

PERNILLE OG ELIFS DOKUMENT

Svar på teorispørgsmål

Indholdsfortegnelse

1. Hvad får folk til at søge læge (om patientens tolkning af symptomer, henvendelsesmønsteret)	2
2. Hvordan skiller vi de syge fra de raske (om diagnoseprocessen)	3
3. Henvendelsesmønsteret i almen praksis (hvad er hyppigt, hvad fylder meget i det daglige)	4
4. Almen praksis i det samlede sundhedsvæsen (opbygningen af primærsektoren)	4
5. Sygdomsmodeller (biopsykosociale model, illness/disease, evt.health-belief modellen)	5
6. Sygdomsprævalenser i almen praksis (hvilke sygdomme er hyppige)	8
7. Uafklarede symptomer (MUS, - en stor mængde har uforklarlige symptomer, om at leve med det)	9
8. Diagnostik i almen praksis (hypotetisk deduktive metode, bruge tiden + et godt sikkerhedsnet)	9
9. Gravide i almen praksis (overordnet snak om graviditets profylakse og fosterdiagnostik)	10
10. Børneundersøgelser i almen praksis (se barnet rask og observere interaktion med forældre)	17
11. Screening (give eksempler på screening og kunne diskutere for og imod)	20
12. Sundhedspædagogik i almen praksis (at give gode anvisninger, kunne diskutere for og imod)	25
13. Evidensbegrebet (diskutere dette brugt i AP . Lægen skal kunne tage individuelle hensyn)	25
14. Guidelines (Kun bruges vejledende. Obs. manglende opdatering. ikke alle passer ind i skemaer)	28
15. Kvalitetsudvikling i almen praksis (Akkreditering, data overvågning, hvem afgør kvaliteten?)	28
16. Kvalitet, faglighed og organisation (Hvem afgør kvaliteten, fagligheden. Vor forankring i PLO)	29
17. Overblik og opdateret viden (lægen som tovholder. At være orienteret om nye behandlingsmetoder)	30
18. Ældre patienter i almen praksis (hyppige henvendelser, kroniske sygdomme og polyfarmaci)	31
19. Socialmedicin i almen praksis (socialmedicinsk arbejde i AP. Sygdom, pensionering, hjælpemidler mm.)	37

20. Kontrol af kroniske sygdomme (diskussion om nødvendighed af kontrol, igen individuel vurdering)	38
21. Den terminale patient (om terminaltilskud og kontakt til hospice og palliativ enhed samt hjemmeplejen)	40
22. Psykiske symptomer, der får folk til at søge egen læge (komplekse problemstillinger, undgå sygeliggøres)	41
23. Børn der ikke trives (hvornår får man mistanke om børn der ikke trives?)	43
24. Den depressive patient (stille diagnosen og afgøre behandlingsform)	43
25. Hvornår henvises til psykolog? (kunne reglerne overordnet)	44
26. Hyppige gynækologiske henvendelser (hvad er hyppigt, hvad kan man behandle selv?)	45
27. Akutte patienter (hvad er hyppigt i AP)	47
28. Vagtarbejde (Skelne mellem dem der absolut skal ses på med det samme fra de patienter, der kan vente på egen læge)	48
29. Almen praksis som virksomhed og arbejdsplads (privat virksom med visse overenskomst mæssige regler)	48

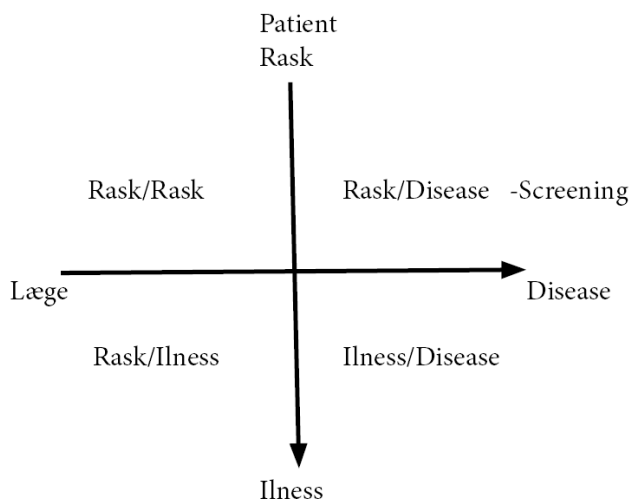
1. Hvad får folk til at søge læge (om patientens tolkning af symptomer, henvendelsesmønstret)

- Akut opstået alvorlig sygdom, alvorlige skader eller tilstand med nedsat bevidsthed → hurtig kontakt til lægen for de fleste patienter.
- Ud over ovenstående, skal de fleste der søger læge pga. nyopståede symptomer eller helbredsproblemer *overvinde egen modstand*. Denne barriere er høj for nogle, lav for andre.
 - 1. forhindring: patientens egen opfattelse af helbredsproblemet.
 - Andre forhindringer: knyttet til læge-patient-forholdet og forhold omkring organiseringen af sundhedsvæsnet – se nedenfor.
- **Oplevet behov:**
 - Vigtigt for om pt. vælger at gå til læge.
 - Vurderingen er præget af pt. levnedforløb
- **"Motiverer" til lægebesøg:**
 - *De 4 F'er:*
 - Påvirker **Funktion**
 - **Frygt** for at symptomet skyldes noget alvorligt
 - 1/3 af nye henvendelser skyldtes frygt indirekte eller direkte for kræft eller anden alvorlig sygdom. Obs. Frygten siges ikke til lægen pga. nogle pt. ser det som et svaghedstegn at indrømme frygt.
 - **Forventning** om behandling/ nytte ved lægebesøg.

- **Forestilling** om sygdom.
 - Ofte ikke symptomet i sig selv, *men pt.'s tolkning af det, hans tanker, ideer og frygt.*
- **Udsætter lægebesøg:**
 - *Ubehagelige procedurer* f.eks. gynækologisk undersøgelse.
 - *Pinlige personlige problemer eller gener* f.eks. frygt for kønssygdom efter ubeskyttet samleje.
 - *Psykiske problemer* f.eks. generel angst eller hukommelsessvigt ved demens – svært at indrømme både for sig selv og lægen, kan → fornægtelse og forsøg på at skjule sygdommen.
- **Andre faktorer i beslutningsprocessen (skal jeg gå til lægen):**
 - *Tidligere erfaringer med sundhedsvæsenet:* tillid til læger generelt og især til lægen pt. overvejer at gå til. Vigtigt at blive set, hørt, taget alvorligt og føle sig forstået.
 - En vellykket og effektiv konsultation bygger ofte på tidligere lægekontakter og indvirker på efterfølgende egenomsorg og lægesøgningsadfærd.
 - *Dårlig organisering af sundhedsvæsenet:* i
 - Virker negativt på lægesøgning: især lange ventetider, dårlig telefon tilgængelighed og forsinkelser i konsultationen. Herudover – transporttid og praktiske forhold vdr. Transport – indvirker især på ældre og bevægelseshæmmede. Økonomi udgør ringe eller ingen begrænsning i DK.

