

Practicus

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



Marts 2022
45. årgang // 259

FOKUS PÅ PROFESSIONSETIK UDDANNELSE DIAGNOSEKORTET RKKP



Mindfulness, side 28

Nyt spørgeskema forbereder patienten på dialog om medicin, side 31

FYAM-kolumnen: Når tvivlen kommer, side 40

INDHOLD

// s. 8

professionsetik



LEDER

- 3 Etikken har trange kår

DSAM

- 4 DSAM's ordførere er godt i gang med pressearbejdet
5 Nye ansigter i DSAM's sekretariat
6 Bestyrelsens klumme: Tanker fra praksis
8 Hvem er vi? Og hvad er vores opgave?
9 Årsmøde 2022: Status og drømme
10 Regeringsforslag har ligget i skrivebordsskuffen i 10 år
13 Nu kommer Diagnosekortet
16 Quo vadis, RHKP?

ARTIKLER

- 19 Vægtneutral sundhed – hvad er det?
22 Østrogenbehandling og kardiovaskulære risici ...
24 KOL og smerter – et overset problem?
26 Urinvejsinfektioner hos plejehjemsboere
28 Mindfulness: Evidensbaseret forebyggelse og behandling ...
31 Nyt spørgeskema forbereder patienten på dialog om medicin
34 Hvad kan vi bruge sclerosehospitalerne til?
37 Hippokrates-programmet mangler værtspraksis ...

FYAM

- 40 Når tvivlen kommer
42 FYAM's fundament finpudses

SAMS

- 43 Follow-up efter SAMS-årsmødet

DEBAT

- 44 Kvalitetssikring og vidensudveksling
46 Det er vigtigt, at vi påtager os fagrelevante opgaver
48 Tanker fra stolen: Hvad er afgørende for virket i stolen?
50 Lægens bogstaver: Fastelavnsbollen i kuverten

BØGER

- 51 Relationer i sundhedsvæsenet

OPSLAG

- 7 WONCA-Europe kongres 2022
18 PLU-fonden, ansøgningsfrist
52 Nordisk Kongres 2022, Stavanger



PRACTICUS UDGIVES SOM MEDLEMSBLAD TIL MEDLEMMER AF DSAM

Stockholmsgade 55
2100 København Ø
Tlf. 7070 7431
www.practicus.dk

ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR

Ellen Louise Kristensen
redaktoer@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR

Jonas Fynboe Ebert
jonasebert@dsam.dk

REDAKTIONSSEKRETÆR

Annette Scharff Gehrs
asg@dsam.dk

NÆSTE NUMMER

Nr. 260
Frist for artikler: 21. marts 2022
Udgivelsesuge: 22

Nr. 261
Frist for artikler: 1. juli 2022
Udgivelsesuge: 36

MANUSKRIPTER SENDES TIL

practicus@dsam.dk

CITAT

Tilladt med kildeangivelse

LAYOUT/TRYK

Jørn Thomsen Elbo A/S
Essen 22, 6000 Kolding
www.jto.dk

FORSIDEFOTO

Colourbox/NP

OPLAG

4.900

ISSN: 0109-2235

dsam
Dansk Selskab for Almen Medicin

Etikken har trange kår

I dette nummer af Practicus finder du et udkast til en professionsetik for praktiserende læger. Foran os ligger spændende drøftelser og ventur. Målet er at skabe et fælles dokument, som definerer de praktiserende lægers værdier og etik.

Der er god brug for det. Vi møder hele tiden faglige problemstillinger, som også har en professionsetisk vinkel.

Tag for eksempel debatten om, at apotekerne skal kunne ordinere medicin til patienterne, uden at der har været en læge involveret. En smålig magtkamp om markedsandele? En faglig disput? En etisk diskussion? En apotekerforening, som i godhed gerne vil hjælpe og aflaste de travle læger?

"Det, der ikke er svært, skal være nært". Den sætning husker mange nok fra de politiske debatter op mod folkevalget i 2019. Måske har apotekerne lånt fra den tankegang og glemt armslængdeprincippet: Ordination og salg af lægemidler skal holdes adskilt. Det er et godt princip, som også forebygger forkert behandling og overbehandling. Og det er en sikkerhed for patienten.

For sagen er jo, at det nære godt kan være svært. Og når noget er svært og måske får en udgang, som ingen havde forventet, så er det godt, at der er en ekspert i det nære og svære til stede.

For nogle år siden kom en af mine unge patienter i klinikken til kontrol for symptomer, som hun og jeg først troede var en underlivsinfektion, måske klamydia. Hun havde

de haft klamydia før. Hun blev testet, og testen var negativ. Hun blev også undersøgt for andre sygdomme. Hun havde cancer. Udredningen tog fire uger. Jeg ville ønske, at jeg havde gjort det noget hurtigere, men jeg spekulerer på, om (forskellige) apoteker kunne have fundet ud af det hurtigere? Næppe.

Kendskabet til patienten er vigtigt. Vi har forskning fra almen praksis, der peger på præcis det. Nogle gange er virkeligheden ikke, som den ser ud til – og det skal man være ekspert for at kunne se.

Det, som kan aflaste os, er derimod, at der bliver indført generisk ordination, at vi slipper for restordreproblematikker, at vi ikke skal tælle piller i pakker men i behandlingstid, at ordinationerne forsynes med navn på den behandlingsansvarlige læge eller afdeling, og at administrationen af dosisdispenseringen forbliver en sag mellem patienten og apoteket. Så kan vi få tid til at behandle patienterne. Også dem, der bare har klamydia. //



Lederen skrives på skift af chefredaktør og FYAM-redaktør. Lederen er et udtryk for skribentens holdning og udtrykker ikke nødvendigvis DSAM's holdning.

KLUMME OM KOMMUNIKATION OG PRESSE:

DSAM's ordførere er godt i gang med pressearbejdet



I DSAM er der altid nok at se til på pressefronten, og i det nye år er travlheden ikke blevet mindre. Flere af de nye medlemmer af bestyrelsen har kastet sig ud i den ædle disciplin, det er at gennemføre et interview med en journalist, tilrette citater og udkomme i en avis eller magasin.

Alle bestyrelsesmedlemmer har et ordførerskab, og det vil som regel være

det, interviewet handler om. For nogle er det nyt at tale med journalister, andre har prøvet det før. Helt grundlæggende skal der altid en smule mod til at stille op til interview, men det lønner sig, fordi vi får spredt de almenmedicinske synspunkter i samfundet. Tilbage meldingen fra de journalister, som ringer ofte, er, at DSAM har en tydelig stemme i mediebilledet, er tilgængelige og taler fagets og medlemmernes sag.

Ikke specialist i alternativ behandling

For nylig deltog Marianne Dam Lentz (ordfører: uddannelse) i en artikel om alternativ behandling til Ulykkes-PatientForeningens medlemsblad. Historien handler om, hvordan patienten kan sparre med sin læge, når valget kommer på alternativ behandling. Marianne og jeg talte præmissen for historien igennem før interviewet, og her var det vigtigt at få forklaret journalisten, at lægegerningen har rod i den vestlige medicinske tradition, og at lægen derfor ikke kan kvalificere den alternative behandling, fordi der ikke er medicinsk evidens for virkningen. Historien landede et godt sted efter nogle tilretninger af citaterne.

Professionsetik er på vej

Niels Saxtrup (ordfører: Internationalt samarbejde + det nære sundhedsvæsen) har også været i pressen - senest med historien "Praktiserende læger ønsker værn mod værkstedstænkning" i Kristeligt Dagblad. Historien handler om udvikling af en professionsetik i almen praksis, som har til formål at sætte ord på, hvad god lægegerning er i en tid, hvor flere læger oplever, at blikket for det hele menneske er truet. Arbejdet med en professionsetik skal gerne munde ud i et fælles dokument, der kan fungere som etisk pejlemærke for lægerne.

Også Daniel Kaminski Rotenberg (ordfører: medicinområdet) og Søren Due-Andersen (ordfører: ulighed) har været i pressen med hhv. en artikel i Medicinske Tidsskrifter om diabetesområdet og Dagens Medicin vedr. den ny overenskomst, som trådte i kraft ved årsskiftet. Her følger der særlige ydelser for borgere på bosteder med nedsat funktionsevne og borgere med psykisk sygdom. Du finder artiklerne i DSAM i pressen på hjemmesiden.

Det er positivt, at bestyrelsen er kommet godt i gang i pressen. Det giver et stort almenmedicinsk vingefang i medierne, når der er flere talpersoner, og det styrker selskabet udadtil. //





Nye ansigter i DSAM's sekretariat

Lægefaglig konsulent

DSAM har pr. 1. januar 2022 ansat Anders Beich som ny lægefaglig konsulent (vejledningsredaktør). Anders er selvfølgelig ikke et nyt ansigt i DSAM qua hans tidligere funktion som formand for selskabet, og det betyder, at han har et rigtig godt kendskab til selskabets struktur og funktioner og til de andre aktører, der udarbejder vejledninger og anbefalinger.

Anders' opgaver som lægefaglig konsulent bliver bl.a. at sikre retning for og støtte til vejledningsgrupperne med afsæt i politikpapiret på området og bestyrelsens beslutninger. Herudover at arbejde for bestyrelsen med at søge på og vurdere videnskabelig litteratur på aktuelle områder, der er væsentlige for selskabet at tage stilling til og

formidle. Anders vil også repræsentere selskabet i diverse arbejdsgrupper og i pressen.

Studentermødjhjælper

DSAM har pr. 17. januar 2022 ansat Mie Christiansen som ny studentermødjhjælper. Mie skal hjælpe sekretariatet med mange forskellige opgaver – alt fra kommunikationsarbejde, skriveopgaver og research til pakning, lagerstatus og andet administrativt arbejde.

Mie er bachelorstuderende i film- og medievidenskab på Københavns Universitet. Forud for dette færdiggjorde hun sidste sommer en to-årig erhvervsuddannelse i multimediedesign på Københavns Erhvervsakademi. //





Af: Søren Due-Andersen, medlem af DSAM's bestyrelse med Ulighed i Sundhed som ordførerskab, praktiserende læge og praksiskonsulent i Stevn Kommune - sdueandersen@gmail.com

BESTYRELSENS KLUMME:

Tanker fra praksis – optakt til sundhedsreform

Hvordan binder vi almen praksis, kommunerne og sekundærsektoren sammen i fremtidens sundhedsvæsen? Den demografiske udvikling og det begrænsede antal tilgængelige fagpersoner gør det svært.

Vi skal vise hinanden tilid og respektere hinanden, men vi skal og må også finde grænser og prioritere.

Borgernært og primært er almen praksis og kommunerne. Kommunerne har traditionelt haft samfundsorienterede opgaver, f.eks. rygestop til almenbefolkningen og genoptræning af borgere efter indlæggelse, men de har fået flere og flere individuelt orienterede opgaver, f.eks. for at undgå indlæggelse eller i forbindelse med aflastningspladser og hjælp i hjemmet til sårbare borgere.

Sygehusene tager sig af de mere specialiserede behandlinger, indlæggelser og ambulante behandlinger. Trods en ældre befolkning planlægges færre og færre sengepladser, og mange indlæggelser bliver efterhånden ultrakorte.

Almen praksis har traditionelt henvendt sig til den brede befolkning – men på individniveau.

Nu tager sygeplejersker hjem til borgere fra sygehusene. Hjemmeplejen har svært ved at nå omkring alle de mange borgere, som har behov for pleje i eget hjem. Almen praksis passer plejehjem og akutpladser hos kommunen. Hjemmeplejen sender billeder og video til almen praksis og sygehusene i sårbehandlingen. Almen praksis forventes også at servicere med medicinudskrivning for alle.

Sygehusene udskriver patienter med forslag om opfølgning i almen praksis, og store patientgrupper udflyttes til almen praksis (f.eks. KOL og DM-2).

Det er 20.000 læger på sygehusene og 3.500 i almen praksis – næsten ingen i kommunerne. Vejledninger er opskrifter på udredning og behandling af sygdomme, men det skal passe til populationen, og patienten skal også tages med på råd. Mange ældre orker eller ønsker ikke en masse udredning for en sikkerheds skyld eller blot for at få en diagnose uden behandlingsmæssige konsekvenser. Udviklingen i det nære sundhedsvæsen dikteres i stor udstrækning af overenskomster med de relevante aktører – men uden central styring. Hvor er Sundhedsstyrelsen henne i udformningen af væsenet?

Den anden dag var jeg på vagt på Roskilde Sygehus. Man sidder i akutmodtagelsen, som dog ikke modtager akutte patienter, da Roskilde Sygehus ikke er defineret som et "akutsygehus" i Region Sjælland. De patienter, som ikke fejler noget alvorligt eller kan klares med en recept og så hjem, klares fint. Men hvor er det frustrere-

Hvor er
Sundhedsstyrelsen
henne i udformningen
af væsenet?



rende at være læge for den syge diabetespatient, som skal indlægges på Køge Sygehus for et akut abdomen, og hvor familien må vælge, om de selv vil køre de 21 km eller vente på ambulancen, som jeg tilbyder at bestille. Politikerne i Region Sjælland har valgt at tilfredsstille de mange, som ikke er særligt syge. I stedet må de syge lide under at blive sendt rundt i regionen. Indtil supersygehusene står klar, vil vores regering oprette nærhospitaler, som heller ikke vil kunne hjælpe de mest syge. Er politikerne opgaven voksen? Eller søger de flest stemmer på populistiske løsninger?

Sygehusene må udskrive og foreslå opfølgning, men almen praksis kan ikke henvise uden risiko for afvisning af patienter – bortset fra akutte indlæggelser, som indtil videre ikke bliver afvist, før patienten fysisk er blevet set.

Er vi ved at opbygge et sundhedsvæsen for kun de stærke (og raske) og ikke for de svageste?

Vi bør respektere uddannelse og dermed de autoriserede personer i fagene. Her vil DSAM forsøge at gøre sit bedste for den postgraduate uddannelse af speciallæger i almen medicin.

Lad os sammen rådgive og vejlede

Er vi ved at opbygge et sundhedsvæsen for kun de stærke (og raske) og ikke for de svageste?

beslutningstagere i vores sundhedsvæsen, når den næste reform skal udformes.

Forvirret? Ja sikkert, men jeg er nu også spændt på, hvordan vi sammen løser de store udfordringer. //

**INNOVATING FAMILY MEDICINE
TOGETHER FOR A SUSTAINABLE FUTURE**

LONDON
WONCA2022
27TH WONCA EUROPE CONFERENCE

**28 June – 1 July
2022**
ExCel London

Wonca
 Royal College of General Practitioners
 GUARANT

www.woncaeurope2022.org
[#wonca2022UK](https://twitter.com/wonca2022UK)



Af: Niels Saxtrup, praktiserende læge og medlem af DSAM's bestyrelse, Marianne Dam Lentz, praktiserende læge og medlem af DSAM's bestyrelse, og Benny Ehrenreich, praktiserende læge og medlem af DSAM's repræsentantskab - saxtrup@dadlnet.dk



Hvem er vi?

Og hvad er vores opgave?

Så landede endnu en opgave, som er gledet fra sygehusene over på vores bord. Og så kom der endnu en lov eller retningslinje, der er svær at overholde, hvis ikke der skal gå tid fra patienterne. Og hvordan er det lige, at vores ydelser er skruet sammen? Kender du det? Det gør vi vist alle.

Og det er baggrunden for, at vi i vores efteruddannelsesgruppe, Præstøgruppen, for et par år siden satte os for at drøfte, diskutere og definere: Hvem er vi som praktiserende læger? Og hvad er vores opgave? Med andre ord kunne man kalde det en professionsetik – et dokument, der definerer vores værdier og etik, og som hjælper os, når vi har brug for at tage stilling til valg og fravalg. Hvad kan vi være med til? Hvad er en naturlig opgave for os? Undervejs har vi brugt mange timer, og vi har sparret med hinanden, filosoffer og folk "udefra".

Det er vores håb, at det at have en fælles professionsetik kan skabe en arbejdsglæde og stolthed både hos den enkelte, men også hos flokken, som vi er en del af. Det er en professionsetik for den praktiserende læge,

men alle kan læse med: kommende speciallæger i almen medicin, forskere, almenmedicinere i administrative funktioner, pensionerede læger – og selvfølgelig også dem, der ikke er læger, for det er dem, vi er læger for.

Vi har gjort os nogle foreløbige tanker, og det er det, som er med i folieringen sammen med dette nummer af Practicus. Dokumentet har været drøftet på et bestyrelsesmøde i november 2021, og det blev besluttet, at dokumentet kan ses som et baggrundsdokument for den videre drøftelse i selskabet.

Alle har mulighed for at kommentere. Skriv blot til dsam@dsam.dk. Så tager vi dit input i betragtning, når vi løbende opdaterer dokumentet.

Vi hører gerne fra dig inden den 1. maj 2022.

Vi forventer at lancere en færdig udgave af dokumentet senere på året.

I sidste ende forventer vi en endelig behandling af det i DSAM, således at det kan være et officielt dokument fra vores fagvidenskabelige selskab.

DSAM's bestyrelse har besluttet, at professionsetik skal være et tema på DSAM's årsmøde 2022 under navnet "Den praktiserende læge – status og drømme". Ligeledes bliver dele af professionsetikken et tema på Lægedage 2022; det egner temaet sig måske i grunden også bedst til. Det er, når vi mødes i forsamlinger og fællesskaber, hvor snakken går, at vi for alvor udvikler os. Derudover håber vi, at vi også kan få oprettet en klyngepakke med udgangspunkt i professionsetikken.

Et dokument om vores faglige virke giver bedst mening, når det drøftes, diskuteres og debatteres.

Vi håber, I vil læse og respondere. God fornøjelse! //

Professionsetikken hjælper os, når vi har brug for at tage stilling til valg og fravalg. Hvad kan vi være med til? Hvad er en naturlig opgave for os?

ÅRSMØDE
2022

Praktiserende læge i Danmark – status og drømme

Vi har en af verdens bedst fungerende almen praksis, men vi kan stadig gøre det bedre. Myndighederne stiller krav, og samfundet udfordrer os. Hvilke knapper kan vi selv dreje på for at bevare vores etiske ståsted og fastholde arbejdsglæden? Det skal vi debattere på DSAM's årsmøde 30. september 2022. Reserver allerede nu dagen. Tilmelding åbner 1. maj.

Den enkelte praktiserende læge i Danmark er en af flere tusinde. Men hver lille klinik er en del af et samlet og forbundet netværk, der når ud til landets grænser. Vi er forskellige, og alligevel er vi meget ens. Vi er hver for sig og alligevel sammen.

Glæden ved det daglige kliniske arbejde og mødet med det enkelte menneske er stor. Men udfordringerne står også i kø. Ofte føler vi os som gruppe ikke tilstrækkeligt forstået. Krav fra myndigheder og samfundet kan føles som en belastning og i værste fald være svære at opfylde. Det kan få os til at føle os overbelastede, og det kan få os til at miste glæden og gøre det svært at se meningen med arbejdet.

På DSAM's årsmøde vil vi stille en række spørgsmål til samfundet, myndighederne og hinanden om vores virke: Hvilken retning skal vi tage? Og på hvilken måde? Hvordan skal fremtidens praktiserende læge se ud – set i lyset af omverdenens og egne forventninger?

Det er vigtigt, at vi ikke uddelegerer blindt. Det er vigtigt, at vi står fast på det, vi er rigtig gode til. Det er vigtigt, at vi gør det i lyset af en professionsetik. Vi lærer os op ad det udkast til professionsetik, som du har modtaget sammen med dette Practicus.

