

## C. Teorispørgsmål

1. [Hvad får folk til at søge læge](#)
2. [Hvordan skiller vi de syge fra de raske](#)
3. [Henvendelsesmønsteret i almen praksis](#)
4. [Almen praksis i det samlede sundhedsvæsen](#)
5. [Sygdomsmodeller](#)
6. [Sygdomsprævalenser i almen praksis](#)
7. [Uafklarede symptomer](#)
8. [Diagnostik i almen praksis](#)
9. [Gravide i almen praksis](#)
10. [Børneundersøgelser i almen praksis](#)
11. [Screening](#)
12. [Sundhedspædagogik i almen praksis](#)
13. [Evidensbegrebet](#)
14. [Guidelines](#)
15. [Kvalitetsudvikling i almen praksis](#)
16. [Kvalitet, faglighed og organisation](#)
17. [Overblik og opdateret viden](#)
18. [Ældre patienter i almen praksis](#)
19. [Socialmedicin i almen praksis](#)
20. [Kontrol af kroniske sygdomme](#)
21. [Den terminale patient](#)
22. [Psykiske symptomer, der får folk til at søge egen læge](#)
23. [Børn der ikke trives](#)
24. [Den depressive patient](#)
25. [Hvornår henvises til psykolog](#)
26. [Hyppige gynækologiske henvendelser](#)
27. [Akutte patienter - visitation](#)
28. [Vagtarbejde](#)
29. [Almen praksis som virksomhed og arbejdsplads](#)

## 1. Hvad får folk til at søge læge?

---

### Emner:

1. Forskellige årsager til at søge læge
2. Patientens vurdering af symptomer
3. Patienters reaktioner/egenomsorg på symptomer
4. Barrierer for at søge læge
5. Andre emner
  - a. Se henvendelsesmønster

### AP Merete's forslag:

- De er bange, urolige, bekymrede
- De har problemer, de eller deres netværk ikke kan løse
- Hvis nogen i netværket blive syge, og man selv mistænker noget lignende
- Mænd: når konen siger det.
- Attester (kørekort, lægeerklæringer), vaccinationer mv.

### Side 34-36

---

### Forskellige årsager til at søge læge:

1. Forebyggelsesundersøgelser (svangerskabskontrol, børneundersøgelser, smear)
2. Kontrolaftaler (opfølgninger, kronikere)
3. Attester, vaccinationer
4. Nyopstået symptomer → bange/urolige eller generende

### Patientens vurdering af symptomer: Er afhængig af 3 overlappende forhold

- **Den fysiske oplevelse:** afhænger af symptomets art – varigheden, intensitet og synlighed eller funktionsændring, indvirker på, hvordan symptomerne opleves.
- **Den bevidste vurdering:** på baggrund af patientens viden og erfaring omkring sygdom tolkes symptomets betydning. Hvad er farligt (vigtige organer, ukendte symptomer) og hvad er mindre farligt (andre organer, kendte symptomer)
- **Den følelsesmæssige oplevelse:** symptomer medfører ofte angst og usikkerhed. Angsten påvirkes af flere faktorer, vigtigst, er tidligere erfaring i forbindelse med sygdom eller helbredsproblemer. Den personlige, den sociale og den kulturelle baggrund vil påvirke den følelsesmæssige reaktion.
- Symptomerne tillægges en mening ud fra ovenstående og udløser et valg. Kan jeg behandle det selv, skal jeg gå til lægen? Patients subjektive forståelse af egne symptomer er derfor vigtigt.

### Reaktioner/egenomsorg på sygdom

Når patient opfatter et symptom, vil det i første omgang lede til egenomsorg, når denne overskrides fører det til et oplevet behov for at søge læge. *Egenomsorg* beskriver individets evne til at varetage egen sundhed og sygdom.

- Gør ingenting – få gør ingenting
- Søger råd, information eller viden – fra andre eller nettet
- Foretager egenbehandling – fx hvile, sygemelding evt. medicinering

- Søger diagnose og behandling hos andre end læger. F.eks. alternative behandlere.
- Søger læge

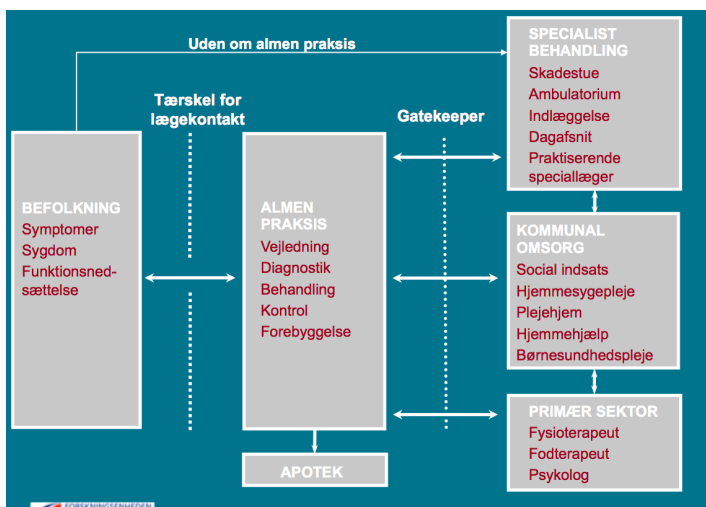
### Barrierer for at søge læge:

- Oplevet behov jf. tidligere 3 overlappende forhold
- Frygt ubehagelige procedurer – fx gyn-undersøgelse
- Ømtålelige personlige problemer – fx demens, STD.
- Tidligere erfaringer med sundhedsvæsenet – god/negativ
- Socioøkonomiske og kulturelle faktorer
- Dårlig organisering af sundhedsvæsenet
  - Lange ventetider
  - Dårlig tilgængelighed
  - Forsinkelser i konsultation
  - Transporttid
  - Økonomi – dog begrænset i DK

**Sygerollen**, Når et menneske udtrykker behov for hjælp, eller omsorg går det ind i sygerollen, Sygerollen er individuelt baseret og folk opstiller hurtigt fordele og ulemper ved sygerollen:

- Fordele
  - Hurtigere rask
  - Fritagelse for krav
  - Øget omsorg og opmærksomhed
- Ulemper
  - Forpligtelse for selv at gøre noget
  - Afhængig af andre
  - Nedsat arbejdsindtægt

**Simpelt sagt:** Lægebesøg sker på baggrund af en symptomforståelse der medfører et oplevet behov samt insufficient egenomsorg og tærsklen bestemmes af patientens tidligere erfaringer, sociokulturelle forhold og patientens holdning til at påtage sig sygerollen samt adgangen til sundhedsydelser.



## 2.Hvordan skiller vi de syge fra de raske

---

### Emner:

1. Indledning
2. Almen medicinske kliniske arbejdsmodeller
3. Diagnostik i almen praksis – se T8
4. Screening – se T11

### AP Merete

- Vores kliniske blik → Mønstergenkendelse, erfaring
- Kendskab til pt. → Har de ændret sig
- Anamnese!
- Objektive undersøgelser → Vi som læger udvælger gruppen, der skal undersøges, hvilket er første filter → Positiv Prædiktiv Værdi er størst i højprævalensområde.
- Mavefølelse → Tavs viden.

**Sider:** 41-45 + 1.5

---

### **Indledning**

1:10 konsultationer har patienten en alvorlig evt. livstruende sygdom, ca 50% udgøres af forbigående symptomer og lidelser. AP skal derfor gøre sig klart at almen praksis er et område med lav prævalens, når det gælder alvorlig sygdom i forhold til sekundærsektor. Alvorlige sygdomme har derfor en lav prætest sandsynligheder i almen praksis. Denne kan dog øges på baggrund af anamnesen, kliniske undersøgelser og test, herved kan patienten flyttes til et højer sandsynlighedsniveau. Et eksempel er forskellige symptomkriterier og nødvendige kliniske fund. Et eksempel er de modificerede Centor kriterier, de tilskriver brugen af STREP-A hos patienter med pharyngit/tonsilit. Ved at påvise de 4 kriterier øges præ-testsandsynligheden, og dermed øges den positive prædiktive værdi af testen.

**Almenmedicinske kliniske arbejdsteknikker:** flere arbejdsmetoder bruges i almen praksis lige netop til dette formål.

1. Kontinuitet og forhåndskendskab til patienten
2. Patientcentrerede konsultationer
3. Anamnese med fokus på de symptomer, der førte til henvendelse
4. Målrettet klinisk undersøgelse med fokus på symptomer patienten præsenterer
5. Klinisk epidemiologisk tankegang
6. Trinvis diagnostisk proces
7. Få og selektive supplerende undersøgelser
8. Anvendelse af tiden som diagnostisk hjælpemiddel
9. Anvendelse af en behandling som diagnostisk hjælpemiddel
10. Opsøgende i forhold til forebyggelse og screening
11. Vedvarende regelmæssig kontrol og behandling af kroniske sygdomme.

Flere af disse elementer medvirker til at skille syge fra de raske specielt 1-8. En nærmere beskrivelse er lidt ude af kontekst.

**Sensitivitet:** beskriver hvor stor en andel af de syge testen identificerer som positive.

**Specificitet:** Beskriver hvor stor en andel af de raske, hvor testen er negativ.

- Sensitivitet og Specificitet er relativt uafhængige af prævalensen, undersøgelserne og populationen der ligger til grund for målene kan dog påvirke målene.

Den PPV og NPV afhænger af prævalensen. Dvs at den PPV falder i almen praksis og den NPV stiger.

**SnNOut (high sens, negativ, rule out)** – En test med høj sensitivitet er god til at udelukke sygdom ved negativt resultat

- Høj sensitivitet tyder på at en negativ svar formentlig er korrekt

**SPIN (høj specificitet, positiv, rule in)** – En test med høj specificitet er god til at bekræfte sygdom hvis den er positiv.

- Høj specificitet finde stort set alle de raske, og dermed er et positivt svar god til at finde de syge.

- Der kan også nævnes om den kliniske epidemiologiske tankegang og hypotetiske deduktive metode.

### 3. Henvendelsesmønsteret i almen praksis

---

#### Emner:

- Generelt
- Kontaktformer
- Årsager til kontakt
- Symptomfordeling
- Faktorer associeret med henvendelse
- Henvendelsesmønsteret
- Beskriv figur
- Andre
  - T1
  - T2

#### AP Merete:

- Ældre mennesker med kroniske lidelser, der kommer til kontrol.
- Hyppigst hjertekarsygdomme (de 8 folkesygdomme udgør over 50% af konsultationerne)
- Kvinder og børn hyppigere end mænd.

**Sider:** 36-39 + 45-37

---

**Generelt:** 90% af befolkningen kontakter praktiserende læge og samlet havde patienterne over 41 millioner kontakter pr. år.

#### Kontaktformer

- Indirekte kontakter: pr. tlf, pr. email, pårørende, pr. brev.
  - Telefonkonsultationer (15.2 mil i 2011) og email-konsultationer (2.9 mil i 2011) bruges mere og mere hyppigt
- Direkte kontakter: konsultation, sygebesøg.
  - Konsultation er den herskende kontakt form m. 22,9 mil i 2011. Sygebesøg er dog ved at blive mere sjældne.
  - Lægevagtordningen udgør 4% af alle konsultationer i almen praksis.
- Fordeling af konsultationer typer
  - 55% Konsultationen
  - 34% telefonkonsultationer
  - 9% email-konsultationer
  - 2% sygebesøg.

#### Årsager til kontakt

- Årsager til kontakt, fordeling
  - 39% af konsultationer skyldes nyopståede symptomer
  - 50% skyldes kontrolbesøg og opfølgninger
  - 11% skyldes attester o.l.

#### Symptomfordeling

- 35% af konsultationerne skyldes gener/symp fra det muskelskelet, hjertekar-systemet og luftvejene. Depressive lidelser, atrieflimren, T2-diabetes samt svangerskabskontrol er også hyppige årsager til konsultation

- De hyppigste rapporterede symp hos patienter er smerter (30%), feber, ondt i halsen, frygt for alvorlig sygdom, fatigue, udslæt, mavesmerter, udflåd, åndenød, nedtrykthed og angst
- I lægevagts konsultationer: er uspecifikke tilstande, sygdom fordøjelsesorganer og sygdom i luftvejen de hyppigste kontaktårsager.
- I gennemsnit ser en praktiserende hvert år 8000 forskellige helbredsproblemer fordelt på 4200 konsultationer.

**Faktorer:** forbundet med henvendelse

- Ordinære konsultationer
  - Kvinder opsøger hyppigere læge end mænd, causal årsag til dette er ukendt
  - Konsultationshyppigheden øges med alderen
- Lægevagten
  - Brugen er højst for mindre børn.
  - Ingen stigning med alderen
- Andre faktorer: det er vist at sygdombilledet veksler meget mellem forskellige læger hvilket skyldes
  - geografi, patientgrundlag, demografi
  - enkelte læges interesser, uddannelse
  - lokal og national, kultur, politik, samt sundhedsvæsenets struktur
- Køns og aldersforskel:
  - 60% af alle kontakter i den primære sundhedssektor er med kvinder. Det er uklart hvilke faktorer der ligger bag denne kønsforskel. Kvinder kommer oftere med psykiske gener, urogenitale problemer og muskuloskeletale symptomer.
- Konsultationshyppigheden
  - Øges klart med alderen, når man ser bort fra kvinder mellem 20-40 år. Hyppigheden daler også hos de aller ældste, muligvis grundet øget behov for sygebesøg. Gennemsnitlig har unge mennesker (20-40 år) ca. 3 konsultationer om året. Folkepensionister 5-7 gange. Antallet af konsultationer er associeret med vurderet helbred. Godt (1-2 gange) mindre godt (4-8) Dårligt (10-20). Det er dermed især de tunge og kronisk syge der optager konsultationstiderne i almen praksis.

○  
**Henvendelsesmønsteret:** det er tydeligt at kun få tilfælde skyldes alvorlig sygdom, 1 ud af 10 kontakter. Af kontakter henvises ift. følgende fordeling

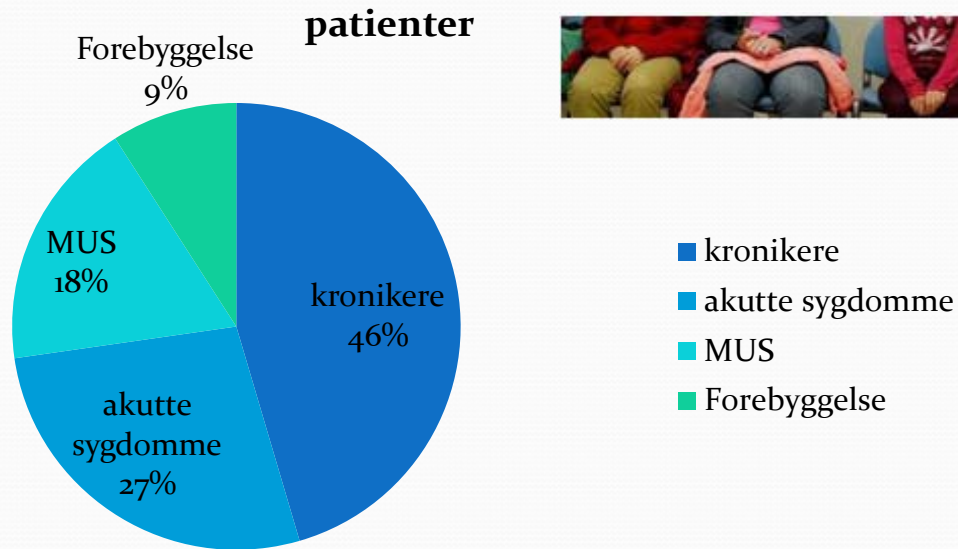
- Speciallæge (3-7%)
- Sygehus (3-5%)
- Røngten (2%)
- Fysioterapi (6%)

Yderligere har studie vist af fordelingen af helbredproblemer:

- 10-15% alvorlige og potentielt livstruende
- 30-40% kroniske tilstande
- ca. 50% forbigående eller harmløse

Beskriv/memoriser figuren

# Patienter i venteværelset



Figur 1: ses at kronikere udgør en stor del af venteværelset akut sygdomme og MUS udgør også en stor del.



## 4. Almen praksis i det samlede sundhedsvæsen

---

### Emner

- **Organisation**
- **Kommunerne**
- **AP-lægens roller**
- **Almen medicinsk ideologi**
- **Centrale værdier almen praksis**

### AP Merete

- Gatekeeper funktion!
- Tovholdere → Samler informationer fra sygehuse, speciallæger osv.
- Holde udgifter nede → Behandling med mindste middels princip

**Sider:** 49-51

---

**Folketinget** (stat, nationalt niveau) – laver sundhedsloven → lige ret til sundhed, gratis, sammenhæng mellem sundhedsydelser, frit lægevalg.

**Regionerne** (5 stk.) har ansvaret for sygehusvæsenet og finansiere privat praktiserende behandlere:

Der er 7 grupper af sundhedspersoner, der laver aftaler med regionerne:

- praktiserende fysioterapeuter
- kiropraktorer
- tandlæger
- speciallæger
- fodterapeuter
- psykologer
- almenpraktiserende læger

### Organisering almen praksis

- Liberalt erhverv med kontrakt med det offentlige
- Aftaler vdr. AP indgås mellem PLO og Regionerne og vedrører “overenskomst om almen praksis” (sygdomsbehandling) og “profylakseaftalen” (vaccinationer, svangre- og børneundersøgelser)
- 99% af patienter er Gruppe 1 sikret, fast læge, behandling gratis, behandling hos praktiserende speciallæge kræver henvisning (% ØNH + dermatologi). 1% Gruppe 2-sikret, ingen fast læge, ingen henvisning, noget egenbetaling.
- Frit lægevalg inden for 15 km, 5 km i Kbh.
- Løn almen praksis
  - Basis honorar: ift. antal gruppe 1 patienter i praksis (25%)
  - Ydelseshonorar: ift. ydelser (75%)
- Praksis typer
  - Solo-praksis: Drives af en læge. 34% af alle AP læger
  - Kompagniskabspraksis: Flere læger, fælles patientkreds, økonomi, lokaler og personale. 52%
  - Samarbejdspraksis: Flere læger, hver sin patientkreds, et vist samarbejde mellem lokaler og personale. 14%

- AP-læger: Der er ca. 3600 AP-læger, hver med ca. 1600 tilmeldte gruppe 1- sikrede patienter
- Overenskomsten:
  - Prøver at dække alle områder i DK

### Kommunerne

- (98 stk.) Rehabilitering (i henhold til genoptræningsplaner) og forebyggelse (i henhold til KRAM-faktorer, f.eks. i form af sundhedscentre. Samt Børn og unge med særlige behov og hjemmeplejen.
- Skal betale regionerne for indlæggelsesdage samt almen praksis → incitament til at stå for forebyggelse og rehabilitering. Får 75% af deres indkomst af skatte-opkrævning, resten kommer fra staten og brugerbetaling.
- Kommunerne har også ansvaret for sygedagpenge, kontanthjælp, revalidering, flexjob og pension.