2. Hvordan skiller vi de syge fra de raske (om diagnoseprocessen)

- **Disease finder vi ved:**
 - 1. diagnoseprocessen – pt. henvender sig med et symptom.
 - 2. Screening (pt. har ikke symptom – føler sig rask, men vi finder sygdom/disease).
 -



Den hypotetisk-deduktive metode --> indsnævre vi årsagen til symptomet, den/de mest sandsynlige årsager kommer vi så nærmere diagnosen vha. Test

Patientcentrerede metode

3. Henvendelsesmønstret i almen praksis (hvad er hyppigt, hvad fylder meget i det daglige)

- 35 % pga. gener fra muskuloskeletale system, hjerte-kar-systemet eller luftvejene. 8 % fik psykiske diagnoser
- **Hyppigste enkelt diagnoser:** højt BT, depressiv lidelse, atrieflimren/flagren, type 2-diabetes, akut øvre luftvejsinfektion, svangerskabskontrol.
- **Almindeligste gener pt. selv rapporterer:** Smerter = dominerende enkelt symptom, er med ved 30 % af konsultationerne. Feber, ondt i halsen, frygt for alvorlig sygdom, slaphed og udmattelse, ondt i ryggen, ondt i øret, forkølelse, udslæt, svimmelhed, hovedpine, m
- avesmerter, udflåd, åndenød, nedtrykthed og angst.
- **Pt har som regel 2-3 helbredsproblemer med i én konsultation.**
- **Forskelle i vinter og sommerhalvåret:**
 - Vinteren: oftest sygdomme i luftvejene
 - Sommeren: Ofte hudlidelser.
- **Døgnvariation:**
 - Natten: psykiatriske problemer, mavelidelser.
- **Lægevagten:**
 - Især uspecifikke tilstande, sygdomme i fordøjelsesorganerne, sygdomme i luftvejene.
- **Kønnsforskel:**
 - Kvinder: udgør 60 % af kontakter i primære sundhedssektor – årsag ukendt (holder selv efter justering af graviditet og prævention – findes i alle aldersgrupper over 15 år).
 - Ofte pga. psykiske gener, urogenitale problemer og muskuloskeletale symptomer.
- **Gennemsnitlig kontakter hos egen læge:**
 - Ung voksen = 3 x per år
 - Voksen med godt helbred = 1-2 x per år
 - Voksne med mindre godt helbred = 4-8 x per år
 - Folkepensionist = 5-7 x per år
- **Akutte/kroniske/MUS procentsatser**

4. Almen praksis i det samlede sundhedsvæsen (opbygningen af primærsektoren)

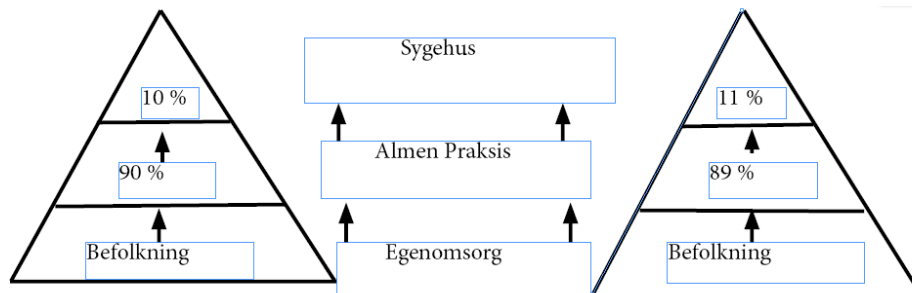
Almen praksis – nogle karakteristika

- Langvarigt læge-patient forhold, Listesystem

- Lægen er koordinator, **tovholder** og **gate-keeper**
- Opgaver: diagnostik, behandling, forebyggelse, screning
- Henviser til: fys, speciallæge, psykolog
- Ca. 34 million kontakter pr år
- 90 % af indtægterne kommer fra sygesikringen
- 10 % af indtægterne fra private ydelser f.eks. udlandsvaccinationer, attester osv.

Almen praksis som gate keeper:

Figuren nedenfor, illustrerer hvor vigtigt det er at de almen praktiserende læge håndterer så stor en del af patienterne i samfundet. Som vist i eksemplet ville bare 1 % færre behandlede pt i Almen praksis medfører 1 % flere patienter i sygehuset, som ville være en stor forøgelse ift. hvad de normalt tager. Så rent samfundsøkonomisk har almen praksis stor betydning.



Den praktiserende læge = ressourceforvalter og koordinator, det er ham der sorterer og prioriterer hvilke pt der skal videre i sundhedssystemet. Herved udfylder praktiserende læge en vigtig rolle ift at udnytte ressourcerne i sundhedsvæsenet optimalt.

Den praktiserende læge er ofte pt.'s første møde med sundhedsvæsenet, hvilket betyder at lægen kan møde alle slags sygdomme, problemer og mennesker.

Den praktiserende læge behandler både akutte og kroniske sygdomme, og fysiske og psykiske sygdomme.

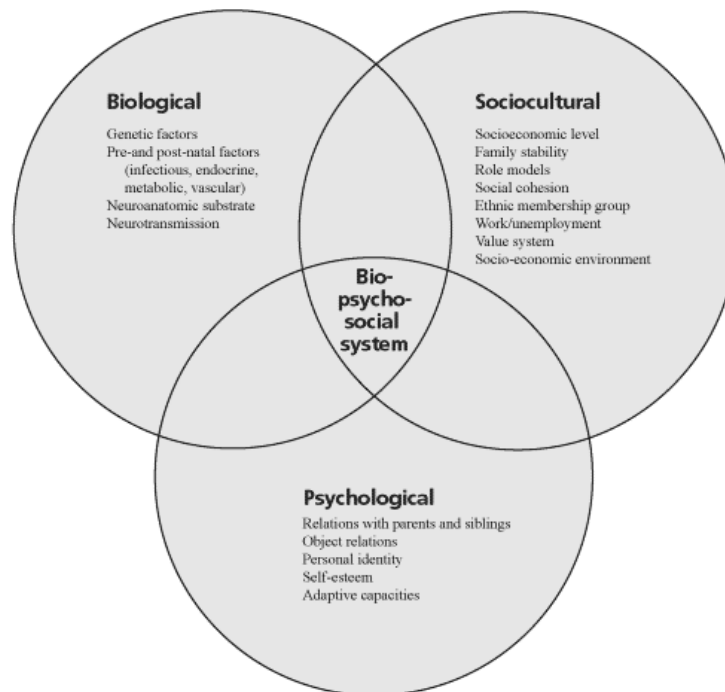
Hovedparten af klager og sygdomme diagnosticeres og færdigbehandles i almen praksis.

Det er den praktiserende læges opgave at finde ud af, hvad pt.s klager handler om og sætte dem ind i en medicinsk teoretisk ramme dvs. at arbejde sig hen mod en diagnose, som giver grundlag for rådgivning, behandling og vurdering af prognose.

5. Sygdomsmodeller (biopsykosociale model, illness/disease, evt.health-belief modellen)

- Forstå og anvende den bio-psyko-sociale sygdomsmodel
 - Er for at få et billede af, hvordan sygdommen påvirker den enkelte patient. Den skal ses ud fra følgende perspektiver:

- Biologisk: Hvad er det der sker med kroppen (naturvidenskabelige, objektive, medicinske observation)
- Sociale: Ressourcer som man kan trække på eks. Familie og venner. Det er nemmere at komme over en sygdom, hvis man har nogen til at støtte en.
- Psykologiske: Hvordan patienten har det med sig selv, hvordan de oplever sygdommen og coping.



○



○

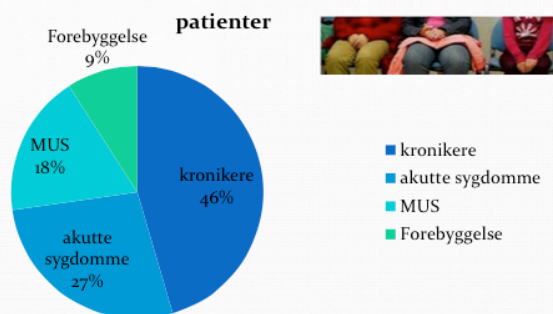
- Forstå og anvende health-belief modellen i forhold til den enkelte patients historie
 - Individets egen opfattelse af
 - Graden af personlig modtagelighed for den pågældende sygdom eller tilstand, samt hvor alvorlig man anser sygdommen og dens konsekvenser for at være (truslen)
 - Handlingens potentielle gavnlige effekt
 - De fysiske, psykologiske og økonomiske omkostninger eller barrierer i relation til den givne handling
 - Et eksempel kan være rygeren, der skal opveje truslen og den potentielt gavnlige effekt med omkostningerne/barrieren.