I et par af de parallelle sessioner debatterer vi delemler fra professionsetikken, og udbyttet herfra tager vi med som input til en fælles professionsetik for praktiserende læger i Danmark. Andre sessioner byder på emner som lægedækning, drømmepraksissen, supervision, seponering, ultralyd, patientklager, ulighed i sundhed, vejledninger og forskningstræning.

Uanset hvor du er i det almenmedicinske miljø, håber vi, at du har lyst til at deltage, blive inspireret og yde dit bidrag til vores fælles fremtid. //





Regeringsforslag har ligget i DSAM's skrivebordsskuffe i 10 år

Et DSAM-forslag, som danske regioner forkastede for en dekade siden, har fundet vej til regeringens nyeste sundhedsudspil. Forslaget skal løse lægedækningsudfordringer, men var oprindeligt tiltænkt en helt anden dagsorden.

I oktober sidste år var sundhedsminister Magnus Heunicke i flere medier for at præsentere regeringens nye sundhedsudspil "Tættere på II – Sundhed, uddannelse og lokal udvikling", bl.a. med ambitionen om at skaffe flere praktiserende læger i de dele af landet, hvor der er lægedækningsudfordringer.

Et af løsningsforslagene er bl.a. at flytte seks måneder af hoveduddannelsen i almen medicin fra hospitalet til seks måneder i almen praksis. Hvis forslaget bliver vedtaget, betyder det, at speciallæger i almen medicin i fremtiden skal gennemføre størstedelen af deres hoveduddannelse i almen praksis i stedet for på et hospital.

10 år i skrivebordsskuffen

Selvom regeringsudspillet for lægmand er helt nyt, så er forslaget om ændringen i hoveduddannelsen i almen medicin velkendt for DSAM's tid-

ligere formand Roar Maagaard. Faktisk har det ligget i hans skrivebordsskuffe i godt og vel 10 år, før det blev taget op igen, pudset af og af uransagelige veje lagt i embedsværkets hænder i Sundhedsministeriet og herefter implementeret som en vigtig del af regeringens nyeste sundhedsudspil.

De færreste ved, at for 10 år siden blev selvsamme forslag fejlet af bordet af Danske Regioner, og hvordan det hænger sammen, kan du læse i nedenstående. Vi skruer tiden 10 år tilbage, hvor Sundhedsstyrelsen bad samtlige specialer om at revidere deres målbeskrivelser – et arbejde som et uddannelsesudvalg i DSAM og FYAM dengang gik aktivt ind i under ledelse af daværende DSAM-formand Roar Maagaard.

Efter en længere arbejdsproces beslutter Uddannelsesudvalget sig for at fjerne et halvt år fra hospitalstiden og lægge den over i almen praksis, så

i stedet for 2,5 år på hospitalet, blev det to år. Begrundelsen for ændringen var, at kommende praktiserende læger så kunne blive mere forankrede i almen praksis.

"Det var ikke nogen hovsaløsning, som vi bare fandt på. Vi arbejdede med det meget længe og blev enige om, at lægerne kunne blive endnu skarpere på, hvad de skal have ud af deres hospitalstid, fordi de er stødt på det i almen praksis, og altså får en mulighed for at intensivere læringen i hospitalsdelen," siger Roar Maagaard.

DSAM manglede 100 millioner

Sundhedsstyrelsen godkendte første udkast af målbeskrivelsen, som udvalget præsenterede, og dernæst skulle planen implementeres i sundhedsvæsenet. Her stødt man dog på en afgørende udfordring, for når planen skulle indføres praktisk, skulle regionerne involveres. Roar Maagaard hu-



2012: DSAM anbefaler længere
uddannelsesstid i almen praksis for
læger i hoveduddannelsen

sker her tilbage på en kold, våd regnvejrsdag i vistnok november 2012, hvor han, Gunver Lillevang (daværende bestyrelsesmedlem i DSAM), Sundhedsstyrelsen og Danske Regioners uddannelsesansvarlige holdt et møde om de fremtidige ambitioner. Men mødet gik ikke som håbet.

"Her kiggede lederen af uddannelsesområdet i Danske Regioner på vores plan og spurgte så, om jeg havde nogen penge med? For når nu vi gerne ville fjerne et halvt år fra hospitalsdelen og lægge den ud i almen praksis, skulle der penge på bordet. Jeg husker ikke det præcise beløb, men 100-200 millioner, som altså svarede til den lønsum, lægerne ville oppebære, hvis de arbejdede på hospitalet et halvt år," siger Roar Maagaard. De penge havde DSAM desværre ikke. Derfor forblev den del af planen uændret indtil 2021.

Kattelem til regeringen

I regeringspartiets seneste valgoplæg fremlagde de et forslag om at løse læ-

gedækningsudfordringerne ved at give nyuddannede læger en såkaldt "tjenestepligt" efter endt KBU. Tjenestepligten betød, at alle nyuddannede læger skulle tvinges til at arbejde i almen praksis i områder med lægemangel i seks måneder. Et flertal i Folketinget stemte dog forslaget ned i april sidste år efter massiv kritik fra samtlige lægefaglige selskaber.

På et tidspunkt får regeringen brug for en kattelem, da de bl.a. er gået på valg med løfter om at finde løsninger på lægedækningsudfordringerne, og de har ikke noget at sætte i stedet for den stærkt kritiserede tjenestepligt.

"Vi hviskede dem i øret, at vi oprindeligt havde haft det her ønske, og at vi på den måde kunne skabe omkring 150 flere årsværk i almen praksis. Det ville være win-win for regeringen. Derfor måtte jeg tilbage til min computer og hitte forslaget fra 2012 frem, og så må forslaget være havnet hos embedsværket i ministeriet, og de har jo nok set, at det her kunne

være løsningen på deres udfordringer," siger Roar Maagaard og fortsætter:

"Planen var ikke at please regeringen, men den er fundet frem igen for bl.a. at afværge en regeringsdagsorden, som kunne have været fuldstændig ødelæggende for rekrutteringen til faget og specialet. Så hvordan det hele skal udmøntes, vil der være en masse arbejde med i 2022. Det kan være, at der skal være forskellige modeller fra region til region og fra hospital til hospital," siger han.

Men hvad så med de mange millioner kroner? Skulle selskabet stadig have dem med?

Roar Maagaard griner, da spørgsmålet bliver stillet. "Nej, den historie er jo glemt nu. Nu er det jo regeringens penge, der kommer til at betale omlægningen, tænker jeg. Men altså, 100-200 millioner svarer jo kun til 2-3 dages podning, så mon ikke det går," slutter han. //



Kommentar af: Thomas B. Purup, Formand for FYAM, og Maria Dahl Overgaard, Næstformand i FYAM

En mulighed for at øge kvaliteten af hoveduddannelsen – ikke bare flere læger i almen praksis

FYAM finder det meget positivt, at vi får mere tid – der, hvor vi ender som speciallæger. Først og fremmest skal omlægningen medføre et kvalitetsløft til hoveduddannelsen, særligt på sygehusblokken, men flere læger i almen praksis er en sekundær rigtig god gevinst. Hos nogle vil en afkortning af hospitalsblokken

kunne medføre en frygt for ikke at opnå den nødvendige læring, men vi ser snarere omstruktureringen som en mulighed for at rydde op og stille skarpt på vores uddannelsesmål. Fokus skal ligge på mindre vagtarbejde, sikring af relevante læringsmål til senere brug i lægevagten, bedre uddannelse i visitation, flere

og kontinuerlige ambulatorieforløb, flere fokuserede ophold på andre afdelinger og fokus på "hverdagspsykiatrien". Det bliver selvsagt en omvæltning for hospitalsafdelingerne, men det er en investering i vores hoveduddannelse, som til gengæld spiller os skarpe i visitationen og samarbejdet i fremtiden. //



Kommentar af: Lene Marie Ørts, uddannelseslæge i Region Midtjylland

Omlægning af speciallægeuddannelse i almen medicin kræver omtanke

Regeringens seneste udspil vedr. omlægning af speciallægeuddannelsen i almen medicin bør overvejes nøje.

Som sundhedsvæsenet er opbygget i dag, synes jeg, det er nødvendigt med 2,5 års hospitalsuddannelse i vores hoveduddannelse. Det tager tid at få pudset vores specialistviden af. Der er jo sket en rivende udvikling i vores fag bare i de 10 år, jeg har været læge. Men hospitalsopholdet er også essentielt til at skabe en gensidig forståelse for, hvilke udfor-

dringer vi hver især går og bokser med i de forskellige specialer – alt sammen for at forbedre og styrke det tværsektorielle samarbejde på sigt. Så hospitalerne modtager nogle gode og relevante henvisninger, og vores hospitalskollegaer får et indblik i primærsektorens kerneopgaver.

En eventuel forkortelse af hospitalsblokken fra 2,5 år til 2 år vil kræve en omfattende omlægning af vores nuværende ophold. Helt ideelt vil det kræve mere fokuserede ophold

med fokus på at tilegne sig praksis-relevant viden. Det er sundhedsvæsenet ikke klar til at honorere. Det vil bl.a. kræve, at vi har mindre vagtarbejde (indgår mindre i driften) og har mere ambulatoriearbejde (mere uddannelses-tid). Men modellen med kortere ophold vil kræve, at hele sundhedsvæsenet investerer kraftigt i vores uddannelse, (hvilket er en god investering, mener jeg), og det er nok ikke realistisk i det nuværende sundhedsvæsen. //



Nu kommer Diagnosekortet

Et fælles projekt mellem DSAM og PLO skal give bedre overblik over patientens diagnoser og gøre sektorovergange nemmere. Funktionerne er ved at blive afprøvet, og fra slutningen af 2022 kan Diagnosekortet anvendes i alle klinikker, der ønsker det.

Hvordan ville det være, hvis alle den ældre medicinske patients kroniske diagnoser og tilstande var tilgængelige online? Ligesom medicinlisten er blevet det, med Fælles Medicinkort (FMK). Tænk på alle problemer med sektorskift, der kunne mindskes, og på de fejl, der kunne undgås.

Som det er nu, kan det være lidt af et detektivarbejde for os at afdække indikationen for igangværende behandlinger, når en ældre medicinsk patient skifter læge. Der kan også opstå forvirring hos den yngre læge, der modtager en kompleks ældre patient til indlæggelse på sygehuset, eller hos hjemmeplejen, når patienten flytter på plejehjem eller startes op i hjemmepleje. Hvad var det for en blodprop, du havde i 2009? Sad den i hjertet, hjernen, benet eller lungen? Hvorfor er det lige, du får Furix? Er det for hævede ben? Hjertesvigt? Eller blodtrykket? Hvorfor får du fast Pantoprazol? Har du et mavemundsbræk? Har du

haft et farligt mavesår? Eller er der bare ingen, som har overvejet, om du kan undvære det?

Den hofteprotese, du har, er det en metal-mod-metal? Og hvornår blev den egentlig sat i? Var det pga. et brud? Eller var den bare slidt? Det er alt sammen ting, som den ældre medicinske patient sjældent kan svare præcist på.

Et "FMK" for diagnoser

Inspireret af det overblik, som FMK gav os, blev de første spæde skridt til det fælles diagnosekort taget på initiativ af et medlem af DSAM's bestyrelse i årene umiddelbart efter indførelsen af FMK, og initiativet vandt hurtigt tilslutning fra de daværende

formænd for PLO og DSAM, men initialt uden større begejstring andre steder fra.

Fra 2019 kom der skub i sagerne. I samarbejde med MedCom som projektleder har PLO og DSAM igennem de seneste to år arbejdet med at etablere Diagnosekortet. Der har været udført analyser, og pilotafprøvningen har nu kørt så længe, at de få tekniske vanskeligheder, der var, er blevet rettet til. Klinikkerne, der har været med i projektet, har givet mange positive tilbagemeldinger, og nu er løsningen klar til at blive afprøvet i større skala senere i år. Målet er, at alle lægeklinikker har mulighed for at tage kortet i brug ved udgangen af 2022.

Som det er nu, kan det være lidt af et
detektivarbejde for os at afdække indikationen
for igangværende behandlinger.

Diagnosekortet i almen praksis

Patientens journal

Kontinuation	Kontakt

Patientens diagnosekort

Aktuelle diagnoser (ICPC/ICD)	Debut	Slut

Relevante diagnoser (ICPC/ICD)	Debut	Slut

Hvorfor?

Overblik / Diagnosekortet giver dig og dine kollegaer i klinikken et hurtigt overblik over patienten før, under og efter en konsultation.

Dialog / Du kan bruge diagnosekortet i dialogen med patient og pårørende.

Samarbejde / Når du har opdateret diagnosekortet, kan det deles med andre sundhedspersoner i fx kommuner og på hospitaler.

Hvordan?

Du opdaterer patientens aktuelle og relevante diagnoser i dit eget lægesystem.

Du kan bruge diagnosekortet i dit system, som det bedst passer i dine normale arbejdsrutiner.

Fx i tilknytning til patientens kontinuation eller medicin.

Når diagnosekortet er opdateret, kan patienten se det i "Min Læge" app.

01.02.2022 / Side 1

Aktuelle og relevante diagnoser

Patientens kontakter og forløb

Kontakter	Forløb

Patientens diagnosekort

Aktuelle diagnoser (ICPC/ICD)	Debut	Slut

Relevante diagnoser (ICPC/ICD)	Debut	Slut

Hvad er aktuelle diagnoser?

Aktuelle diagnoser omhandler de sygdomme og tilstande, som patienten er **udredt** for, og i **aktuel behandling** for. Det kan være kroniske tilstande, men det kan også være forløb som afsluttes på et tidspunkt.

Et **eksempel**: Diabetes type 2 (T90).

Spørg dig selv: Er dette noget patienten er, eller skal være i behandling for? Det kan godt være andet end medicinsk behandling.

Hvad er relevante diagnoser?

Relevante diagnoser supplerer de aktuelle diagnoser i en **helhedsvurdering** af patienten.

Det omhandler sygdomme eller tilstande, som patienten **ikke** aktuelt er i behandling for.

Et **eksempel**: Tilstand med hofteprotese (L28).

Spørg dig selv: Hvilke sygdomme eller tilstande skal andre sundhedspersoner kende til, som supplement til de aktuelle diagnoser?

01.02.2022 / Side 2

Diagnosekortet er udviklet i samarbejde mellem DSAM, PLO og MedCom, og informationsmateriale er under udarbejdelse.

Diagnosekortet administreres af almen praksis

Selvom det er MedCom, som står for den tekniske side af sagen, er det almen praksis, der styrer Diagnosekortet og afstemmer det i dialog med patienten. Det er meningen, at det skal give et retvisende billede af patientens aktuelle helbredtilstand og tidligere betydningsfulde hændelser, tilstande m.v. Formålet er at forbedre overblikket og kvaliteten i behandlingen, og at dette overblik kan deles med patienten og sundhedspersoner i andre dele af sundhedsvæsenet ved tværsektorielt samarbejde.

Det er dog vigtigt at holde sig for øje, at Diagnosekortet er en mulighed, man ikke behøver at bruge. Hvis man ikke tilmelder sin patient, sker der intet nyt, og man kan arbejde videre som før.

Er man vant til at diagnosekode og bruger et journalsystem, hvor diagnosekoder i forvejen kan registreres som faste diagnoser, kræver det meget lidt at gå over til det nye fælles diagnosekort. Er dette ikke tilfældet, skal der investeres lidt ekstra tid i starten, for at få Diagnosekortet bygget

op og rettet til, idet man skal bestemme sig for, hvilke diagnoser der er løbsdiagnoser og andre relevante diagnoser, hvilke som er uden for kategori, og hvilke som skal privatmarkeres.

Pilotafrøvningen

Pilotafrøvningen har indtil videre ikke tydet på, at patienterne er interesseret i at privatmarkere diagnoser, ligesom de fleste af os har erfaret det med FMK, hvor privatmarkeringer også er en sjældenhed.

Diagnosekortet

Diagnosekortet er en forbedring af de forskellige eksisterende oversigter over diagnoser i lægepraksissystemer. Det giver mulighed for at markere patientens diagnoser i to overordnede kategorier:

- *Aktuelle diagnoser* – dækker over tilstande/sygdomme, som man aktuelt behandler patienten for, eller hvor patienten går til kontrol og typisk også for udskrevet medicin for. Oplagte eksempler er sukkersyge og hjertesygdom, men også mindre alvorlige tilstande som myxødem og blodtryksforhøjelse. I sidste ende er det dig som patientens læge, der udvælger de diagnoser, som bedst repræsenterer patientens aktuelle tilstand og behandling.
- *Relevante diagnoser* - dækker over tilstande, som patienten ikke længere kontrolleres for eller får medicin for, men som fortsat er relevant at kende til som læge. Eksempler kunne være tilstand med hofteleds-protese, tidligere appendektomi eller gestationel diabe-

tes. Igen er der ikke en fast regel for, hvordan du skal gøre det, men nærmere en klinisk vurdering ud fra dit kendskab til patienten.

Derudover er der de privatmarkerede og alle de kategoriserede. Disse to kategorier kan ikke ses af patienten eller andre aktører.

Ingen tvang

Det er vigtigt at være opmærksom på, at hvis man ikke foretager sig noget nyt, sker der intet nyt. Således vil diagnoser hverken blive hentet eller delt, man giver udelukkende patienten selv eller andre sundhedsprofessionelle adgang til at kigge i Diagnosekortet.

Det er vigtigt ikke at bruge diagnosekoder som "Obs-pro", når der tilføjes diagnoser til det fælles diagnosekort, sådan som nogle af os har gjort. Vi bliver nødt til at bruge det ens, for ellers skaber det tvivl hos de andre aktører, som kan se Diagnosekortet. Og hos patienten.

Hvis man er i tvivl om, hvilken kategori en diagnose tilhører, skal man prøve at sætte sig i en forvags, lægevagts eller plejehjemssygeplejerskes sted, eller man kan forestille sig, at der var tale om en ny patient, man fik tilmeldt: Hvad ville være rart at vide, når man møder patienten for første gang?

Målet er at hjælpe patienterne bedre

PLO og DSAM har store forhåbninger om, at Diagnosekortet bliver taget godt imod af klinikkerne, da en høj anvendelse i almen praksis vil kunne mindske sektorovergangsproblemer, øge overblikket i journalen og danne grobund for en række kvalitetsforbedrende tiltag. //

Hvad kan det så?

- Skabe et ensartet overblik over patientens aktuelle og tidligere væsentlige diagnoser systemhuse-ne imellem
- Give patienten automatisk adgang til at se Diagnosekortet, når det markeres i journalen
- Give adgang til at andre sundhedsprofessionelle kan se Diagnosekortet, når det markeres i journalen
- Privatmarkere diagnoser (så de kun ses af egen læge og patienten)



Quo vadis, RKKP?

Kvalitetsarbejde i almen praksis bygger på data, som er genereret fra det kliniske arbejde i sundhedssektoren til RKKP, men indsamlingen af data er udfordret på flere fronter.

Regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) lever sin egen lidt tilbagetrukne tilværelse. Almen praksis er ifølge overenskomsten forpligtet til at levere data til fire databaser. Umiddelbart skulle dette være en enkel operation i en digitaliseret tidsalder, men virkeligheden er en anden.

Projektet er plaget af dårlig data-kvalitet, manglende data og databaseproblemer. Det kan diskuteres, om der kunne være nogle mere grundlæggende årsager til dataproblemerne. Det er for eksempel ikke klart, hvem der er de egentlige brugere af data: administratorer, klinikere, patienter eller forskere? Det er en kilde til indikatorinflation – og dermed også til datainflation.

I november i 2021 afholdt RKKP en konference i Aalborg med godt 600 deltagere, der alle havde berøring med RKKP-arbejdet. Her diskuterede man de overordnede tanker om RKKP-sam-

arbejdet. Desværre blev projektets udfordringer kun sporadisk berørt.