### AP-lægens roller: Vigtigst er det at huske gatekeeper-funktionen

- Den personlige læge: Sørger for kontinuitet i læge-patient-forholdet, skaber derved tillid og tryghed. Besidder viden om patient, familie, slægt og nærmiljø
- Klinikeren: Vurderer tidlige uafklarede sygdomsbilleder. Møder oftest udramatiske harmløse sygdomme. Anvender en særlig klinisk tankegang.
- Generalist: Møder patienter i alle aldre, køn og alle sygdomsgrupper. Forebygger, udreder, behandler og rehabiliterer
- Pragmatikeren: Anvender en patientcentreret model. Arbejder efter princippet om “det muliges kunst”
- Gatekeeper/ressourceadministrator: vurderer behov for henvisning
- Koordinator: Sorterer, samarbejder og henviser. Vejleder patienten i sundhedssektor junglen
- Sundhedsfremmer: Unik mulighed for forebyggelse på individplan
- Nærmiljølægen: Er optaget af lokale miljøfaktorer. Er både deltager og tilskuer

### Almen medicinsk ideologi:

- Den praktiserende læges mål er at kunne behandle og/eller rådgive sine patienter i alle stadier, hvor et helbredsproblem skal løses i forståelse med patienten og ud fra patientens forudsætninger.
- I forløbet skal lægen koordinere patientens behov for behandling og forebyggelse med andre involverede sundhedspersoner. Den praktiserende læge ønsker aktivt at medvirke til den kontinuerlige udvikling af denne opgave og dens løsning i takt med den hastigt ændrede lægevidenskabelige, samfundsmæssige og informationsteknologiske udvikling

### Centrale værdier almenpraksis

- Læge-patient forholdet
  1. Tillid - bygger på rollen som personlig læge med special-viden og kompetencer
  2. Frit lægevalg - medvirker til muligheden for et tillidsforhold
  3. Tilgængelighed - fri, lige og uselektet. Patientens præmisser
  4. Kontinuitet - øger AP-lægens kompetence
- Lægerollen
  1. Patientens rådgiver - patientcentreret rådgivning
  2. Visitor - samfundsmæssig prioriteringsopgave
  3. Problempåpegende - bredt kendskab til sundhedsvæsenet og derfor vigtig rolle i at

forbedre sundhedsvæsenet

4. Det personlige ansvar for patienten
- Fagligheden almen praksis
    1. Forskellighed - øger fleksibiliteten i individuelle patient behov
    2. Høj kvalitet og forskning - vigtig for at holde AP's høje faglige niveau
    3. Uddannelse - vigtig for at holde AP's høje faglige niveau
    4. Samarbejde med det øvrige sundhedsvæsen
  - Tilrettelæggelsen af almen praksis
    1. Liberalt erhverv på kontrakt
    2. Incitament
    3. God arbejdsplads
    4. Kollegialt teamwork
    5. Udveksling af information

Almen praksis i forhold til sygehusvæsenet og måske kommunerne, som beskrevet under de andre spørgsmål.

## 5. Sygdomsmodeller

---

### Emner

- **Illness-disease model**
- **Biopsykosociale model**
- **ICF-modellen**

### AP Merete

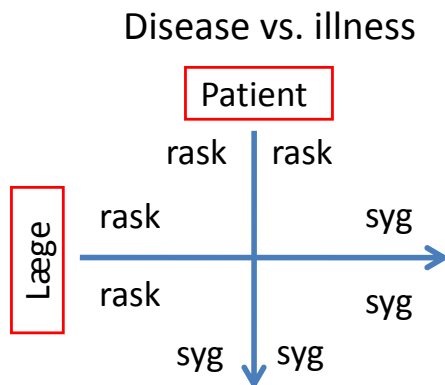
- Den bio-psyko-sociale sygdomsmodel!
- Eks.: Den enlige mor med to børn, som er bange for en fyreseddel, som har hovedpine og mavesmerter.
- Den arbejdsmedicinske sygdomsmodel → Folk ansat på hospital for ondt i ryggen.
- Den psykiske sygdomsmodel → Psykiske sygdomme
- Den sociale sygdomsmodel → Folk, som bliver syge af deres sociale situation. F.eks. enlige mødre, der får ondt i armen af, at bære børn.
- Disease vs. illness → Disease er den faktiske sygdom, illness er den oplevede sygdom.

Sider: 116-121 Slides, ICF

---

### Illness-disease model:

- *Illness* er den subjektive oplevelse af sygdom. *Disease* er den objektive
- Opfattelsen af ens egen illness er meget personlig og afhænger af alder, formodet sygdom, coping mekanismer. Bio-psyko-sociale model



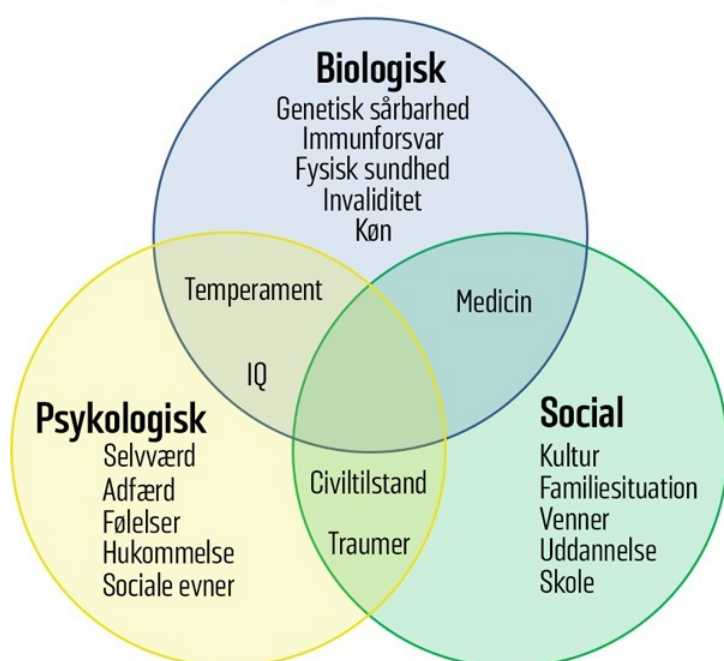
Figur 2: Viser den dikotome beskrivelse af illness og disease

### Bio-Psyko-social model:

- The biopsychosocial model proposes that health and illness are affected by the interaction of biological, psychological, and social factors (see Figure 1). Biological factors include genetic makeup, disordered biochemical and neurophysiological processes, cellular dysfunction, and exposure to pathogens. Psychological factors include thoughts (cognition), feelings (emotion), and behavior. Social factors include societal norms and values, culture, and interactions with friends and family.

- In contrast, the biopsychosocial model characterizes health on a continuum defined by an individual's physical and mental status, functional ability, and psychosocial well-being. Further, the biopsychosocial model differentiates disease from illness. Disease is defined as a biological process, whereas illness is defined as an individual's experience with a disease. This is an important distinction, because a person may have a disease, but not feel ill (or vice versa).
- The biopsychosocial model posits that health and illness stem from the interplay of biological, psychological, and social factors, and thus all three must be taken into account when making a diagnosis and selecting an appropriate treatment plan. Let's take an example:

## Den biopsykosociale model



**Figur 3: Faktorer i den bio-psyko-sociale model**

### ICF-modellen

ICF-modellen: Bruges som udgangspunkt for rehabilitering, og vurderer tilstandes effekt på funktionsevne. Elementer i ICF-modellen er krop, aktivitet, deltagelse og kontekstuelle faktorer.

Vigtige begreber tilknyttet er:

- Organsvigt: effekt på kroppens funktion.
- Funktionssvigt: begrænsning af aktiviteter
- Handikap: udtryk for begrænsning af sociale funktion

ICF-modellen flytter derved fokus fra årsager til sygdom, til virkning af sygdom, og skal benyttes som vejledende i patientens rehabiliteringsproces



## 6. Sygdomsprævalenser i almen praksis

---

### Emner:

- T3: fordeling af helbredsproblemer
- T6: Uafklarede symptomer
- T20: Kronikere
- T8: Diagnostik

Generelt kan det siges at det er dele af de forrige spørgsmål fx T3 henvendelsesmønstre, ved at starte med det kan man så naturligt komme ind på kronikere og uafklarede symptomer da de udgør en stor del. Evt. kan man også snakke om diagnostik i almen praksis

### AP Merete

- Snak lidt om betydningen af prævalenser for diagnostikken.
- De hyppigste lidelser.
- ”Når du hører hovslag, så tænk på heste og ikke zebraer”

**Sider:** se relevante teorispørgsmål

---

### Eksempler:

Det kan nævnes at størstedelen henvender sig med hjertekarsygdom og muskuloskeletal sygdom og lungesygdom, 35%.

1:10 konsultationer har patienten en alvorlig evt. livstruende sygdom. AP skal derfor gøre sig klart at almen praksis er et område med lav prævalens, når det gælder alvorlig sygdom i forhold til sekundærsektor. Alvorlige sygdomme har derfor en lav prætest sandsynlighed i almen praksis. Denne kan dog øges på baggrund af anamnesen, kliniske undersøgelser og test, herved kan patienten flyttes til et højt sandsynlighedsniveau.

### Klinisk epidemiologisk tankegang

- Prævalens og incidens
- Testegenskaber som sensitivitet og specificitet
- Sande og falske positive og negative fund
- Positiv og negativ prædiktive værdier

## 7. Uafklarede symptomer

---

### Emner

- Definition
- Forekomst
- Definition funktionelle lidelser
- Karakteristisk sygehistorie
- Diagnostiske kriterier BDS
- Klinik
- Behandlingsprincipper
- Specifik behandling

### AP Merete:

- MUS: Medicinsk uafklarede sygdomme. Påvirker ikke pt.s hverdag, og derfor er de ofte ikke behandlingskrævende.
- Funktionelle lidelser: Psykiatrisk diagnose, som er behandlingskrævende. Påvirker pt.s hverdag i høj grad

Sider: 198-206

---

### Definition:

- I mindst 25% af konsultationer i praksis afsluttes konsultationen med symptomdiagnose. Symptomer der ikke passer ind i eksisterende diagnosekategorier, kaldes også "*medicinsk uforklarede symptomer*" (MUS). Persisterer disse symptomer og påvirker de funktionsevnen i hverdagen kalde de *funktionelle lidelser*.

### Forekomst af uafklarede symptomer:

- Det er naturligt at folk har kropslige sensationer, i en undersøgelse fandt man at 80% af de adspurgte havde mærket noget fra kroppen i de seneste 2 uger, og ca. 40% har været generet af disse sensationer. *Tolkes disse sensationer som sygdom taler vi om symptomer.*
- Hos voksne under 65 år med nye symptomer fordeler de sig blandt 4 muligheder:
  - 15% Organisk årsag
  - 10% Psykisk årsag
  - 15% Funktionel lidelse
  - 60% forbigående eller uden væsentlig påvirkning af funktionsevnen.

### Definition funktionelle lidelser

- Lidelser, hvor individet oplever legemelige symptomer, som påvirker den daglige funktionsevne eller livskvalitet, og hvor symptomerne ikke kan forklares bedre ved en anden veldefineret somatisk eller psykisk sygdom ELLER lidelser, hvor individet i sygelig grad er bekymret for sit helbred.
- Udfra ovenstående inddeler vi funktionelle lidelser i "*bodily distress syndrome*" hvor det primært er symptomer dominere eller i "*helbredsangst*" hvor angst for sygdom er dominerende

**Karakteristisk sygehistorie:** Oftest fortælles om et diffust sygdomsbillede med ukarakteristiske, uspecifikke fysiske symptomer. Ofte har patienten mange symptomer som varierer over tid.



### Diagnostiske kriterier BDS (helbredsangst må ses på s. 200)

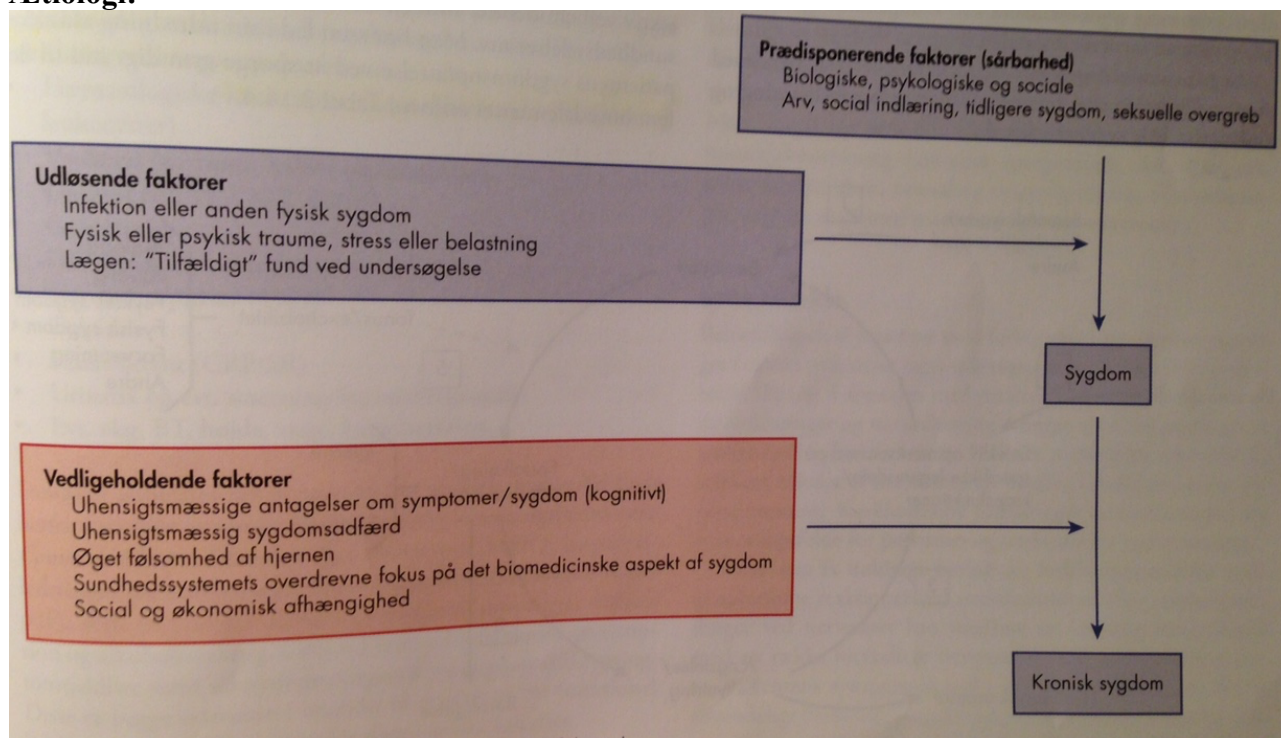
A. Patienten opfylder et eller flere af nedennævnte symptommønstre	
Min 3 symptomer	Kardiopulmonal arousal
Min 3 symptomer	Gastrointestinal arousal
Min 3 symptomer	Muskuloskeletal påvirkning
Min 3 symptomer	Generel påvirkning
B. Symptommønsteret forklares ikke bedre med en anden somatisk eller psykisk sygdom	
C. Symptomerne påvirker patientens funktionsevne og velbefindende	

### Funktionelle syndromer

I dag kendes flere syndrom diagnoser, som er dannet ud fra specialers interesse men som er svære at adskille fra funktionelle lidelser, og flere eksperter mener de hører under samme syndrom.

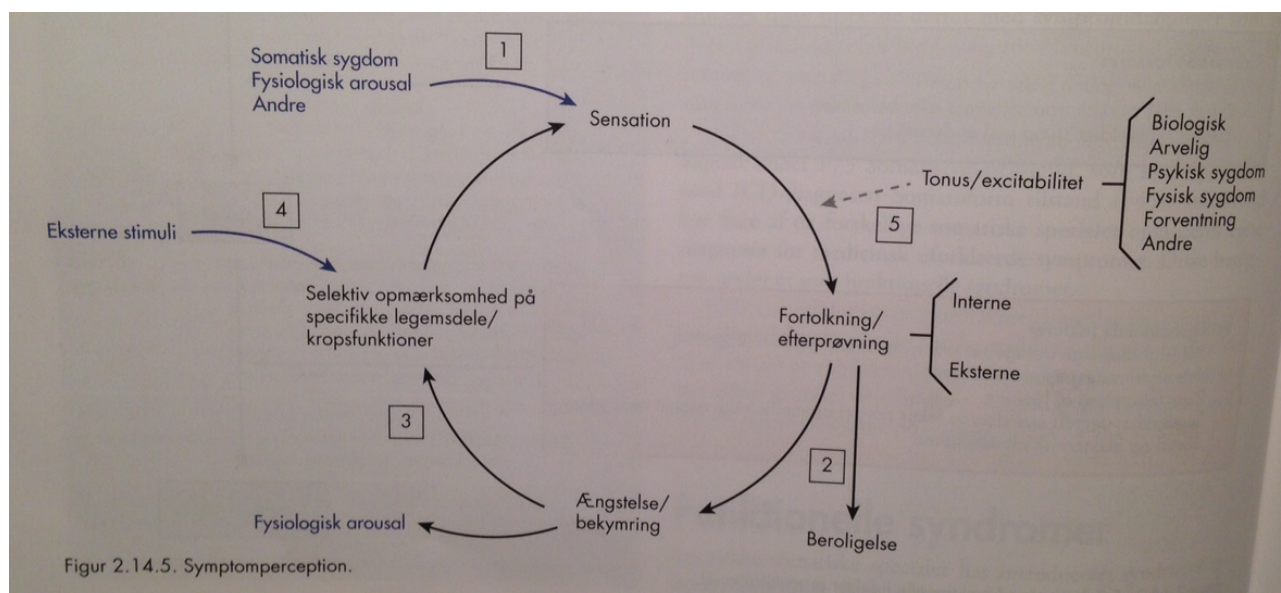
- Kronisk smertetilstand
- Kronisk træthedssyndrom
- Colon irritabile
- Kardialt syndrom X
- Fibromyalgi
- Kronisk whiplash
- Neurasteni.

### Ætiologi:



Ud fra figuren er fremgår det at prædisponerende faktorer sammen med udløsende faktorer medfører

sygdom disse vedligeholdes så af flere faktorer og medfører derved funktionel sygdom. Specielt de vedligeholdende faktorer i princippet kan behandles.



Figuren viser hvordan vi fortolker sensationer og hvilke faktorer spiller ind i hvordan sensationer fortolkes. Uddybende kan det beskrives at eksterne stimuli er fx oplysninger fra medier og avis om hvordan sensationer skal fortolkes

**Klinik:** Ofte vil man kunne se tilstanden an i 2 uger og se om symptomer er forbigående, ved vedvarende symptomer efter to uger vil yderligere udredning være relevant.