- Altså meget kort: Modellen siger at graden af compliance afhænger af, hvorvidt patienten forventer at få gavn
- Forstå og anvend begrebet 'locus of control' i forhold til den enkelte patients historie
 - Internal locus of control: Er mere tilbøjelig til at bede lægen om oplysninger, der indgår i patientens vurderinger og overvejelser. En sådan patient (hvis de accepterer lægens forslag) er meget tilbøjelig til at gennemføre behandlingen (God compliance).
 - External locus of control: Er tilbøjelige til at forholde sig relativt passivt i forhold til løsning af problemer, de overlader vurderingen af, hvad der skal gøres til andre og nødig selv tager ansvar for gennemføring af beslutninger. (de er de nemme patienter, men har oftest dårligere compliance)
- Forstå og beskrive forskellen på illness/disease
 - Illness: En person/patientens opfattelse af sygdommen
 - Disease: Lægens opfattelse af sygdommen
- Forstå og beskrive den patientcentrerede metode:
 - Enhver behandling skal være baseret på en diagnose → lægen skal stille en medicinsk diagnose.
 - Men det er ikke nok, lægen skal forstå, hvad problemet betyder for patienten, hvilket er en subjektiv vurdering på grundlag af lægens forståelse af et individ i en unik situation.
 - **Lidelsen er knyttet til personen- ikke til kroppen**
 - → Lægen i den konkrete situation skal nu stille en **klinisk diagnose**, hvor hun forener en biomedicinsk og naturvidenskabelig opfattelse af patientens problem, dvs. den medicinske diagnose, med en forståelse af patientens følelser og kulturelle baggrund.
- Dette skal forstås ud fra patientens perspektiv (de 4 FFFF'er):
 - 1: Patientens idéer og forestillinger (om sygdommen og hvad der muligvis kan have forårsaget den)
 - 2: Hvad betyder problemet for patienten? (Ikke kun somatisk men følelser og sociale liv)
 - 3: Patientens forventninger: Så kan lægen tage stilling til dem og om muligt imødekomme dem.
 - 4: Følelser og bekymringer: Det er tolkningen af symptomerne, der er en integreret del af patientens problem, som lægen må kende for at hjælpe patienten. Det er i de fleste tilfælde de følelsesmæssige reaktioner som **angst** og **usikkerhed**, der styrer patienten handlinger.

6. Sygdomsprævalenser i almen praksis (hvilke sygdomme er hyppige)

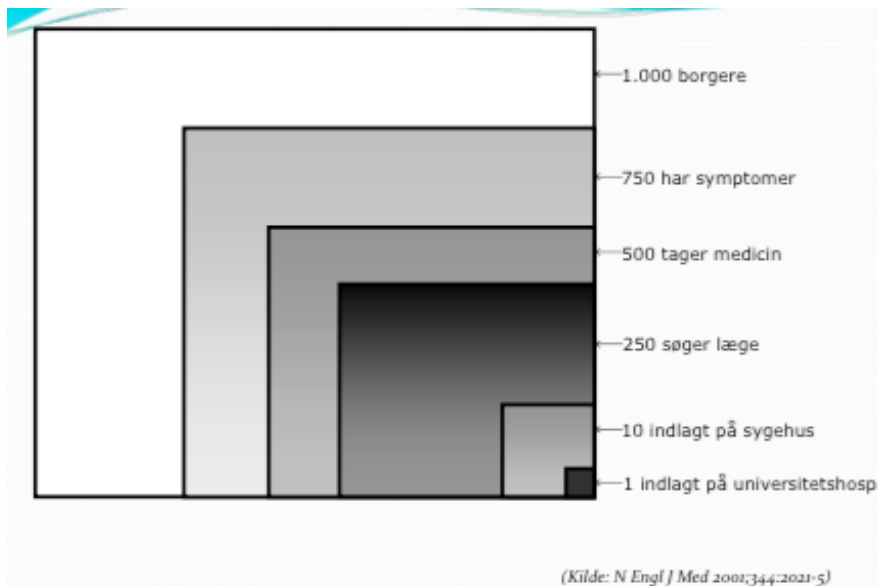
Symptom	Andel der fører til lægekontakt
Træthed	1:456
Hovedpine	1:184
Fordøjelsesbesvær	1:109
Rygsmarter	1:52
Psykiske problemer	1:46
Mavesmerter	1:29
Menstruationsforstyrrelser	1:20
Ondt i halsen	1:18
Brystsmerter	1:14

Patienter i venteværelset



De 8 folkesygdomme 53,6%

Hjerte- karsygdomme	18,8%
Muskel-skeletsygdomme	13,6%
Psykiske problemer/sygdomme	8,4%
Type-2 diabetes	4,5%
Kræft	3,7%
Rygerlunger	2,3%
Astma og allergi	1,9%
Knogleskørhed	0,5%



- Forklare lidt grundigere i forhold til de forskellige sygdomsgrupper.

7. Uafklarede symptomer (MUS, - en stor mængde har uforklarlige symptomer, om at leve med det)

- Prøv at afklare – se diagnostik.
- Oftest kvinder med legemlige symptomer, men efter omfattende undersøgelse ingen objektiv forklaring.
 - Typisk symptombillede; Muskelsmerter, træthed, søvnproblemer, tarmgener eller hypersensibilitet.
- Passe på med som læge at være mistroisk og irriteret. Forstå patienten, deres følelser er reelle nok.
- Manglende viden på området. F.eks. svimmelhed (virus på balancenerven).
- Forsvinder nogle gange af sig selv.
- Hvis det vedbliver = MUS.
- 18 % af patienter har Medicinsk uforklarlige symptomer.

8. Diagnostik i almen praksis (hypotetisk deduktive metode, bruge tiden + et godt sikkerhedsnet)

- **HYPOTETISK DEDUKTIV METODE**
- Alvorlige sygdomme meget sjældent i almen praksis, man skal derfor være varsom med at teste raske patienter, da der er en del falsk positive resultater.
- Der anvendes International Classification of Primary Care (ICPC)
 - Diagnose i form af begrebsmæssig syntese af helbredsproblemet.
 - Hvilket problem, der er årsagen til at patienten søger læge (kontaktårsag)

- Hvad lægen gør ved patienten (proceskoder)
- ICD anvendes når det er relevant og der er en endelig diagnose.
- Udfordringer:
 - Læger kan overdrive betydning af test- og laboratorieprøver.
 - Forveksling af tests sensitivitet med positiv prædiktiv værdi.
 - Der skal tolkes anderledes i en ny population med ændret prætest sandsynlighed.
 - Overdriver prævalens af fænomener der huskes godt.
 - Man overvurderer sin diagnostiske kompetence og afslutter på usikkert grundlag.
 - Høj sandsynlighed opleves som højere, og omvendt.
- En sikker diagnostisk strategi (af Murtagh)
 - Hvad er de mest sandsynlige diagnoser?
 - Hvilke alvorlige tilstande bør ikke overses?
 - Hvilke tilstande bliver oftest overset?
 - Man fokuserer meget på cancer, men glemmer de hyppige såsom allergier, svampeinfektioner, klimakteriet, migræne, tidlig graviditet og obstipation.
 - Kan patienten have en såkaldt imitator lidelse?
 - Depression
 - DM
 - Lægemiddel misbrug/bivirkning
 - Hypo eller hypertyreose
 - UVI
 - Lidelser i rygsøjlen.
 - syfillis
 - Forsøger patienten at formidle noget helt andet?
- Udskyde undersøgelse til næste gang:
 - Ved stadig symptomer: Nok sandsynligt
 - Ved symptomer væk: ingen grund til at undersøge.

9. Gravide i almen praksis (overordnet snak om graviditets profylakse og fosterdiagnostik)

Ydelsestype: 8000 = staten betaler for ydelsen, da den er lovpligtig hos lægerne.

Svangreomsorg:

Begreb for sundhedsvæsenet indsat i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel.