Data til eget brug

Det lyder besnærende, at de enkelte praksis (kliniske afdelinger) leverer data til den centrale RKKP-database, og at man så får sine egne bearbejdede data tilbage, så man kan anvende dem til at optimere det kliniske arbejde. Data skal selvfølgelig anvendes sammen med parallelle data inden for de særskilte områder i sekundærsektoren, så man kan arbejde hen imod en generelt højere kvalitet for de enkelte sygdomskategorier i hele sundhedssektoren og i sektorovergangene.

De sidste par år har almen praksis leveret data til to databaser: KOL og Diabetes. Og det er nu muligt, at den enkelte klinik kan logge på RKKP's data via sit IT-system og anvende resultaterne til egen kvalitetsudvikling. Det er planen, at almen praksis i løbet af de næste to år også begynder at levere data til forløb for henholdsvis hjertesygdomme, astma og depression.

Kvalitetsarbejde i almen praksis

Skribentens egen klynge (klyngen Sydvest) udførte i 2019 et kvalitetsprojekt om diabetes, hvor deltagerne primært indsamlede data via klinikernes egne statistikmoduler. Det var en omstændelig arbejdsproces, som nok kun blev accepteret af klinikkerne på grund af begejstringen over, at

det var vores første projekt som klynge. Et år senere foretog vi en opfølgning af projektet. Her havde vi RKKP-data til rådighed, hvilket gjorde arbejdet meget lettere.

Det var umiddelbart let at få overblik over og udskrive data fra RKKP og at anvende dem til statistisk bearbejdelse.

I løbet af flere møder fik vi i klyngen et godt overblik over egne og fælles data. På baggrund af dette startede nogle meget konstruktive diskussioner om, hvorledes vi i vores klinikker arbejder med vores kronisk syge patienter. Gruppernes diskussioner om data afdækkede meget forskellige kulturer vedrørende kontrol af kronisk syge patienter i de enkelte klinikker. Det var en god kilde til læring og kvalitetsudvikling.

Den primære tolkning og diskussion af data førte videre til et projekt, hvor vi undersøgte årsagerne til, at patienterne ikke mødte op til kontrol for deres kroniske sygdom – et projekt, der koncentrerede sig om, hvordan vi tager os af de mest sårbare af vores patienter.

Og her er vi inde ved kernen i brugen af kvalitetsdata. Data er ikke blot et endimensionalt udtryk for kvalitet. De er udtryk for den kultur og den organisation, der er omkring arbejdet med patienterne i de enkelte praksis. Og kun den enkelte læge og klinik kender denne baggrund og kan på bag-



grund af denne viden eventuelt justere og tilrette egen praksis mhp. at udvikle bedre kvalitet i patientarbejdet i praksis.

Præsentation af data

På konferencen i Aalborg præsenteredes data fra almen praksis på en workshop. Og deltagerne fra sekundærsektoren var imponerede over, hvor overskueligt og pædagogisk data fra almen praksis blev præsenteret. Og man er fra styregrupperne i hospitalssektoren interesseret i at låne teknologi fra almen praksis mhp. at præsentere data overskueligt, aktuelt og klinisk vedkommende. Det er brugen af data i den kliniske hverdag, der har betydning for kvalitetsudviklingen.

Man håber engang i den nære fremtid, at data fra almen praksis kan tilgås i form af tidstro data i en opdateret og overskuelig form, så klinikerne kan få et nærmest dagligt overblik over kvaliteten og kvalitetsarbejdet i klinikken.

Fejl og mangler i data

Et stort problem for hele RKKP-samarbejdet er fejl i data og manglende data.

Ved arbejdet med diabetes blev vi i klyngen opmærksomme på nogle generelle problemer som, plager RKKP-databaserne. Data var præget af fejl og mangler. Det viste sig blandt andet, at en del af de patienter, der var registreret med diabetes 2, ikke havde den rigtige diagnose (diabetes 1, anden diagnose eller de var mors). Så data var forurenet af data fra patienter, der ikke tilhørte målgruppen.

Et andet problem er ukomplette datasæt. Data bliver indberettet i pakker, hvor der f.eks. for den enkelte patient indberettes HbA1c, BT, vægt og

kolesteroltal. Men hvis der mangler data i datasættet, er det langt fra sikkert, at det bliver sendt afsted. Pakken bliver – om man så må sige – ikke lagt i udbakken.

Fra slømt til værre

Man har forsøgt at omgå disse databar ved at konstruere en knap med 'indberet alt' i de praktiserende lægers IT-systemer. Det vil sige, at den praktiserende læge kunne få sit IT-system til at indberette alt på trods af ukomplette datasæt. Dette har blot vist sig at forværre problematikken, da de ukomplette datasæt kommer til at blokere for de komplette, således at intet bliver indberettet.

Ud over det har der været nogle grundlæggende problemer ved selve databaseopbygningen, der har øget usikkerheden om datakvaliteten yderligere.

Det viser sig, at de ovennævnte problemer også præger indberetningerne fra sekundærsektoren. Der er stor frustration over den ringe datakvalitet i flere af styregrupperne i hospitalssektoren. Så RKKP er endnu ikke blevet fri for sine børnesygdomme på det strukturelle plan.

Indikatorinflation

Ovennævnte teoretiske og strukturelle problemer for RKKP-databaserne blev desværre kun perifert berørt på Aalborgkonferencen. Udfordringerne skyldes nogle grundlæggende konflikter i tankerne bag RKKP-arbejdet. Spørgsmålet er, om man i et forsøg på at tilfredsstille alle interessenterne i projektet har været for liberal ved valget af antallet af indikatorer.

På en session, hvor lederen af RKKP's statistiske del, Henrik Møller, kom

Quo vadis, Domine?

Det latinske udtryk kan oversættes til "Hvor går du hen, Herre?" Det stammer fra Johannesevangeliet i Det nye Testamente, hvor apostlen Peter før tilfangetagelsen af Jesus spørger ham: Quo vadis, Domine?

ind på nogle grundlæggende modsætninger i hele RKKP-ideen, blev nogle af problemerne berørt.

Der er tre interessenter i forhold til data: administratorer, klinikere og patienter. Her nævntes ikke den fjerde gruppe: forskerne – sandsynligvis fordi de er underforstået i hele projektet.

Når man udvikler indikatorer, der beskriver kvalitet i patientforløb, vil de enkelte grupper af interessenter lægge vægt på forskellige indikatorer. Det er et forhold, der gør, at mængden af indikatorer stiger inden for en sygdomsgruppe. Man kan tale om indikatorinflation.

I en af styregrupperne har man udpeget ikke mindre end 159 indikatorer for en enkelt sygdomskategori! Man kan levende forestille sig, hvor stor risikoen for datafejl og datatab er i en så voluminøs database. I det hele taget antydede Henrik Møller, at man måske kunne overveje at begrænse mængden af indikatorer. For jo flere indikatorer, jo større er risikoen for datafejl, datatab og manglende indberetninger af data.

Klinikerne i front i RKKP

Og måske er ovennævnte kernen i problemerne for RKKP. Fordi man vil tilgodese alle fire interessentgrupper,

vil indikatorerne blive så talrige og kvaliteten af dem så ujævn, at de bliver svære at anvende til vurdering af kvaliteten. Man kan dermed sige, at ambitionerne i projektet vil kunne hindre gennemførelsen af det.

Hvis vi hæfter os ved navnet 'klinisk kvalitetsprojekt', nærmer vi os kernemålgruppen. For det er klinikken, som kvaliteten drejer sig om. For det er det arbejdsfelt, der er mellem patienten og det klinisk arbejdende personale, der skal forbedres eller udvikles. Så hvis vi skal definere en hovedbruger i projektet, må det være klinikkerne. Det er dem, der kender den kliniske kultur, patientdemografien og det arbejdsmiljø, der har skabt data. Og de kan derfor også – som de ene-

ste – tolke data, så de kan oversættes tilbage til den kliniske hverdag og organisatoriske struktur hvor de kommer fra. Og dermed påvirke og udvikle den kliniske hverdag, der har skabt dem. Men det vil nok være et stykke tid, før man når frem til den konklusion og derefter får trimmet RKKP's indikatorer. Administratorer, patienter og forskere er stærke grupperinger, der ikke umiddelbart vil give slip på deres fordringer ift. data.

Som et argument for at underbygge klinikernes fortrinsret til at definere indikatorerne kan vi vende os mod det britiske sundhedsvæsen, NHS. Her har man i mange år haft kvalitetsindberetninger fra hospitaler og almen praksis. Der er foretaget flere un-

dersøgelser af, hvem der bruger data. Og det viste sig, at administratorer, klinikere og patienter i starten alle loggede sig ind for at bruge data. Men allerede efter et år var det stort set udelukkende klinikkerne, der anvendte data til at vurdere, om der var potentielle kvalitetsforbedringsmuligheder i deres egne enheder. Administratorerne forstod ikke data, og patienterne var grundlæggende ikke interesserede i at skulle finde rundt i denne jungle af data for at finde det bedste behandlingstilbud. Patienterne så det mere som deres interesse, at der var et kvalificeret sundhedstilbud i deres lokalområde.

Så hvor går vi hen herfra, RKKP? //

PRACTICUS // opslag

PLU

Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond



Fra Praktiserende Lægers Uddannelses- og Udviklingsfond vil et beløb være til uddeling i april 2022.

Det er fondens formål at virke til fremme af alment praktiserende lægers funktion i sundhedstjenesten til gavn for folkesundheden, herunder primært ved at yde støtte til videnskabelige og forskningsmæssige opgaver i almen praksis, projekter inden for uddannelse og efteruddannelse, praksisudviklingsprojekter, sundhedspædagogiske og tilsvarende foranstaltninger.

Støtten kan gives til praktiserende læger, yngre læger under uddannelse i almen medicin, samt læger og andre med tæt tilknytning til almen praksis, herunder de almenmedicinske forskningsmiljøer i nævnte prioriterede rækkefølge. "Græsrodder" prioriteres relativt højt.

Der kan primært ydes støtte til egen løn, vikarløn og/eller kontorhold i mindre omfang. Støtten kan gives såvel i forberedelsesfasen som under gennemførelse og i skrivefasen. Oversættelse af manuskripter, deltagelse i viden-

skabelige møder, forskningsmetodologiske kurser og kongresser, hvor man fremlægger originalarbejde, støttes i begrænset omfang. Der kan ikke søges om støtte til indkøb af apparatur eller it.

Ansøgningsskema kræves og udfyldes via DSAM's hjemmeside www.dsam.dk > Forskning > PLU-fonden.

Ansøgninger udfyldes online og infoside (underskriftside) samt eventuelle underbilag fremsendes til:

PLU's sekretariat
Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø.

Ansøgningsfrist for uddeling i april:

Onsdag den 16. marts 2022.

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



Vægtneutral sundhed — hvad er det?

Podcastserien Radio Ligevægt tager dig med på en rejse ind i vægtens verden og vender op og ned på det, du tror, du ved om vægt, kost og sundhed. Slankekur virker ikke. Junkfood feder ikke. Vægtfokus og udskamning af folk med højt BMI er en alvorlig trussel mod den mentale sundhed. Et af de emner, som Radio Ligevægt kommer rundt om, er "vægtneutral sundhed".

Mange Practicus-læsere vil være bekendt med, at vægttabsprogrammer er ineffektive til at opnå en betydende varig vægtreduktion. Blandt andet derfor har DSAM været skeptisk over for at opspore tykke patienter med henblik på vægttab. Opsporing bidrager desuden til den generelle vægtstigmatisering og de afledte negative konsekvenser for den psykiske og sociale sundhed.

For nogle er kalorietælling måske løsningen, men for mange er livslang slankekur og yoyovægt ødelæggende for selvværdet og skadeligt for det mentale helbred. Vægttabsmedicin kan for en gruppe af patienter være det rigtige, men langt fra alle med et BMI >30 har brug for medicin (eller vil måske ikke have det). Vi er nødt til at acceptere, at man kan være tyk, og at det er okay at være tyk. Vi læger må desuden spørge os selv: Hvad er egentlig målet med en eventuel indsats? Tyndhed eller sundhed?

Et alternativ til slankeparadigmet

Hvis man vil have sundhed, så er "vægtneutral sundhed" et alternativ til slankeparadigmet. I den vægtneutrale sundhedsmodel er der ikke fokus på vægt og ingen forventning om vægttab. Til gengæld er der et klart mål om øget sundhed: fysisk, psykisk og socialt.

Højt BMI er nok en risikofaktor for en række sygdomme, men det er også f.eks. mandligt køn og stigende alder. I den vægtneutrale sundhedsopfattelse kan man godt være tyk og sund, lige så vel som man kan være mand og sund eller gammel og sund. Der er ingen modsætning mellem at have en sund livsstil og at være tyk. I vægtneutral sundhed arbejdes med fire nøglebegreber: intuitiv spisning, kropsaccept, nydelsesfuld bevægelse og kærlig selvomsorg.

De fire nøglebegreber i vægtneutral sundhed:

• Intuitiv spisning

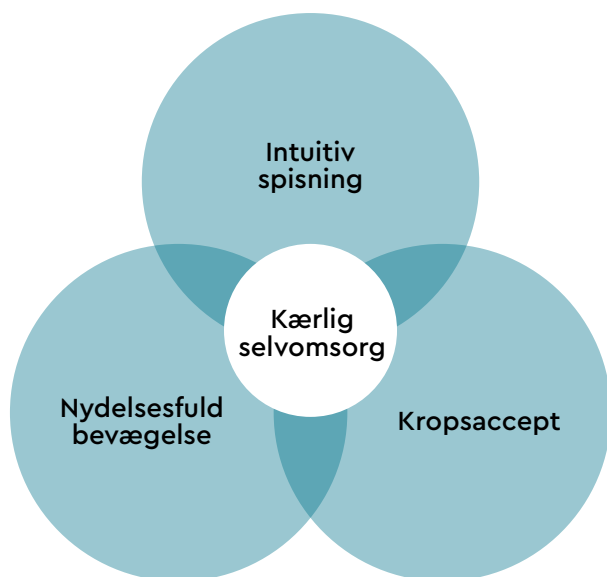
Mange har et tvangspræget forhold til mad, og for mange er spisning styret af private regler og sociale normer. I den vægtneutrale sundhedsmodel må man genlære at lytte til sin krop. Man skal spise, når man er sulten, og man skal stoppe, når man er mæt. Det er slut med restriktive regler, og intet mad er forbudt.

• Kropsaccept

At arbejde hen mod kropsaccept er en hjørnesten i den vægtneutrale model. Man må acceptere den krop, man har. Det er en proces, som tager tid, for gennem hele livet har mange tykke mennesker fået at vide, at deres krop er forkert. Kropsutilfredshed mindsker selvværdet og øger risikoen for depression, selvskade og angst.



Christian Vøhtz er redaktør på Månedsskrift for almen praksis og erfaren podcastudgiver, mens Rasmus Køster-Rasmussen har forsket i vægt i mere end 10 år.



Figur 1: De fire nøglebegreber i vægtneutral sundhed.

• **Nydelsesfuld bevægelse**

Fysisk aktivitet er sundt i sig selv, uden at formålet er vægttab. Man skal dyrke den fysiske udfoldelse, man finder glæde og nydelse ved. Det giver langtidsholdbar motivation til motion og bæredygtig sundhed.

• **Kærlig selvomsorg**

De fleste tykke mennesker har mange forgæves vægttabsforsøg med i bagagen. Mange har for vane at tale grimt og nedvurderende til sig selv. Kærlig selvomsorg er et opgør med den selvkritik, som mange udøver.

Et naturligt leje for vægten

Vægten skal finde sit naturlige leje, og man skal stoppe med at veje sig. Mange har nok en ide om, at hvis man lader vægten passe sig selv, vil den blive ved og ved med at stige, indtil man eksploderer. Dette er dog ikke tilfældet. Flere studier viser, at vægten stiger ca. 2-4 kg i gennem-



Radio Ligevægt startede i marts 2021 som et formidlingsprojekt fra Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet.

snit for dem, som konverterer til vægtneutral livsstil – men så er det også slut med at være på slankekur.

Måske er vægtneutral sundhed en løsning for mange patienter i almen praksis. Modellen bygger i hvert fald på et værdisæt og et menneskesyn, vi kan genkende. Men er vægtneutral sundhed evidensbaseret?

I Radio Ligevægt får du serveret den eksisterende viden om slankekure, kliniske resultater, vægtneutral sundhed og sundhedskonsekvenser af stigmatisering. Vi taler også om, hvordan sproget er med til at forme vores fordomme om tykke og meget mere. Radio Ligevægt har eksperter i studiet fra et bredt udvalg af fagområder. På den måde belyses emnet vægt fra mange forskellige vinkler for at opnå en god evidensbaseret almenmedicinsk forståelse.

Om Radio Ligevægt

- Radio Ligevægt startede i marts 2021 som et formidlingsprojekt fra Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet.
- I skrivende stund er der udgivet 20 afsnit, som er tilgængelige på Spotify, iTunes og andre podcastplatforme.
- Podcastserien er vidensbaseret og målrettet almen praksis og andet sundhedspersonale med interesse for emnet.
- Vi anvender mindst muligt lægelatin, så lyttere uden lægebaggrund også kan følge med. Niveauet svarer til P1.
- Til vores store overraskelse har vi fået mange positive tilkendegivelser fra tykke mennesker rundt om i landet, som har lyttet med. Vi har også begge haft gode oplevelser med at bede vores patienter om at lytte med. //

Podcast fra Radio Ligevægt

Hvis du vil vide mere om livsstil, kost og vægt i forhold til sundhed, så lyt til Radio Ligevægt.

Radio Ligevægt #6

– Energibalanceregnskabet stemmer ikke

Energibalanceregnskabet stemmer ikke når man regner efter. Med fem eksempler illustreres det at energibalanceteorien er helt utilstrækkelig til at forklare hvorfor nogle bliver tykke og andre ikke gør. Er social usikkerhed i virkeligheden årsagen til at folk bliver tykke?

Radio Ligevægt #8

– Vægt og type 2-diabetes

Hvorfor bekymrer vi os om type 2-diabetes? På grund af senkomplikationer. Alle senkomplikationer skyldes hjerte-kar-sygdom. Det er veldokumenteret, at vægttabsprogrammer ikke mindsker forekomsten af hjerte-kar-sygdom hos patienter med type 2-diabetes. Så hvorfor tilrådes vægttab i alle diabetesbehandlingsvejledninger? Svaret blæser i vinden ...

Radio Ligevægt #14

– Skal tykke mennesker tabe sig? Vi spørger professoren

Skal tykke mennesker tabe sig? Vi spørger professoren. Professor Thorkild I A Sørensen er i studiet. Det viser sig at fedt i fedtceller er harmløst, mens fedtsyreforgiftning kan skade uanset BMI. Thorkilds forklaring leverer det teoretiske biokemiske rationale for Radio Ligevægts slogan: Tæl ikke kilo – tæl kilometer.

Radio Ligevægt #17

– Utilsigtede konsekvenser af vægtfokus med Lene Meyer

Vi har psykolog, ph.d. Lene Meyer i studiet. Inden for psykologien er det åbenbart almen viden at vægtfokus, vejning og kategorisering som overvægtig er relateret til vægtøgning og udvikling af spiseforstyrrelser. Det har vi ikke interesseret os seriøst for i lægevidenskaben hidtil, for den viden tilhører jo et andet fagformråde – psykologien... Det er oplagt, at man er nødt til at tænke vægtfeltet og spiseforstyrrelsesfeltet sammen.

Radio Ligevægt #18

– Hvordan portrætteres tykke mennesker i medierne?

