Petursson, ph.d. i sundhedsvidenskab, fra Island holdt en interessant forelæsning om, hvordan vi begrænser overdiagnostik. Han tog udgangspunkt i **pejlemærke 2**: Vi finder og behandler de syge, og lader de raske være raske.

Han pointerede, at vores gatekee-

perrolle er under pres; der er trængsel ved lågen. Sortering (ved lågen) er en af de vigtigste opgaver i almen praksis. Men vi har begrænsede muligheder for gatekeeping, når patienternes krav er urealistiske, og vi mangler støtte fra myndighederne.

Vi kan overveje, om gatekeeperrollen kan kommunikeres tydeligere til borgerne, og om den generelle viden om sundhedsvæsenets opgaver kan forbedres. Måske er det ikke altid nødvendigt at gå til lægen eller kontakte lægevagten? Noget kan man måske klare selv? Er man "patient" eller "kunde" hos lægen?



Hálfðán Petursson
Pejlemærke 2: Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske.
Foto: Hannu Aaltonen.



Han kom også ind på det stigende antal recepter, der udskrives på anti-depressiv medicin og ADHD-medicin. Vi ser øgede udgifter til sundhedsvæsenet, men ressourcerne bruges måske ikke klogt og flytter ikke altid sundhed.

Hálf dán Petursson reflekterede over begreber som overdiagnosticering, dvs. at identificere et problem, der sandsynligvis ikke vil udvikle sig til sygdom, og overdefinition, som er en udvidet sygdomsdefinition, hvor en risikofaktor bliver til en sygdom. Der er variationer af normalitet. Og det skal vi være opmærksomme på. Lavere tærskelværdier for visse risikofaktorer øger sygeligheden, og det fører til mere behandling. Bogen "Selling sickness" af Ray Moynihan og Alan Cassels beskriver, hvordan medicinalfirmaer sælger sygdomme og gør os til patienter eller i hvert fald til medicinbrugere.

Et andet problem i samme boldgade er overdetektion. Hálf dán Petursson fortalte om cancer-"epidemien" i Korea, hvor stigende screeningstilbud førte til overdiagnostik, men ikke højere dødelighed i befolkningen. Heldigvis kom han også med gode forslag til, hvad vi kan gøre ved det.

Det kræver en kulturændring, hvis befolkningen skal tage bedre vare på sig selv og hinanden. Der skal flere indsatser til i stil med Vælg Klogt eller den internationale pendant Choosing Wisely. Og så skal vi læger prioritere res-

sourcerne. Det er ikke myndighedernes ansvar alene. Almen praksis skal lede vejen og afklare, hvad der er vigtigt for patienten, og vi skal agere efter det. Det er vi gode til. Her ligger styrken i vores faglighed. Vi kan prioritere, fordi vi kender patienten. Vi kan sikre kontinuiteten i patientens forløb i samarbejde med kolleger fra andre specialer. Hvis myndighederne giver os lov.

En flod af forebyggelse

Minna Johansson, praktiserende læge i Uddevalla, Sverige, holdt en blændende forelæsning om **pejlemærke 3**: Vi giver mest til dem, som har størst behov.

Denne forelæsning forsøgte at gøre lidt op med vores vanetænkning og fokus på forebyggelse. Måske har forebyggelse taget overhånd? Hvem bliver prioriteret? Vi kan spørge os selv, hvorfor guidelines kræver så meget af vores tid og ressourcer.

Sundhedsvæsenet kan ses som en flod. Oppe af floden foregår forebyggende behandling af raske mennesker, der måske udvikler tegn på kronisk sygdom, hvis vi leder grundigt nok, sætter barren lavt nok. Og leder efter præ-tilstande. Men det flytter ikke meget sundhed.

Nede i flodens delta drukner de alvorligt syge, de akut syge og de akut tilskadekomne. Jo længere vi bevæger os op ad strømmen, jo flere læger

HOVEDBUDSKABER FRA KONGRESSEN

- Kurven knækker nu.
- Vi får ikke mere sundhed for penge, selvom der bruges flere sundhedskroner.
- Vi skal prioritere og spare på ressourcerne i almen praksis.
- Mere er ikke altid bedst.
- Vi skal stille mod et bæredygtigt sundhedsvæsen.

og mere sundhedsvæsen har vi brug for. Nærmest hele befolkningen er vores patienter. Og jo mere tid vi bruger på dem med milde symptomer, hvor intervention kun flytter meget lidt sundhed, jo mindre tid er der til dem i deltaet, der er længere væk.