- **Basistilbuddet – til raks kvinde med lavrisiko graviditet:**
 - 4 konsultationer hos praktiserende læge
 - Uge 8-10
 - Uge 24
 - Uge 32

- (Evt uge 40)
 - 8 uger efter fødslen
 - 2 UL-undersøgelser
 - 4-7 jordemoderkonsultationer
 - Evt. graviditetsbesøg af sundhedsplejersken.
- **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 skal styrke og bistå kvinden og hendes partner/familie under hele forløbet
 3. Målet er, at denne periode gennemlevs som en sammenhængende, naturlig livsproces med mulighed for personlig udvikling og tryghed.
- **Dette opnås ved at:**

Ad. 1.:

 - Screene for kromosomforstyrrelser og misdannelser
 - Motiverer kvinden til sund levevis
 - Jern og kalktilskud
 - Undgå røg og alkohol
 - Vurderer om uterus størrelse tiltager planmæssigt
 - Forebygge evt. infektioner hos moderen
 - Forebygge evt. andre sygdomme hos moderen

Ad. 2.:

 - Afdramatiserer de mange kontroller under graviditeten (fortælle at der ikke er sygdom)
 - Give god information til de vordende forældre
 - Give støtte og sørge for at den er der ved behov

Ad. 3:

Der rette opmærksomhed på udvikling af:

 - Diabetes (gestationel diabetes)
 - Urinvejslidelser
 - Præeklampsi
 - Fysiske og psykisk overbelastning
 - Evt. forværrelse af kroniske lidelser.
- **Perinatale dødelighed**
 - Faldet, også de sidste 30 år – nu på niveau med nordiske lande
 - 6 døde per 1.000. fødte i 2011
 - Årsag til nedgang:
 - Bedre levevilkår
 - Bedre svangreomsorg
 - Bedre overvågning af fødende med øget risiko
 - Bedre fødselshjælp
 - Udviklingen af faget neonatalmedicin
 - Bedre transport af nyfødte
- **Største udfordringer ved svangeromsorgen:**

- Opfølgning af indvandrere
- Gravide med psykosociale problemer
- Arbejdslivets udfordringer
- Sundhedsskadelig adfærd

Screening for medfødte lidelser:

- Doubletest – nakkefoldscanning:
 - Double-test: to blodprøver. Måler pregnancy associated plasma protein-A og frit humant chorion gonadotropin (
 - Påviser: trisomi 21, 18 & 13 – downs, Edwards og Patau syndrom).
 - Foretages i 8 uger + 0 dage -13 uger+ 6 dage
 - Nakkefoldskanning: Foretages i 11 uger + 0 dage til 13 uger + 6 dage. Ultralyd. Samlet risiko for medfødte defekter. Høj hvis > 1:250 → tilbydes yderligere undersøgelse i form af moderkagebiopsi/fostervandundersøgelse, der er bedre til at påvise kromosomfejl. (obs risiko for abort 1 % !)
- Tripeltest:
 - Måler alfafetoprotein, humant choriongonadotropin og ukonjungeret østriol.
 - Påviser Down's syndrom, samt andre misdannelser (neuralrør- og bugvægsdefekt)
 - Foretages i uge 14-20
- Fostervandsprøve:
 - Fostervand udtages i 15.-16. graviditetsuge.
 - Påviser Down's syndrom og andre kromosomsygdomme med mere end 99 % sikkerhed, samt andre alvorlige misdannelser (neuralrørs- og bugvægsdefekt)
 - Risiko for abort = 1%
- Moderkageprøve:
 - Celler fra moderkagen.
 - Fordelen er, at prøven kan tages allerede 11.-12. graviditets uge.
 - Ikke muligt at undersøge for forskellige alvorlige misdannelser, derfor bør moderkageprøven suppleres med en blodprøve i 15.-17. uge eller en specialiseret UL-us i 18-19. uge for at udelukke misdannelser hos fosteret.
 - Risiko for abort efter indgrebet er ca. 1 ud af 100.
- Andre ultralydsundersøgelser
 - Ultralydsundersøgelser tilbydes typisk i 9.-13. graviditets uge og i 18.-20. graviditetsuge. Us i 9.-13. uge tilbydes ofte rutinemæssigt, især mhp. fastlæggelse af graviditetsuge/termin samt antal fostre.
 - Undersøgelsen i 18.-20. uge er mere specialiseret og grundig. Udføres især mhp. us for en række medfødte misdannelser f.eks. svære hjertefejl, rygmarvs- og bugvægsbrok, nyremisdannelser og misdannelser af arme og ben.

I forbindelse med screening:

- Orienter om testens betydning
- Diskutere hvad konsekvensen af en positiv test er
- Overvej handlemuligheder – provokeret abort – ved f.eks. kromosomanomalier eller misdannelser.

Værktøjet i offentlige svangreomsorg:

Nedenstående skal fungerer som:

- Arbejdsdokument for læge og jordemoder
- Første del af en sammenhængende perinatal journal, hvor e.l., jordemoder og fødeafdeling er ansvarlige for hver deres del
- Grundlag for statistik og evaluering af perinatale sundhedsydelser.

Svangerskabsjournalen:

- Sikre at svangerskabet og fødslen forløber på bedst mulig måde
- Sikre fosterets sundhed, således at sygdom eller skade, der kan forhindres, ikke opstår
- Moderens sundhed står også centralt, så svangerskabet medfører mindst mulig risiko

Vandrejournal for gravide:

- Er et dokument der anvendes i svangreomsorgen
- Følger den gravide gennem hele svangerskabet og medtages til fødeafdelingen
- Journalen skal opbevares af kvinden selv, og lægen kan beholde en kopi.

Uge 8-10: Første graviditets kontrol:

Ved alle graviditetskontroller spg: svangerskabets forløb, symptomer og gener samt om den gravides situation.

Tid til konsultation = 1 time, helst.

Anamnese: Vurderer helbreds, gynækologiske/obstetriske forhold, job, sociale foranstaltninger og arvelige problemer, screening.

Objektiv undersøgelse:

- Højde, vægt, BMI, BT, urinstix og evt. D+R, perifere ødemer. GU kun ved indikation (ved indikation for klamydiaprøve – men kan lige så godt tage ved urin- eller vaginalprøve).
- Paraklinik: blodprøver (Hb, Blodtype inkl. Rhesus, irregulære antistoffer, WR, HBV, HIV, syfilis, klamydia, gonoré, hæmoglinopati)
- Medicinske lidelser hos kvinden:
 -

Anbefalet indhold:

- Udfylder svangerskabsjournalen og vandrejournalen..

- Sociale oplysninger, civilstand, etnicitet (vigtigt i forhold til hæmatologiske sygdomme), behov for tolk
- Beregning af graviditetsuge og termin
- Fertilitetsbehandling
- Gennemgang af kvindens helbred
 - Kredsløb, luftveje, gl. thyroidea, diabetes, epilepsi, psykisk sygdom, herpes genitalis, recidiverende UVI, allergi
- Tidligere sygelighed og indlæggelser af relevans for graviditeten
- Arvelige sygdomme i familien (genetisk anamnese)
- Arbejds miljøpåvirkning, fraværs meldning
- Nydelsesmidler (rygning – tilbud om rygeafvænning – alkohol og andre rusmidler)
- Kost og motion
- Medicin, håndkøbsmedicin og naturlægemidler
- Tidligere fødsler og aborter
- Tilbud og prænatal risikovurdering (doubletest, triplettest, nakkefoldskanning, misdannelsesskanning, rubella) (risiko 1:300 = betyder at risikoen for at få en genetisk sygdom er 1 til 29 af dem med lav score). Der gives ikke sen abort til manglende arm og læbe-gane-spalte, da de godt kan leve et godt og langt liv, mens hjerteabnormaliteter og encefalopati giver.
- Vejning - beregn BMI
- Blodprøver (Hb, Rhesustype, irregulære antistoffer, HBV, HIV, syfilis, klamydia, gonoré, hæmoglobinopati)
- BT, urinstix, ødemer, symfyse-fundus mål

Ud fra ovenstående laver lægen en samlet vurdering af ressourcer og risici
 → tag stilling til om gravide skal have:

- Basistilbud
- Udvidet basistilbud
- Udvidet basistilbud + tværfagligt samarbejde
- Samarbejde med specialiseret institution/familieambulatorium,

Svangerskabsjournal skal gå til visiterende jordmoder.