Når der vises billeder af en tyk person i medierne, er det ofte med en sodavand i hånden, henslængt i en sofa, eller sågar uden hoved – den såkaldt hovedløse tyksak. Det er åbenbart så skamfuldt at være tyk, at man ofte ikke viser personens ansigt. Kultur og samfundsforsker, lektor ved Roskilde Universitet Lene Bull Christiansen er i studiet.



Østrogenbehandling og kardiovaskulære risici ved klimakterielle gener

Østrogenbehandling af kvinder med klimakterielle gener er på vej op igen. Er det forsvarligt? I en forskningstræningsopgave har forfatterne afdækket litteraturen på området.

Kvinder i menopausen henvender sig ofte i almen praksis for at få råd og vejledning om håndtering af klimakterielle symptomer. Symptomerne vedrører ændringer i kønshormonerne og kan variere meget fra kvinde til kvinde. Det drejer sig primært om blødningsforstyrrelser, uregelmæssige blødninger, hede-ture, tørre slimhinder, led og knoglesmerter, humørsvingninger og nedsat libido.

Behandlingen består primært af østrogenbehandling med tillæg af gestagen for kvinder med en uterus. Kvinderne kan være usikre på fordele og ulemper ved hormonterapi og re-

laterede bivirkninger. Som praktiserende læge kan det være svært at navigere i de mange spørgsmål: Hvilket præparat bør man ordinere til kvinder med klimakterielle gener? Hvor meget? Og hvor længe?

Fra 1980'erne til 00'erne

Virkning og bivirkninger af hormonterapi er belyst ved flere større studier fra 1980'erne og frem til nu. Flere forskellige fokusområder har fået opmærksomhed, når det kommer til vurdering af fordele og ulemper ved hormonterapi. I slutningen af 1990'erne var der stor tilslutning til brugen af hormonterapi, som blev brugt dels for at afhjælpe klimakterielle symptomer, dels for at beskytte primært og siden sekundært for kardiovaskulær sygdom.

Holdningen var dog en helt anden, da studierne HERS (Heart and Estrogen Replacement Study) og WHI (Women's Health Initiative) begyndte at udgive deres resultater for omkring 20 år siden, hvor man så en markant stigning i kardiovaskulære hændelser, hvilket resulterede i, at man afbrød studierne før tid. Herefter sås et

fald i udskrivelsen og brugen af østrogen, men østrogenbehandling er nu igen på vej op.

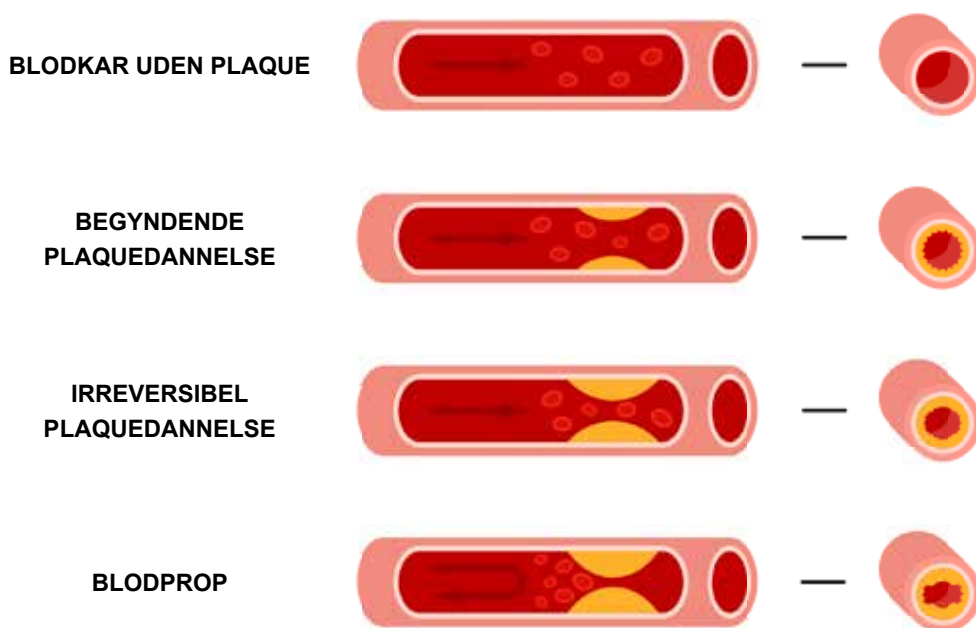
Re-analyse af ældre studier

En af årsagerne til denne stigning kan være, at flere studier sidenhen har re-analyseret data fra HERS- og WHI-studierne, og derudover har nye studier (KEEPS og ELITE) undersøgt resultaterne og fundet, at de ikke viser en øget kardiovaskulær risiko, hvis man alders-stratificerer data, påbegynder hormonbehandlingen tidligt i forhold til menopausen og bruger den lavest mulige hormondosis i den kortest mulige periode.

Kardioprotektiv effekt ved transdermal østrogen

Særligt den transdermale brug af hormonterapi ser ud til at have positiv indvirkning på kardiologiske risici. Transdermal østrogen giver mere konstant østrogenkoncentration i blodet sammenlignet med peroral behandling. Nogle studier viser en kardioprotektiv effekt i form af en signifikant reduktion i incidensen af myokardie-

ATERIOSCLOSSENS STADIER



Ateriosklosens stadier: I 1998 fremlagde Thomas Clarkson "timing hypotesen". Hypotesen er, at allerede eksisterende arterosklerotiske plaques er irreversible, hvorfor hormonterapi bør initieres, før disse plaques er dannet, for at få den gavnlige effekt af behandlingen. Således blev der beskrevet et vindue, hvor man mente, det var gunstigt at behandle klimakterielle gener.

infarkt, når man sammenligner med dem, som ikke får hormonterapi. Derudover ses også en reduktion af incidensen af apopleksi sammenlignet med dem, som får peroral hormonbehandling.

Hormonbehandling er i nogle tilfælde godt

Ud fra denne systematiske litteraturgennemgang har vi udarbejdet en guide til hormonbehandling med lav kardiovaskulær risiko til brugen af hormonbehandling ved klimakterielle gener. Det generelle billede viser, at hormonterapi har god effekt og færrest bivirkninger, hvis behandlingen påbegyndes tæt på menopausen, med den lavest mulige dosis, i kortest mulige periode og helst transdermal brug.

Den kliniske anbefaling er, at man kun bruger hormonterapi i de første år efter menopause og kun ved svære

symptomer, som påvirker livskvaliteten. Desuden anbefales det ikke, at hormonterapi anvendes som hverken primær eller sekundær forebyggelse af hjerte-kar-sygdom.

Inden påbegyndelse af behandling bør man vurdere både den samlede kardiovaskulære profil og øvrige risikofaktorer, som er forbundet ved hormonbehandling. Desuden bør den praktiserende læge lægge en plan for opfølgning i samarbejde med patienten, så der er mulighed for at trappe ud af hormonbehandlingen, når den ikke længere er nødvendig.

Et lille men...

Der er behov for en mere nuanceret vurdering af fordele og ulemper før påbegyndelse af hormonbehandling, da der er mange faktorer, som kan spille en rolle ud over den kardiovaskulære risiko.

Hormonbehandling har flere forskellige virkningsmekanismer og kan dermed spille en rolle i forhold til blandt andet cancer, osteoporose, cerebralt infarkt, diabetes, overvægt og kognitiv funktion. Der savnes en retningslinje i forhold til, hvordan disse risici bør vægtes af den praktiserende læge, når beslutning om behandling eller ej træffes i samråd med patienten. //

GUIDE TIL HORMONBEHANDLING MED LAV KARDIOVASKULÆR RISIKO:

- Transdermal brug
- Start tæt på menopause
- Lav dosering
- Kortvarig brug
- Undgå pauser i behandlingen



KOL og smerter – et overset problem?

Kroniske smerter er et underkendt problem blandt patienter med KOL. Smertebehandling med opioider kan øge risikoen for pneumoni, indlæggelse og tidlig død. Formålet med denne forskningsmetodologiske opgave var at undersøge forbruget af analgetika hos patienter med KOL i almen praksis.

Kroniske smerter er udbredt blandt patienter med KOL, men det er ofte et underkendt problem. Internationale studier viser, at op mod 80 % af patienter med KOL lider af kroniske smerter, der påvirker både livskvalitet og funktionsniveau. Den høje smerteforekomst skyldes til dels, at patienterne ofte er ældre og multimorbide, men derudover kan det øgede respirationsarbejde hos patienter med KOL give anledning til smerter fra øvre dele af thoraxmuskulaturen.

Internationale studier
viser, at op mod 80 %
af patienter med KOL
lider af kroniske
smerter.

Smertebehandling

Smarter behandles hyppigt med smertestillende medicin, hvilket i nogle tilfælde kan være bivirkningstungt. Patienter med KOL er en sårbar gruppe, og opioidbehandling kan øge risikoen for pneumoni, indlæggelse og tidlig død. Baggrunden for den øgede risiko for pneumoni ved brug af opioider formodes at være præparaternes respirationsdæmpende effekt. Internationale studier viser, at 23-50 % af patienter med KOL anvender opioider fast eller ved behov, men forbruget af analgetika i en dansk kontekst er ukendt.

Metode

Vi identificerede alle patienter med ICP-diagnosekoden "Kronisk obstruktiv lungesygdom" (R95) i tre lægepraksis i Aarhus Kommune med et samlet patientgrundlag på 18.261 patienter. Vi identificerede herefter alle patienter med KOL, der i de forudgående 12 måneder havde fået udskre-

vet en recept på paracetamol, NSAID eller opioid. Ved hjælp af journalaudit blev typen af opioid registreret.

Resultater

Vi identificerede 327 patienter med KOL. Tabel 1 viser analgetikaforbruget i det forudgående år. I alt 49 % af patienterne havde fået en recept på paracetamol, 16 % på NSAID og 11 % på opioid. Den relative risiko (RR) for at kvinder fik en recept på analgetika sammenlignet med mænd var for NSAID 1,50 [95% CI 0,84-1,31], for paracetamol 1,05 [95% CI 0,84-2,75] og for opioid 1,49 [95% CI 0,78-2,85]. Forskellene var ikke statistisk signifikante. Tabel 2 viser udskrevne recepter på opioid fordelt på type. Størstedelen af de udskrevne opioider var af typen tramadol (44 %). Oxycodon udgjorde 12 %, kodein 14 % og morfin 30 %.

Danmark versus udlandet

I det danske sundhedsvæsen har der



gennem en årrække været stort fokus på at reducere brugen af opioider. Det afspejler sig i vores resultater, som viser et lavere opioidforbrug (11 % af patienterne) end andre vestlige lande, hvor 20-60 % af patienterne er i behandling med opioider.

Kønsforskelle

Vi fandt, at der var kønsforskelle i brugen af smertestillende medicin, og at kvinder anvendte mere opioid og NSAID end mænd. Fundet er ikke specifikt for patienter med KOL, men mønstret ses hos mange patientgrupper. Tidligere forskning viser, at kvinder har en højere prævalens af smerter, en lavere smertetærskel og oftere søger lægelig behandling for smerter, hvilket kan forklare kvindernes øgede forbrug af smertestillende medicin i forhold til mænd.

Findes der behandlingsalternativer?

Mange studier har gennem årene forsøgt at identificere metoder, hvorved man kan reducere kroniske smerter uden brug af analgetika. Kognitiv terapi og psykoedukation er effektive metoder til at forbedre smertepatienters co-

pingstrategier, og det kan i nogle tilfælde have en direkte smertelindrende effekt.

En anden anerkendt non-farmakologisk behandlingsmodalitet er fysisk aktivitet, som kan mindske smerter og øge livskvaliteten hos patienter med KOL.

Har opioider en plads i behandlingen af KOL?

Iværksættelse af behandling med smertestillende medicin, særligt opioider, kræver altid en grundig, lægelig overvejelse med opvejning af fordele og ulemper. Særlig agtsomhed bør udvises, når behandlingen ordineres til patienter med KOL, hvor selv kortvarig behandling kan øge risikoen for pneumoni, indlæggelse og tidlig død. I henhold til retningslinjerne fra Dansk Selskab for Lungemedicin kan opioider anvendes til behandling af svær dyspnø hos patienter med terminal KOL.

I vores studie fandt vi, at 11 % af patienterne med KOL havde fået en recept på opioid i det forudgående år. Det vurderes ikke rimeligt helt at undgå brugen af opioider til smertebehandling af patienter med KOL, men andre behandlingsstrategier bør være afprøvet, inden opioidbehandling iværksættes. //



5 spørgsmål til forskeren: Denne artikelserie omtaler en publiceret forskningsartikel eller et igangværende forskningsprojekt, som har stor relevans for almen praksis.

Urinvejsinfektioner hos plejehjemsbeboere

1. Hvorfor er det relevant for den alment praktiserende læge?

Urinvejsinfektioner (UVI) hos plejehjemsbeboere er noget, vi ser rigtig meget i almen praksis. Det er ofte også en kilde til stor frustration, fordi man pludselig befinder sig i nogle situationer, der er svære at løse tilfredsstillende. En urinprøve dukker op i praksis uden yderligere information; vagtskiftet på plejehjemmet gør, at netop den SOSU-assistent, som har set patienten, er gået for i dag. Urindyrkningen er positiv, men har gamle Anna stadig symptomer? Samarbejdet med plejehjemmet er udfordrende, og behandlingsbeslutningen skal være velbegrundet særligt i denne sårbare patientgruppe. Ved behandling med anti-

biotika risikerer man at påføre skade, f.eks. forstoppelse, resistente bakterier og C. difficile-infektion. Uden behandling risikerer man anden svær infektion. Derfor kræver disse henvendelser høj kvalitet i samarbejdet mellem almen praksis og plejehjemmet, før den alment praktiserende læge kan tage en kvalificeret behandlingsbeslutning.

2. Hvad handler dine studier om?

Formålet var at finde en måde at forbedre samarbejdet mellem plejehjem og almen praksis ved at øge plejepersonalets viden om UVI og at strukturere kommunikationen. Min ph.d.-afhandling handler om, hvordan vi udviklede og testede en intervention, der gjorde netop dette.

3. Hvordan er dit studie udført?

Der er tre studier i min afhandling. Det første er et kvalitativt studie, som beskriver udviklingen af interventionen og pilottesten. Det første udkast til interventionen kombinerede viden fra litteratursøgninger, observationsstudier på plejehjem, interviews med plejepersonale og praktiserende læger samt en audit om UVI hos plejhjems-

patienter. Interventionen blev herefter rettet til efter interviews og observationer af plejepersonale og alment praktiserende læger, mens de brugte interventionen. Endelig afprøvede vi hele interventionen på et plejehjem (se også tabel 1 for et overblik over metoder og informanter i udviklingen).

Det andet studie er en protokol for et ublindat klynge-randomiseret, kontrolleret studie (RCT), som i detaljer beskriver baggrund og metode for det tredje studie, der omhandler resultaterne af det randomiserede forsøg. I forsøget deltog 22 plejehjem. De blev inddelt i en interventions- og kontrolgruppe med 11 plejehjem i hver. Knap 1.500 beboeres data blev analyseret i studiet, og antallet af beboere var ligeligt fordelt i de to grupper.

4. Hvad er de vigtigste resultater?

Vi vidste fra projektets start, at plejepersonalet spiller en central rolle i observationen af plejhjemsbeboere og videregivelse af informationer til almen praksis. Da vi udviklede interventionen, fandt vi ud af, at telefonisk og skriftlig kontakt er langt hyppigere end direkte kontakt mellem patient og praktiserende læge. Det betyder,

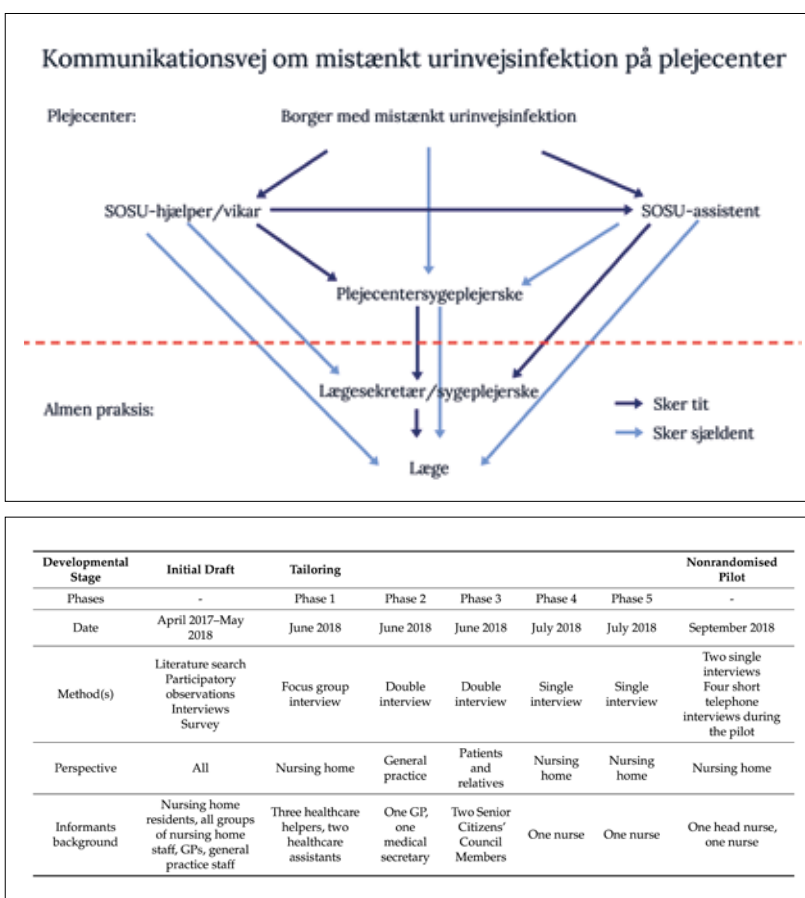
Ph.d.-afhandling forsvaret:
december 2020.

Vejledere på projektet: Lars Bjerrum,
Anne Holm, Jette Nygaard Jensen,
Marius Brostrøm Kousgaard.

Projektet blev præsenteret ved Ph.d.-
Cuppen på DSAM's årsmøde 2021.

at vejen, som informationen typisk rejser, før den når den praktiserende læge, er temmelig kompleks (se figur 1). Af figuren kan man udlede to vigtige pointer. For det første er det altid SOSU-hjælper og SOSU-assistent, der står med den daglige pleje og dermed har lejlighed til at mistænke en UVI. Det stiller krav til, at disse faggrupper kan reflektere over, hvad en UVI hos en plejehjemsbeboer er, og hvad det ikke er. For det andet passerer informationen gennem rigtig mange personer. Her tænker jeg tit på den hviskeleg, jeg legede i de små klasser – hvor sætningen, man starter med, aldrig er den, der bliver sagt højt til sidst. Pointen er, at hvis man skal undgå forglemmelser og misforståelser, bliver man nødt til at have en struktureret tilgang, hvor de kliniske observationer bliver noteret ned.

Vi endte med at lave en intervention med 75-minutters undervisning af plejepersonalet i UVI hos plejehjemsbeboere og brugen af et dialogværktøj, som skulle bruges ved mistanke om UVI. Dialogværktøjet understøttede principperne fra undervisningen og gjorde det muligt at notere observationer og refleksioner et sted. Undervisningen og dialogværktøjet rettede sig særligt mod to udbredte misforståelser i diagnostikken af UVI hos plejehjemsbeboere. For det første tolkes en positiv urintest ofte som en bekræftelse af UVI, men omkring 50 % af plejehjemsbeboere har asymptomatisk bakteriuri. Det vil sige, at de har bakterier i urinen, uden at der er en egentlig urinvejsinfektion. Det er ufarligt og skal ikke behandles. For det andet førte uspecifikke symptomer som f.eks. konfusion næsten automatisk til stix af urinen. Her er evidensen lidt mere uklar, men man har endnu ikke fundet en direkte sammenhæng mellem konfusion og UVI. Til gengæld kan der være mange andre årsager til konfusion, som jeg har set blive overset, fordi man valgte at behandle en UVI.