- Objektiv undersøgelse: Bred undersøgelse
- Blodprøver: Hæmatologiske kvantiteter, Væsketal, levertal, Cobalamin, HbA1c, TSH, Calcium, Fasereaktanter, urinstix (evt. for stofmisbrug). Evt. EKG, BT, BMI, spirometri.
- Udelukke psykisk lidelse: Common mental disorders Questionnaire (CMDQ).

### Behandling:

- Generelt: Udrede ift. både biomedicinsk og psykosocialt perspektiv. Det er vigtigt at udrede pt's tanker og adfærd så man kan undgå yderligere sygeliggøres. Det er desuden vigtigt at inddrage at udrede bio-psyko-socialt, derved kan man forsøge at bryde forstærkende og vedligeholdende faktorer og forhindre uhensigtsmæssig helbredsmønster.
- Lette tilfælde: Samtale terapi
- Moderate tilfælde: TERM-model (kognitiv terapi i praksis)
- Svære tilfælde: Kognitiv terapi, træning, statuskonsultation. Kend til shared-care-programmer hvor AP indgår i samarbejde med specialiserede afdeling i behandlingen patienten.

I behandlingen kan man læne sig op af TERM-modellen, svarer til kognitiv terapi i praksis se side 204.

- A. Forståelse
- B. Lægens bord og anerkendelse
- C. Forhandling af en modificeret forståelsesmodel
- D. Opsummering og planlægning

## E. Håndtering af kroniske tilstande

**Specifikke behandlingsmuligheder;** der er videnskabelig dokumentation for

- kognitiv adfærdsterapi,
- gradueret genoptræning
- antidepressiv medicin
- Ved kronisksygdom over 2 år kan henvises til funktionelle klinikker.

## 8. Diagnostik i almen praksis

---

### Emner:

- T2 - Almen medicinske arbejdsteknikker
- Kliniske epidemiologiske begreber + kliniske epidemiologisk tankegang
- Diagnostiske strategier
- Hypotetisk-deduktiv metode
- Mønstergenkendelse
- Forskelle primær vs. sekundær sektor

### AP Merete:

- Lægen er den første test!
- Snak om mindste middels princip.
- Lav ikke diagnostiske tests, du ikke vil bruge til noget.
- Tid som diagnostisk redskab: Pt. kan komme tilbage om en, to eller tre dage, så længe sikkerhedsnettet er godt nok.
- Trial and error diagnostik: Antihistaminer til noget man mistænker, er allergi. Ukarakteristisk udslæt, der får kombination af svampemiddel og cortison.

**Sider:** 41-44 + kp. 1.5

---

Prævalensen af alvorlig sygdom er lav i almen praksis. Pt. Kommer med tidlige og uspecifikke tegn på sygdom, desuden har den almen praktiserende begrænset tid, diagnostisk og terapeutisk udstyr og begrænset viden og erfaring. Diagnostik i almen praksis skal derfor tilpasses disse forhold.

### Klinisk-epidemiologiske begreber + tankegang:

Ud fra de nedenstående begreber kan lægen øge sin diagnostiske proces – dette kaldes klinisk epidemiologisk tankegang

Prævalens	Forekomsten af sygdom i en population på et givet tidspunkt (prætestandsynlighed)
Incidens	Antallet af nye sygdomsepisoder i populationen i en given tidsperiode
Præcision (reliabilitet)	Høj præcision er, når en test kun har lille tilfældig målefejl, og resultaterne kun har lille spredning fra gang til gang.
Validitet	Beskrives via sensitivitet, specificitet og nøjagtighed <ul style="list-style-type: none"><li>• Sensitivitet: udtrykker hvor stor en stor andel af de syge testen identificere. Tilnærmelsesvist uafhængig af prævalens</li><li>• Specificitet: udtrykker hvor stor en andel af de raske der har normalt testresultat. Tilnærmelsesvist uafhængig af prævalens</li><li>• Nøjagtighed (accuracy): Andelen af alle der bliver korrekt klassificeret</li></ul>
Positiv prædiktiv værdi	Andelen af patienter med positiv test der er syge = posttestandsynlighed. Afhængig af prævalens
Negativ prædiktiv værdi	Andelen af personer med negativ test. Afhængig af prævalens
Sansynlighedsratio for positiv	Muligheden for positiv test hos en syg person sammenlignet med muligheden hos en rask patient.
Sandsynlighedsratio for negativ	Muligheden for negativ test hos en syg person sammenlignet med muligheden hos en rask person

Prætestsandsynlighed	= prævalens
Posttestsandsynlighed	= positiv prædiktiv værdi
Afkast	Den kliniske nytteværdi af at kende resultatet

**SnNOut (high sensitivitet, negativ, rule out)** – En test med høj sensitivitet er god til at udelukke sygdom ved negativt resultat

- Høj sensitivitet tyder på at en negativ svar formentlig er korrekt

**SpPIn (høj specificitet, positiv, rule in)** – En test med høj specificitet er god til at bekræfte sygdom hvis den er positiv.

Gode overvejelser ifbm. den klinisk epidemiologiske metode er:

1. Hvor hyppig er denne tilstand (prævalens, prætestsandsynlighed)
2. Hvad er de hyppigste præsentationssymptomer (sensitivitet)
3. Hvilke andre hyppige tilstande kan give disse symptomer (specificitet)
4. Hvor sandsynlig er diagnosen ud fra sygehistorie og klinisk undersøgelse? (posttestsandsynlighed, prædiktiv værdi, sandsynlighedsratio)
5. Hvad er optimal rækkefølge af og tidspunkt for supplerende undersøgelser (rule in og out)

**Diagnostiske strategier:** I en undersøgelse i BMJ, 2009 beskrev man diagnostiske strategier. For beskrivelse se s 99-100

Stadie	Strategi
Hypoteser	Diagnose første blik Patientbestemt diagnose Symptompræsentation Mistanke om sygdomsmønster
Afgrænsning hypoteser	Sandsynlighedsdiagnose og røde flag Trinvis ræsonnering Klinisk-epidemiologisk ræsonnering Mønstergenkendelse Klinisk beslutningsværktøj, risikoscore
Endelig diagnose	Kendt diagnose Rekvirere supplerende undersøgelser Prøvebehandling Tid som diagnostisk hjælpemiddel Ingen diagnose

**Hypotetisk-Deduktive metode:** lægen opstiller hypoteser, der er mere eller mindre sandsynlige ud fra viden omkring prævalens og incidens. Igennem anamnesen, objektiv undersøgelse og paraklinik skal man forsøge at påvise eller afvise hypoteserne om årsag til sygdommen. Dette kaldes hypotese-testning. Man skal være opmærksom på, hvad nye oplysninger kan bidrage med i forhold til diagnosen. Er forskellige tests nødvendige, og hvad kan de bidrage med?! Man skal være opmærksom på tids-omkostningerne og den risiko at man kan få et falsk svar, der kan forvirre og måske føre på vildspor – denne risiko stiger ved antallet af undersøgelser. Man skal også være opmærksom på at falsk negativt svar kan udsætte diagnosetidspunktet, hvis lægen stoler blindt på testen

**Mønstergenkendelse:** Er en diagnostisk metode hvor symptomerne genkendes og hvor særlige tegn og symptomer har en høj specificitet. Nøjagtigheden er meget afhængig af lægens kompetencer.

**Forskelle primær vs. sekundær sektor:**

	Primær	Sekundær
Antal helbredsproblemer	Flere organsystemer	Som regel et organsystem
Naturligt forløb (sygdomsstadie)	Tidligt i forløbet	Sent i forløbet
Diagnostisk metode	Trinvis, ofte få test hver gang	Omfattende undersøgelse, mange test
Diagnosestrategi	Hypotesedannelse	Mønstergenkendelse
Prævalens af sygdom	Lav	Højere
Diagnostisk usikkerhed	Stor	Mindre
Aktuel diagnose	Mange	Få
Diagnose-klassifikation	ICPC, vægt på symptomer	ICD-10, vægt på præcis diagnose
Kontinuitet	Stor	Lille
Forhåndskendskab	Stort	Intet eller lille
Lægens fokus	Patientcentreret	Organ- og sygdomscentreret
Klinisk undersøgelse	Lokal/symptombestemt	Systematisk
Test og procedure	Få og enkle	Mange og avancerede
Behandling	Enken og velafprøvet	Mere avanceret

**Andet**

1. uselektede klager i almen praksis → sygdomsprævalensen er lav i almen praksis → specificitet og sensitivitet er uændret, men positiv prædiktiv værdi er mindre i almen praksis. Den negative prædiktive værdi er stor i almen praksis – højere end på sygehus.
2. bruger tiden til diagnostik – kan forsinke diagnosen (doctors delay). Man skal afgøre om det er noget alvorligt og hvis man så er i tvivl, så kan man bruge tiden som redskab
3. De 4 F'er påvirker den diagnostiske proces – vil patienten eller vil patienten ikke udredes – forventninger, skjult dagsorden?!

## 9. Gravide i almen praksis

---

### Emner

- Svangreomsorgensformål
- Basis tilbud
- Værktøjer
- Indhold svangerkontrol
- Prænatal risikovurdering
- Forhold hvor henvisning er relevant
- Klinisk undersøgelse
- 8. Uge kontrol efter fødsel
- Abort

### AP Merete

- Undersøgelser tidligt, midt i og sent i graviditeten.
- Info om fødested og nakkefoldsscanning (som så sammenholdt med double test og maters alder, måske munder ud i en fostervandsprøve).
- Sent i graviditeten handler det meget om svangerskabsforgiftning.
- Snak lidt om, hvilke udfordringer der er, ved at have gravide i praksis.
- Aborter: Ind til dag 40. Pt. skal skrive under på, at hun er informeret om, at hun kan få råd og vejledning, samt støtte til graviditet. Alle aborter foregår hos speciallæge, enten privat eller på hospital.

Sider: 698-711

---

### Svangreomsorgens formål

1. At bidrage til, at mor og barn får så godt et forløb som muligt
2. Indsatsen skal være sundhedsfremmende, forebyggende og behandlende, og den skal styrke og bistå kvinden og hendes partner/familie under hele forløbet
3. Målet er, at denne periode gennemleves som en sammenhængende, naturlig livproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed.

### Basistilbud

1. 4 konsultationer almen praksis
  - a. 3 lovbestemte undersøgelser i uge 6-10, 25 og 32. hos egen læge i løbet af desuden modtager de fleste en undersøgelse 8 uger efter fødslen graviditeten:
2. 2 UL-undersøgelser
3. 4-7 Jordmoderkonsultationer
4. 1 Graviditetsbesøg af sundhedplejersken

### Værktøjer til registrering

- svangerskabsjournal udfyldes ved første lægeundersøgelse
- vandrejournal udfyldes løbende og pt. Opbevarer vandrejournalen selv.

### Indhold svangerkontroller

6-10	Ved første kontrol informerer lægen den gravide om graviditetskontrollernes formål og ind og derefter udfylder de sammen svangerskabsjournalen og vandrejournalen
------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sociale oplysninger, civilstand, etnicitet, behov for tolk</li> <li>• Beregning af graviditetsuge og termin</li> <li>• Fertilitetsbehandling</li> <li>• Gennemgang af kvindens helbreds; kredsløb/luftveje/gl. thyroidea/diabetes/epilepsi/psykisk sygdom/herpes genitalis/recidiverende UVI/allergi</li> <li>• Tidligere sygelighed og indlæggelser af relevans for graviditeten</li> <li>• Arvelige sygdomme i familien</li> <li>• Arbejds miljøpåvirkning, fraværs melding</li> <li>• Nydelsesmidler, rygning, tilbud om rygeafvending, alkohol, andre rusmidler</li> <li>• Kost og motion</li> <li>• Medicin, håndkøbsmedicin og naturlægemidler</li> <li>• Gennemgang af tidligere fødsler og aborter</li> <li>• Tilbud om prænatal risikovurdering → doubletest, triplettest, nakkefoldsskanning, misdannelsesskanning, rubella</li> <li>• Anbefalinger, folinsyre, jern, D-vitamin, MFR-vaccination</li> <li>• Vejning og beregning af BMI</li> <li>• Blodprøver: hgb, rh-type, irregulære antistoffer, hepatitis B, hiv, syfilis, klamydia, gonoré, hæmoglobinopati OBJ, BT, urinstix, ødemer, symfysefundus mål</li> </ul> <p>Til slut laver lægen en samlet vurdering af ressourcer og risici og tager stilling til, om den gravide skal have basistilbud, udvidet basistilbud + tværfagligt samarbejde eller samarbejde med specialiseret institution/familiambulatorium</p>
24	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spørg til den gravides fysiske og psykiske helbred hvordan har hun det?</li> <li>• Spørg til familie, netværk, støtte</li> <li>• Gennemgå, diskutere og notere resultaterne af test, der er taget ved første kontrol</li> <li>• Vurdere, om den gravide har behov for yderligere opfølgning eller henvisning</li> <li>• Orienter om forældre- og/eller fødselsforberedende kurser og grupper</li> <li>• SF-måling, bt, vægt, test for protein og glukosuri</li> <li>• Spørger kvinden, om hun mærker liv, evt. lytte til fosterets hjertelyd</li> </ul>
32	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spørg til den gravides fysiske og psykiske helbred hvordan har hun det?</li> <li>• Spørg til familie, netværk, støtte</li> <li>• SF-måling, bt, vægt, test for protein og glukosuri</li> <li>• Spørger kvinden, om hun mærker liv, evt. lytte til fosterets hjertelyd</li> <li>• Forberede kvinden på amning</li> <li>• Rh-negativ kvinder testes for antistoffer</li> <li>• Give information med mulighed for at diskutere problemer og stille spørgsmål</li> <li>• Spørg til forventninger til den forestående fødsel og det at blive mor</li> </ul>
Evt. 40	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spørg til den gravides fysiske og psykiske helbred hvordan har hun det?</li> <li>• Spørg til familie, netværk, støtte</li> <li>• SF-måling, bt, vægt, test for protein og glukosuri</li> <li>• Spørger kvinden, om hun mærker liv, evt. lytte til fosterets hjertelyd</li> <li>• Vurdere leje (leopolds håndgreb) og ved mistanke om sædeleje eller andet</li> </ul>



	<p>afvigende leje henviser til UL</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Give information med mulighed for at diskutere problemer og stille spørgsmål</li> <li>• Aftale tid med svangeambulatoriet til overtidsvurdering</li> <li>• Spørg til forventninger til den forestående fødsel og det at blive mor</li> </ul>
--	---

**Prænatal rådgivning** består af:

- en doubletest (blodprøve, tages uge 8-13) og/eller
- nakkefoldsscanning (tages uge 11-13)
- og/eller tripletest (uge 14-20) → vurdering af risiko for at føde barn med medfødt defekt.
  - Disse er især for Downs-syndrom og neuralrørsdefekter, og finder 85% af cases.
- Ved risiko > 1/250 → moderkage-biopsi eller fostervanddiagnostik som kan give sikkert svar på, om barnet fejler en arvelig sygdom/har en kromosomfejl.
  - I 1/100 tilfælde vil disse undersøgelser dog medføre abort. Misdannelsesscanning i uge 18-20 kan påvise en lang række sygdomme og misdannelser. Selvom alle undersøgelser er normale kan man ikke være 100% sikker på, at barnet ikke fejler noget.

Gravide der har behov for opfølgning hos specialist
<b>Sygdomme og tilstande</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hypertension og/eller hjertesygdom</li> <li>2. Nyre- og/eller urinvejssygdom</li> <li>3. Svær astma og/eller lungesygdom</li> <li>4. Funktionsnedsættelser</li> <li>5. Epilepsi og/eller neurologisk sygdom</li> <li>6. Diabetes</li> <li>7. Endokrin sygdom</li> <li>8. Hæmatologiske forstyrrelser</li> <li>9. Autoimmun sygdom</li> <li>10. Kræft</li> <li>11. HIV</li> <li>12. Stofmisbrug</li> <li>13. Andre sygdomme</li> <li>14. BMI &lt; 18.5 eller &gt; 30</li> <li>15. Psykisk sygdom</li> </ol>
<b>Andre forhold</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tilhører en udsat eller sårbar gruppe eller udsat for traumatiske oplevelser</li> <li>2. Tidligere kejsersnit</li> <li>3. Svær præeklamsi, HELLP eller eklamsi</li> <li>4. Tre eller flere tidligere spontane aborter, preterm fødsel, spontan abort i 2. Trimester</li> <li>5. Neonatalt dødsfald eller dødsfødsel</li> <li>6. Tidligere barn med medfødt anomali</li> <li>7. Tidligere SGA eller LGA</li> <li>8. Arvelige tilstande i familien</li> <li>9. Omskårne kvinder</li> <li>10. Primærinfektion med herpes genitalis</li> </ol>

### **Kliniske undersøgelser kort:**

1. SF-mål: altid ved uge 24 kontrol og efter → vurdere intrauterin vækstrestriktion (IUGR) → ved fald eller affladning af mål → henvisning svangreambulatorium
2. Vægt → vigtig da risikoen for komplikationer er forhøjet
3. Ødemer → mest for registreringens skyld
4. Fosterleje og fosterbevægelser → fosterleje bør undersøges ved alle kontroller efter uge 36, spørgsmål om der mærkes liv er vigtig ved alle kontroller → mistanke om sædeleje og mindre liv → henvisning
5. Fosterlyd
6. BT → vigtig da præeklamsi (BT > 140/90 og proteinuri), gestationel hypertension (BT > 140/90) er almindelige komplikationer
7. Laboratorietest – ofte vigtige da de medfører risiko for komplikationer

### **8 uger efter fødslen (ikke lovbestemt)**

1. Vurdering af moderens fysiske og psykiske tilstand.
2. Fødselsforløbet gennemgås
3. Præventionsvejledning
4. Der spørges til amning,
5. Mor Barn forhold til barnet, humør, vægt,
6. Familie dynamik: hvem varetager pasningen, arbejdsfordeling, barselsperiode.
7. Sex
8. Antikonception
9. Spørg til inkontinens
10. Der underøges med BT, vægt og urin
11. GU, for at se, om alt er normalt igen.

### **Abort:**

Ved uønsket graviditet, skal kvinden hurtigst muligt henvises til gynækologisk afdeling, da komplikationer ved abort er mindre, jo hurtigere det foretages. Der er fri abort før 12. uge, efter 12. uge skal samråd ansøges om tilladelse. Man skal vejlede om, hvilket muligheder der er for abort (medicinsk vs. kirurgisk) og om risici og komplikationer. Der skal også oplyses om muligheder for hjælp, hvis hun vælger at beholde barnet. Kvinden skal underskrive en anmodning om abort, hvor hun også skriver under på, at have fået denne vejledning. Der skal laves en GU for at konfirmere varigheden af graviditeten og der skal podes ofr klamydia. Aftal at hun kommer igen efter aborten for at snakke om forløbet, og for at aftale antikonception efterfølgende – mange får indlagt spiral i samme ombæring.