Vandrejournale skal følge kvinden hele graviditeten.

Uge 24: Anden graviditets kontrol:

Vurderer fosterets vækst og kvindens trivsel, tegn på præeklamsi, Rh-antistoffer når rhesus-negativ.

Anamnese:

Helbredsmæssigt: er der noget, der IKKE er som det skal være? Hovedpine, svimmelhed, hævede ben/hænder/ansigt, blødning, symptomer fra vandladning eller maven.

Socialt: familie (konflikter, samlivsproblemer), Arbejde (aflastning, nedsat arbejdstid?), Amning omtales.

Objektiv undersøgelse:

- Vægt, BT, urinstix evt. D+R, ødemer uterustørrelse (Symfyse-fundus mål), mærke liv?, hjertelyd, evt. Hb. I øvrigt andre US, hvis relevant.

Anbefalet indhold:

- Spg gravides fysisk og psykiske helbred – hvordan har hun det?
- Spg. Til familie, netværk og støtte
- Gennemgå, diskuter og notere resultaterne af test, der er taget ved første kontrol
- Vurderer om den gravide har behov for yderligere opfølgning eller henvisning
- Orienterer om forældre- og/eller fødselsforberedende kurser og grupper
- SF-måling, BT, vægt og test for protein- og glukosuri
- Spg. Kvinden, om hun mærker liv, evt. lytte til fosterets hjertelyd.

Uge 32: Tredje graviditets kontrol:

Anamnese:

Analog til 2. graviditetskontrol, nogen ændringer? Gør det planmæssigt?

Objektiv undersøgelse:

- Vægt, BT, urinstix evt. D+R, uterusstørrelse, hjertelyd, fosterpræsentation og anslået vægt.
- Blodprøve mhp. resusantistoffer

Anbefalet indhold:

- Spg til gravides fysisk og psykiske helbred – hvordan har hun det?
- Spg. Til familie, netværk og støtte
- SF-måling, BT, vægt og test for protein- og glukosuri
- Spg. Kvinden, om hun mærker liv, evt. lytte til fosterets hjertelyd.
- **Forbered kvinden på amning**
- **Rh-negative kvinder testes for antistoffer**
- **Give information med mulighed for at diskuterer problemer og stille spg.**
- **Spg. Til forventninger til forestående fødsel og dét at blive mor.**

Evt. uge 40:

Anbefalet indhold:

- Spg til gravides fysisk og psykiske helbred – hvordan har hun det?
- Spg. Til familie, netværk og støtte
- SF-måling, BT, vægt og test for protein- og glukosuri
- Spg. Kvinden, om hun mærker liv, evt. lytte til fosterets hjertelyd.
- **Vurdere leje (Leopolds håndgreb) – ved mistanke om sædeleje eller andet afvigende leje henvises til Ultralyd**
- **Give info med mulighed for at diskuterer problemer og stille spg.**
- **Aftale tid med svangreambulatoriet til overtidsvurdering i uge 41**

- Spg. Til forventninger til forestående fødsel og dét at blive mor.

8 uger EFTER fødsel – 4. svangreundersøgelse:

Vurdering af moderens fysiske og psykiske tilstand samt familiens trivsel

Anamnese:

”Er der noget, som ikke er som du synes det skal være?”

- 1) Vandladnings- eller afføringsproblemer, udflåd, blødning, smerter i underliv eller mammae, DVT, varicer, Amningsproblemer?
- 2) Seksualliv – antikonception?
- 3) Psykiske problemer (depression?)
- 4) Moderrolleproblemer

Objektivt:

- BT, mastit?, phlebit?, rectusdiastase?
- Evt. vægt, urinstix, Hb, portio, uterus str. Knibebevne.
- Rådgivning om knibeøvelser, bugmuskøvelser, antikonception. Desuden vejledning omkring barselsperioden, sex, samliv m.m.

Gravide, der vil have behov for opfølgning hos specialist eller fødeambulatorium

Sygdomme og tilstande:

- Hypertension og/eller hjertesygdom
- Nyre- og/eller urinvejssygdom
- Svær astma og/eller lungesygdom
- Funktionsnedsættelse
- Epilepsi og/eller neurologisk sygdom
- Diabetes
- Endokrin sygdom
- Hæmatologiske forstyrrelser
- Autoimmun sygdom
- Kræft
- HIV
- Stofmisbrug
- Andre sygdomme (vurderes)
- BMI < 18,5 og BMI > 30
- Psykisk sygdom

Andre forhold:

- Tilhører en udsat eller sårbar gruppe eller udsat for traumatiske oplevelser
- Tidligere kejsersnit
- Svær præeklampsi, HELLP eller eklampsi
- Tre eller flere tidligere spontane aborter, tidligere præmatur fødsel eller spontan abort i andet trimester
- Neonatal dødsfald eller dødsfødsel
- Tidligere barn med medfødt anomali
- Tidligere SGA (small for gestational age) eller LGA barn
- Arvelige tilstande i familien
- Omskårne kvinder
- Primærinfektion med herpes genitalis

10. Børneundersøgelser i almen praksis (se barnet rask og observere interaktion med forældre)

Profylaktisk børneundersøgelse hos den praktiserende læge:

- Uge 5
- 5 mdr
- 12 mdr
- 2 år
- 3 år
- 4 år
- 5 år

Skal vurdere barnets trivsel, om dets udvikling er alderssvarende (vægt- og længde udvikling, motorisk udvikling, kognitive funktioner, kommunikation og sprog), og undersøge barnet med udgangspunkt for eventuelle kendte sygdomme

Børnevaccinationsprogram

- | | |
|------------------------|---|
| • 3 mdr. | Difteri-tetanu-kighoste-polio-Hib 1 og PCV-1 ² |
| • 5 mdr. ¹ | Difteri-tetanu-kighoste-polio-Hib 2 og PCV-2 ² |
| • 12 mdr. ¹ | Difteri-tetanu-kighoste-polio-Hib 3 og PCV-3 ² |
| • 15 mdr. | MFR 1 |
| • 4 år ¹ | MFR 2 |
| • 5 år ¹ | Difteri-tetanus-kighoste-polio revaccination |
| • 12 år | MFR 2 ³ og til piger HPV 1, 2 og 3 |

Endvidere kan kvinder vaccineres gratis mod røde hunde, evt. i form af MRF-vaccination

¹) Angiver samtidig børneundersøgelse

²) Pneumokokvaccine

³) til børn som er ældre end 4 år pr. 1 april 2008 – ophører i 2016!

Indhold af Børneundersøgelse (BU)

Formål

At give barnet de bedste betingelser for en sund udvikling både fysisk, psykisk og socialt.

Indhold af børneundersøgelserne

- Indledes typisk med at høre om glæder og bekymringer.
- Helbreds- og udviklingsforhold som amning, kost, gråd, kolik, søvn, sproglig udvikling og samspillet i familien.
- Ved vurdering af barnets udvikling skal man tage højde for naturlig variation (genetisk variation, kulturelle mangfoldighed)

Forudsætninger for børneundersøgelsen:

Lægen skal have viden om:

1. Børns psykomotoriske udvikling (milepæle)
2. Medfødte misdannelser
3. Aktuelle screeningsundersøgelers gevinst og begrænsninger (PKU, TSH, udvidet metabolsk screening, hørescreening, vægt og højde)

Psykomotoriske Milepæle:

- 5 uger: smiler, løft af hovedet, pludreløde
- 5 mdr.: kan hæve sig op, når man løfter det i hænderne, pludrer, smiler, god kontakt.
- 12 mdr.: lidt reserveret, tæt på at gå, begyndende sprog, drikke af kop
- 2 år: vil ofte ikke undersøges, men siger enkelte sætninger, gå og hoppe
- 3 år: vil måske godt undersøges, taler rimeligt, men har ofte sære vaner.
- 4 + 5 årige synes ofte det er sjovt at gå til læge, som regel veludviklet sprog og motorik. deltager aktivt.