Figur 1 og tabel 1: Figuren og tabellen er fra artiklen "Development of a Tailored, Complex Intervention for Clinical Reflection and Communication about Suspected Urinary Tract Infections in Nursing Home Residents" af Sif Helene Arnold et al, publiceret i "Antibiotics" juni 2020.

Klynge-RCT'en viste, at denne tilgang kunne nedsætte antallet af behandlinger med antibiotika med ca. 50 % uden at øge dødeligheden. Vi fandt, at de behandlinger, hvor man tidligere havde behandlet f.eks. asymptomatisk bakteriuri, faldt bort. Vi så en tendens til, at antallet af indlæggelser steg, men dette var ikke et statistisk signifikant resultat. Når vi dykkede ned i årsagen til indlæggelser, så vi en ligelig fordeling af UVI, pyelonefrit og urosepsis mellem grupperne.

5. Hvordan kan det implementeres, og hvilke udfordringer kan der være i forbindelse med implementeringen?

I princippet kan den praktiserende læge selv gå ud at undervise plejepersonalet med de materialer,

der er udviklet i forbindelse med projektet. Materialerne og baggrunden herfor er udgivet i videnskabelige artikler eller kan rekvireres ved direkte henvendelse til mig.

Den store udskiftning af plejepersonale på plejehjemmene er en stor udfordring, og der er samtidig mange forskellige konkurrerende opgaver for personalet. Derfor kan man sandsynligvis ikke regne med, at en enkelt undervisningssession er nok. En varig forandring kræver, at man sætter UVI på dagsordenen med jævne mellemrum. Det er heller ikke sikkert, at man har mod på undervisning af et helt plejehjem. Vi arbejder i øjeblikket på en model for implementering på kommunalt niveau i nogle dele af Region Hovedstaden og overvejer, hvordan en elektronisk løsning kunne se ud. //



Mindfulness:

Evidensbaseret forebyggelse og behandling af psykiske lidelser

Mindfulness kan være med til at styrke mental sundhed og forebygge depression hos unge.

Mindfulness er blevet et hverdagsord, som ofte bruges synonymt med at finde ro og tømme hovedet for tanker. I den følgende artikel vil vi beskrive, hvordan mindfulness, som det trænes i evidensbaserede programmer som mindfulness-baseret stress reduktion (MBSR) og mindfulness-baseret kognitiv terapi (MBKT), er meget mere end det. Samtidig vil vi dele Dansk Center for Mindfulness vision om at tilbyde MBSR og MBKT til gruppen af unge i Danmark, som har det svært (se også illustration). Vi kan med MBSR være med til at forebygge, at mistrivsel og tegn på dårlig mental sundhed hos unge bliver til en psykisk lidelse, og vi kan forebygge og behandle depression med MBKT.

Evidensen bag MBSR og MBKT

En nyere artikel fra tidskriftet Nature (2021) har gennemgået evidensen for effekten af psykologiske interventioner på mental trivsel hos unge og voksne. Sammenlignet med f.eks. kognitiv terapi og kognitiv adfærdsterapi (ACT) ses en effekt af mindfulness-baserede interventioner hos både grupper af syge og ellers raske personer.

MBSR og MBKT er de to mest udbredte og videnskabeligt bedst dokumenterede mindfulness-baserede programmer. MBSR blev udviklet i 1970'erne ved University of Massachusetts Medical School i USA af professor emeritus Jon Kabat-Zinn. MBSR kan betragtes som en folkesundhedsintervention, som er målrettet stressreduktion og fremme af mental sundhed. Effekten af MBSR er beskrevet i flere metaanalyser og her ses især en effekt på stress, angst og depression hos både syge og ellers raske personer. MBKT er udviklet i 1990'erne af tre kognitive psykologer, Zindel V. Segal, J. Mark G. Williams og John D. Teasdale. Programmet er baseret på

MBSR, men det kombinerer mindfulness-træning med elementer fra kognitiv terapi og er målrettet forebyggelse og behandling af tilbagefald af depression hos personer med én eller flere tidligere episoder. MBKT kan tilbydes som et alternativ til kognitiv terapi eller antidepressiv vedligeholdelsesbehandling eller som supplement til sidstnævnte.

MBKT anbefales af National Institute for Health and Care Excellence (NICE) til forebyggelse af tilbagefald af depression og behandling af let depression. Der er velbeskrevne stan-

MBSR og MBKT er de to mest udbredte og videnskabeligt bedst dokumenterede mindfulness-baserede programmer.

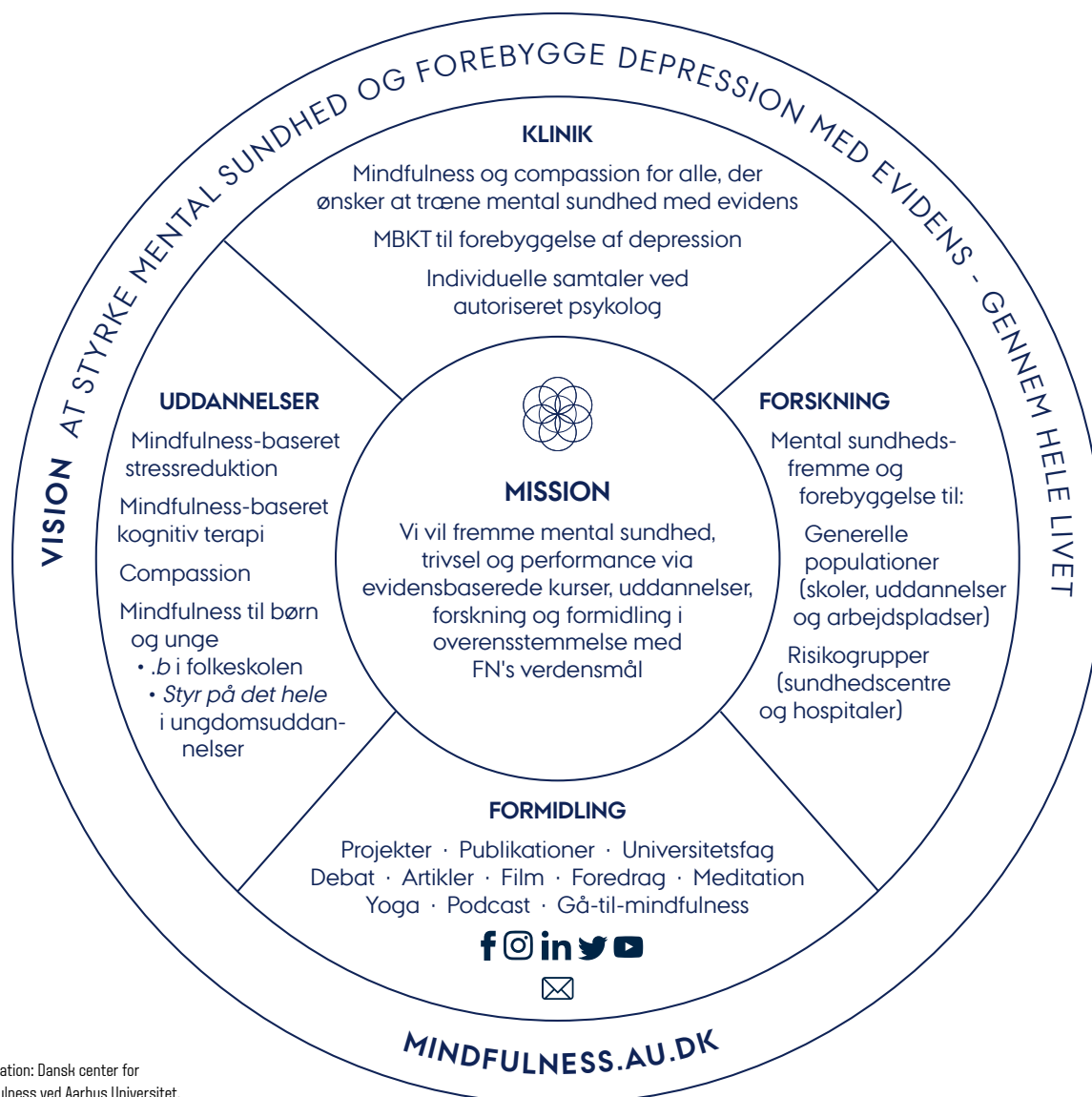


Illustration: Dansk center for Mindfulness ved Aarhus Universitet.
Vision og Mission.

darder for levering af programmerne, og uddannelse af undervisere er underlagt internationale videnskabelige standarder for kvalificeret undervisning. Hverken MBSR eller MBKT kan anbefales ved svær psykisk sygdom som psykoser, skizofreni og mani eller ved samtidig suicidal fare eller aktuelt misbrug af rusmidler. Der findes tilpassede mindfulness-baserede programmer, som er målrettet psykose og misbrug, men de beskrives ikke nærmere her.

Hvordan trænes mindfulness?

Både MBSR og MBKT er gruppebaserede programmer med ugentlig undervisning á 2,5 timer over 8 uger samt en hel dag. Størrelsen på grupperne er typisk omkring 20 deltagere ved MBSR og 15 deltagere ved MBKT. Undervisningen kan foregå både ved fysisk fremmøde og live-online. Herudover forudsættes daglig hjemmetræning i op til 45 minutter.

Mindfulness er bevidsthed, og undervisningen er rettet mod træning

af opmærksomheden. Opmærksomhed trænes ved at rette fokus mod kroppen og kropslige fornemmelser, f.eks. åndedrættet, og samtidig observere, hvordan tanker og samspillet mellem tanker, følelser og kropslige fornemmelser påvirker opmærksomheden. Bevidsthed om kroppen og dens signaler samt observation af tankemønstre kan tilsammen være medvirkende til, at uhensigtsmæssige adfærdsmønstre revurderes og ændres.

OM CENTRET

Dansk Center for Mindfulness (DCM) hører organisatorisk under Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet. DCM forsker, uddanner og underviser i mindfulness-programmerne mindfulness-baseret stress reduktion (MBSR) og mindfulness-baseret kognitiv terapi (MBKT) samt compassion.

For yderligere information henvises til: www.mindfulness.au.dk

Mindfulness som tilbud til unge

Under den første del af coronanedlukningen i sommeren 2020 oprettede Dansk Center for Mindfulness en hjælpepakke til unge mellem 15 og 30 år. Hjælpapakken indeholdt tilbud om gratis live-online MBSR- og MBKT-forløb for unge, som oplevede at deres mentale sundhed og trivsel var blevet dårligere under nedlukningen. En systematisk erfaringsopsamling med kvantitative og kvalitative undersøgelser viste, at de unge fik det bedre mentalt, fik redskaber til at styrke deres mentale sundhed, fik et meningsfyldt fællesskab med andre unge og fik modet til at dele de svære ting, uden at føle at det var et tabu.

Coronanedlukning og hjælpepakke favner dog ikke omfanget af de udfordringer, som vi står overfor, når det

handler om unges mentale sundhed i Danmark. Her skal en samlet national indsats til. Vi vil på Dansk Center for Mindfulness gerne være med til at løfte den opgave i samarbejde med bl.a. praktiserende læger, regioner og kommuner. Vores erfaringer fra corona-hjælpapakken og aktuelle projektsamarbejder med Københavns Universitet om MBSR og MBKT til studerende og Amager og Hvidovre Hospital om MBSR til sårbare gravide, har vist, at unge gerne vil træne mindfulness. Vores forslag er:

1. at MBSR tilbydes unge mellem 15 og 30 år, som udviser tegn på psykisk sårbarhed eller mistvivsel (f.eks. stress, angst eller ensomhed), og som ikke aktuelt modtager eller afventer behandling i psykiatrien. Gruppen omfatter også unge, som tidligere har været behandlet i psykiatrien.
2. at MBKT tilbydes unge mellem 15 og 30 år, som har haft mindst én tidligere depression, eller som opfylder kriterierne for aktuel let depression.

Med udgangspunkt i videnskabelig evidens og kliniske kompetencer kan vi forebygge og behandle psykiske lidelser hos unge med MBSR og MBKT. Begge programmer er gruppebaserede, hvilket gør indsatsen billigere, og da undervisningen samtidig også kan foregå live-online, kan vi nå ud til flere unge uafhængigt af bopæl.

Vi oplever, at unge gerne vil træne

mindfulness, at de har effekt af det, og at der samtidig er et samfundsbehov for flere behandlingsmuligheder og tilbud til unge. Det er vigtigt, at det foregår systematisk og i tæt samarbejde med relevante parter. Derfor foreslår vi, at praktiserende læger får mulighed for at henvise unge til evidensbaseret, ikke-medicinsk forebyggelse og behandling i form af MBSR og MBKT. //

LITTERATUR

Udvalgte videnskabelige artikler:

- Joep van Agteren et al. A systematic review and meta-analysis of psychological interventions to improve mental wellbeing Nature Human Behaviour, VOL 5, May 2021, pp 631–652.
- Willem Kuyken et al. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. JAMA Psychiatry 2016; 73: 565–574. 2016/04/28.
- Simon B Goldberg et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 2018; 59: 52–60. 2017/11/12.

Bøger:

- Zindel V. Segal, Mark G. Williams og John D. Teasdale. Mindfulness-baseret kognitiv terapi mod depression, 2014. Oversat af cand.psych. Jacob Piet. Udgivet af Hans Reitzels Forlag.
- Lone Overby Fjorback. Mindfulness. 2016. Udgivet af Psykiatrifonden.

Vi oplever, at unge gerne vil træne mindfulness, at de har effekt af det, og at der samtidig er et samfundsbehov for flere behandlingsmuligheder og tilbud til unge.



Nyt spørgeskema forbereder patienten på dialog om medicin



Mange patienter med multimorbiditet får mange forskellige typer af medicin. Et nyt spørgeskema med fem enkle spørgsmål letter den årlige medicingennemgang og sætter fokus på patientens perspektiv.

Kvalitetsudvikling i almen praksis er omdrejningspunktet for forskningsgruppen "Kvalitetsudvikling og interventioner" ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Et af de seneste initiativer er udviklingen af spørgeskemaet PREPAIR (PREparation of Patients for Active Involvement in medication Review) – eller på dansk "Hvordan har du det med din medicin?"

Det kan være svært at inddrage patienten i en dialog om medicin. Derfor kan det være en fordel, at patienten har reflekteret over egen medicin inden den årlige statusundersøgelse.

Formålet med at udvikle PREPAIR-skemaet var at få et nyt redskab til at forberede patienten bedre på medicingennemgangen og give både læge

og patient et bedre afsæt for at træffe fælles beslutninger om opdatering af medicinen med udgangspunkt i den aktuelle sygdomssituation.

Godt modtaget af læger og patienter

PREPAIR-skemaet er blevet godt modtaget af både læger og patienter, ligesom der også var stor interesse for det på Lægedage 2021, hvor det blev præsenteret.

Det nye spørgeskema sætter fokus på patientens egen vurdering af behandlingen som helhed. Og det er en af de store styrker ved det, ifølge Anna Mygind, som har været med til at udvikle spørgeskemaet.

Skemaet indeholder fire udsagn, som skal vurderes: (1) væsentlige bivirkninger (2) mængden af medicin,

(3) unødvendig medicin og (4) tilfredshed med aktuell medicin. Derudover er der et åbent spørgsmål, hvor patienten kan notere emner, som skal drøftes med lægen. Tilsammen dækker de centrale temaer, som er væsentlige for at vurdere den aktuelle medicinske behandling.

Spørgsmål giver refleksion

Ved afprøvningen af spørgeskemaet oplevede patienterne, at de forholdt sig mere aktivt til deres egen medicin, når de skulle vurdere udsagnene.

"Patienterne er bedre forberedte på at tale om medicinen, når de bruger PREPAIR-skemaet, fordi det får dem til at reflektere over deres medicin inden konsultationen med lægen", siger Anna Mygind.

Nogle patienter oplevede, at det i

FAKTA OM PREPAIR

Hvordan anvendes skemaet?

Patienten får skemaet udleveret ved f.eks. blodprøvetagning. Patienten udfylder det hjemme eller i venteværelset og får her reflekteret over den samlede medicinering. Skemaet medbringes til statusundersøgelse hos lægen, så patientens perspektiv kan inddrages i den årlige medicin-gennemgang.

Hvordan virker det?

Patienten udfylder skemaet på forhånd og reflekterer over egen medicin. Ved konsultationen er patienten bedre forberedt og mere bevidst om, hvad der er vigtigst at drøfte med lægen. Lægen får indblik i patientens bekymringer om medicinen og mulighed for at inddrage patientens perspektiv.

Patienterne oplever

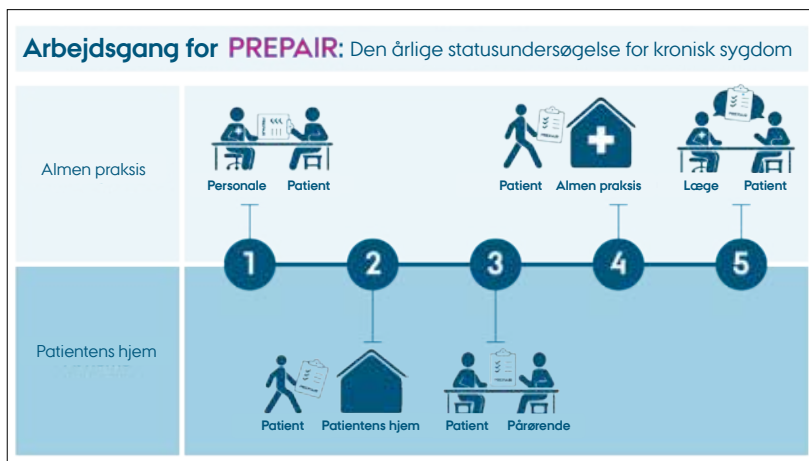
- At det er godt at reflektere over egen medicin
- At det er lettere at dele egne perspektiver med lægen
- At få en god dialog med lægen

Lægerne oplever

- At patienten er bedre forberedt på at tale om medicinen
- At det er lettere at inddrage patientens perspektiv
- At få en bedre forståelse af patientens bekymringer
- At få en god dialog med patienten

konsultationen var lettere at udtrykke ønsker, tvivl eller usikkerhed om medicinen.

"Patienten har måske under forberedelsen overvejet nogle spørgsmål



Arbejdsgangen for PREPAIR er tilpasset den eksisterende arbejdsgang ved den årlige statusundersøgelse. Figur: Amanda Sandbæk og Peter Lübben.

Dialogen om patientens ønsker og prioriteringer kan øge adherence – altså at patienten i højere grad tager sin medicin som aftalt med lægen.

eller ønsker. Lægen får indblik i, hvad der betyder mest for patienten, og det giver bedre mulighed for at tilpasse medicinen til den enkelte og dennes livssituation", fortæller Anna Mygind.

Skemaet understøtter dialog

PREPAIR-skemaet har vist sig at understøtte en god dialog om medicinen mellem læge og patient og sætte mere fokus på patientens perspektiv. Det kan give en dybere forståelse af, hvorfor man får sin medicin, men det kan også øge trygheden og følelsen af sikkerhed hos patienterne – også hos dem, der måske i første omgang kan blive lidt usikre på den eksisterende behandling.