## 10. Børneundersøgelser i almen praksis

---

### Emner

- Formål
- Hvad undersøges
- Undersøgelser indhold
- Lidt dybdegående
- Omsorgsvigt
- Det danske vaccinationsprogram

### AP Merete

- Læs artiklen fra sidst, som siger noget om, hvor mange psykiske problemstillinger der er, ifht. fysiske.
- 5 uger, 5 mdr., 1 år, 2 år, 3 år, 4 år, 5 år. + HPV vaccine i 12-13 års alder.
- Børnevaccinationsprogrammet
- Snak f.eks. lidt om: Forældre-barn interaktion, vækstkurver og udvikling,

Sider: patienthåndbogen + 815-829

---

**Formål:** Alle danske børn i alderen 0 til 5 år bliver tilbudt syv forebyggende helbredsundersøgelser hos deres praktiserende læge. De bliver også tilbudt at deltage i et vaccinationsprogram.

Undersøgelserne og vaccinationerne er med til at give danske børn de bedst mulige betingelser for en sund udvikling

1. Forebyggende børneundersøgelser (5 uger, 5 mdr, 1 år, 2 år, 3 år, 4 år og 5 år)
2. Det danske børnevaccinationsprogram

### Hvad undersøges:

Tre forhold undersøges ved alle undersøgelser:

- Trivsel – som surrogat bruges vækst, som afgøres via kontinuerlige målinger af højde og vægt. Et barn i trivsel vil vokse som forventet
- Milepæle – Siger noget om barnets udvikling, og veksler ift. undersøgelsestidspunkt
- Forældre samtale – emner varierer ift. undersøgelsestidspunkt, og afgrænser forældrenes bekymringer og behov.

### Indhold undersøgelser (overordnet)

5. uge	5 ugers undersøgelsen er den første undersøgelse og har stor betydning ift. at opdage eventuelle medfødte, uopdagede sygdomme. Lægen undersøger derfor barnet grundigt <ul style="list-style-type: none"><li>• Trivsel: vejer og måler → indtegner på kurve</li><li>• Forældresamtalen: drejer sig om fødslen, barnets søvn og ernæring</li><li>• Ex. Milepæle<ul style="list-style-type: none"><li>○ Barnet kan løfte hovedet opad, når det ligger på maven</li><li>○ Barnets gråd er forskellige ift. behov; sultent, våd ble, har ondt</li><li>○ Barnet kan kortvarigt forkusere på ting i bevægelse</li><li>○ Barnet smiler til mor og far</li></ul></li></ul>
5 mdr	Familien har oftest fundet der egen rytme. Lægens undersøgelse er derfor mindre omfattende. Den ligger vægt på trivsel, milepæle, forældresamtale og forekomsten af nye sygdomme

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Forældresamtale: ernæring, tænder og tandfrembrud, hvordan feber håndteres</li> <li>• Trivsel: vejer og måler</li> <li>• Milepæle <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Barnet har kontrol over hovedets stilling, når det sidder op</li> <li>○ Det drejer hovedet efter en lyd</li> <li>○ Barnet kan løfte hovedet, når det ligger på maven</li> <li>○ Barnet kan vende sig fra mave til ryg</li> <li>○ Griber sikkert efter ting, kan flytte ting fra hånd til hånd</li> <li>○ Kan drikke af kop, spise med ske</li> <li>○ Pludrer med forskellige lyde</li> </ul> </li> </ul>
1 år	<p>De fleste børn bliver passet udenfor hjemmet. De har derfor ofte infektioner, de bevæger sig rundt alene. De er mere selvstændige og har egen vilje. Lægens undersøgelse ligger vægt på trivsel, milepæle, forældresamtale. Ofte vil lægen også lytte til hjerte og føle på maven.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forældresamtale emner: ernæring (ophør flaske), håndtering af infektionssygdomme og tandpleje</li> <li>• Trivsel: vejer og måler</li> <li>• Milepæle <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Barnet kan rejse sig selv, står og går evt. med støtte</li> <li>○ Barnet kravler</li> <li>○ Pincetgreb</li> <li>○ Det kan drikke af en kop og holde på en ske</li> <li>○ Kan sige enkelte ord, klappe kage og vinke</li> <li>○ Søger tryghed hos forældre, bange for fremmede</li> </ul> </li> </ul>
2 år	<p>Barnet har travlt med at udvikle sprog og motorik. Det er stadig genert. Lægens undersøgelse er ikke omfattende. Man vurderer trivsel, milepæle, forældresamtale, desuden fokuseres på sygdomme, som barnet måtte have gennemgået</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forældresamtalen emner: selvstændigudvikling, opdragelse, leg og simulation, håndtering af infektionssygdomme</li> <li>• Trivsel – vejer og måler</li> <li>• Milepæle <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Barnet går og løber på flad fod</li> <li>○ Det kan gå baglæns</li> <li>○ Sparker til en bold og kan kaste den i en bestemt retning</li> <li>○ Kan samle små ting</li> <li>○ Spiser selv</li> <li>○ Stort ordforråd, kan tale i sætninger med 2-3 ord</li> <li>○ Barnet leget parallelt</li> </ul> </li> </ul>
3 år	<p>Barnet er livligt, nysgerrigt og træner sin selvstændighed, til udfordring for forældrene. Lægens undersøgelse synsprøve og eventuelle sygdomme hos barnet. Samt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forældresamtalen mener: ernæring (barnets vægt), samspillet med forældre/andre, sproglig udvikling</li> <li>• Trivsel – vejer og måler</li> <li>• Milepæle <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Barnet kan alene gå på trapper og køre på trehjulet cykel</li> <li>○ Det kan selv klæde sig af og vaske hænder</li> <li>○ Barnet taler i sætninger med 7-8 ord</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kan svare på spørgsmål</li> <li>○ Barnet er renligt eller tæt på</li> </ul>
4 år	<p>Kendetegnes ved meget fysisk aktiv, god kontrol af kroppen, færre infektioner. Lægens undersøgelse fokuseres på syn og hørelse samt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forældresamtale emner: mad og spisevaner, samspil med andre børn, sociale kompetencer</li> <li>• Trivsel – vejer og måler</li> <li>• Milepæle <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Barnet kan hoppe på et ben</li> <li>○ Tager genstande med fingrene</li> <li>○ Rejser sig fra liggende til stående som en voksen</li> <li>○ Barnet kan tegne mennesker, huse og dyr</li> <li>○ Barnet taler i lange sætninger, kan huske rim og remser</li> <li>○ Barnet leget stadig parallelt</li> </ul> </li> </ul>
5 år	<p>Kendetegnes ved at barnet kan planlægge sine aktiviteter, sætte sig i andres sted og vise hensyn. Undersøger FTM + syn og hørelse hvis dette ikke er gjort tidligere</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forældresamtale: skolestart, ernæring, sociale kompetencer</li> <li>• Trivsel: vejer og måler</li> <li>• Milepæle <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Kan hoppe med samlede ben</li> <li>○ Gribe en bold med to hænder og kaste overhåndskast</li> <li>○ Barnet kan tegne en firkant og klippe efter en streg</li> <li>○ Stort ordforråd, taler fint i sætninger</li> <li>○ Barnet kan tælle til ti, kender 4-6 farver, kan fortælle hvordan det går i daginstitutionen</li> <li>○ Barnet leger rigtigt sammen med andre børn</li> </ul> </li> </ul>

### Lidt dybdegående

Lægen skal have viden om: medfødte misdannelser samt aktuelle screeningsundersøgelers gevinst og begrænsninger (**PKU, TSH, metabolisk screening, hørescreening, vægt og højde**)

Lægen skal vurdere: forældrenes kontakt og håndtering af barn (øjenkontakt, trøst, fysisk kontakt, tale), forældrenes rammer samt samspillet i familien.

Lægen skal kunne informere om og drøfte: sund livsførelse (kost, motion, stimulering, søvnmønster samt ulykkesforebyggelse) og aktuelle problemstillinger (overvægt, inaktivitet, autoritetskriser)

### De væsentligste elementer ved den profylaktiske børneundersøgelse:

- barnets fysiske trivsel: vurderes ved indtegnelse af vægt, højde og hovedomfang på standardiserede diagrammer. Det er barnets personlige kurve og evt. afvigelser herfra der er vigtig – et barn er i trivsel, hvis det følger sin kurve. Hvis barnet ikke følger sin kurve → er der tegn på sygdom eller omsorgssvigt? Desuden kan der ved let afvigelse aftales en ekstra kontrol efter et par måneder, for at lave en ny vurdering af trivslen. Hvis ukendt årsag til mistvivl → henvisning til nærmere undersøgelse. Som tommelfinger-regel skal man være opmærksom, hvis barnets kurve falder 2 percentiler.
- barnets psykomotoriske udvikling: Der er store variationer, men de grove pejlingsmål bruges med en vis respekt for den naturlige variation (genetik og kulturelle forhold). Desuden vurderes den mentale og sociale udvikling samt kontaktevne, øjenkontakt, smil, sprog samt motorisk kunnen.
- samspillet i familien, inkl. pasningsform og opdragelse: Samspillet i familien betyder meget for barnets trivsel. Konsultationen vil i mange tilfælde give oplysninger om glæde,

omsorgsevne og overskud. Lægen kan snakke om glæder, bekymringer og problemer – de fleste forældre vil ofte selv have bemærket, hvis noget er anderledes, men nogle kan overse markante deficit. Involver forældrene, hvis du oplever, at der er deficits. Hvis der er problemer eller bekymringer, vurderer man sammen med forældre om der er behov for opfølgende samtaler eller henvisning til andre instanser (PPR, psykolog, talepædagog, socialcenter mm)

**Omsorgssvigt:** Omkring 4% af børn under 1 år bliver udsat for omsorgssvigt – oftere passivt end aktive/fysisk mishandling. Omkring 3% af børn skønnes at leve i familier med alkoholmisbrug. Det er vigtigt at reagere på signaler fra børn og forældre omkring vantrivsel → intervention for at undgå udviklingspsykologiske traumer og omsorgssvigt. Dette ses oftere hos unge forældre, der er isolerede/marginaliserede, hos arbejdsløse, ved økonomiske forældre eller ved misbrug. **Husk skærpet omsorgspligt**, hvis du mistænker at barnets kan have behov for særlig støtte → socialcenteret skal involveres.

### **Det danske børnevaccinationsprogram:**

Et tilbud til børn om gratis vaccination mod forskellige infektionssygdomme. Sygdommene er alle alvorlige og kan føre til dødsfald og varige skader. Sygdommene er praktisk talt udryddet i Danmark nu. Både sygdommen og komplikationer (f.eks. meningitis og pneumoni) efter f.eks. mæslinger er faldet efter indførelsen.

Hvis barnet har feber, bør vaccinationen udskydes, men er barnet forkølet uden feber, så kan den gives. Hvis barnet tidligere har reageret på vaccinationen med feber, kan den godt gives igen.

3 mdr.	DI-TE-KI-POL-Hib + PCV
5 mdr.	DI-TE-KI-POL-Hib + PCV
12 mdr.	DI-TE-KI-POL-Hib + PCV
15 mdr	MFR
4 år	MFR
5 år	DI-TE-KI-POL-Hib
12 år	MFR + HPV

## 11. Screening

Emner:

- Profylakse former
- Definition screening
- Former for screening
- Screeningskriterier
- Fordele/ulemper

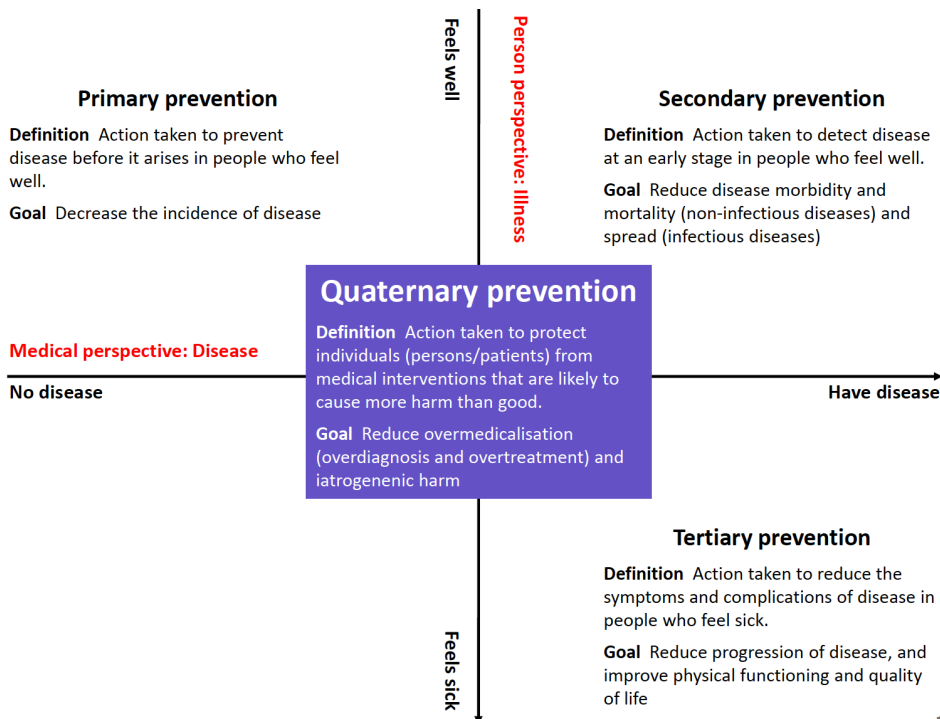
AP Merete

- Coloncancer >65 år
- Mammacancer >50 år
- Fosterscreening
- Snak om falsk negative (som er et kæmpe problem), falsk positive
- Screeningsprogrammer hos folk med kroniske sygdomme (retinopatiscreeing hos diabetespt.)
- Generelt hele John Brodersens forelæsning.

Sider: forelæsning + 875-877 + screening-dokument

### Profylakse

- Primær: Før sygdom → vaccination → nedsætter incidens
- Sekundær: Finder sygdom tidligere → bedre behandling mindre mortalitet
- Tertiær: Forhindre komplikationer af sygdom → Diabetes
- Kvarternær: Forhindre at personer udsættes for medicinske interventioner der medfører flere ulemper end fordele



**Definition:** Screening er målrettede undersøgelser af alle, der tilhører en bestemt og veldefineret befolkningsgruppe.

### **Forskellige former for screening – 4 typer:**

- **Systematisk screening:** f.eks. livmoderhalskræft, mamma og colon
  - Centralt organiseret, og personer indkaldes typisk via brev fra det offentlige
- **Sygdomsopsporing** (f.eks. koloskopi af patienter med familiær polypose samt screening for blindhed hos patienter med diabetes)
  - **BT hos midaldrende**
  - **Spirometri hos rygere over 50 år**
  - **HB1Ac hos overvægtige**
  - **Klamydiatest hos unge efter partnerskift**
- **Opportunistisk screening** (man snupper chancen, når patienten alligevel er i praksis, og man mistænker en sygdom, f.eks. for lav TSH)
- **On-demand:** patienten beder selv om at få et helbredstjek, har vist svingende værdi.

### **Screeningskriterier WHO**

1. Sygdommen skal være almindelig og invaliderende
2. Tilstandens naturlige forløb skal være kendt
3. Der skal være en identificerbar latent eller præsymptomatisk fase
4. Der skal findes en pålidelig, valid og reproducerbar screeningstest
5. Screeningstesten skal være acceptabel, uden risiko og enkel at udføre
6. Screeningstesten skal være sensitiv specifik samt have høj positiv prædiktiv værdi
7. Omkostningerne ved screeningsprogrammet skal stå i et rimeligt forhold til fordelene ved tidlig diagnose
8. Der skal findes en effektiv og tilgængelig behandling
9. Sundhedsvæsenet skal have kapacitet til at behandle tilfælde, der identificeres
10. Der skal være enighed om, hvem der skal tilbydes behandling.

### **Screening – fordele og ulemper**

#### Fordele:

- hvis screening giver bedre prognose, så er det godt at sygdommen opdages tidligt (lead time = tiden fra hvornår screening finder sygdommen indtil sygdommen reelt ville være blevet opdaget)
- økonomi: kun 2 screeninger har mulighed for at give besparelser
  - diabetisk retinopati
  - dobbelt-test
- tryghed – sikkerhed ved sandt negativt svar
- mere skånsomme behandlinger, mindre invasive behandlinger

#### Ulemper:

- hvis screening medfører uændret prognose, så får personen flere leveår som patient
- ved hyppige invitationer → mindes om mulighed for kræft → nedsat quality of life
- økonomi: de fleste (på nær de 2 under fordele) er ikke cost-benefit
- falsk tryghed, pga. falsk negativt svar
- falsk alarm, pga. falsk positivt svar
- ulighed, da det er det højst uddannede, der møder op



- **overdiagnostik og overbehandling** – man kan diagnosticere indolente tilstande, der formentlig ikke vil få betydning for patienten (f.eks. prostata-cancer og dysplasi i livmoderhalsen = forstadier til livmoderhalskræft)
- komplikationer/inducere sygdom i forbindelse med screening → mortalitet og morbiditet (f.eks. ved koloskopi)

**Hvad har vi af systematisk screening i Danmark:**

- smear → livmoderhalskræft
- coloncancer
- prænatal diagnostik
- mammografi

## 12.Sundhedspædagogik i almen praksis – kapitel 5.1

---

### Emner:

- Definition sundhedsoplysninger
- Sundhedsfremme
- Hvorfor AP-læger som sundhedspædagoger
- Faktorer med indflydelse på adfærdsændring
- Motivation, den motiverende samtale
- Screening (se tidligere)
- Svangerprofylakse/børneundersøgelse (se tidligere)

### AP Merete

- Skal vi overhovedet være sundhedspædagoger i praksis?

### Sider: 81-83 + 5.1

---

**Definition sundhedspædagogik:** Pædagogik, der formidler viden om forebyggelse og sundhedsfremme mellem professionelle og patienter eller andre borgere og dermed fremmer sundhedsrelaterede aktiviteter.

**Definer sundhedsfremme** – mere fokus på sundhed end sygdom i modsætning til sygdomsforebyggelse. Man skal skabe de bedste muligheder for psykisk og fysisk sundhed.

- Det kan både ske på samfundsniveau, f.eks. sundhedspolitisk arbejde til forbedring af livsstil og levekår. Bedre sociale kår til de dårligst stillede til imødegåelse af ulighed i sundhed. Gode boligmiljø og gode arbejdsforhold. God ernæring
- Desuden kan man lave sundhedsfremme på individniveau, som det foregår i almen praksis. Her bruges man sundhedsbrøken → hvilke ressourcer og hvilke belastninger patienten har i sit liv – og forsøge at få ressourcerne mobiliseret.

- *Ressourcer:* trivsel, mestring, overskud og social støtte.
- *Belastninger:* opspore risikofaktorer for sygdom og modificere dem, behandle sygdomme der mindsker livskvaliteten, behandle sociale og psykiske problemstillinger. Når der er overskud på kontoen, så vil sundheden trives.
- *Empowerment:* Lægen skal lede tankerne bort fra risikotænkning og fokusere på ressourcemobilisering. Det er lægens opgave at fortælle sandheden, vise vej og fokusere på patientens ressourcer.