Stærke kræfter presser på for at reducere grænseværdier for f.eks. blodtryk, kolesteroltal, hgbA1c. Lavrisikofaktorer ved kroniske sygdomme lægger beslag på mere og mere af vores tid. Men hvor meget sundhed flytter vi?

Beregninger viser, at hvis vi skulle følge alle anbefalinger og guidelines, ville det kræve en hel del flere praktiserende læger, sygeplejersker og ikke mindst arbejdstimer. Som vi ikke har.

Ensomhed og fedme er nu en "epidemi". Som praktiserende læger skal vi håndtere disse tilstande og finde dem, der er i risiko for at udvikle disse tilstande og flere andre lignende. Spørgsmålet er, om det er en god idé at gøre sundhed og forebyggelse af risiko til hele meningen med tilværelsen. Skal vi synge, danse og være sammen med andre for at sænke vores blodtryk og kolesteroltal? Eller skal vi gøre det af lyst og for at leve det liv, som vi er skabt til?

Minna Johansson anbefalede, at vi fokuserer ressourcerne på patienterne i nedstrømmen: de akut syge, de



Minna Johansson
Pejlemærke 3: Vi giver
mest til dem, som har
størst behov.
Foto: Hannu Aaltonen.



Tuire saloranta
Pejlemærke 4: Vi skaber
en dialog, der fremmer
sundhed hos den enkelte.
Foto: Hannu Aaltonen.

svært syge – dem, der risikerer at drukne i deltaet; dem, der har mest behov for vores hjælp.

Se patientens samlede situation

Tuire Saloranta, praktiserende læge i Finland, holdt en spændende forelæsning om personcentreret omsorg med afsæt i **pejlemærke 4**: Vi skaber en dialog, der fremmer sundhed hos den enkelte.

Hun kom med mange fine betragtninger om, hvordan vi kan yde engageret, professionel og respektfuld interesse i patientens samlede situation, mens vi hjælper med at finde de mulige sammenhænge mellem symptomer og de samlede påvirkninger og belastninger, der leder til sygdom.

Vi skal gøre det for patienten, men også for at passe på os selv som behandlere – for at styrke vores modstandskraft og holdbarhed på den lange bane og prioritere vores eget velvære.

Tuire Saloranta nævnte den velkendte figur med de tre mennesker, der kigger ind over plankeværket, og minder os om at lighed (equality) og ens tilbud ikke altid er retfærdighed (equity).

Vi skal se på patientens behov – ikke systemets behov. Vi skal sørge for at give flest ressourcer til dem, der har mest behov. Vi skal rumme patientens frygt og behov. Vi skal dele behandlingsansvaret med patienten

selv, når patienten kan det. Og så skal vi kunne rumme egen uperfekthed som behandler. På den måde kan vi fremme sundheden hos den enkelte og udnytte de tilgængelige ressourcer bedst muligt.

Fokus på store jokere

Juho Saari, professor i sundhedsvidenskab, Tampere, Finland, holdt en fin forelæsning om livskvalitet og skjulte hierarkier. Den tog afsæt i **pejlemærke 6**: Vi tager ansvar lokalt, tværfagligt og tværsektorielt.

Han argumenterede for, at skjulte hierarkier i samfundet har meget stor indflydelse på modtageligheden for sygdom og dermed på sundhedstilstanden i befolkningen, og at social belastning, traumatiske oplevelser, manglende ressourcer samt økonomisk/social/politisk ulighed øger modtageligheden for sygdom.

Han fremhævede en række faktorer som de helt store jokere i sundhedsvidenskaben, fordi de har meget stor betydning for sundheden – også i langt højere grad end de faktorer, som vi traditionelt anser som betydningsfulde for sundhed (f.eks. KRAM-faktorerne): social status, selvurdering, selvrespekt, manglende succesoplevelser i tilværelsen, begrænsede kognitive og sociale ressourcer, manglende evner til at planlægge og sætte mål i tilværelsen, ensomhed, fedme.

Det er faktorer, som vi skal give lige så meget opmærksomhed som de traditionelle risikofaktorer som kost, alkohol og motion, når vi skal være læger for borgerne i det moderne samfund.

På gensyn i 2026

Tak for en spændende kongres og gode dage i Turku. Vi ses i Jönköping, Sverige, i 2026! //

HVOR KOMMER DELTAGERNE FRA?

- Finland: 633
- Danmark: 196
- Island: 72
- Norge: 61
- Sverige: 58
- Andre lande: 60
- I alt: 1.080 deltagere fra 22 lande



Juho Saari
Pejlemærke 6: Vi tager
ansvar lokalt, tværfagligt
og tværsektorielt.
Foto: Hannu Aaltonen.