"Dialogen om patientens ønsker og prioriteringer kan øge adherence – altså at patienten i højere grad tager sin

medicin som aftalt med lægen. Tilbagemeldingerne fra patienterne viser, at skemaet øger trygheden ved medicineringen. Og vi ved fra andre studier, at det giver bedre adherence", uddyber Anna Mygind.

Integreres i eksisterende arbejdsgang

En stor fordel ved det nye skema er, at det passer godt ind i den eksisterende arbejdsgang ved den årlige statusundersøgelse. Typisk får patienten udleveret skemaet ved blodprøvetagning. Så udfyldes det hjemme eller i venteværelset og medbringes til konsultationen med lægen. Skemaet opleves ikke som en tidsrøver.

"Hvis patienten ikke afkrydser bekymringer, så stjæler det ikke tid. Og hvis der er bekymringer, så oplever

Hvordan har du det med din medicin?



Snart skal du til læge og tale om bl.a. din medicin. Ved at udfylde dette skema kan du forberede dig på samtalen. Samtidig hjælper du din læge med at give dig den bedste behandling.

Husk at tage spørgeskemaet med, næste gang du skal til lægen.

Er du mest enig eller uenig i følgende udsagn?

Jeg oplever bivirkninger af medicinen, der generer mig væsentligt.

Enig

Hverken eller

Uenig

Jeg synes nogle gange, at jeg får for meget medicin.

Enig

Hverken eller

Uenig

Jeg tror måske, jeg får noget medicin, som jeg ikke har behov for.

Enig

Hverken eller

Uenig

Jeg er samlet set tilfreds med min nuværende medicin.

Enig

Hverken eller

Uenig

Er der noget vedr. din medicin, som du gerne vil drøfte hos lægen?

JA

NEJ

Hvis ja, uddyb: _____

Spørgeskemaet består af fire udsagn, der skal vurderes, og et åbent spørgsmål, der inviterer til dialog.

BAG OM SPØRGESKEMAET

- "Hvordan har du det med din medicin?" (PREPAIR) er udviklet af kvalitetsudviklingsgruppen ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus.
- Projektgruppen består af Anna Mygind, Amanda Sandbæk, Kirsten Høj, Line Due Christensen, Philipp Harbig og Flemming Bro.
- Spørgeskemaet består af fire udsagn og et åbent spørgsmål om medicin.
- Det kan anvendes som forberedelse inden en konsultation om medicingennemgang og som afsæt til dialog om medicinen ved en statuskonsultation.
- Skemaet er udviklet på baggrund af en litteraturgennemgang efterfulgt af workshops med seks praktiserende læger og pilottest i tre praksis blandt 22 patienter. Skemaet er derefter afprøvet i fem udviklingspraksis blandt 54 patienter i Region Midtjylland.
- Udviklingsprocessen beskrives i en videnskabelig artikel, som i øjeblikket er under peer review.
- Projektet er finansieret af bevillinger fra Trygfonden og Region Midtjyllands Kvalitets- og Efteruddannelsesudvalg for Almen Praksis.

lægerne, at det er relevant at tage op", siger Anna Mygind.

Implementering og videreudvikling

Næste skridt bliver at udbrede spørgeskemaet, så flest muligt kan få glæde af det. For tiden er gruppen ved at undersøge, hvordan spørgeskemaet kan implementeres i almen praksis i Region Midtjylland - med et særligt

fokus på sårbare grupper. Det skal undersøges, hvordan lavere socialgrupper anvender skemaet, og om skemaet kan understøtte dialogen om medicin mellem plejehjems-læge, nyindflyttede plejehjemsbeboere og deres pårørende.

"Det er sjældent, at et nyt tiltag er så direkte anvendeligt for både patienter og læger i almen praksis - endda uden at kræve særligt udstyr eller

røve tid, så det skal da udbredes hurtigst muligt", slutter Anna Mygind.

Ud over PREPAIR-skemaet har gruppen lavet en guide til udarbejdelse af resuméer i almen praksis (MO-SAIC). Interesserede kan læse mere om det og andre af gruppens projekter på feap.au.dk/kvalitet. //



Hvad kan vi bruge sclerosehospitalet til?

"Hvad kan vi egentlig bruge sclerosehospitalet til?" Det har kolleger fra almen praksis flere gange spurgt mig om, efter jeg blev ansat som hospitalsdirektør.

Prolog

Jeg ser den lange hestehale ud over kørestolen, da hun drejer om hjørnet ned ad gangen. Hun ankom mandag: 25 år gammel, i gang med studielivet og bor på 3. sal i en gammel ejendom uden elevator. Et pludseligt angreb gav hende diagnosen. Hun er i krise og taler alt for meget, med alt for mange og er lidt for grænseløs. Hun kan ikke komme hjem pga. trapperne, og hun var først placeret på en lokal plejeplads.

Hendes spørgsmål, frustration og usikkerhed er overvældende for hende selv og slider på alle omkring hende. Hun isolerede sig på aflastningspladsen.

Nu får hun ro i et "mentalt pusterum". Hun spejler sig i de andre. Hun træner, så sveden springer, til den høje musik, og alt er intenst omkring hende. Hun gennemgår en enorm transformation. Hun er på vej...

"Mentalt pusterum" – en del af rehabiliteringen. Foto: Hanne Loop.



Fysisk træning står aldrig alene – undervisning, udredning, samtaler, refleksion er altid med. Foto: Hanne Loop.

Et helhedsorienteret syn

På hospitalerne modtager patienterne neurorehabilitering, som sammensættes efter individuelle behov og internationalt anerkendte metoder for rehabilitering, hvor målet er størst mulig mening og selvstændighed i eget liv. Vi arbejder på at forbedre "funktionsniveau" og ikke alene fravær af symptomer. Funktionsniveau forstås ud fra den samlede formåen bio-psyko-socialt, som beskrevet i WHO's model for International Classification of Function (ICF).

Grundlaget er et helhedsorienteret syn på mennesket i erkendelse af, at varig effekt af behandling afhænger af, at behandlingen er tilpasset det enkelte menneskes situation. Derfor er rehabilitering en samskabende proces mellem behandler og patient.

Det er i virkeligheden banalt, og vi kender det indgående fra almen praksis. Man kan give insulin uden tilsluttet effekt, hvis patienten ikke har er-

kendt og taget ansvar for sin diabetes. Patienterne kan træne og få øget muskelstyrke med stor risiko for tab igen, hvis træningen og det daglige liv ikke matcher efter endt genoptræning. Man kan behandle depression, men ikke få livsgnist, hvis der ikke findes energigivende aktivitet eller et nærende netværk. Man kan arbejde så meget for gæves og spilde tiden, hvis man ikke fanger helheden.

Hospitalsmiljøet – med tværfaglige teams og flere dage til at observere, undersøge, afprøve og reflektere sammen med patienten – betyder, at der er muligheder og flere forskellige fagkundskaber under samme tag til at arbejde med det komplekse. Evnen til at udvælge og dosere de rette indsatser i multifaktorielle udfordringer er specialviden.

Et stigende antal patienter

Sclerosehospitalerne i Ry og Haslev behandler ca. 1.500 patienter årligt

FOR AT GØRE DET VIGTIGSTE KORT:

Danmark har to sclerosehospitaler samlet i en organisation. Østdanmark dækkes af Haslev, og Vestdanmark dækkes af Ry. Sclerosehospitalerne er en del af sundhedsvæsenet og behandler efter regional bevilling.

Henvis jeres patienter med multipel sclerose elektronisk

- når de er nydiagnosticerede (til webbaseret forløb eller første-gangsinlæggelse)
- når de har svært ved at håndtere deres kroniske, progredierende sygdom
- når problemerne er for mange, så koordination af indsatserne er vanskelig
- når træthed og udmattelse bliver ødelæggende for livskvaliteten
- når de selv mærker, at de har behov for det.

Vi visiterer til forskellige behandlingstilbud:

- indlæggelse (1, 2 eller 4 uger) med fokus på det fysiske, det mentale, energi eller resiliens
- webbaseret forløb for nydiagnosticerede
- daghospital med tværfaglig vurdering og behandlingsplan
- udgående funktion til hjemmet med behandlingsvejledning og rådgivning.

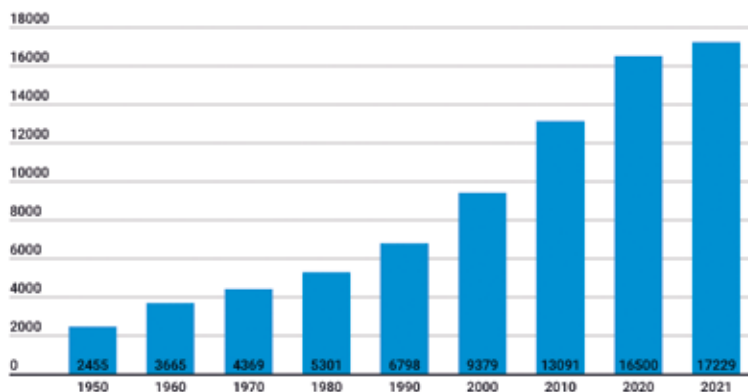
Ring til MS Videnscenter på 78412500, hvis du har brug for rådgivning, vejledning eller kurser. Se mere på www.sclerosehospitalerne.dk.



Neurorehabilitering sammensættes efter individuelle behov og internationalt anerkendte metoder. Foto: Hanne Loop.

Så mange danskere har sclerose

Lige nu har godt 17.200 danskere diagnosen multipel sclerose



Figur 1: Stigningen i antallet af mennesker med sclerose skyldes dels, at flere får sygdommen, og dels at man nu om dage lever betydeligt længere med sygdommen. Kilde: Scleroseforeningen.dk

med diagnosen multipel sclerose (MS) fra hele landet. Henvisningerne var tidligere fordelt med 50 pct. fra almen praksis og 50 pct. fra neurologer, men i de seneste år har det været 33 pct. fra almen praksis og 66 pct. fra neurologer. Hvad er årsagen til det?

Danmark ligger som nummer fire over lande med den højeste forekomst af MS pr. indbygger. Hvert år diagnosticeres 600 nye patienter med MS. Hyppigst er den attackvise type (60 pct.), hvor diagnosealderen hyppigst er 20-40 år, og 69 pct. er kvinder. Tiden fra symptomdebut til diagnose er faldet og har nu en mediantid på ét år. Aktuelt lever over 17.000 mennesker med sclerose i Danmark, hvilket er en fordobling siden 1998 (se Figur 1).

Store opgaver at løse sammen

Fremtidens sundhedsvæsen er snart lige nu. Det stigende antal mennesker, der lever med MS, er kun én gruppe af mennesker med kroniske sygdomme. Alle kurver over kronikere, multimorbide og ældre stiger. Samtidig hælder forudsigelserne over det antal fagprofessionelle hænder og hoveder, der skal til for at kunne behandle disse,

truende den anden vej og falder. Hvordan kan hænderne slå til? Hvordan kan vi som sundhedsprofessionelle overleve det store arbejdspress, som venter? Hvordan undgår vi ulighed i sundhed, hvor nogle kan købe eller tale sig til behandling, mens andre står tilbage i en kø?

Jeg kan ikke andet end tænke, at vi som rehabiliteringsfolk og almen praksis har store opgaver at løse sammen.

Historien om Knud

”Jeg var faktisk i tvivl, om jeg ønskede at komme her [Sclerosehospitalet] igen. For hvad skulle det egentlig gøre af forskel? Jeg har haft sclerosen så længe og har indstillet mig på det. Jeg har mit stille liv og mine plager, som jeg må leve med. Min kone synes, jeg skulle af sted, og hende retter man sig jo efter! Nu er det hjem igen i morgen, og jeg har fået en ny skinne, som jeg ikke selv vidste, jeg manglede – og det gjorde dem, der kommer hjemme hos mig heller ikke. Men nu kan jeg komme om-

kring inde, og jeg har prøvekørt forskellige el-scootere, selv om det har været en stor overvindelse. Jeg må indrømme, det giver en stor frihed. Mit humør bliver bedre af det, og jeg har bestemt, at jeg kan hente vores indkøb nu”.

Knud var blevet passiv og initiativløs. Hans kone var ved at være slidt, og bolig og fremtid var til drøftelse. Situationen var kendt for både kommune og egen læge, der hver havde forsøgt deres. Indlæggelsen, de andre patienter, patientvejledningen og tid til refleksion gjorde en forskel. Han kommer hjem med fornyet energi, forbedret mobilitet og nye hjælpemidler. Der er håb om et liv med større mening og selvstændighed for både ham og konen. Det kræver ikke stor fantasi at se store socioøkonomiske besparelser i både tid og penge.

Han blev henvist, fordi en vågen alment praktiserende læge lyttede til en udmattet kone... //



EYAA INTERNATIONAL



Videnskabs- og Uddannelsesrådet for Lægestudenterne



Del din arbejdsdag

BLIV VÆRT FOR EN UDENLANDSK KOLLEGA



Almen medicin i Danmark har et godt ry ude i verden, og mange yngre kollegaer fra Europa ønsker at komme hertil for at opleve det på egen hånd. I **Hippokrates Exchange** under VdGM mangler vi danske praksisser, som vil åbne døren og byde dem indenfor i én til to lærerige uger, hvor de får mulighed for at opleve livet i almen praksis helt tæt på. Der er typisk tale om hoveduddannelseslæger, som tager på udlandsophold i forbindelse med deres uddannelse. Lægerne skal se og observere under opholdet, ikke indgå i behandlingen af patienter.

Er du del af en klinik med internationalt udsyn?
Skriv til hippokrates.denmark@gmail.com for at høre mere.



Hippokrates-programmet mangler værtspraksis: Er det noget for dig?

Hippokrates Exchange, det europæiske udvekslingsprogram for yngre læger, er populært i mange lande, men i Danmark mangler vi værtspraksis. Her fortæller Birgitte Lassen om, hvad udvekslingsprogrammet har betydet for hende.

Et udvekslingsophold gennem Hippokrates Exchange giver yngre læger mulighed for at opleve hverdagen i almen praksis og deltage i konsultationen som "flue på væggen". Det giver et billede af, hvordan livet som praktiserende læge former sig i værtslandet, og hvordan sundhedsvæsenet er opbygget. I mange lande er der mulighed for at bo hos en vært, som selv er almenmediciner eller er ved at blive det. Tilbuddet gælder uddannelseslæger i almen medicin og speciallæger i almen medicin i op til fem år efter endt specialuddannelse. Ordningen er populær i udlandet, men i Danmark mangler vi i øjeblikket værtspraksis.

Praktiserende læge Birgitte Lassen og hendes praksis, Lægerne Algade 17 i Roskilde, fungerer som værtspraksis for læger i udvekslingsprogrammet Hippokrates. I dette interview kan du læse mere om, hvad udvekslingsprogrammet har betydet for hende. I Danmark mangler vi aktuelt flere værtspraksis i Hippokrates-programmet, og denne artikel er skrevet bl.a. med det formål at forsøge at skaffe flere værtspraksis. Måske kan artiklen inspirere dig og din praksis til at melde jer som værtspraksis?

Hvor længe har I fungeret som værtspraksis – og hvorfor meldte I jer?

I 2017 havde vi besøg af en portugisisk læge i forbindelse med WONCA. Her der blev efterspurgt klinikker, der ville have besøg af en kommende udenlandsk kollega. Det var en sjov og berigende oplevelse at have besøg af læge Carla R., og jeg mødte hende igen på et kursus i Porto samme efterår, hvor hun tilbød at komme og undervise hele holdet om sundhedsvæsenets opbygning og uddannelsen til praktiserende læge i Portugal. Det var så spændende at høre om landets sundhedsvæsen fra en lokal læge. Efterfølgende meldte vi os som værtspraksis i Hippokrates-programmet. Vi ser det som en god anledning til at møde

OM HIPPOCRATES-PROGRAMMET

- Hippokrates Exchange er navnet på det europæiske uddannelsesprogram for læger inden for almen medicin.
- Udvekslingsprogrammet blev etableret i 2000 som led i samarbejdet mellem primærsektorerne i Europa.
- Programmet indeholder et udlandsophold i 3 til 14 dage for speciallæger i almen medicin eller yngre almenmedicinere.
- Programmet involverer aktuelt 21 forskellige værtslande, som via en national koordinator formidler kontakt mellem interesserede værtspraksis og yngre læger.
- Programmet er populært i udlandet, men i Danmark er der ikke så mange, som kender til muligheden.
- Læs mere om programmet her: <http://vdgm.woncaeurope.org/content/hippocrates-exchanges>



Fra venstre: Læge Andreas Heltberg, læge Birgitte Lassen og sekretær Helle Østergaard. Foto: privat.

kommende kolleger fra andre lande og en mulighed for faglig erfaringsudveksling over grænserne.

Hvor mange udvekslingslæger har I haft på besøg?

Vi havde en fransk læge, Anne-Sophie B., på besøg i 2018 og en skotsk læge, Jack C., i 2019. De var her begge i en uge. Vi har også planer om at tage imod en ny læge til foråret.

Hvad har du og din klinik fået ud af at være med i programmet?

Vi har fået et pust ude fra verden, og vi lært, at mange af de udfordringer, man har i almen praksis, er universelle. Vi er også blevet bevidste om de ting, der virker godt i Danmark, og som vi tager som en selvfølge i den kliniske hverdag, for eksempel muligheden for e-konsultation og CRP-måling og i det hele taget digitaliseringen. Den franske læge brugte eksempelvis meget tid dagligt på at fotokopiere epikriser og blodprøvesvar, hvilket vi alle i klinikken er glade for at slippe for.

Er der ulemper ved at deltage i programmet?

Vi har ikke mødt nogen. Den ene gang boede lægen hos os, og den anden gang boede lægen på B&B. Begge dele

kan lade sig gøre. Vi lavede et fagligt program for opholdet i klinikken med besøg på sygehus og et socialt program. Vores skotske læge havde en flot flaske Highland Park whisky med fra Orkney, hvor han kom fra.

Hvad vil du sige til andre, som overvejer at melde sig som værtspraksis?

Det kræver blot, at man har lyst til at møde en læge fra et andet land, og at man er villig til at bruge lidt tid på dels at planlægge programmet og dels at oversætte og selvfølgelig få tilladelse fra patienterne til, at lægen må deltage. Vores patienter var meget imødekommende og sagde stort set alle sammen ja til, at lægen var med.

Det sagde Anne-Sophie, den franske udvekslingslæge, om opholdet i Birgittes klinik:

"The care of patients is somehow similar to the French system, but is in many ways closer to the Anglo-Saxon system. The Danish healthcare system efficiently protects its own citizens, and the guidance is formalised. The shared-access medical record improves the GP's work. It's also profitable for the state. Danish GPs may be the happiest GPs in the world. This Hippocrates Exchange stay was real-

HVORDAN FOREGÅR ET UDVEKSLINGSOPHOLD?

Den udenlandske læge, som er speciallæge eller i hoveduddannelse til almen medicin, kommer på besøg i 3-14 dage i et tidsrum, der passer jer.

Den udenlandske gæst er med som "fluen på væggen" til konsultationerne, hvis patienten samtykker. De vil også gerne have et indblik i organiseringen, og hvilke opgaver klinikpersonalet varetager, og de vil gerne med på hjemmebesøg.

Ud fra et motivationsbrev vælger I, hvilken læge I gerne vil have besøg af. Det er således muligt at matche efter særinteresser, hvis man f.eks. kunne tænke sig at få besøg af en læge, der særligt interesserer sig for polyfarmaci, palliation, diabetes eller et andet område, I har fokus på i klinikken. Har I mange patienter fra et bestemt land eller område? Så er der mulighed for at få en læge på besøg fra det pågældende land, så I kan få f.eks. en tyrkisk, rumænsk eller spansk læge at sparre med og få bedre indsigt i den patientgruppe.