Patienten skal overtage handle-evnen, kontrollen og ejerskab over beslutninger, der påvirker deres livsvilkår og sundhed. Patientundervisning. Eksempler: Den sundhedsfremmende samtale. Understøttelse af forælderrollen.

### Hvorfor AP-læger som sundhedspædagoger:

Forskningen viser at praktiserende læger har mange fordele ift. at være sundhedsoplyser og rådgiver;

- Bred kontakt med deres patienter
- Hyppig kontakt med almen praksis
- Råd kan være individuelt baseret grundet forhåndskendskab til patienten
- Motivationen er størst, når patienten selv tager det op

- Kontinuitet sikre mulighed for at følge op på råd og anbefalinger
- Patientcentreret metodik

### Faktorer med indflydelse på sundhedsoplysninger der kan føre til adfærdsændringer:

- Patientcentreret kommunikation
- Evne til at kortlægge og forstå patientens forventninger og levevaner
- Evne til at møde patienten med en venlig holdning og indgyde tillid
- Information, der er struktureret, konkret og begrænset i omfang.

### Motivation:

Sundhedspædagogik er ikke altid relevant, det er væsentlig at finde det *gyldne øjeblik* hvor patienten viser motivation for at ændre sin sundhedsadfærd. Sundhedsoplysning skal også tilpasses patientens risiko og motivation. En god måde at sikre sundhedsfremme i AP er via det motiverende interview, der bygger på det patientcentreret koncept og bio-psyko-sociale model.

Ændringsstadium	Lægens opgave
Før-overvejelse	Opnå kontakt og tillid. Tilpasse information. Lade patienten overveje, om ændring er aktuel
Overvejelse	Åbne spørgsmål klarlægger argumenter for og imod ændringer. Beslutningsbalance. Tilpasse sig modstand. Påpege afstanden mellem faktisk og ønsket liv. Graduering. Genanvende tidligere mestringsstrategier. Stimulere til ændringssamtale.
Forberedelse	Planlægge, aftale. Fasen skal være kort, max 1 måned
Handling	Afklare behov for hjælp. Rose og støtte. Forebygge tilbagefald. At falde i indimellem er ikke tilbagefald
Vedligeholdelse	Typisk 6 måneder efter handlingsfasen. Forsat opmuntre, støtte og vise interesse
Tilbagefald	Tilbagefald er almindelige. Alle erfaringer kan anvendes til at gøre næste ændringsforsøg mere vellykket. Afklare, om nye forsøg er aktuelle netop nu.

### De sundhedspædagogiske kernebegreber:

- **Deltagelse og involvering:** Pts aktive deltagelse bidrager til udviklingen af ejerskab, og er en vigtig forudsætning for varige forandringer. Det er dermed vigtigt at tydeliggøre patientens forventninger, muligheder og ønsker samt forhindre, til at nå en fælles beslutning.
- **Sundhedsbegrebet:** Bygger på patientens *personlige værdier* og *oplevet risiko*, der bygger på viden om risikoen fra netværk og medier. Samt tidsaspektet, lange udsiger virker mindre truende. Kan man gøre noget mod risikoen. Usikkerhed om risikofaktorer virker mere faretruende end andre der konkret lader sig måle.

- **Handlekompetence** : bygger på engagement, viden og indsigt, visioner, handleerfaringer og kritisk sans. Bygger også på patientens locus of control.
- **Viden**
- **Setting og kontekst**

**Bivirkninger ved sundhedsoplysning:**

- Øget modvilje mod sundhedsvæsenet
- Oplevelse af utidig indblanding i individets eller gruppens autonomi
- Unødig angst og bekymring
- Forkert opfattelse af, at sundhedsproblemer skal løses med medicinske tiltag, fx lægemidler
- Depression over at det ikke nytter noget, at alt er håbeløst
- Skyldfølelse
- Afholdenhed, der ikke giver helbredsmæssig gevinst

## 13. Evidensbegrebet

---

### Emner

- Definition
- Formål
- Analyse resultater
- Ulemper evidensbaseret praksis
- T14 Guidelines
- T17 Overblik og opdateret viden

### AP Merete

- Tennisalbue forelæsningsen.
- Kombinationen af læge, evidens og patient. Lægen skal tolke evidensen og tage en beslutning med patienten.
- Vi skal som læger forholde os kritisk til behandlinger, vejledninger mv., helst på baggrund af evidens.

Sider: slides, hjemmesider.

---

**Definition:** Evidens-baseret-medicin benytter den bedst samlede evidens/bevis for et givent forhold, således rangerer meta-analyser og reviews og randomiserede undersøgelser højt i evidens hierakiret.

**Formål:** Formålet med evidensbaseret medicin er at sikre

1. At behandling bliver mere sikker og ensartet
2. Mere cost-effektivt

**Analyse af resultater,** ved bruger af artikler skal lægen vurderer hvorvidt studiet er overført bar til hans egen patient. Her kan man benytte et Mnemoni **-PICOT**

P- population/patient: Hvor farlig er sygdommen? Hvad er prævalensen

I- Intervention: Hvilken type intervention er det

C-Comparator: Placebo eller bedste mulige medicin

O-Outcome: Hvad måler man effekten på, mortalitet? Morbiditet? Og hvilket mål er brugt?

- $NNT = 1/(EER-CER)$
- Relativ risikoreduktion  $(EER-CER)/CER$
- Absolut risikoreduktion  $(EER-CER)$ 
  - Naturlige tal er lettere at fortolke, NNT er fx noget der let kan overføres til praksis.

T- time

**Evidence-based medicine** advocates that to the greatest extent possible, decisions and policies should be based on evidence, not just the beliefs of practitioners, experts, or administrators. It thus tries to assure that a **clinician's** opinion, which may be limited by knowledge gaps or biases, is supplemented with all available knowledge from the **scientific literature** so that **best practice** can be determined and applied. It promotes the use of formal, explicit methods to analyze evidence and make it available to decision makers. It promotes programs to teach the methods to medical

students, practitioners, and policy makers.

Søgning af viden er vigtig i den evidensbaserede medicin, således at man kan få den bedste vidensbaseret praksis, der bygger på evidensbaseret medicin, erfaringsbaseret og det enkelte individs egne præferencer.

### **Ulemper evidencebaseret, i dens oprindelige form**

Ulemper:

- Fjerner lægens personlige erfaringer
- Tager ikke højde for patients forhold
- Tager ikke højde for multimorbiditet

## 14. Guidelines

---

Emner:

1. T13 – evidens baseret medicin
2. Fordele/ulemper

Formentlig hensigtsmæssigt at begynde med at beskrive evidensbaseret praksis og derefter gå over til guidelines fx eksempler fordele og ulemper.

AP Merete

- Der er for mange...
- De bliver opdateret for sjældent, så de ikke alle er up to date. (DSAMs KOL og diabetes vejledninger er gode)
- Guidelines er netop vejledninger, IKKE manualer. Man skal stadig tænke sig om, og man skal tilpasse forløb til de enkelte patienter.
- Skal angive evidens, skal opdateres hvert 2. år, man skal kunne se, hvem der har lavet dem.

Sider: Diverse kilder

---

DSAM udgiver jævnligt vejledninger inden for kliniske problemstillinger, der er hyppigt forekommende og medfører diagnostisk eller behandlingsmæssig usikkerhed og variation i almen praksis. Vejledningerne henvender sig primært til praktiserende læger og praksispersonale.

- Fordele:
  - Giver kvalitetssikring
  - Ensarter behandlingen
  - Øger fagligheden ved at opsummere den videnskabelige evidens
  - Giver et overblik over nuværende viden
- Ulemper:
  - Fjerner lægens personlige erfaringer
  - Tager ikke højde for patients forhold
  - Tager ikke højde for multimorbiditet

In guidelines and other publications, recommendation for a clinical service is classified by the balance of risk versus benefit of the service and the level of evidence on which this information is based. The U.S. Preventive Services Task Force uses:<sup>[58]</sup>

- **Level A:** Good scientific evidence suggests that the benefits of the clinical service substantially outweigh the potential risks. Clinicians should discuss the service with eligible patients.
- **Level B:** At least fair scientific evidence suggests that the benefits of the clinical service outweighs the potential risks. Clinicians should discuss the service with eligible patients.
- **Level C:** At least fair scientific evidence suggests that there are benefits provided by the clinical service, but the balance between benefits and risks are too close for making general recommendations. Clinicians need not offer it unless there are individual considerations.
- **Level D:** At least fair scientific evidence suggests that the risks of the clinical service outweighs potential benefits. Clinicians should not routinely offer the service to asymptomatic patients.
- **Level I:** Scientific evidence is lacking, of poor quality, or conflicting, such that the risk

versus benefit balance cannot be assessed. Clinicians should help patients understand the uncertainty surrounding the clinical service.



## 15. Kvalitetsudvikling i almen praksis

---

### Emner:

1. Generelt
2. Eksterne virkemidler
  - a. DDKM
3. Interne virkemidler
  - a. DAK-e
4. Kvalitetsindikatorer

### AP Merete

- Der er ved at blive indført akkreditering → Det må øge kvaliteten, men man kan nemt forestille sig, der er nogen ulemper.
- Medicinkonsulenter, der gennemgår de enkelte praksissers medicinforbrug.
- Der bliver lavet audits på henvisninger
- Efteruddannelse → Der er krav på vej, om et minimum af dette.
- Patienttilfredsghedsundersøgelser.
- Praksiskonsulenter
- Supervisionsgrupper, 12 mands grupper (faglige organisationer), kurser

### Side 66-67

---

**Generelt:** I AP er der høje krav til kvalitet og sikkerhed, og der skal arbejdes systematisk på at vedligeholde og forbedre kvaliteten. Dette kaldes kvalitetsudvikling og omfatter kvalitetsvurdering, kvalitetssikring og kvalitetsmonitorering.

**Eksterne virkemidler:** Medhenblik på at sikre kvalitet i almen praksis er der flere love og regler fx;

- Speciallæge uddannelse
- Nationale vejledninger og forløbsprogrammer
- Samt akkreditering (se DDKM)

Det er uvist i hvilken grad disse virkemidler sikrer god kvalitet og kvalitetsforbedring og ikke bare en vis minimumskvalitet.

**Den Danske Kvalitetmodel – DDKM:** Er et nationalt tværgående kvalitetsudviklingsystem for sundhedsvæsenet, udviklet i samarbejde med stat, regioner, kommuner og erhverstv. Bygger på akkreditering hvor surveyors hvert 3. År, vurderer om praksis lever op til kravene for god kvalitet. Formålet med DDKM:

- At fremme den faglige, organisatoriske og patientoplevet kvalitet i almen praksis
- At fremme patientsikkerhed
- At måle kvalitet og forbedre denne
- At fremme samarbejdet i sundhedsvæsenet
- At synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet

DDKM indeholder 17 akkrediteringsstandarder, med mange forskellige temaer. En er fx patienttilfredshed som måles via et spørgeskema (DANPEP)

**Interne virkemidler:** Arbejder med metoder til kvalitetssikring i egen praksis. Fx DAK-e.

- **DAK-e, Det almenmedicinske kvalitetsudviklingsprojekt:** I 2003 blev PLO og regionerne enige om at indføre ”Sentinel Datafangst”, der dagligt automatisk indhenter kvalitetsoplysninger fra journalsystemet i praksis. Herved indsamles data på;
  - ICPC-diagnosekoder
  - Medicin, der udskrives
  - Laboratorie data
  - Ydelser

Formålet med DAK-e var at udforme rapporter som AP-lægen kunne bruge i praksis til kvalitetsudvikling.

**Kvalitetsmonitorering:** Til at monitorer kvalitet anvendes tre central begreber

- *Kriterium:* Ideelt mål for sundhedsfaglig kvalitet
- *Standard:* Realistisk mål for tilfredsstillende kvalitet
- *Indikator:* Målbar variable der kan bruges til at indikerer i hvilken grad standarden er opfyldt.
  - For at indikator kan opfylde sit formål skal den være *relevant, videnskabeligt grundlagt og anvendelig.*
  - Fordele: Indikatorer giver muligheden for at vurderer kvaliteten i praksis, kvalitetsproblemer kan identificeres og forbedringer kan iværksættes. Ulemper: ikke alt, med betydning for høj faglig kvalitet kan måles, herved kan fokus skævvrides væk fra ikke målelige faktorer. Desuden er sammenligning mellem indikatorer mellem forskellige praksis vanskelig, da årsagen er multifaktoriel.

**Kvalitetsbegreber:**

- **Kvalitetsudvikling** de samlede aktiviteter og metoder, der har til formål på en systematisk og målrettet måde at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats inden for den etablerede videns eksisterende rammer (DSKS, 2003). **Kvalitetsudvikling omfatter kvalitetsvurdering, kvalitetssikring og kvalitetsmonitorering.**
- **Her skal kvalitetsvurdering** forstås som en vurdering af kvalitetsniveauet og variation af funktioner, systemer, processer og/eller resultater på grundlag af kvalitetsmål. Dette indebærer, at kvalitetsvurdering er en vurdering af, hvad der er opnået af det opnåelige, dvs. en vurdering af i hvilken grad den viden, som dels er kendt fra forskningen og medicinsk teknologivurdering, dels betragtes som god klinisk praksis, er omsat i den aktuelle praksis
- **Kvalitetssikring** er en aktivitet, der har til formål at sikre overensstemmelsen mellem eksplicite kvalitetsmål og det faktisk opnåede kvalitetsniveau. Kvalitetssikring omfatter **problemidentifikation, dataindsamling og kvalitetsvurdering på baggrund af specificerede standarder og indikatorer (Se DDKM)**, feedback til det involverede sundhedspersonale, årsagsanalyse ved kvalitetsbrud, implementering af kvalitetsforbedringstiltag ved svigtende kvalitet og fornyet kvalitetsvurdering
- **Kvalitetsmonitorering** omfatter systematisk vedvarende måling, dokumentation, vurdering og justering af kvaliteten i en vedvarende proces.

## 16.Kvalitet, faglighed og organisation

---

### Emner:

- Kvalitetsudvikling + faglighed (se T15)
- Faglighed (se T17)
- Organisation (se T4)

### AP Merete

- PLO, FAS (Foreningen Af Speciallæger) og Yngre Læger
- Supervisionsgrupper, 12 mands grupper (faglige organisationer), kurser
- Partnerskab – Empati – Accept – Respekt – Legitimitet – Support → PEARLS
- Læger skal holde sig opdateret

Sider se T4, T15, T17

---

## 17. Overblik og opdateret viden

---

### Emner:

1. Basis oplysninger
2. Midler til at holde sig opdateret
3. Videnbaseret almen praksis
4. Se T16
5. Se T13
6. Se T14

### AP Merete

- Sørg for at holde din viden opdateret gennem tidsskrifter, guidelines mv.
- Overblik: Der er et stort ansvar, fordi man som praksislæge skal have overblik over pt.s tilstand, og derfor bred viden.

### Sider: 112-115

---

### Basisoplysninger

1. Alle læger er forpligtet til at holde sig opdateret.
2. For praktiserende læger er udfordring at opretholde viden, de arbejder oftest alene, har få kollegiale træfpunkter og skal selv bruge tid og penge på at sikre sig en god faglig udvikling
3. Desuden er der i nye tider kommet en overflod af viden – ”information af overloade”
4. For at prioritere vidensbehov er patientlisten essentiel. En praktiserende læge skal ikke vide alt, men være god til at erkende sine behov for viden og vedligeholde sin almenviden som læge.
5. I gennemsnit bruger en AP-læge 10,5 dage/år på at efteruddanne sig.
6. 90% af læger deltager i DGE

**Hvordan holder AP-lægen sig opdateret:** For de fleste AP-læger består efteruddannelse af en kombination af DGE, traditionelle kurser samt uddannelse på praksis niveau.

- Læsning af epikriser
- Patienter
- Kontakt med speciallæge om en aktuel patient
- Konferencer/møder med kolleger i egen eller andre praksis
- Kurser (refusion og ikke-refusionsberettigede)
- Smågruppe-baseret efteruddannelse (DGE)
- Møder med lokale samarbejdspartnere
- Besøg af regionale kvalitetudviklingskonsulenter (fx vedr. datafangst og lægemiddelordinationer – om de svarer til regionale data)
  - Bruges meget lidt, men giver store muligheder for at øge kvaliteten
- Nationale og internationale kongresser
- Besøg af lægemiddelkonsulent
- Faglitteratur/tidsskrifter
- Kliniske vejledninger
- Elektroniske kilder
  - Hyppigst søges ift. behandling (38%), diagnose (24%) og lægemiddelinformation (11%)

- Reklame fra medicin industrien
- Massemedier

Vigtige kilder er 1) Lægehåndbogen, 2) Regionale praksshjemmesider, 3) Kliniske vejledninger – DSAM, 4) Medibox.dk

### **Vidensbaseret almenmedicinsk praksis**

- Bygger på evidencebaseret praksis, iflg. dette organiseres viden i et hierarki efter graden af kvalitetsvurdering, opsummering og relevans for klinisk praksis.
- Vidensbaseret praksis bygger på 3 dele og kontekst:
  - Forskningsbaseret viden – altså hvad forskning siger man skal behandle
  - Erfaringsbaseret praksis – omfatter fornuft og skøn der hvor evidens er vanskelig at fremskaffe.
  - Patienter brugerviden og brugermedvirken – baseres på at man bruger patienter forhold til at basere praksis.
  - Kontekst: Love regler, adgang til ressourcer samt værdier og kultur.

### **Specifikke midler til at få oplysninger:**

- Bøger
- Tidsskrifter: practicus,
- Youtube
- Vidensbaserede manualer: Best Practise og UpToDate.

### **Informationssøgning:** kan inddeles i tre dele

1. Under mødet med patienten
2. Ved faglig fordybelse
3. Ved faglig opdatering

Søgning af viden er vigtig i den evidensbaserede medicin, således at man kan få den bedste vidensbaseret praksis, der bygger på evidensbaseret medicin, erfaringsbaseret og det enkelte individs egne præferencer.

## 18. Ældre patienter i almen praksis

---

Emner:

1. SST karakterisering af den ældre medicinske patient
2. Generelle karakteristika ældre patienter
3. Forskellige kontroller ældre patienter
4. Vurdering af patienten
5. Forbyggende arbejde
6. T20 kroniske patienter

AP Merete:

- De fem D'er: Droger, Druk, Depression, Demens, Delir
- Hyppigst hjertekarsygdomme og bevægeapparatslidelser
- Opsøgende hjemmebesøg
- Kroniske patienter

Sider:

Der er sket en massiv stigning i antallet af ældre i de vestlige lande, det forventes at 2050 vil 25% af befolkningen. Dette sætter udfordringer for almen praksis da antallet af plejekrævende patienter vil øges.