Yderligere skal lægen kunne vurdere:

- Forældrenes kontakt og håndtering af barnet (øjeblikkontakt, tale, trøste)
- Forældrenes rammer
- Samspillet i familien

Endvidere skal børneundersøgelserne informere og drøfte:

- Sund livsførelse (kost, motion, stimulation, søvn, ulykkeprofylakse)
- Aktuelle problemer (overvægt, ingen motion, ect.)
-

De væsentligste ved børneundersøgelsen er:

- Barnets fysiske trivsel
- Barnets psykomotoriske udvikling
- Samspillet i familien inkl. pasning og opdragelse

Vurdering af vægt- og længdeudvikling ved BU:

Vægtkurven:

- Kan stagnere ved:
 - Infektioner, men stiger normalt når barnet kommer sig
 - Ved varig stagnation eller krydsning ned over percentilkurven → us hvorfor
 - Absolut sygdomstegn = dårlig natesudfyldning
- Overvægt:
 - Tag højde for at børn er forskelligt bygget – kan have en stabil normalt vægt et stykke over 50-percentilen.

Længdekurven:

- Børn "finder" deres individuelle vækstkurve indenfor de første 6-8 mdr. – følger denne indtil puberteten
- Stagnering undervejs – tegn på
 - Alvorlig underernæring
 - Fejlernæring
 - Sygdom
 - Alvorlig mistrivsel (såkaldte depriverede børn)
- Længdevækst = genetisk bestemt
- Hovedomkredsen = stærkt arvelig betinget
 - Finder sin kurve i de første 6-8 mdr.
 - For ikke at overse hydrocephalus, bør barnet henvises ved tvivl om normal udvikling!

Vurdering af motorisk udvikling ved BU:

Patologisk bevægelsesmønster:

- Tænk cerebral parese

Muskulær hypertoni

- Hos spædbørn i 1. leveår kan være en isoleret normalvariant, ofte forbigående
- Eller tidligt udtryk for cerebral parese
- Muskelsygdom
- Neurologisk sygdom

Lig vægt på:

- Mentale udvikling –
 - Generel kontaktevne
 - Blikkontakt
 - Smil eller andre former for kommunikation.

Motorisk klodsede barn:

- Hos velfungerende barn, men med motoriske færdigheder under gennemsnittet –
 - Bør afvente med udredningen.
- Hvis barnet har sammensatte indlægringsvanskeligheder, kan den klodsede og evt. patologiske motorik være et udtryk for cerebral dysfunktion og skal have i tankerne:
 - Lettere cerebral parese (afvigende bevægelsesmønster.
 - Psykisk udviklingshæmning (problemerne oftest omfattende og komplekse)
 - Anden sygdom i nervesystemet
 - Afgrænset ortopædisk sygdom (har lokalt afgrænset funktionsnedsættelse)

Vurdering af kognitive funktioner, kommunikation og sprog:

Vanskeligt at standardiserer enkle metoder til at opdage afvigelser, hvor der vil være behov for hjælp. opfølgningen må ske over tid.

Uanset alder, er det centralt at vurderer barnets:

- Kontaktevne
- Sanseevne

- Perception "

Hvis barnets kontaktevne er minimal eller flimrende → nærmere udredning.

Andre ting der observeres:

- Hofteassymetri
- Luftveje
- Fordøjelse
- Hørelse/syn
- Hud

Hvilke får ikke fulgt programmet:

- Lav uddannelse i familie
- Lav indkomst
- Ung alder
- Enlig forælder
- Indvandrer status
- Forældre med manglende tilknytning til arbejdsmarkedet
- Børn der har været hyppigt indlagt.

11. Screening (give eksempler på screening og kunne diskutere for og imod)

Definition – SST:

"Ved screening undersøges kroppen for noget "unormalt", som personen ikke selv har mistanke om eller har reageret på. Der kan være tale om at undersøge for et tidligt stadium af en sygdom, et forstadium eller en risikofaktor for en sygdom".

Def. -WHO:

"...the presumptive identification of unrecognized disease or defect by application of tests, examinations, or other procedures which can be applied rapidly."

Def. Det Ethiske Råd:

"Et screeningsprogram er et program, hvor raske personer bliver inviteret til undersøgelse for at forebygge sygdom eller finde sygdom på et tidligt stadium".

Formål:

- Sikre bedre prognose

Fordele	Ulemper
Tidlig sygdomsopsporing → <ul style="list-style-type: none"> • Ved forstadier kan det → udgå sygdom • Kortere sygdomsforløb • Mindre invasiv behandling ved. Fx kræft 	Længere sygdomsperiode
↓ dødelighed – obst kan →	Overdiagnosticering, (sygdom/CIS/"forstadier" = brug celleforandringer i stedet) der kan →

	Overbehandling
↓morbiditet →bedre prognese, obs. Kan →	Overbehandling → ↑død og ↑sygelighed
Tryghed/sikkerhed til dem der for at vide at de ikke er syge Obs. Evidens for at dette IKKE passer pga. man inducerer først en frygt ved indkaldelse, hvor efter man et negativt svar ikke kommer tilbage til baseline!	"falsk" tryghed – "licens to smoke"
	Falsk positiv, falsk negativ
	Paternalisme – Nodging = det er indirekte tvang f.eks. får man tid og dato vil indkaldelse til mammografi (kan man ikke kalde for invitation).
Økonomisk fordel ved: DM2 screening hos øjenlæge Prænatal screening	Ressourcekrav. Resten er ikke økonomisk fordel (eller pengene går lige op).

Screeningstyper:

- Systematisk screening:
 - Livmoderhalskræft
 - Prænatal
 - mammografi
- Screening af højrisikogrupper:
 - Diabetes
 - Hyperkolesterolemie

Forskellige former for screening:

Screeningsundersøgelser kan karakteriseres ud fra flere forskellige dimensioner

*En dimension er **målgruppen**, hvor der sondres mellem:*

- Massescreening, der omfatter hele befolkningsgruppe f.eks. de tidligere tuberkuloseundersøgelser.
- Selektiv screening, der omfatter udvalgte risikogrupper med formodet eller kendt høj risiko f.eks. HIV- screening af homoseksuelle mænd

*En anden dimension er **formålet**, som kan være:*

- At beskytte personen mod en sygdom, som endnu ikke er diagnosticeret, f.eks. livmoderhalskræft
- At beskytte almenvellet eller andre personer, f.eks. helbredsundersøgelse ved udstedelse af kørekort, HIV-screening af donorblod.
- At spare penge.

*En tredje dimension kan være **testens karakter**, her sondres mellem:*

- Klinisk baserede tests eller undersøgelser, f.eks. mammografi og udskab i forbindelse med livmoderhalskræft
- Bredere kliniske undersøgelser, f.eks. forebyggende helbredsundersøgelser i almen praksis, helbredsundersøgelser af gravide og småbørn eller skolebørn (multifasisk screening)

- Enkeltstående spørgsmål eller spørgsmålsskalaer vdr. Risikofaktorer f.eks. stress, rygning, alkoholmisbrug til tilfældigt udvalgte befolkningsgrupper.

WHO's 10 kriterier:

- vigtigt sundhedsproblem
- accepteret behandling
- faciliteter tilgængelige
- tidlig opsporing mulig
- egnet undersøgelsesmetode
- undersøgelsen acceptabel for deltager
- sygdommens forløb belyst
- behandlingsindikationer klare
- rimelige omkostninger
- en fortløbende proces

SST's 10 kriterier:

- Screeningsprogrammet skal reducere den sygdomsspecifikke dødelighed og/eller sygelighed.
- Tilstanden, der screenes for, skal udgøre et væsentligt sundhedsproblem.
- Tilstandens naturhistorie skal være tilstrækkeligt kendt, og tilstanden skal kunne påvises på et latent eller asymptomatisk stadie.
- De anvendte testmetoder skal være simple, sikre, præcise, validerede og acceptable.
- Der skal findes effektive og acceptable metoder til udredning og behandling, som giver bedre resultat, hvis tilstanden opdages, før den bliver symptomgivende.
- Gavnen af screeningsprogrammet skal opveje mulige skadevirkninger.
- Den enkeltes autonomi og integritet skal respekteres under hensyntagen til en overordnet anbefaling om at deltage i screeningen, og programmet skal samlet set give en retfærdig fordeling af anvendte sundhedsydelser.
- De økonomiske omkostninger forbundet med screeningsprogrammet skal stå i rimeligt forhold til det sundhedsmæssige udbytte.
- Invitation til screeningsprogrammet skal give en forståelig og nuanceret information om fordele og ulemper ved deltagelse, skal informere om mulighed for at framelde programmet samt informere om alternativer til screening.
- Der skal sikres monitorering og kvalitetssikring af screeningsprogrammet med klar ansvarsplacering ift. behov for ændringer og afvikling.