Det er en fordel, hvis I har uddannelseslæger i praksis, som kan involveres. FYAM står for det praktiske, men hvis du/I har lyst til at lægge bolig til eller invitere den besøgende læge med til et socialt arrangement, skal I endelig ikke holde jer tilbage.

ly a good experience, both professionally and personally. I hope this work will be useful and that the Danish system will inspire French GPs."

Er det noget for dig?

Hvis du er interesseret i Hippocrates-programmet, overvejer at blive vært eller har spørgsmål, er du velkommen til at sende en mail til: hippocrates.denmark@gmail.com. //



FYAM-KLUMMEN

Når tvivlen kommer

Practicus har lanceret FYAM-klummen. En ung almenmediciner vil i hvert nummer af Practicus skrive en klumme om et valgfrit tema. Kunne du tænke dig at blive FYAM-klummeskribent, så skriv til jonasebert@dsam.dk

Dette er Jespers sidste FYAM-klumme. Fra Practicus vil vi gerne sige Jesper en stor tak for hans velskrevne bidrag til bladet, og samtidig ønsker vi ham god vind fremover.

Tvivl kan være en god ting. Den kan nuancere og bringe os et bedre sted hen, men den tager tid. Er der plads til tvivl i det daglige kliniske arbejde?

Tvivl er en underlig størrelse. Jeg har somme tider oplevelsen af at være den evige tvivler. Jeg tvivler ofte på mine egne beslutninger og har oplevet at blive ængstelig, når jeg har truffet en beslutning. For gør man det rigtige? Det fagligt rigtige og det rigtige for patienten?

Tvivl og stress er modstridende

Jeg oplever, at der ikke er plads til tvivl i det daglige kliniske arbejde. Alt skal gå så stærkt. Patienten skal udskrives, og det skal være i dag, for man venter patienten på plejehjemmet, og i øvrigt er der flere patienter vej ind, så sengepladsen skal bruges. Alt skal gå så stærkt.

Patienten kommer til lægen med et komplekst problem eller med den forhadte dosmerseddel, og patienten har mange relevante problemstillinger, man gerne vil hjælpe med at løse, men der

er desværre kun 10 minutter – eller allerhøjest 15 – til det, før den næste patient banker på døren. Alt skal gå så stærkt. Og mens du bearbejder to, fire eller seks samtidige problemer og indtryk i dit hoved, ringer telefonen, og der bankes på døren, for der er lige det ene og det andet, andre skal spørge dig om. Nu pibler sveden frem på panden, og tankerne bliver uklare og diffuse.

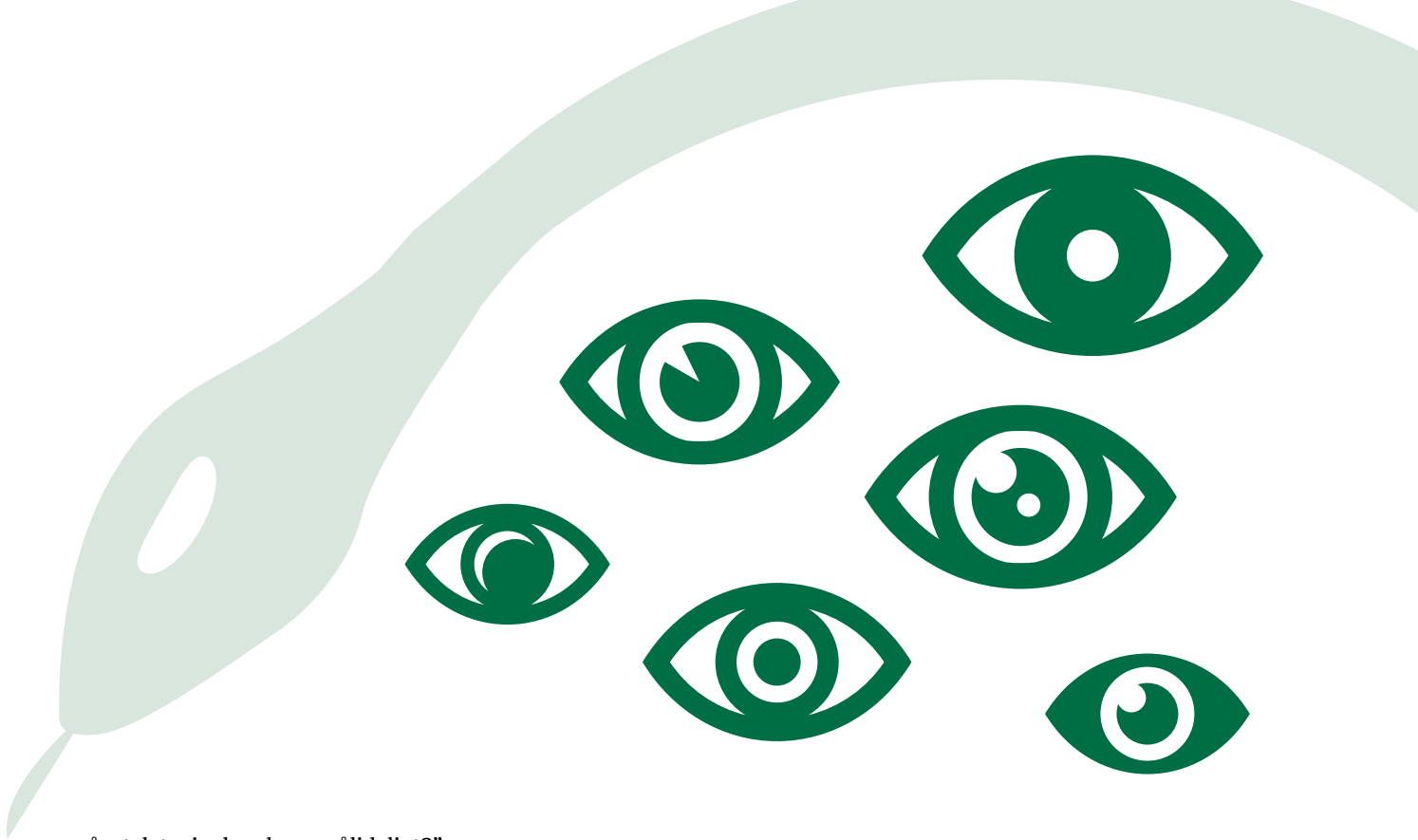
Travlhed dræber evnen til at tvivle

For mig er travlhed en dræber. Som salt opløst i vand forsvinder min arbejdslyst. Jeg har altid levet med min tvivl og faktisk også set min tvivl (eller skepsis) som en fordel. Gennem livet og mit arbejde lærer jeg mig selv bedre at kende, og jeg tvivler hver dag.

Det er svært at arbejde som læge og samtidig tvivle, har jeg erfaret. Der er simpelthen ikke plads (nok) til tvivl i et forhastet sundheds(u)væsen, som det kan være.

René Descartes spurgte: "Hvordan kan vi stole på det, vores sanser fortæller os? Hvordan kan vi være sikre





på, at det, vi erkender, er pålideligt?” Ifølge René Descartes skal alt betvivles. Finder vi så trøst i den kartesianske filosofi? Descartes udviklede den metodiske tvivl i jagten på sikker viden! Alt det, vi tror, vi ved, er tvivlsomt og usikkert. Det må betvivles for at opnå sikker viden:

1. Først forkastes alt. Alt skal betvivles.
2. Del hovedproblemet op i mindre delproblemer.
3. Start med at løse de enkleste problemer, og bevæg dig mod de mere komplicerede.
4. Lav en optælling af alle de forhold, der er relevante for problemstillingen, og bevar et overblik.

Descartes forkastede alt, betvivlede alt og tænkte derefter, at det første og eneste sikre er, at man eksisterer. Når noget betvivles, må der være en tvivler, altså eksisterer man. *Cogito ergo sum*. Eller: Jeg tænker, altså er jeg. Det er sikkert. Men hvor længe? Lige så længe, som jeg tænker.

Herefter kommer Descartes via rationelle argumenter, alene ved intuition og deduktion frem til, at Gud og den ydre verden uden for en selv eksisterer.

Tvivlen er vigtig, fordi den åbner vores øjne og lader os tænke bredt.

Descartes lærer os at tvivle, fordi vi ved at tvivle på alt til sidst finder et fundament af sikker viden, hvorpå alt andet kan bygges, for derefter rationelt at deducere os frem til sikker viden.

Tvivl som et vilkår

René Descartes tankegang er naturligvis (som filosofi ofte er) vanskelig at forstå. Men der er alligevel hjælp at hente hos Descartes. For gennem tvivl opnår vi sikker viden.

Er man sikker (nok) på sine observationer? Skal man ty til radiologiske, parakliniske eller ligefrem invasive undersøgelser?

Nogle siger: Stol på din mavefornemmelse. Andre siger: Stol på Gud – eller på dit kliniske blik. Nogle siger, at pneumoni er en klinisk diagnose, så stol på din kliniske vurdering. Andre siger: Stol ikke på din stetoskopi, for det er usikkert. Ja, det er som at kaste en mønt op i luften og gætte på,

om den viser plat eller krone, så bare tag det røntgenbillede...

Tvivl er ikke det samme som dumhed, vægelsind eller ubeslutsomhed. Tværtimod. Men ofte bliver tvivl foran kolleger eller patienter mistolket, desværre. Tvivlen er vigtig, fordi den åbner vores øjne og lader os tænke bredt. Den kartesianske tankegang og tvivlen åbner vores øjne gennem rationel tænkning, intuition og deduktion. Er der noget andet på spil her? Hvad er differentialdiagnoserne? Står vi over for en hest eller en zebra? Jeg ville aldrig kunne være menneske eller læge, hvis jeg ikke kunne tvivle. //

Jeg har altid levet med min tvivl og faktisk også set min tvivl (eller skepsis) som en fordel.



FYAM's fundament finpudses

FYAM-udvalget mødtes i januar 2022 for at planlægge det kommende års begivenheder. Et centralt element var opdatering af FYAM's kommissorium og drøftelse af vedtægter.

Ar 2022 er over os, og FYAM-udvalget mødtes i januar måned på et 1-dags internatmøde i Aarhus for at tilrettelægge årets kommende begivenheder. Der var lavet et stort forarbejde, og det blev en god og udbytterig dag.

Et værelse med udsigt

Temaet for dagen var hygge og effektivt arbejde. Comwell Aarhus sikrede nogle corona-sikre rammer med ekstra stort mødelokale, coronapas, portionsanretning, sprit, mundbind osv. Arbejdet forløb i et moderne hjørnekontor med udsigt mod havet og således gode rammer for FYAM-arbejdet.

Opdateringer af FYAM's kommissorium samt drøftelse af §10 om FYAM-udvalget i DSAM's vedtægter har længe været et ønske i FYAM-udvalget for at sikre et fortsat godt fun-

dament. At der skulle afholdes et internatmøde med fokus på netop det arbejde har været på tegnebrættet længe, og det går desuden godt i hånd med vores ønske om at gøre FYAM mere synligt, mere tilgængeligt og mere gennemsigtigt for alle vores medlemmer.

Alle poster besat

De første tre timer af dagen stod på FYAM-udvalgsmøde, hvor der – ud over de seks fremmødte i arbejdsgruppen – ligeledes var flot fremmøde fra øvrige medlemmer over Zoom. Mødet bød blandt andet på udpegning til næstformandsskabet i FYAM-udvalget for de næste to år. Maria Dahl Overgaard blev genvalgt til næstformands-posten og fortsætter sit gode arbejde her. Derudover blev der udpeget ét nyt medlem og en suppleant til videreuddannelsesudvalget. Herved er alle poster i FYAM nu besat.

Alle de stående udvalg under DSAM og de fem regionale udvalgsmedlemmer kom ligeledes med en opdatering på deres igangværende spændende projekter i FYAM.

Første spadestik til nyt kommissorium

Eftermiddagen stod på opdatering af FYAM's kommissorium. Målet var klart; det skulle holdes kort og præ-

cist, give øget gennemsigthed og fastholde en vis smidighed i arbejdet.

Vi har behov for at drøfte f.eks. hvem der har stemmeret i udvalget og hvordan næstformand udpeges. Vi havde overskueliggjort arbejdet med kommissorium og drøftelse af vedtægter ved at inddеле i flere "workshops" med forskellige emner, og allerede inden internatmødet havde resten af FYAM-udvalget budt ind med deres kommentarer og ideer, som vi drøftede én efter én. Alle havde gode input, bød livligt ind, og stemningen var god. Både arbejdet med kommissoriet og resultatet er vi ganske stolte af. Det skulle naturligvis fejres med god mad og drinks på Hanzo i Aarhus efterfølgende.

Som udvalg under DSAM er næste skridt en drøftelse med bestyrelsen. Næste udvalgsmøde bliver i marts måned, hvor nye kampagner, SoMe-gruppe og andre spændende arbejdsopgaver skal føres ud i virkeligheden. Det glæder vi os til! //

**Vi ønsker at gøre FYAM
mere synligt, mere
tilgængeligt og mere
gennemsigtigt.**



Follow-up efter SAMS-årsmødet

Efter mange måneders undervisning hjemme på sofaen er det vigtigt igen at udnytte de mange faglige og sociale fordele, der er ved at tage aktiv del i studenterforeningslivet. Det gælder særligt for de nyere studerende.

Kedelig start på studielivet

I efteråret 2021 beskrev de fire SAMS-formænd i Practicus, hvordan coronapandemien har været startskuddet til et tættere samarbejde mellem SAMS-afdelingerne i studiebyerne.

Efter mange måneder i det online univers vendte undervisningen og aktiviteterne rundt omkring i alle studenterforeningerne endelig tilbage til

normalen i efteråret, længe ventet. Især studerende på de første semestre har været ramt, grundet den, for mange vedkommende, skæve studiestart. For når man nu hverken kunne møde fysisk op til undervisning eller deltage i sociale arrangementer med sine medstuderende, ja, så var det altså bare en lidt kedelig start, man fik på det ellers så fede liv på medicinstudiet.

Fælles drejebog

Heldigvis har landets mange studenterforeninger i den grad taget revanche efterfølgende. SAMS inklusive. Der er i høj grad nu skruet ekstra op for arrangementerne, promovning af foreningerne og hvervningen af nye medlemmer. Det er elementer, som alle blev drøftet grundigt på SAMS-årsmødet, som blev holdt i forbindel-



Næstformand og formand i SAMS-Aalborg til SUNDMesse i efteråret 2021. Foto: privat.

se med DSAM's årsmøde i Kolding i oktober 2021.

Det blev en spændende weekend, og der blev udvekslet ideer og erfaringer mellem SAMS-afdelingerne. Dertil blev der oprettet fælles drejebøger, så alle SAMS-afdelingerne nu har et godt og solidt fælles grundlag for, hvorledes diverse arrangementer bedst muligt kan planlægges og afholdes. For eksempel har der siden da været afholdt "1-2-3 praksisklar" og venepunkturkurser, som især henvender sig til bachelor-studerende, der ønsker studiejobs i almen praksis. Hertil har flere byer også kastet sig over forskellige messer, f.eks. SUND-messen på Det Sundhedsfaglige Fakultet på Aalborg Universitet, hvor vi ved stande har stået og spredt budskabet om SAMS.

Forårsweekend i Aalborg

Det næste større SAMS-arrangement er "forårsweekenden", som afholdes i Aalborg. Vi ser frem til en hyggelig weekend, hvor vi igen alle kan stikke hovederne sammen og fortsætte det gode faglige såvel som sociale fællesskab mellem studiebyerne. //



SAMS-medlemmer efter årsmødet i Kolding. Foto: privat.



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 kvalens og hjertets minutvolumen (10- 20%). Ældre: evt. væskeretention	Vasodilatation (relativt ved lungeødem)		
Virkning	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 AT2-ant. 5. Angioneurotisk ødem Tendens til øget blodtryk GI-gener, svimmelhed, impotens	Anæmi, svimmelhed, ortostatisme Kaliumstigning, hypoglykæmi, nyrefunktionspåvirkning	Amlodipin: Perifer ødemer (10%) (dosisafh., skift til Lercanidipin). Begge: Hovedpine, (ansigts)rødme	Kvalme, svimmelhed, hovedpine. Erektildysfunktion. Diabetogen effekt Hypokaliæmi, hyperurikæmi	Svimmelhed, GI-symptomer, bradykardi, palpitationer Søvnproblemer, impotens, Raynaud Diabetogen effekt Generelt mange	Elektrolytforstyrrelser Forhøjet S-urat eller P-kreatinin Dehydrering Hypertriglyceridæmi	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 intermitens, 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 ét 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 β-blokker og α-blokker i lav til moderat dosis før tillæg af andet præparat (dette pga. bivirknings- og virkningsprofil)
 - calciumantagonister, thiazider og β-blokker i lav til moderat dosis før tillæg af andet præparat (dette pga. bivirknings- og virkningsprofil)
- Ved behov for kombination med 3 stoffer: ACE-inhibitor/AT2-antagonist + calciumantagonist + thiazid
- Tillæg en β-blokker (ikke Atenolol). Evt. konfunder 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)	Thiazid (evt. calciumantagonist)

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



Det er vigtigt, at vi påtager os fagrelevante opgaver – også de svære...

Det er nok de færreste almenmedicinere, der drømmer om at arbejde med tilsynssager, men det er vigtigt, at nogle af os vover at påtage os opgaven.

I hvervet som medlem af DSAM's bestyrelse bliver nye vinkler på vores arbejde synlige, når man inviteres med til forskellige møder som DSAM's udsendte.

Jeg har været med til at forsøge at gøre reglerne om journalføring og samtykke mindre komplicerede og indgribende i vores arbejdsdag. Det var et interessant arbejde, men med et lille udbytte, fordi de tidskrævende procedurer er grundfæstede i Sundhedsloven og dermed vanskelige at ændre afgørende på, desværre.

I øjeblikket deltager jeg i revideringen af Sundhedsstyrelsens retningslinje for forebyggende helbredsundersøgelser af børn og unge. Ulighed i sundhed og forebyggelse af psykisk

sårbarhed er hovedomdrejningspunkter, som vi arbejder ud fra. Det er sjovt og givende at arbejde med så mange forskellige fagfolk om et så relevant emne; børns sundhed i de næste 10 år.

For nylig var jeg til møde med Styrelsen for Patientsikkerhed, da de har brug for nogle passionerede praktiserende læger, der gerne vil påtage sig den noget smertefulde og hårde opgave at vurdere tilsynssager.

Tilsynssager er de enkeltssager, hvor en kollega har så belastende sager eller personlige problemer, at deres kliniske beslutninger skønnes at kunne være til fare for patienterne. Det er de sager, hvor autorisationen overvejes at blive inddraget, eller der skal laves sanktioner... en uriaspost, og så hos selve STPS!

Man må jo indrømme, at STPS ikke har det bedste renommé hos os, og de er også godt klar over det. Men de vil gerne have samarbejde med os, og derfor havde de inviteret.

Desværre er der meget ved det job, der ikke er attraktivt.