**Sundhedsstyrelsen karakteriserer "Den ældre medicinske patient" som havende:**

- Svær sygdom
- Multimorbiditet
- Nedsat funktionsevne fysisk og/eller cerebralt
- Begrænset egenomsorgskapacitet
- Polyfarmaci
- Behov for kommunale støtteforanstaltninger

**Karakteristika for de ældre patienter:** flere forhold

- De bliver hurtigere syge.
- De er længere tid om at restituere sig.
- De har væsentlig større risiko for tab af funktionsevne end yngre.
- De skal have hurtig hjælp, hvis vi skal opnå et godt resultat.
- De har ofte en atypisk sygdomspræsentation.

**Hyppige problemer ældre:**

1. Ensomhed
2. Inaktivitet og muskelatrofi
3. Depression og angst
4. Intellectuel svækkelse og demens
5. Kommunikationsproblemer, svækket syn og hørelse
6. Vættab, fejlernæring og nedsat appetit
7. Svimmelhed, instabilitet, fald
8. Smerter, bevægelseshandicap
9. Inkontinens, obstipation
10. Polyfarmaci, bivirkninger
11. Sammenbrud af socialt netværk

## 12. Overbelastning pårørende

### Forskellige kontroller af ældre patienter:

- Årskontrol for en eller flere kroniske sygdomme (se T20)
- Opsøgende hjemmebesøg
- Opfølgende hjemmebesøg.
  - **Formål med opsøgende hjemmebesøg:** Beregnet til ældre man mistænker eller ved er skrøblige.
    - At opnå indsigt i den ældres ressourcer og funktionsevne
    - At identificere og evt. forebygge og begrænse begyndende sundhedsproblemer
    - At vurdere og evt. revidere patientens samlede medicinforbrug
    - At få kendskab til den ældres daglige livssituation for at kunne indgå som en kompetent samarbejdspartner i det tværfaglige sundhedsarbejde.
  - **Indikationer opsøgende hjemmebesøg**
    - Patienter med tiltagende bevægelseshandicap
    - Terminal sygdom, der behandles og plejes hjemme
    - Sygehistorie med fald i hjemmet
    - Vurdering af patientens funktioner og ressourcer
    - Planlægning af hjemmebaseret rehabilitering
    - U hensigtsmæssige boligforhold
    - Specielle psykosociale forhold
    - Vurdering af belastning af pårørende
  - **Kriterier for opfølgende hjemmebesøg hos nyligt udskrevne**
    - **Helbredsmæssige forhold**
      - Patienter med nedsat funktion eller helbredsstatus i perioden før indlæggelsen
      - Behov for stillingtagen til medicinændringer
      - Kronisk og alvorligt syge
      - Tiltagende demens
      - Terminale patienter.
    - **Organisatoriske problemstillinger**
      - Patienter med genindlæggelser
      - Lang indlæggelsestid
      - Større koordinationsbehov.
    - **Sociale kriterier**
      - Skrøbelige og usikre patienter
      - Patienter med svagt eller intet netværk
      - Enlige, hvor ægtefælle nyligt er død.

Nb: Det har vist sig at der er stor samfundsøkonomisk gevinst, samt at det forhindrer genindlæggelse.

### Vurdering af ældre bygger på flere elementer

- **Social vurdering**
  - Hvilken *hjælp* får du fra professionelle eller privat netværk? Får du hjælp til transport, indkøb m.m.?
  - Hvilke *interesser* har du? Kontakt med andre, familie, venner, naboer?
- **Funktionsevne**

- Hvordan er den *fysiske funktion* i dagligdagen? Har du brug for hjælp? Hvilken?
- Kan du gå 1/2-1 time udendørs i dårligt vejr eller gå til 2. Sal?
- RSS-test
- **Helbredsbedømmelse**
  - Kan du *se*? (Er brillerne o.k.?)
  - Kan du *høre*? (Er høreapparat intakt og anvendes?)
  - Kan du *tygge*?
  - Kan du *gå*? (Rejse-sætte-sig-test og spørgsmål til funktion)
  - Vandladning/ kontinens?
- **Mental status**
  - Hvordan synes du, det går med din hukommelse?
  - Holder du hovedet i gang med fx kortspil, krydsord eller diskussioner med andre?
  - **Vurder den kognitive funktion fx med de 5 D'er** (se kapitlet "Den sårbare hjerne" side 38).
  - **Funktionstest, fx MMSE**
- **Medicinalgennemgang**
  - Herunder prioritering på baggrund af en medicinafstemning
  - Vurdering af compliance, spørg og observer
  - 5 F'er ved gennemgang af medicin
    - For hvad – livsvigtig, symptomatisk, forebyggende
    - For meget
    - For lidt
    - Forkert
    - Forever
- **Andet patienten eller pårørende ønsker at tale om?**
- **Er der noget, vi har glemt?**
- **Konklusion**  
Konkluder sammen med patient, evt. pårørende og kommunens sundhedsfaglige medarbejdere.

### **Forbyggende arbejde:**

- Faldforbygning
- Ernæring – undgå stort vægttab
- Osteoporose – d-vit og kalk
- Obstipation – Movicol
- Ensomhed
- Kognitive funktion og de 5'ér
- Træning
- Rehabilitering = genvinde funktionsevne



## 19. Socialmedicin i almen praksis

---

Emner:

- Hvilke myndigheder samarbejdes med
- Børn
- Arbejdsbetinget skader og ulykker
- LÆ-attester
- Sygemelding
- Politi – AP, kørekort attest, tvangsindlæggelse

AP Merete

- Samarbejde med kommunen om hjælpemidler, sygedagpenge, alt det der.
- Statusattest: På baggrund af journal, udtaler man sig om pt.s status. Man behøver ikke se patienten. "Kronisk varig lidelse, med mulighed for hjælp i det daglige". Det er noget kommunen beder om.
- Generel helbredsattest: Patientens livsforløb, livssituation, objektiv undersøgelse, vurdering af, hvad den pågældende pt. har brug for af hjælp og udredning. Ifb. Førtidspension, kommunen beder om den.
- Sygedagpenge attest: Udfyldes ifb. med, at pt. har en sygdom. Laves til pt. som har været sygemeldt i over 8 uger.
- Indberetninger og børn: Skærpet indberetningsligt.

Sider:

---

**Medico-legale opgaver:** Har både medicinsk og lovmæssigt indhold. Grænsefladen mellem lægen og myndigheder i situationer, hvor lægen arbejder på myndighedernes foranledning. Lægens beslutning får juridiske konsekvenser for patienterne. Enten tager lægen kontakt eller også tager myndighederne kontakt.

**Lægeloven:** En læge skal ved udfærdigelse af erklæringer, som han afgiver i sin egenskab af læge, udvise omhu og **uhildet hed** (= ikke tage side) og nøje følge de givne regler.

**HUSK tavshedspligt (også i forbindelse med attester).**

**Hvilke myndigheder samarbejdes der med:**

- kommunen (i forbindelse med børn) – skærpet indberetningspligt → socialcentret
- kommunen i forbindelse med sociale ydelser i form af sygedagpenge
- politi i forbindelse med kørekort, psykiatrisk sygdom, overfald
- statsforvaltningen – i forbindelse med adoptionssager og umyndiggørelse
- arbejdsskadestyrelsen – i forbindelse med arbejdsskader

**Børn – de sociale myndigheder**

- Skærpet indberetningspligt → indberetning til socialcentret.
- Kommunen skal underrettes hvis lægen under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til de forhold, der giver **formodning om**, at et barn eller en ung under 18 år har behov for særlig støtte

**Arbejdsbetingede skader og ulykker**

Arbejdsgiver har pligt til at indberette arbejdsskader samt står for arbejdsmiljø-overvågning. Desuden er lægen bagstopper, og skal sikre at mistænkte arbejdsrelaterede skader indberettes.

### **Statsforvaltningen**

- Adoptionssager – hvor forældrene skal vurderes for at kunne adoptere
- Umyndiggørelse – værgemålstilkendegivelse

### **Attester og erklæringer kan dreje sig om (udskrives også til ikke-myndigheder):**

- egnethed – bil (motorattest), dykning, osv.
- sociale ydelser – sygedagpenge (statusattest, specifik helbredsattest, generel helbredsattest)
- forsikringsselskaber
- tvang – psykiatriske patienter
- død - dødsattest
- politimæssige forhold

I alle tilfælde skal man tænke på sickness-disease-illness – i denne forbindelse handler det om sickness (dvs. samfund og kollektive aftaler).

### **Lægeerklæring = sygemelding:**

Bruges ikke specielt meget i Danmark mere, men kan rekvireres af arbejdstager eller arbejdsgiver for at vise at arbejdstager ikke kan arbejde. Hvorfor bruges den ikke mere: man må holde fast på, at patienten selv melder sig syg. Den gamle syge-erklæring var egentlig bare en underskrift fra lægen om, at patienten meldte sig syg på baggrund af, hvorfor patienten meldte sig syg. Og blev ofte udbedt af arbejdsgiver, fordi han ikke tror på arbejdstager.

Oftere bruges **mulighedserklæring**, hvor lægen vurderer, hvorvidt arbejdstager kan arbejde – og hvor lang tid det vil tage før, han kan arbejde. Mulighedserklæringen kan være et redskab til at få patienten tilbage i arbejde. Denne består af 2 dele: arbejdstager og arbejdsgiver taler om, hvordan gentagne sygemeldinger/langvarig sygemelding kan undgås ved at ændre på arbejdsmiljø. I den anden del skal lægen give udtryk for, om de aftalte foranstaltninger giver mening i forhold til sygdommen.

Hverken sygemeldinger eller mulighedserklæringer bruger diagnosekoder.

### **Politi**

- Motorattest (medicin, synkope, sygdomme, synsstyrke og synsfelt for hånd) – kørselsforbud på 3 mdr. i forbindelse med synkope
- Røde og gule papirer
  - o En patient, kan indlægges mod sin vilje på en psykiatrisk afdeling, hvis følgende 2 forudsætninger er opfyldt: A. Patienten er sindssyg (psykotisk) eller befinder sig i en tilstand, der ganske må ligestilles hermed, og det vil være uforsvarligt ikke at frihedsberøve den pågældende med henblik på behandling fordi: 1) Udsigten til helbredelse eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet (såkaldt helbredsindikation). Her benyttes ” gule papirer”,  
ELLER  
Den pågældende frembyder en nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre (såkaldt fareindikation), hvor ” røde papirer” benyttes.
- Politi-attest, hvis der er sket et voldeligt overfald – politiet anmoder

### **LÆ-125-165-265-145-attester**

Kommunen kan anmode lægen om oplysninger/vurdering af, hvorvidt patienten kan varetage et givent arbejde. Se 10. semester → voksne dokument.

KL og PLO har indgået en aftale omkring attest-skrivning, kommunerne betaler for disse.

### **Forsikringselskaber**

1. Helbredsattest i forbindelse med forsikring – forsikringselskaber betaler selv
2. Afbud i forbindelse med rejse – lægeerklæring (pt. betaler selv)
3. Funktionsattester – efter fritids- eller arbejdsskader. År efter skaden skal konsekvenserne af skaden vurderes → udbetaling af mén-skade erstatning

### **Dødsattester**

Den praktiserende læge kaldes ud til dødfundne patienter fra egen praksis. Skal sikre tidlige, sene dødstejn. Dødsattesten kan skrives, hvis du kan være sikker på, at det er et naturligt dødsfald.

Vurdere om det er et forventeligt dødsfald ud fra de oplysninger egen læge har.

Volumenmæssigt fylder lægeattester, motorattester og forsikringer mest.

## 20. Kontrol af kroniske sygdomme

---

### Emner

- Definition
- De 8 folkesygdomme
- Hvem varetager behandlingen
- Rehabilitering – ICF-model
- Håndtering kronisk sygdom
- Behandlingsindhold kronikere
- Opfølgningprogrammer
- Konsekvens kronisk sygdom
- Egenomsorg

### AP Merete

- De fleste skal kontrolleres mindst en gang om året.
  - Snak lidt om, at der kan være gode og dårlige ting ved hyppige kontroller.
- 

**Definition WHO:** Kroniske tilstande er tilstande, der persisterer i lang tid og som generelt langsomt progredierer. Det er tilstande der igennem år eller årtier kræver behandling og opfølgning: Sådanne tilstande inkluderer

- Kroniske sygdomme (KOL, gigt, hjerte-kar, astma, diabetes, psykiske lidelser, HIV/AIDS)
- Funktionshæmninger og gener (blindhed, muskelskelet gener, samt kræftsygdomme)

Forekomst AP: Kroniske sygdomme udgør en stor del af konsultationer > 65% har flere undersøgelser vist. Andre studier 50

### De 8 folkesygdomme:

1. Hjertekarsygdom (hyppigste)
2. Muskel og skeletsygdom (13.6%)
3. Type 2 diabetes (4.5%)
4. KOL (2.3%)
5. Osteoporose (0.5%)
6. Psykiske lidelser
7. Astma og allergi
8. Kræft

### Hvem varetager behandlingsansvaret af kroniske patienter:

- Primær sektor: Diagnostik og opfølgning 70-80%
- Sygehus og sekundær sector (moderat kompleksitet)
- Case manager og tovholder (kompleks)

### Rehabilitering ICF-model: Vigtig komponent i behandling af kroniske sygdomme

ICF-modellen: Bruges som udgangspunkt for rehabilitering, og vurderer tilstandes effekt på funktionsevne. Elementer i ICF-modellen er krop, aktivitet, deltagelse og kontekstuelle faktorer.

Vigtige begreber tilknyttet er:

- Organsvigt: effekt på kroppens funktion.
- Funktionssvigt: begrænsning af aktiviteter
- Handikap: udtryk for begrænselse af sociale funktion

ICF-modellen flytter derved fokus fra årsager til sygdom, til virkning af sygdom, og skal benyttes som vejledende i patientens rehabiliteringsproces

### **Håndtering kroniske sygdomme, overordnet:**

- WHO lavede i 2005 en rapport der fremstillede en model med fire niveauer af årsager til somatisk kronisk sygdom. WHO lavede herved en model for hvilke indgreb man kunne gøre for at forhindre kronisk sygdom. Politiske tiltag, befolkningstiltag og individuel risikointervention. Kontrol af kroniske sygdomme vil naturligt falde under niveau IV:
  - Niveau I: Underliggende socioøkonomiske, kulturelle, politiske og miljømæssige faktorer.
  - Niveau II: Almindelig, påvirkelige faktorer som ernæring, fysisk aktivitet og tobaksforbrug, samt påvirkelige køn, alder, gener.
  - Niveau III: Biologiske målelige faktorer, BT, blodsukker, kolesterol, overvægt
  - Niveau IV: Vigtige kroniske sygdomme hjertesygdom, KOL, diabetes apopleksi.
- For at effektivere behandlingen af kroniske tilstande er der lavet modeller for hvordan dette håndteres. Bedst kendt er "The Chronic Care Model", indeholdende seks komponenter:
  - Samfundet og ressourcer: går ud på at de nødvendige ressourcer er tilgængelig for patienten.
  - Sundhedssystemets organisering: tværfagligt arbejde over sektorer
  - Patients egenomsorg: skal styrkes
  - Sundhedsfaglig indsats: skal være effektiv
  - Beslutningstøtte: vejledninger skal guide indsatsen
  - Kliniske informationssystemer: patient og populationsdata skal bruges til at effektiviserer behandlingen.
- Under beslutningsstøtte findes nogle vigtige konkrete eksempler:
  - Patientorganisationer - vejleder i egenomsorg og brug af sundhedsydelser
  - Kliniske retningslinjer - nationalt baseret retningslinjer for behandling
  - Forløbsbeskrivelser - region baseret retningslinjer for behandling

### **Struktur og indhold I kronikerplejen I almen praksis**

Styrken i almen praksis er idealet om at være kontinuerlig, personlig omfattende og forpligtende over for den enkelte

- Diagnose
- Opstilling af behandlingsmål
- Tilpasset den enkelte patient – Hvordan har patienten det? oplysning er vigtig for at fremme patientens empowerment og livskvalitet
- Behandling
- Rehabilitering
- Aftale om kontroller – Det har vist sig at regelmæssig opfølgning øger behandlingskvaliteten, egen læge skal så vidt muligt følge kliniske retningslinjer for kontrol, dog afhængig af patientens nuværende sygdomsniveau og sværhedsgrad, comorbiditet, sygdommens naturlige forløb, medicinske behandling osv. Da kontroller af kroniske patienter eller hurtigt vil kunne fylde for meget i almen praksis.
- Obligatorisk årskontrol - som udgangspunkt skal alle have en årlig kontrol.

**Opfølgningprogrammer:** Faste kontroller af kroniske patienter, er alment erkendt at være gavnlige på objektivt ofte også subjektivt niveau. Niveaue samt mængden af kontroller er dog afhængig af flere faktorer, og skal egentlig ses som en fleksibel ordning der ændre sig ud fra patientens behov

og det kliniske forløb. Det skal også holdes i mente at kontroller ikke nødvendigvis er forbundet med bedre prognose eller subjektiv behandlingskvalitet. Faktorer der spiller ind på hyppigheden af kontrol.

- Forløbsprogrammets vejledning
- Sværhedsgrad af sygdomme
- Sygdommens naturlige forløb
- Antal risikofaktorer, komorbiditeter
- Påviste eller sandsynlige fremtidige komplikationer
- Medikamentel behandling
- Biologisk variation

Kontrollernes indhold: Følgende punkter bør indgå i en kontrol konsultation ofte vil det også være fordelagtigt at opdele kontroller i årskontroller og mellemliggende kontrolbesøg.

- Hvordan har patienten det?
- Lægen tjekliste: indspørgen til symptomer, komplikationer, prøvesvar
- Lægemedelbrug: fx effekt, bivirkninger, ændring i kendte bivirkninger
- Klinisk undersøgelse: ud fra relevans
- Laboratorieprøver og test
- Information, råd og livstilsfaktorer
- Administrative opgaver: fx ny tid, ny recept
- Kontrolinterval: skal det bestemte program ændres?

#### **Konsekvens af kronisk sygdom:**

- Nedsat fysisk aktivitet, inaktivitet
- Psykiske komplikationer, fx depression og angst
- Faldtendens
- Påvirket ernæringstilstand
- Ensomhed og isolation
- Sygdomstegn forårsaget af begyndende sygdom eller forværring af kendt sygdom.
- Medicinbivirkninger, fx svimmelhed, kvalme, obstipation, sedation
- Mange sygdomme, som skal kontrolleres – evt. flere steder

#### **Multimorbiditet konsekvenser: Flere langvarige sygdomme på samme tid:**

- *For patienterne:*
  - Ringe livskvalitet, påvirkning af funktion.
  - Større risiko for depression, psykiske reaktioner.
  - Højere dødelighed.
  - Komplekse behov for behandling og omsorg og mindre sandsynlighed for, at den overholdes.
  - Polyfarmaci og mulige bivirkninger.
  - Forskellige sundhedsprofessionelle, mange aftaler.
  - Mangel på personlig, holistisk omsorg.
- *For sundhedsvæsnet:*
  - Høj konsultationsrate i almen praksis.
  - Hyppige henvisninger og hospitalsindlæggelser.
  - Dobbeltarbejde og en større ineffektivitet.
  - Øgede sundhedsomkostninger.
  - Kompleks og tidskrævende håndtering.