Vurdering af screeningstest:

Formålet med screeningstesten = dele de undersøgte i to gruppe hhv:

- En gruppe med høj sygdoms risiko, der skal tilbydes supplerende diagnostisk udredning
- En gruppe, der med stor sandsynlighed er raske.

Det er dog sjældent at en screeningstest er i stand til præcist at identificere grupperne – der vil derfor være en del personer der fejlagtigt bliver klassificeret som ”syge” (falsk positive) og en del person, der fejlagtigt klassificeres som ”ikke syge” (falsk negativ)

Grænsen mellem syg og rask kan IKKE fastlægges en gang for alle, og uanset hvor grænsen sættes (hvornår man er syg/rask), vil der være forkerte vurderinger i begge grupper (figur 27.1). Vælges A som grænseværdi mellem syg og rask, vil mange raske unødigt blive klassificeret som syge (falsk positiv). Vælges grænsen ved C vil for mange syge blive erklæret raske (falsk negative). Grænsen for ”mulig syg” bør fastsættes efter nøje afvejning af konsekvenserne ved at fejlklassificerer syge henholdsvis raske. Vurderingen bør omfatte såvel psykiske, helbredsmæssige og sociale konsekvenser for patienterne som samfundsøkonomiske omkostninger.

Ved screeningstest bør sensitiviteten være af størrelsesordenen 80-90 % eller højere og specificiteten 95 % eller højere. Den prædiktive værdi af en positiv test bør være væsentligt højere end sygdommens prævalens i befolkningen.

Effektmål:

Effekten af et screeningsprogram måles vha. forskellen mellem resultaterne i screeningsprogrammet (dødelighed, livskvalitet, handicapforekoms ect.) og en situation uden programmet.

Gode effektmål ved screening for kræftsygdomme:

- Forskydning mod tidligere sygdomsstadier
 - Ofte vil give mulighed for mere skånsom behandling og bedre overlevelse
- Dødeligheden af sygdomme, i den befolkningsgruppe, der er omfattet af screeningen

Dårlige – ikke velegnede effektmål:

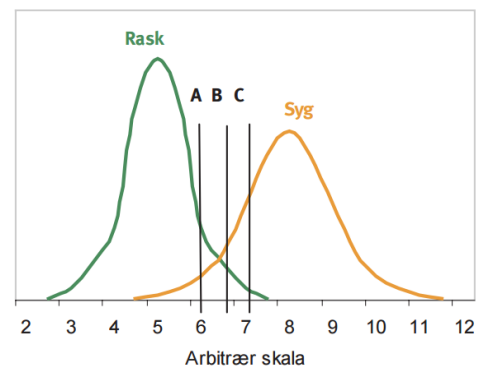
- Total dødelighed:
 - Forudsætte meget store forsøg, for at kunne dokumenterer sikre statistiske ændringer i totaldødeligheden
- Overlevelsestiden:
 - Øget overlevelsestid kan bare være et udtryk for, at sygdommen diagnosticeres tidligere, mens det faktiske sygdomsforløb er uændret (lead time).
- Antal fundne tilfælde:
 - Sandsynligheden for at diagnosticerer f.eks. kræfttilfælde ved screening, vil stige jo længere den ikke symptomgivende fase af sygdommen vare, hvilket kan betyde overrepræsentation af personer med sygdom med god prognose.

Etiske overvejelser:

Der er en række etiske og psykologiske problemstillinger til screeningsundersøgelser
En invitation til en screenings-undersøgelse kan:

- På den ene side virke betryggende og give en fornemmelse af sikkerhed
- På den anden side opleves som ”frivillig tvang”, hvor det er svært at sige nej. Frygt for

Figur 27.1. Fordelinger af undersøgelsesresultater hos en gruppe raske og en gruppe syge personer.



Kilde: Brodersen og Lunde, Ugeskr Læger 2002.

at have sygdomme og frygt for at blive bebrejdet ikke at have ladet sig screene, hvis man siden hen udvikler sygdom.

Ved sande positive resultater er der:

- Mulighed for hurtigere og evt. mindre ubehagelig behandling.
- Større chance for helbredelse.
- Det kan være en fordel at få forklaring på evt. symptomer og deres årsag
- Tidlig viden om forhøjet risiko kan → mulighed for sundere levevis og øget personlig styre

På den negative side:

- Risikoen for, at den efterfølgende behandling ikke har en effekt og evt.
- Reduceret livskvalitet..

Ved falsk positive resultater:

- Unødig bekymring indtil den diagnostiske
- Der kan være social stemplin
- De diagnostiske undersøgelser indebærer unødvendigt tidforbrug, evt ubehag og smerter samt evt. økonomiske udgifter
- Angst for sygdommen på et senere tidspunkt, der evt. kan blive så stærk at det kan betyde fortrængning af evt. senere sygdomssymptomer
- Der kan være risiko forbundet med supplerende diagnostiske undersøgelser (f.eks. prostatabiopsi)

Et gode ved falsk positiv:

- Kan være den sygdomsoplysning og information, der følger med en diagnostisk undersøgelse

Særlige etiske problemer med screening af gravide:

Et positiv testresultat evt. → abort.

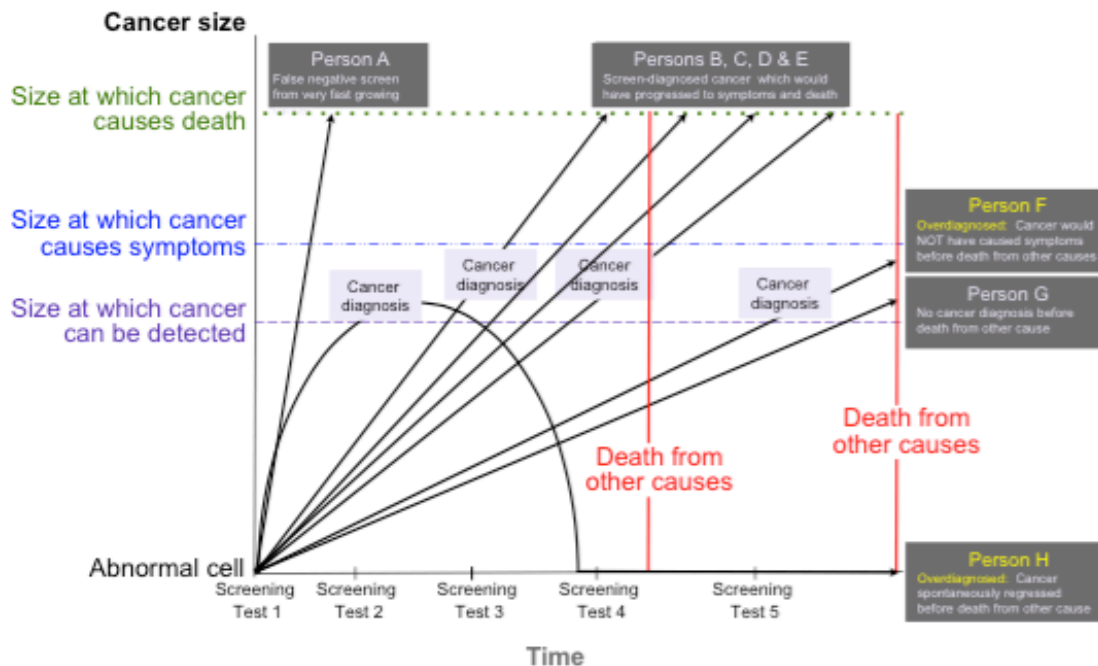
Fordelen er knyttet til forældrenes situation og samfundets udgifter til børn med svære handicap.