Det er rent skrivebordsarbejde, da man ikke bruger dialogmøder i disse

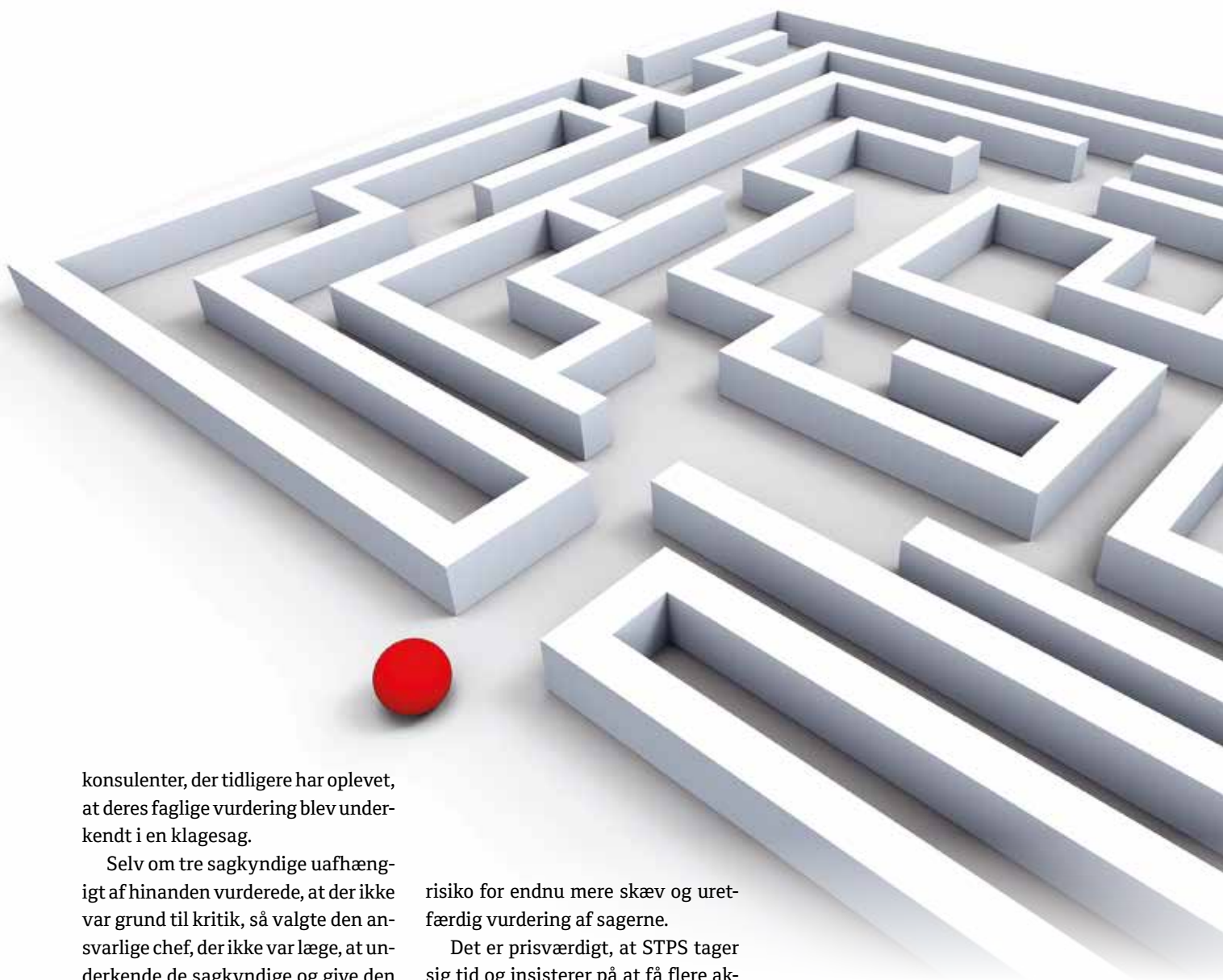
sager. Sagerne vurderes ud fra journalmateriale og skrevne forklaringer.

Honoreringen er heller ikke på højde med konsulentløn og kan således heller ikke gøre jobbet attraktivt.

Til og med kan man også have den lille frygt, at nogle kollegaer vil se skævt til en, og at man måske endda udelukkes fra det kollegiale fællesskab.

Som tilsynsførende læge er man derudover kun rådgiver, ikke beslutningstager. Der har været kollegaer, som har været ansat som sagkyndige

Men det er til gengæld meget vigtigt for vores stand og vores retssikkerhed, at der er et par kollegaer, der har mod til at påtage sig denne opgave.



konsulenter, der tidligere har oplevet, at deres faglige vurdering blev underkendt i en klagesag.

Selv om tre sagkyndige uafhængigt af hinanden vurderede, at der ikke var grund til kritik, så valgte den ansvarlige chef, der ikke var læge, at underkende de sagkyndige og give den indklagede kritik.

Således, er det, alt i alt, ikke et oplagt drømmejob for os almenmedicinere, der helst vil tale med det menneske, det drejer sig om – og helst hjælpe, ikke være med til at straffe. Og blive respekteret både ved at blive hørt og få et anerkendende honorar.

Men det er til gengæld meget vigtigt for vores stand og vores retssikkerhed, at der er et par kollegaer, der har mod til at påtage sig denne opgave.

Hvis ikke der er nogen af os, der gør det, vil proceduren blive domineret af jurister eller – i bedste tilfælde – af en læge uden indsigt i alment medicinsk arbejdsforhold. Det vil sige, at der er

risiko for endnu mere skæv og uretfærdig vurdering af sagerne.

Det er prisværdigt, at STPS tager sig tid og insisterer på at få flere aktive klinisk arbejdede praktiserende læger til at være med i processen i disse vanskelige sager.

Mit håb er, at STPS har erkendt, at jobbet er ensomt og utaknemmeligt. Jeg håber, at de vil respektere de sagkyndiges udtalelser, og at de finder en bedre honorering som anerkendelse af det samvittighedstunge arbejde, man udfører.

De personer, der påtager sig dette job, bør få en stor tak fra os andre, da de er med til at gøre systemets beslutninger mere fair for vores stand. Vi bør støtte op om dem og ikke vige fra dem i misforstået forargelse over, at nogen lader sig ansætte af STPS og tage ansvar med dette fag-relevante arbejde.

Jeg håber, at der iblandt os findes et par ildsjæle, der kan se, hvor vigtigt det er, at vi er med i processen. Og at vi andre udviser respekt og taknemmelighed for det stykke arbejde, der skal gøres for patientsikkerheden og vores stands omdømme.

Vi bør bakke op om dem, der, forhåbentligt, søger stillingerne næste gang, STPS slår dem op. Vi har brug for at have et par sagkyndige fra egne rækker til at give deres besyv med, når der skal laves sanktioner fra STPS, også selvom det er et stykke fagarbejde med mange dilemmaer.

Jeg krydser fingre for, at der er nogen, der vil binde an med opgaven, da vi virkelig er dårligere stillet uden! //



TANKER FRA STOLEN:

Hvad er afgørende for virket i stolen?

Det er nok forskelligt alt efter, hvem der svarer, og hvad udbyttet skal være af virket. Nu vil jeg dele mine tanker.

På hjørnet af mit salsarøde skrivebord står stolen, som mine patienter vender tilbage til konsultation og år efter år. Den tager imod og er hverken for blød eller for hård. Den har en fasthed, som holder ryggen i et stabilt greb, der er vigtigt, fordi her i rummet bliver hele følelsespaletten udlevet. Der bliver grint, grædt, gruet og sukket – som en baggrundsklang for det, der deles i dyb fortrolighed mellem patienten og mig. Eller sådan har det været.

Jeg mødte en af vores praksis' tidligere uddannelseslæger for nylig. Hun fortalte, at hendes grund til at blive praktiserende læge var, at hun kunne

høre min patient og mig grine højlydt i rummet ved siden af hendes. Sådan ville hun også gerne have det; at kunne bære humoren ind i et konsultationsrum, hvor det levende menneske på godt og ondt er under refleksion, vurdering og behandling hver dag.

Fakta er, at tiden til fordybelse og at komme i kontakt med noget så simpelt som både sig selv og også sin patient er under pres af endeløse forandringer udefra. Lad os nu se det i øjnene; som fag har vi ikke formået at formidle vigtigheden, værdien og indholdet af vores fag ud til vores samarbejdspartnere, til regionerne, der betaler for vores ydelser, til styrelser og til vores politikere.

Vi har lige været igennem december (igen). For vi har kontinuiteten – det er den samme lille population, vi

møder – bare et år ældre. Højtider kalder på følelser, som gødes af traditioner og minder. Det mærkes hvert år i praksis sammen med patienterne og især under den verdensomspændende pandemi. Den mørke december måned fortætter oplevelserne af at være et levende menneske. Alt og intet rykker tættere på os, og vi bliver alt fra rørte og rystede til ramte. De helt unge praktiserende læger er på hårdt arbejde.

Hvis jeg glemmer hvor hårdt det er, så erindrer jeg det, når mine uddannelseslæger kommer rystede ind

Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til practicus@dsam.dk



til debriefing efter en konsultation: ”Jeg skulle bare tage et blodtryk på den 14-årige, der kom med sin mor og forlangte p-piller – og da hun meget modvilligt trak ærmet op, havde hun cuttet sin arm til blods.” Jeg bliver også påvirket, men jeg kan læne mig ind i den lange historik med familien – og ja, underretninger, forløb og terapi m.m. og kan derfor håndtere både familien, min uddannelseslæge og få sat tiltag i gang og følge op.

Når den ældre kvinde kommer med smerter i højre side, så ved jeg, at hun ikke kan holde op med at ryge, og nu er hun bange for, at skæbnen har indhentet hende. Som det skete for hendes mand for tre år siden i december, hvor han døde af lungekræft efter kort tids sygdom. At den nervøse ensomme mand bare skal have en tid, når han kontakter os, for det er det bedste for alle og det billigste for væsenet. Jeg ved også, at der er mange spørgsmål, jeg ikke kan stille til en videokonsultation, fordi jeg ikke kan gribe borgeren, der sidder langt fra mig – og at jeg ikke kan se hendes ben køre under bordet, fordi hun er svært utilpas.

Du, min kollega, kan selv supplere med et uendeligt antal eksempler på vores komplekse arbejde, som få har indsigt i. Derudover er der vores nye opgaver med meget komplekse patienter, som vi samler data ind på først og fremmest i forskningens tjeneste, laboratoriesvar på egne prøver, som vi skal kigge på – og også prøver, som er rekvireret og udført af andre. Vi bliver inddraget i et samarbejde og får pålagt opgaver, uden at det giver anledning til overvejelser om, hvordan det påvirker vores virke.

Selvom jobbet i stolen i december kan se uforandret ud i det store – at vi tager udgangspunkt i det, som er – så har indsatsen ændret sig fra at hjælpe patienten i praksis til at hjælpe både patienten og alle, som måtte have

brug for en læge med bred kompetence. Vi små praksisenheder i det store sundhedssystem er den lynplastiske del af sundhedsvæsenet. Vi kan omstille næsten fra dag til dag – og bare vi har travlt nok, så når vi ikke at mærke, hvad det gør ved os, at vi skal omstille i en uendelighed under pandemien, som nu har stået på i to år.

Har du lagt mærke til noget i december? Hvordan er arbejdet i din stol og for dit personale? Hvordan møder du patienterne? Og hvad med dig selv? Er noget ændret? Dit nærvær, dine sanser, følelser, tanker? Til det bedre eller værre?

Tonen over for vores fag hyler unuanceret og med en skarphed, som jeg har svært ved at leve med. Jeg oplever kolleger med frygt i stemmen snakke om, hvorvidt de får en klage, eller de skal have tilsynsbesøg. Medierne er på jagt efter læger, der fejl vurderer, fejl diagnosticerer eller ligefrem laver økonomisk bedrag. Men vi har et system, der dokumenterer, at vi laver ekstremt meget med få fejl, at vi har orden i rammerne, at vi er billige i drift, og at vi ikke snyder med regningerne i vores butik. Samlet set som faggruppe. Vores faglige organisation har svært ved at finde de mulige veje til at vise – og få alle andre end os selv til at forstå – den virkelige historie. Lige nu er almen praksis afgørende for, at det øvrige sundhedsvæsen fungerer. Hverken mere eller mindre.

Det giver mening at arbejde som praktiserende læge, når jeg har tid til det. Og nu er jeg igen i den mørke vinter, der meget ligner sidste år. Denne

gang ved jeg, at jeg har stress. Der er ikke tid til det egentlige arbejde. Så har jeg mistet lysten til mit arbejde. Jeg kan godt, men jeg har så meget modstand og manglende lyst. Til min store overraskelse kom erkendelsen, da jeg fik en kostbar julegave – en gave, som jeg til enhver anden tid ville være blevet så glad for. Men det er en sårbar tid, som kalder på noget vigtigt.

Mit virke som praktiserende læge skal blomstre og respekteres. Almen praksis skal tage en langt stærkere stemme fagligt og politisk. Jeg vil arbejde som en læge, der er til stede i et fortroligt rum, træffer beslutninger, ikke arbejder defensivt, ikke forstyrres af andre, der ikke tør tage ansvar. Jeg vil anerkendes sammen med mine kolleger for den betydningsfulde opgave, vi løfter.

Med julegaven i hænderne kom erkendelsen: at jeg har frihed. Jeg er 60 år. Der er masser af krudt i mig og mine jævnaldrende kolleger – og vi er mange! Tænk, hvis vi finder andre veje... Jeg ville ryste i bukserne, hvis jeg var chef for det nære sundhedsvæsen i min region. //





Fastelavnsbollen i kuverten

Practicus siger hjertelig velkommen til Berit Enggaard Kaae, som er ny klummeskribent af Lægens Bogstaver. Berit er sololæge på Vesterbro, og hun underviser kommende kolleger på Københavns Universitet. Hun er kursusarrangør for både læger og personale i praksis. Hun er en erfaren debattør af emner, som vedrører almen praksis, og så er hun videnskabelig redaktør på Ugeskrift for Læger og Danish Medical Journal.



Forleden kiggede Kjeld forbi klinikken. Han er i 50'erne og har et meget stort alkoholforbrug. Han kom for at "melde mig hos dr. Rask, nu jeg har været på hospitalet i 1½ måned – og jeg har sgu været i koma og det hele". Problemer med at huske mit navn gør, at jeg nu er døbt dr. Rask – det er til at huske. Det var lidt svært at finde ud af, hvad dagsordenen helt præcis ellers var. Men den indbefattede en masse genstande i en taske med et Ferrari-logo på. "Ja, jeg er sgu blevet Ferrari-repræsentant", sagde han med et glimt i øjet. Det viste sig dog at være "gas", og at tasken bare var en del af det tøj, han havde fået med fra hospitalet, da han var blevet udskrevet, som erstatning for det nu ubrugelige, han blev indlagt med.

Efter lidt snak kom det frem, at han ikke kunne få sin medicin på apoteket. Han havde ingen kontanter, og banken ville ikke lade ham hæve på sin bankbog uden ID. Kjeld er ikke den type, der stoler på betalingskort, og hans ID var blevet stjålet fra lejligheden, mens han var indlagt. Men fra Ferrari-tasken hev han en meget slidt dåbsattest op. Med den i hånden og et brev fra dr. Rask til banken mente han nok, sagerne skulle løse sig. Han dykkede glad ned i tasken igen og hev nu en kuvert frem. "Jeg kommer lige fra min kammerats bisættelse, og der var gratis fastelavns-

boller, så jeg tog med til dig, dr. Rask, men jeg måtte kun få én, så din... øøøh... veninde derude kunne ikke få en også", sagde han med lidt skuffet mine. Jeg tog imod den fedtede bolle i kuverten – garneret med lyserød glasur og nullermænd fra Ferrari-tasken. Og lavede brevet, som bekræftede, at Kjeld var Kjeld. Efter lidt småsnak og spørgsmål til diverse tabletter, som "pilletrillerne" på hospitalet havde givet ham, gik Kjeld sin vej. To dage efter ringede han til min "veninde" i receptionen og fortalte glædestrålende, at nu havde han fået både penge og piller.

Man kan spørge sig selv: Er dette lægearbejde? Og er det værd at bruge sin tid på? Det vil jeg mene, og det tror jeg også, Kjeld gør. Er det tilfredsstillende? Ja, meget. Manden fik sin medicin, og det var vel ikke så skidt. Men grænsen mellem, hvad vi som praktiserende læger skal involvere os i, og hvad vi ikke skal, er hårfin.

Smagte fastelavnsbollen godt? Jeg spiste den ikke, men tanken om den smagte rigtig godt. //

Man kan spørge sig selv:

Er dette lægearbejde?

Og er det værd at bruge sin

tid på? Det vil jeg mene...



BOGANMELDELSE:

Relationer i sundhedsvæsenet

– hvorfor og hvordan?

Sundhedsvæsenet har i de senere år været præget af effektivisering, specialisering og dokumentation. Derfor er det vigtigt, at der er stemmer, der griber ned i sundhedsfagernes basale værktøjskasse og får os til at tænke over vores arbejde som læger i et komplekst sundhedsvæsen.

Det er opløftende, at der er udgivet denne antologi, som kredser om mange vigtige humanistiske og kommunikative elementer i forholdet mellem behandler/læge, patient og teknologi.

Når det er sagt, er bogen lige så kompleks og kringlet som delene i Bachs Goldbergvariationer.

De to første kapitler handler om de vigtige temaer; empati og omsorg. Og vi kommer langt omkring både teoretisk og praktisk.

Her introduceres et tema, som går igen i bogen: *The second victim* – behandleren som offer. Det er en risiko, vi som behandlere løber ved at omgås svært belastede patienter.

I flere af kapitlerne går forfatterne meget grundigt til værks og behandler væsentlige temaer som fælles be-

slutningstagning, læge-patient-relationen ved kronisk sygdom og kollegiale relationer ved behandling af utilsigtede hændelser. Generelt er det vel-skrevne indlæg, der leveres med stor detaljerighed og overblik.

Bogen er desværre en antologi i værste forstand. Redaktionen er fraværende på det overordnede plan i form af manglende systematik i sammenhængen af temaerne i bogen.

Og enkelte af bidragene er svært læselige på grund af rodet opbygning af teksten. For eksempel blandes egne oplevelser og teori i et af kapitlerne på en måde, så at logikken går helt tabt. Andre steder dumpes teoretisk stof i en lind strøm, uden at teorierne skrives sammen på en pædagogisk forståelig måde. Det er måske tilfredsstillende for forskere med forhåndskendskab til området. Men for en praktisk arbejdende kliniker uden teoretisk forkundskab kræver det unødigt tid ved grundig læsning at dissekere hovedbudskaberne ud af teksten.

Så stor ros til forfatterne for deres engagement og personlige indlæg i bogen. Men forlagsredaktøren og de



TITEL: Relationer i sundhedsvæsenet
– hvorfor og hvordan?

FORFATTERE: Elisabeth Assing Hvidt,
Jens Søndergaard og Anette Grønning

FORLAG: Samfundslitteratur

SIDEANTAL: 280

UDGIVELSEÅR: 2021

faglige redaktører har forsømt deres arbejde og burde have tvunget mange af teksterne igennem flere om- og gennemskrivninger. Og så ville det have styrket hele antologien, hvis de forskellige forfattere havde relateret deres tekster til de andre indlæg i bogen. //


www.ncgp2022.com

ON THE EDGE

General practice for future generations

22nd NORDIC CONGRESS OF GENERAL PRACTICE
STAVANGER, NORWAY • JUNE 21-23 2022

Dear Colleague!

The Nordic Congress of General Practice is an important meeting place for clinicians, researchers and administrators with an interest in general practice. We promise to create a pleasant and inspiring framework for professional replenishment, discussions and social gatherings.

For all young doctors (GP trainees and new GP specialists – first 5 years after completed specialisation), a separate Pre-congress is arranged with a quality improvement workshop.

We want as many participants as possible to sign up early. Due to the pandemic, we have been uncertain about the

possibility of arranging the congress. Now, the final decision has been made, and we would appreciate early feedback that we have made the right decision: Please register now! You can register at a reduced price (Early bird) until 1 April.

We look forward to meeting you!



Kongressen er
refusionsberettiget
gennem Fonden for
Almen Praksis.