- Ringe koordinering af omsorge

### **Egenomsorg:**

1. Knyttet til personens locus of control
2. Ros og anerkendelse er vigtige for yderligere at motivere den kroniske patienten, i hans forsøg på at forbedre sit helbred.

Def: **locus of control** refers to the extent to which individuals believe they can control events affecting them

A person's "locus" is conceptualized as either **internal** (the person believes they can control their life) or **external** (meaning they believe their decisions and life are controlled by environmental factors which they cannot influence, or by chance or fate). The concept of **core self-evaluations** and involves four personality dimensions; **locus of control**, **neuroticism**, generalized **self-efficacy**, and **self-esteem**. These dimensions play a big role in the decision to change behavior

### **Patientens perspektiv og sygdomsoplevelse, og dens effekt på helbreddet.**

- *Selvvurderede helbred* – er en god prædikator for fremtidig sygdom.
- *Evighedsperspektivet, afhængighedsperspektivet, Uden for-perspektivet*. Disse tre perspektiver er vigtige elementer i udviklingen af sorgreaktioner evt. depression.
- *Mestring* – Sense of coherence – oplever situationen som overkommelig, begribelig og meningsfuld. Kan egen læge forsøge at øge patientens sense of coherence.

## 21. Den terminale patient

---

### Emner

- Forekomst
- Samarbejde
- Grundlæggende palliation
- Egen læges rolle
- Organisering og vidensressourcer
- Sociale regler
- De sidste timer
- Sorgreaktioner

### AP Merete

- Udgående palliative teams fra hospices og BBH's palliative afdeling → Gode til smertedækning, daglige småproblemer ifht. kvalme, forstoppelse o.lign.
  - Palliativ tilskud: Gratis medicin. Det sidste halve år før forventet død.
  - E.l. indgår i samarbejde med palliative teams, familien og hjemmepleje/hjemmesygeplejersker.
  - Man kan få lov at dø hjemme, men det kræver, at nogen tager stilling til, at man er terminal.
  - Sygeplejeorlov til pårørende.
- 

### Forekomst

ca. 55.000 dør/år – heraf 16.000 af kræft (de fleste når adspurgt ønsker at dø hjemme)  
Fordelingen af døende er 50% på hospital, 25% plejehjem og 15% hjemme og resten er i ulykker.

### Samarbejde

Terminale patienter og den palliative opgave afhænger ikke af en enkelt faggruppe, men forudsætter et velfungerende tværfagligt arbejde mellem praktiserende læge, hjemmeplejen og palliative afsnit på hospitalet. Etablering af palliativ behandling stiller krav til praktiserende. Praktiserende læge skal have indsigt i patientens livsyn, forestillinger og ønsker, samt pårørende, opbygning af en konstruktiv palliativ plan og være med i koordinering af et tæt tværfagligt samarbejde og mulighederne for sociale tiltag.

### Grundlæggene palliation indebærer:

- Kortlægning af symptomer og gener
- Symptomlindring
- Info til pt og pårørende
- Støtte til pårørende
- Terminal pleje
- Sorgarbejde hos og opfølgning af efterladte
- Dokumentation

### Egenlæges rolle:

- Medicinsk faglige ansvar (hvis pt. Er hjemme)
- Med til at koordinere placering af ressourcer fra hjemmeplejen.
- Løbende følge med i udformningen og tilpasning af palliations plan



- Planlagte sygebesøg
- Indblik i patientens livssyn
- Evt. Netværkskort – giver overblik over pt's mulighed for støtte fra pårørende og bekendte.

#### **Anbefalet indhold i en individuel plan ved palliativ sygdomsfase.**

1. Patientens samtykke til at planen oprettes og nødvendig info kan formidles til samarbejdspartnere
2. Perioden, hvor planen er gældende. Samt løbende revision pga. sygdomsudvikling eller netværkets formåen
3. En navngiven koordinator (f.eks. med ikke udelukkende egen læge)
4. Patients ønske
5. Pårørendes mål
6. Ansvarlig kontaktperson for hvert serviceområde
7. Kontaktoversigt
8. Klare retningslinjer for indlæggelse.

#### **Organisering og vidensressourcer**

Palliativ behandling inddeles

- *Basal palliativ behandling*, bestående af de dele af sundhedsvæsenet, der ikke har palliation som hoved opgave. Indholdende hospitaler, ap-læge, hjemmesygeplejen, plejehjem.
- *Specialiseret palliativ indsats*, varetages af afdelinger specialiseret i palliativ behandling. Tager sig af komplekse problemstillinger og vejleder basal palliativ team.

Vidensressourcer:

- Kræftensbekæmpelse: rådgivning til patient og pårørende
- Forening for palliativ indsats: rådgivning hjælp patient og pårørende
- Selskab for palliativ medicin: rådgivning af ap-læger
- Palliativt videnscenter: oplysninger til borger og ap-læger
- Liverpool care pathway: oplysninger ap-læger

**Sociale regler:** I forbindelse med basal palliativ behandling er det vigtig at kende til sociale regler der kan bidrage til behandling af patienten enten indirekte via dennes netværk eller direkte via patienten.

- *Forsøgelse:* Henvis til social rådgiver angående berettigelse
- *Tilskud:* *terminaltilskud* til lægeordnede lægemidler (restlevetid <6md)
- *Hjælpebidler:* Den syge kan søge af kommunen ekstra støtte såsom, hjælpebidler, hjemmesygeplejerske samt tilskud til psykolog, fysioterapi og ernæringspræparater osv.
- *Plejeorlov pårørende:* Nærtstående personer kan søge om plejeorlov: pt skal være 1) terminalerklæret og er i eget hjem, 2) kurativ behandling er indstillet, 3) prognosen er kort levetid <6mdr, 4) tilstanden nødvendiggør ikke hospitalsophold, 5) den syge er indforstået med etablering af plejeforholdet.
- Plejebeløbet udgør 1,5x det dagpengebeløb som modtageren ville have ret til.
- *Sygemelding:* Kortvarig Sygemeldning af pårørende via. Situationsbetinget psykisk ubalance P02

### **Grundlæggende palliation:**

Indeholdt ovenstående punkter og praktisk består af samtaler, symptomvurdering og lindring og terminal pleje.

- Samtalerne bygger på at opnå en god kommunikation hos den døende. Den skal ikke bygges på statistikker eller formaninger om hvornår døden indtræffer.
- Symptomvurdering: Her kan benyttes redskaber som *ESAS (DSAM-anbefaler en anden tjekliste)* som løbende udfyldes således at patients symptomer kan følges og egen læge kan rette behandlingen ind.
- Symptomlindring: Af relevante symptomer

### **Den alvorlig syge, de sidste dage og timer:**

Pt kan regnes for døende når 2 af 4 kriterier er opfyldt:

1. Pt er sengeliggende
2. Pt er ikke til at kontakte i længere perioder
3. Pt er ikke længere i stand til at synke tabletter
4. Pt er kun i stand til at drikke i små slurke.

Tegn på at døden er nær er tiltagende, nedsat perifer cirkulation, uregelmæssige åndedrag, og somnolens.

### **Sorgreaktioner:**

Det er vigtigt at egen læge er i stand til at udvise empati, enable, encourage og encounter de 4 E'er.

Kendskab til sorgprocessen er vigtig

1. Umiddelbare reaktioner - varer fra dage til måneder
2. Sorgopgaver - erkende tab, fortrolig med følelser, og erhverve nye færdigheder
3. Tilpasser sig tabet og forsat sørger

Vigtigt at hjælpe pårørende fx sorggrupper, kommunal krisehjælp, psykiatrisk hjælp

## 22. Psykiske symptomer, der får folk til at søge egen læge

---

Emner:

- Psykiske sygdomme AP
- Angst
- Kriser
- Funktionelle lidelser
- Depression
- Misbrug

AP Merete

- Angst, depression, stress.
- Især ved depression, skal man starte med samtaler over lidt tid (f.eks. fem uger), før man tyer til medicin (start med SSRI). Koncentration på kernesymptomer og tidsforløb.
- Let til moderat depression og angst: Kan henvises til psykolog, hvis de er mellem 18 og 55 (ca.)
- Stress: Så vidt muligt halvtidssygemelde og ikke heltids. Mange arbejdspladser har forsikringer, der dækker psykologhjælp.

Sider:

---

### Psykisk sygdom AP

Psykiske problemer er årsag til mange henvendelser i almen praksis og de fleste kan håndteres af egen læge. Alvorlige psykiske symptomer som f.eks. psykoser er relativt sjældne, mens de dominerende symptomer er angst og nedtrykthed, evt. i kombination med krise-reaktion. Desuden misbrug, medicinafhængighed, psykoser, demenstilstande, personlighedsforstyrrelser.

Lægens rolle: opspore og behandle dem, han selv kan klare (**angst, depression, krisereaktion, demens**) – og henvise dem, han ikke selv kan klare (**skizofreni, bipolar, personlighedsforstyrrelser, osv.**)

10 hyppigste diagnoser indenfor ICPC – kapitel P
Depressiv tilstand
Akut belastningsreaktion
Søvnforstyrrelser
Angst/nervøs/anspændthed
Nedtrykthed
Tobaskmisbrug
Andet psykisk symptom eller klage
Kronisk alkoholmisbrug
Demens

### Angsttilstande:

Angst er et normalt psykisk fænomen, der fungerer som alarmsignal, der skal optimere mennesket præstation. Patologisk angst er når angsten tager over, hvilket kan være hæmmende. Der kommer 2-3 patienter i almen praksis hver uge med angstsymptomer. Det drejer sig ofte om uspecifikke organklager og sygdomsangst, hvoraf mange kan klare med én konsultation og én objektiv undersøgelse, der fortæller patienten, at hun ikke fejler noget.

### Patologisk angst:

- panikangst: ikke koblet til bestemte situationer, ofte voldsom og uventet med hyperventilation, hjertebanken, svimmelhed, paræstesier, susen for ørerne, bange for at miste kontrol, osv.
- generaliseret angst: mere konstante symptomer, der ikke varierer så meget. Patienterne er nervøse, bekymrede og anspændte med autonome symptomer som hjertebanken, sveden, rysten og mundtørhed
- fobiske angsttilstande, som optræder i bestemte situationer, f.eks. agorafobi og socialfobi.
- enkelfobier, rettet mod specifikke objekter eller situationer, f.eks. edderkopper, flyvning eller elevatorer

Andre nervøse tilstande med angst som fremtrædende symptom:

- tilpasningsreaktion – depressive og nervøse symptomer kan udvikles efter en eller flere belastende livsbegivenheder
- posttraumatisk stressreaktion
- somatoforme tilstande som f.eks. hypokondri
- OCD

**Behandling af angsttilstande:** Kan både være psykologisk og medikamentel. Psykologisk behandling bør have førsteprioritet (intensitet fra rådgivning til intensiv psykoterapi). Overordnet behandlingsprincip: lære patienten at leve med angsten og mestre denne. Medikamentel behandling kan bruges i form af antidepressiva (især panikangst, OCD og fobier). Alternativt anxiolytika i form af benzodiazepiner (pas på tilvænning og toleransudvikling).

### **Kriser:**

Man skelner mellem livskriser (pubertet, klimakterium, børn flytter, forældre dør) og traumatiske kriser (uventede og pludselige, f.eks. pludseligt dødsfald, uventet afskedigelse, skilsmisse). Reaktionen på traumatiske kriser kan spænde fra rolig og venafbalanceret → rådvild og apatisk → desorientering, angst, somatoforme symptomer, motorisk og psykisk uro – og endda akut belastningsreaktion med voldsom panik eller bevidsthedforstyrrelse. Ved voldsomme og katastrofeagtige traumer kan der udvikles en posttraumatisk belastningsreaktion (mareridt, søvnbesvær, konc. besvær, opfarende adfærd, vrede, osv.)

### **Krisens faser:**

- chokfasen: varer dage til uger, akutte stressreaktioner og emotionelle udbrud. Her skal man trøste, skabe ro og tryghed til at tale om det skete. Man skal tage ledelsen og autoriteten, og hjælpe patienten med at overskue sine opgave, mindske panik og skabe kontakt til familie, venner, osv. Husk at også den rolige og apatiske patient skal have hjælp. Den psykologiske hjælp er ofte tilstrækkelig.
- reaktionsfasen: patienten begynder at erkende og forstå det, der er sket. Tabet og angsten er dog så stor, at psykiske forsvarsmekanismer tages i brug, f.eks. 1) projicering af følelser (vrede, bebrejdelser, skyldfølelse) mod sig selv eller andre, 2) somatoforme symptomer (ondt i maven, hovedet, osv.) 3) regressive forsvarsmekanismer = barnlig udtryksform, så patienten ikke skal tage voksenansvar, 4) depression med nedtrykthed og manglende energi (OBS: kan gå over i en kronisk fase senere)
- bearbejdningsfasen: tager nogle måneder. Patienten begynder at tilpasse sig den nye situation, og finder en form for stabilitet. Her skal man hjælpe patienten til at genopleve traumet i ord og følelser = lang proces, evt. henvis til psykolog, hvis du ikke har tid/evner.
- nyorienteringsfasen: tager 1-2 år, hvor patienten får overblik til at klare sin nye situation. Kan give patienten indsigt og positiv udvikling

Hvad kan gå galt? 1) en ubearbejdet krise kan medføre en kronisk tilstand med somatoforme symptomer, sårbarhed for stress og modgang samt vanskeligheder med at klare problemer. 2) En

posttraumatisk stressreaktion kan opstå og kræve et egentlig psykoterapeutisk forløb, da patienten trækker sig og ikke vil konfronteres med angstvoldende og traumatiske stimuli. Undgår alt der kan minde om traumat og kan udvikle fobiske angstsymptomer. Behandleren skal konfrontere patienten med de angstvoldende situationer, så de kan integreres. Forsvarsmekanismer skal gøres mere modne og hensigtsmæssige. 3) Der er også mulighed for at der forekommer en tilpasningsreaktion efter skilsmisse, dødsfald o.l. Her reagerer patienten med depressiv indadvendthed, angst, vrede samt nedsat social funktion = en patologisk sorgreaktion. Varer uger til måneder, men man skal være obs. på udvikling af egentlig depression.

### **Somatoforme/psykosomatiske tilstande:**

Somatoforme tilstande er karakteriseret ved somatiske symptomer og klager over legemlig sygdom med krav om fysiske undersøgelser, selvom tidligere fund var normale og sygdommen er påvist at være psykisk betinget. Kriterierne for sygdommene i denne kategori er svære at afgrænse, og nogle patienter opfylder derfor kravene til flere sygdomme.

Somatoforme sygdomme og medicinsk uforklarlige symptomer findes i alle dele af sundhedsvæsenet. De passer ikke ind i den biomedicinske sygdomsmodel, der drejer sig om eksklusion af sygdom. Patienterne bliver ikke raske af at få at vide, at de ikke er biomedicinsk syge – de kan stadig føle sig syge og søge hjælp.

**Håndtering af MUS:** MUS er et problem, der skal tages alvorligt. 20-30% af patienter i almen praksis har disse symptomer. Det drejer sig om et spektrum fra lette, forbigående symptomer til kroniske, invaliderende sygdom. Behandlingen er vanskelig mht. helbredelse, men det er vigtigt at stille diagnosen så patienten kan støttes psykisk og så patienten undgår overbehandling og overdiagnostik. Det er vigtigt at klagerne i starten tages alvorligt og at somatisk sygdom udelukkes, men herefter skal der kun henvises til udredning på meget god og velovervejede indikation. Målet med behandlingen er at den ikke skal forværres, og at patienten, evt. gennem støttende psykoterapi for lettelse for sine bekymringer. I behandlingen kan man bruge TERM-modellen, se side 115.

### **Depression:**

Omkring 200.000 danskere har depression på et givent tidspunkt → halvdelen vil henvende sig til almen praksis = 1 patient dagligt. Mange patienter kommer med somatiske klager, f.eks. træthed, smerter, mavebesvær, bevægeapparatklager, appetit- eller søvnbesvær. Hvis der ikke er mistanke om somatisk sygdom, skal du udrede for depression (2 uger, mindst 2 kernesymp. og 2 ledsagesymp.):

#### **Kernesymptomer:**

- nedtrykthed
- manglende lyst og interesse
- manglende energi eller røget træthet

Depression inddeles i mild, moderat og svær på baggrund af antallet af ledsagesymp. – evt. med psykotiske symptomer i form af hallucinationer og vrangforestillinger. En mere præcis inddeling vha. Hamilton-depressionsskala, der er også kan bruges til at vurdere behandlingseffekt ved at give et objektive mål for depressionen.

Diagnosen stilles udelukkende på symptomerne og ikke på mulige årsager eller udløsende faktorer; depressive symptomer ses også ved angst, kriser og tilpasningsreaktioner, OCD, personlighedsforstyrrelser, demens og somatiske lidelser, f.eks. klimakterielle problemer. **HUSK at spørge ind til suicidal tanker.**

Der kan være mange årsager til depression; arvelige årsager samt organiske og biologiske (cerebrale, systemlidelser, fysiologiske ændringer, medicin og misbrug) samt psykosociale (livsbegivenheder, tab, osv.). I forbindelse med behandling skal man altid overveje årsagsforhold,

og **organiske/biologiske faktorer skal være behandlet for diagnosen stilles**. Ved psykosociale årsager → altid samtale-terapi.

**Henvisningsårsager til psykiater (indlæggelse eller henvisning):** suicidalrisiko, psykose, udtalt spisevægring, manglende respons på behandling, usikkerhed ang. diagnose eller behandling, speciel psykoterapi, bipolar sindslidelse eller behov for stemningstabiliserende behandling.

### **Misbrug:**

Misbrugere indtager stoffer for at opleve en ændring i de psykiske funktioner, især eufori. Stofferne påvirker bevidsthedsniveauet, stemningsleje, tænkning, følelser, osv. Man taler om afhængigheds-syndromet, når patienten efter lang tids stofindtagelse får en række stereotype adfærdsændringer (kontrolltab, tolerance, abstinenser, social påvirkning, fysiske skader). Mellem 100-000-250.000 mennesker har et skadeligt alkoholforbrug → påvirkning af psykisk, somatisk og social funktion.

**Behandlingsmuligheder:** Recidivforebyggelse: antabus. Forebyggelse af abstinensstilstand lige efter ophør med indtagelse med behandling med fenemal eller benzodiazepiner. Delirium tremens er en akut psykotisk abstinensstilstand med bevidsthedssvækkelse, desorientering, hallucinationer og vrangforestillinger samt kraftig tremor og fysiologiske symptomer, der kan være skadelige. Skal indlægges. Desuden behandling af psykiske lidelser, der kan være primære i forhold til misbruget (angst, depression, osv.) Husk Wernickes encephalopati (vitaminmangel → bevidsthedssløring, oftalmoplegi, nystagmus og ataksi). Desuden risiko for leverskade, esophagusvaricer, cancer og psykisk skade med dementiel udvikling og personlig primitivisering.

Andre behandlingsmuligheder: alkoholambulatorier, psykiatri (ambulant eller indlæggelse). Deuden Minnesota-metode og AA.

## 23. Børn der ikke trives

---

Emner:

- Børneundersøgelse (se tidligere)
- Skærpet underretningspligt

AP Merete

- Ofte involveres skole, børnehaver, institutioner.
- Fysiske symptomer som udtryk for mistrivsel. Små børn: Indadvendte el. udadreagerende, vil ikke sove og spise. Store børn: Ondt i hovedet, ondt i maven.
- Indberetninger, så forældrene kan få mere hjælp.
- Forælder-barn interaktion

Sider:

---

### Forekomst omsorgssvigt

Opvækst vilkår har stor betydning for barnets udvikling samt senere udvikling af psykisk og social manglende sundhed, men også somatisk sygdom og dødelighed. Tidligere undersøgelser tyder på at 2-5% af børnene lever under omstændigheder, hvor der er alvorlig fare for deres udvikling og lige så mange lever under vilkår der giver grund til bekymring.

### Sociale faktorer

- Børn fra familier og god indtægt og uddannelse er mere fysisk aktive, får bedre kost og ryger mindre.
- Det vurderes at 1 ud af 10 familier lever under forhold, hvor der er behov for rådgivning, hjælp og støtte.
- Dårlig socialevilkår under barndommen har både effekt på psykisk, somatisk sygdom og dødelighed.

### Børneundersøgelsen

Barnets udvikling kan vurderes ud fra forskellige mål, disse grænseværdier er forenklinger og det er vigtigt at opfatte afvigelser som en dynamisk proces.

- Vægt, længdekurve og hovedomkredsen
- Den motoriske udvikling – tyder det på cerebral parese, udviklingshæmning eller evt. Ortopædisk sygdom.
- Kognitive funktioner, kommunikation og sprog – er der normal mimik og gestik

Det er lægen og skolesundhedspleje har ansvar for tidlig identificering af børn med særlige behov.

### Kommunalt ansvar

- Kommunen har det overordnede ansvar for at børn og unges opvækst vilkår sikres. I praksis varetages tilsynet af de kommunale medarbejdere der er i kontakt med børn og unge: personalet i dagtilbud, skoler og klubber, sundhedsplejersker, skoletandlæger, og kommunallæger. For de fleste findes underretningspligt hvor der skal være kendskab men for læger findes skærpet underretningspligt hvor bare mistanke skal medføre indberetning

### Skærpet underretningspligt

**Social service loven § 153.** Personer, der udøver offentlig tjeneste eller offentligt hverv, skal

underrette kommunalbestyrelsen, hvis de under udøvelsen af tjenesten eller hvervet får kendskab til eller grund til at antage,

- at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte,
- at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte på grund af de vordende forældres forhold,
- at et barn eller en ung under 18 år kan have behov for særlig støtte på grund af barnets eller den unges ulovlige skolefravær eller unkladelse af at opfylde undervisningspligten, eller
- at et barn eller en ung under 18 år har været udsat for overgreb.



## 24. Den depressive patient

---

Emner:

- ICD-10 kriterier
- Differentialdiagnoser
- Sygehistorie
- Supplerende us.
- Indlæggelser
- Behandling
- Psykiske sygdomme i praksis (se tidligere)
- Psykolog henvisning (se tidligere)

AP Merete

- Det er vigtigt, at man starter med samtaler over lidt tid (f.eks. fem uger), før man tyer til medicin (start med SSRI). Koncentration på kernesymptomer og tidsforløb.
- Let til moderat depression og angst: Kan henvises til psykolog, hvis de er mellem 18 og 55 (ca.)

Sider:

---

### ICD-10 kriterier

**A. Skal have en varighed over 2 uger.**

**B. Mindst to kernesymptomer:**

1. Nedtrykthed (depressivt stemningsleje)
2. Nedsat lyst eller interesse
3. Nedsat energi eller øget træthæd

**A. Ledsagesymptomer:**

1. Nedsat selvtillid eller selvfølelse
2. Selvbekræftelser eller skyldfølelse
3. Tanker om død eller selvmord
4. Tænke- eller koncentrationsbesvær
5. Agitation eller hæmning
6. Søvnforstyrrelser
7. Appetit- eller vægtændring

### Differential diagnoser:

- Kroniske somatiske sygdomme
  - Kræft, alvorlige infektioner, blodsygdomme, endokrine sygdomme, herunder
  - diabetes, myxødem og andre lidelser kan fremtræde som depressiv lidelse
- Depression som led i bipolar lidelse
- Psykiske lidelser som angstlidelser, tvangslidelser, demens o.a.
- Negative symptomer ved skizofreni
- Alkohol-, medicin-, eller stofmisbrug
- Bivirkninger af medikamenter

### Sygehistorie:

- Suicidalitet
- MDI eller Hamiltons
- Udløsende faktorer

- Psykiske
- Sociale faktorer

### Supplerende us.

- Aktuelle prøver kan være Hb, CRP, vit B12, folat, ferritin, TSH, FT4, glukose, ALAT, kreatinin, kalium, calcium, urin stix

### Indlæggelser

- Ved alvorlig suicidalitet
- Ved patient som ikke kan tage vare på sig selv
- Ved sværere kognitive forstyrrelser
- Vurder altid evt. indlæggelse ved svær depression

		Behandlingsoplæg
<b>Let depression</b>	Mindst to kernesymptomer + mindst to ledsagesymptomer	Samtaleterapi – ingen evidens for effekt af medicinsk behandling
<b>Moderat depression</b>	Mindst to kernesymptomer + mindst fire ledsagesymptomer	Samtaleterapi og evt. medicinsk behandling
<b>Svær depression</b>	Alle tre kernesymptomer + mindst fem ledsagesymptomer	Medicinsk behandling og støttesamtaler

### Vigtigt at være opmærksom på

<b>Suicidalrisiko</b>	Spørg altid – trusler skal tages alvorligt. Særlig risiko ved begyndende bedring.
<b>Inddrage pårørende</b>	De kan bidrage ved udredning og bidrage med støtte, opmuntring, afledning og evt. overvågning.
<b>Informere patienten</b>	Depression er en sygdom – ikke dovenskab. Natur og forløb. Behandlingsmuligheder.
<b>Informere pårørende</b>	De bør kende til evt. suicidalrisiko.
<b>Tilråde</b>	Patienten bør undgå at foretage vidtrækkende handlinger eller træffe afgørende beslutninger i den depressive fase.
<b>Informere om behandling</b>	Forventet virkning og bivirkning. Risiko ved pludseligt eller tidligt ophør. Risiko ved ikke at følge behandling.
<b>Aftale tid for kontrol</b>	Dato og klokkeslæt. Følg op ved afbud.

## 25. Hvornår henvises til psykolog?

---

Emner:

- Henvisningskriterier
- Psykiske sygdomme almen praksis (T22)

AP Merete

- Provokeret abort efter 12. uge
- Let til moderat depression/angst (protraheret krisereaktion, hvis man krisereagerer mange år efter)
- Dødsfald i den nærmeste familie
- Livstruende sygdom hos pt. eller hos pårørende
- Svær psykisk sygdom hos pårørende
- Overfald/vold → Både hvis man er offer og vidne
- Trafikulykker
- Incest (også tidligere i livet)
- Voldtægt
- Selvmordsforsøg hos. pt.

Sider:

---

Psykologhjælp

**Patienten skal henvises fra sin alment praktiserende læge, herunder vagtlæger, hvis lægen vurderer, at patienten hører ind under én af følgende grupper.**

1. Røveri-, volds- og voldtægtsofre
2. Trafik- og ulykkesofre
3. Pårørende til alvorligt psykisk syge personer
4. Personer ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
5. Pårørende til personer, der er ramt af en alvorligt invaliderende sygdom
6. Pårørende ved dødsfald (ved dødsfald forstås tillige ufrivillig abort/fødsel af et dødt barn efter udgangen af 19. graviditetsuge)
7. Personer, der har forsøgt selvmord
8. Kvinder, der får foretaget provokeret abort efter 12. graviditetsuge. Psykologhjælp kan ydes forud for abortindgrebet, når anmodning om tilladelse til indgrebet er fremsat til abortområdet
9. Personer, der inden de fyldte 18 år har været ofre for incest eller andre seksuelle overgreb
10. Personer med let til moderat depression over 18 år
11. Personer, der lider af let til moderat angst, herunder let til moderat OCD, og er mellem 18 og 38 år

Mange praktiserende læger er begyndt at have samtaleterapi med deres patienter, det dog ikke alle og det er aktuelt at

## 26. Hyppige gynækologiske henvendelser

---

Emner:

1. Forekomst af forskellige gynækologiske problemer
2. Smear
3. GU
4. Screening (se tidligere)
5. Svangerprofylakse (se tidligere)

AP Merete

- Abort/graviditet
- Antikoception
- Infektioner → Candida vaginit
- Blødningsforstyrrelser → Jo ældre kvinde, og jo mere uregelmæssig, jo mere alvorligt.

Sider:

---

### Forekomst

Henvendelser om gynækologiske og obstetriske problemstillinger udgør ca. 10% af konsultationerne i almen praksis (3 henvendelser pr. dag).

Hyppigst:

- profylaktisk smear, prævention og svangreundersøgelse (udgør tilsammen 50%).
- Hernæst udflåd, underlivssmerter, blødningsforstyrrelser eller klimakterielle gener.

Det årelange kendskab mellem læge og patient → bedre kommunikation omkring meget personlige klager og gør det lettere for lægen at vurdere symptomer og klager.

**Profylaktisk smear:** Denne undersøgelse er tillagt almen praksis som opgave. Foretages hvert 3. år for 23-50-årige og hvert 5. år for 50-65-årige. Er **sekundær forebyggelse**, der har til formål at finde celleforandringer før de udvikler symptomer og før de udvikler sig til cancer (detekterer begyndende sygdomsudvikling). 3 årsager til at foretage smear: 1) screening, 2) påviste lette celleforandringer eller behandling herfor samt 3) suspekte symptomer i form af pletblødning eller kontaktblødning.

**Ved GU** kan man inspicere introitus og vagina for hud- og slimhindeforandringer, og man kan undersøge portus for sår og polypper. Observer mængde og udseende af vaginalsekret. Der kan evt. laves en wetsmear til undersøgelse for infektion samt klamydiapodning. GU afsluttes med eksploration med vurdering af uterus' lejrning, størrelse og ømhed samt palpation af adnexae for ømhed og udfyldninger. Palper bækkenbundsmuskulaturen ved klager over underlivssmerter. Husk at lave aftale om svar på prøverne med patienten.

## 27. Akutte patienter

---

Emner

- Henvendelses mønster (se tidligere)
- Lægevagten (se senere)
- Diagnostisk proces (se tidligere)

AP Merete

- I princippet alle patienter, man beder om at komme samme dag.

Sider:

---

Det er kun 10% af akutte patienter der er alvorligt eller livstruende syge, kun ca. 1% har behov for at komme på universitetshospital. De fleste akutte sygdomme er oftest forbigående og fredelige. Det er den almen praktiserende læges opgave at adskille akut og alvorlig sygdom med forbigående sygdom.

Den lave prævalens af alvorlig sygdom i almen praksis. Udarbejdelsen af røde flag som øger sandsynligheden for alvorlig sygdom, er gode markører for videre henvisning til hospital eller anden special læge.

Diagnostikken er symptombaseret og det er i de fleste tilfælde vigtigt for lægen at adskille de svært syge og dem som kan få lov til at gå hjem igen.

Den almen praktiserende læge skal udnytte en god klinisk epidemiologisk tilgang, hvor han vurderer mulige differential diagnoser.

Pt. Der er alment påvirket

## 28. Vagtarbejde

---

Emner:

- Generelt
- Symptomer
- Tilrettelæggelse + funktion
- Diagnostisk udfordring
- Overblik og faglighed (se tidligere)
- Diagnostisk proces (se tidligere)

AP Merete

- I Region H: 1813.
- Hyppigst akutte infektioner, hold i ryggen, akutte børn.
- Snak lidt om problematikken om sygeplejersker som visitatorer osv.

Sider:

---

### **Generelt**

Lægevagten varetages af praktiserende læger. Hensigten med lægevagten er at sikre befolkningen lægehjælp ved akut opstået sygdom uden for normal arbejdstid. I region midt er der ca. 504 henvendelser pr 1000 indb. Per år. **Heraf var 57% telefonkonsultationer, 32% konsultationer og 11% sygebesøg.**

### **Symptomer**

De hyppigste symptomer er Feber 22%, symptomer fra fordøjelsessystemet 15%. Luftvejen 13% eller bevægeapparatet (12%).

### **Tilrettelæggelse + funktion**

Det er PLO og regionerne der har ansvar for tilrettelæggelse af lægevagten i samarbejde med regionerne. Lægevagten fungerer er:

- At diagnosticere og færdigbehandle akut sygdom, hvor der ikke er behov for sygehusbehandling.
- At identificere tilstande, der kræver henvisning til eller indlæggelse på hospital, og visitere disse patienter til det rigtige behandlingsniveau.
- At diagnosticere, forstå primærbehandling af og stabilisere tilstande, der er akut livstruende og som kræver at patienten hurtigt indlægges.

Arbejdet som lægevagt har man ofte få muligheder for diagnostiske hjælpemidler, overstående afgørelse bygger derfor på et spinkelt og usikkert grundlag.

I region Hovedstaden er der nu kommet 1813, som skal overtage funktionen af lægevagten og formidle visitering til Akutmodtagelsen ved pludseligt opstået sygdom uden for normal arbejdstid.

### **Diagnostisk udfordring:**

- Ofte hviler vurdering kun på et telefonopkald, vagtlæge skal dermed lave et godt sikkerhedsnet

## 1 **29. Almen praksis som virksomhed og arbejdsplads**

---

### 2 **Emner:**

- 3 1. Opbygning ift. det offentlige
- 4 2. Organisering af almen praksis
- 5 3. Andet ansvar
- 6 4. AP medarbejdere
- 7 5. Arbejdet i praksis
- 8 6. Kvalitetssikring (se tidligere)

### 10 AP Merete:

- 11 • Kompagniskabspraksis vs. samarbejdspraksis vs. enkeltmandspraksis
- 12 • Snak lidt om organisation, de praktiske opgaver, regnskab og alt sådan noget

### 14 **Sider 64-67:**

---

### 15 **Opbygning:**

16 Almen praksis er et liberalt erhverv med kontrakt. Aftaler vedr. Almen praksis indgås mellem PLO  
17 og Regionernes lønnings og Takstnævn (RLTN). Siden AP er et liberalt erhverv, drives lægepraksis  
18 ligesom en virksomhed. Det indebærer at lægen har personaleansvar, økonomiansvar og  
19 driftsansvar

20  
21 Den praktiserende læges honorar fra det offentlige består af:

- 22 - Basis honorar (fast årligt honorar for hver grp. 1-patient) udgør 25% af samlet indtægt
- 23 - En ydelseshonorar (betaling for diverse ydelser) udgør 75% af samlet indtægt

24 Som patient kan man enten være sygesikret som gruppe 1 eller gruppe 2. 99% er Gruppe 1, de har  
25 dermed gratis fastlæge. Hvis gruppe 1 sygesikret skal til andre behandlere i sundhedsvæsenet  
26 kræver det i reglen en henvisning. Gruppe 2 har ikke fast læge, og kan frit vælge mellem almen  
27 praktiserende og andre privat praktiserende special læger dog mod en vis egenbetaling.

### 29 **Organisering praksis:**

- 30 - *Solo-praksis (34%):* vil sige at man er en læge om at styre praksis
- 31 - *Samarbejdspraksis (14%):* vil sige at to eller flere driver deres praksis sammen, men har  
32 hvert sit ydernummer og derved hver sine egne patienter. I samarbejdspraksis deles typisk  
33 lokale, udstyr, assisterende personer, andre udgifter efter en kollegial aftale.
- 34 - *Kompagniskabspraksis (52%):* flere læger der deles om et fælles ydernummer. Patienter har  
35 herved ikke krav på at komme til en specifik læge, men ofte er det arrangeret sådan. Et  
36 kompagniskab kan juridisk organiseres forskelligt:
  - 37 ○ Interessentskab – betyder at lægerne har et fælles ansvar for drift
  - 38 ○ Anpartsselskab – praksis ejes af flere anpartshavere efter anpartskapital på minimum  
39 80.000 er betalt
  - 40 ○ Aktieselskab – ligner et aktieselskab, gør tingene mere indviklet

41 Der er ca. 3600 praktiserende læger og ca. 1600 patienter per praktiserende læge.

42  
43 **Andet ansvar:** I modsætning til læger på syghus, har AP-læger ansvar for den daglige drift,  
44 økonomi og personale. Det betyder at lægerne skal afsætte tid til, købe nødvendige ydelser  
45 (rengøring, bogholder, IT-support), sørge for at klinikken er en veldrevet og sund virksomhed.

1  
2  
3  
4  
5  
6  
7  
8  
9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18  
19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27  
28  
29  
30  
31

### **Medarbejdere i AP:**

At drive en moderne praksis kræver teamarbejde og kompetente medarbejder. Det er almindeligt at have (mindst) en medarbejder for hver læge. Uddannelse af medarbejdere har vist sig i flertallet at være lægesekretærer, færre sygeplejersker, apotekassistenter, sosu og bioanalytikere. De fleste er kvinder og de fleste arbejder på deltid. Medarbejdernes funktioner er flere:

- Modtage henvendelser i receptionen og per telefon
- Formidle kontakt til lægen
- Tage sig af tidsbestillinger
- Udføre laboratoriearbejde
- Scanne attester, andet kontorarbejde
- Hjælpe ved undersøgelser, indgreb
- Rengøre og genopfylde
- Udføre selvstændige undersøgelser
- Undervise patienter

Siden der er medarbejder i klinikken kræver det at deres forhold bliver taget højde for og regelmæssige praksismøder er idelle til at imødekomme medarbejders forhold i praksis.

### **Arbejdet i praksis:**

Overordnet er der flere praksis opgaver der skal fuldføres som ofte ajour føres i aftalekalenderen. Overenkomsten med regionerne indeholder krav på nogle af disse opgaver, fx åbningstider, tilgængelighed, efteruddannelse, kvalitetsudvikling. Opgaverne indeholder følgende:

- Almindelige aftalte konsultationer
- Akut konsultationer
- Sub-akutte konsultationer
- Planlagte sygebesøg
- Tid til telefonsamtaler
- Papirarbejde og samtaler med eksterne partnere
- Faste møder i praksis
- Frokost, pause