Overdiagnosticering:

Underviserens definition!

Diagnosticering af afvigelse, abnormiteter, risikofaktorer og/eller patologiske forandringer, som aldrig i sig selv vil; give personen symptomer, vil medføre sygelighed eller vil være årsag til personens død.

Model: what happens at cancer screening?



Brodersen J., Schwartz L.M., Woloshin S. Overdiagnosis: How cancer screening can turn indolent pathology into illness. *APMIS* 122, 2014.

12. Sundhedspædagogik i almen praksis (at give gode anvisninger, kunne diskutere for og imod)

Deltagelse og involvering
Sundhedsbegrebet
Handlekompetence og handling
Viden

Setting og konteksts

Pt. skal have forståelse for sin sygdom eller ikke-sygdom, hvorfor man evt. skal have behandling. Være på niveau med pt. (PEARLS).

FOREBYGGELSE GENERELT

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

13. Evidensbegrebet (diskutere dette brugt i AP . Lægen skal kunne tage individuelle hensyn)

Evidensbegrebet:

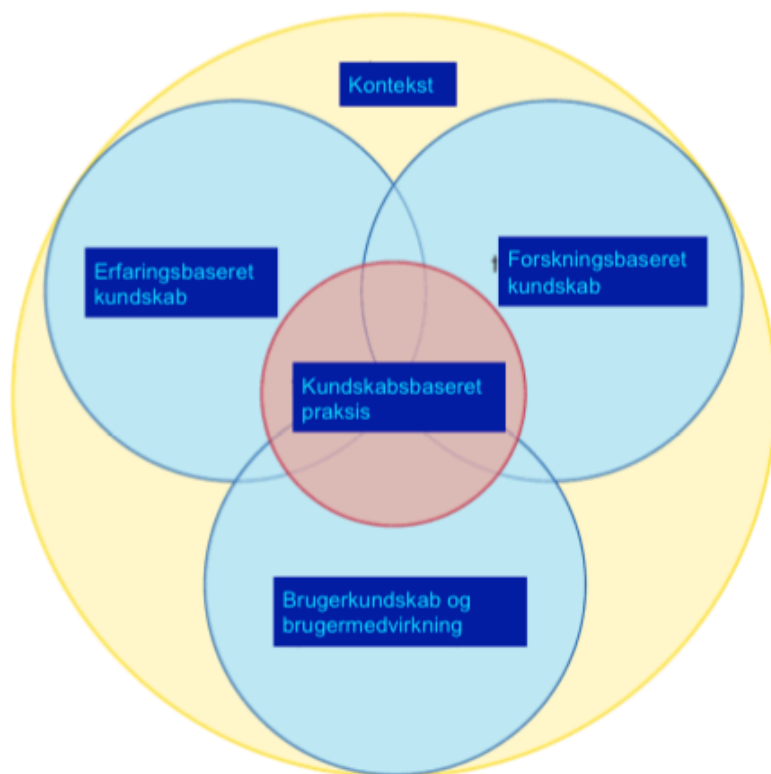
Evidensbegrebet (diskutere dette brugt i AP . Lægen skal kunne tage individuelle hensyn):

Evidens for noget er; at det antages at være ”indtil vished grænsende sandsynligt”. Men ikke er et faktum.

Evidensbaseret forebyggelse

Evidensbaseret forebyggelse er en systematisk proces der inddrager:

- den bedst tilgængelige viden
- i samspil med praktikernes skøn og erfaringer
- under hensyntagen til borgernes ønsker og erfaringer



Den bedste viden?

Er der brug for modificerede kvalitetskriterier til vurdering af forebyggelsesindsatser?



Hvor hentes evidens i AP:

Sundhedsstyrelsen kommer med retningslinjer

Regionerne med hvad de forventer

Kurser

12-mandsgrupper: DGE (Decentraliseret gruppebaseret efteruddannelse)

Lægedage med masser af kurser.

Best Practice, redigeret af praktiserende læger med nyeste opdateringer.

Lægelau i hver enhed: Her formidles når kommunen vil have ændringer i forhold til de her forskrifter og vejledninger.

Praktikernes skøn og borgernes ønsker spiller en væsentlig rolle:

- de bedste forskningsresultater skal "oversættes" til en konkret kontekst,
- forebyggelsesindsatser skal implementeres og forankres lokalt.

14. Guidelines (Kun bruges vejledende. Obs. manglende opdatering. ikke alle passer ind i skemaer)

- Kliniske vejledninger findes hos DSAM.
 - Vejledningerne er udarbejdet af arbejdsgrupper, som består af mindst tre praktiserende læger samt repræsentanter fra andre relevante specialer og samarbejdspartnere. Arbejdsgruppen er tilknyttet en lægefaglig konsulent og får desuden praktisk hjælp samt hjælp til layout af vejledningerne.
- Lægehåndbogen
 - Alle artikler er oprindeligt skrevet af minimum 2 norske læger. Artiklerne er efterfølgende gennemgået af minimum en fagredaktør og en praktiserende læge.

Obs. Evidensniveauet på guidelines, og hvornår de sidst blev opdateret!

Guidelines: DSAM.

15. Kvalitetsudvikling i almen praksis (Akkreditering, data overvågning, hvem afgør kvaliteten?)

- Akkreditering:
 - Den danske kvalitetsmodel:
- Udvikling:
 - Det Almenmedicinske Kvalitetsudviklingsprojekt:
 - Indsamling af data:
 - ICPC

- Medicin der udskrives
 - Laboratoriedata
 - Ydelser hos regionen
 - Data kan bruges af egen læge til kvalitets og udviklingsprojekter
 - Data bliver brugt anonymt i nationale kvalitetsdatabaser:
 - F.eks. DVDD (Dansk voksen diabetes database), monitorere og udvikle kvaliteten af behandlingen på tværs af sektorerne.
 - Forskellige forskningsformål.
- Kvalitets indikatorer:
 - Kriterium: Baseret på sundhedsfaglig dokumenteret viden
 - Standard: Realistiske mål for tilfredsstillende kvalitet af en ydelse.
 - Indikator: En målbar variabel.
- **Kvalitet i Almen praksis – hvad er det**
 - Lægen er opdateret
 - Inspireret og passioneret læge
 - Tilfredse pt
 - God kommunikation
 - Tid til at høre på pt
 - Tilgængelighed til e.l.
 - God opfølgning af pt (især vigtigt ved diffuse symptomer)
 - Sparing mellem læger
 - God indbyrdes forhold mellem læger, sygeplejerske mv.
 - Akut beredskab
 - Opdateret inventar
- **Akkreditering:**
 - Både godt og dårligt
 - Det er godt; det der sker op til selve akkrediteringen, altså at man tjekker alt er som det skal være.
 - Det er ikke bevist at akkreditering virker -
 - Svært at måle kvalitet!
 - Det kan vi måle på:
 - Forbrug af penge
 - Ydelser man giver ift andre
 - Pt's vægt (hos kriniske pt)
 - HbA1c (DM pt)
 - Indlæggelser/genindlæggelser

16. Kvalitet, faglighed og organisation (Hvem afgør kvaliteten, fagligheden. Vor forankring i PLO)

- Kvalitetskontrol:
 - Intern kvalitetskontrol
 - Ekstern kvalitetskontrol: regionerne
- Kvalitet/faglighed:
 - Speciallægeuddannelse (sst): Sikrer at viden, holdninger og færdigheder.
 - Love sikrer der følges praksis
- ORGANISERING

- De praktiserende er selvstændige erhvervsdrivende med overenskomst med regionerne. Forhandlingerne er gjort af PLO.
 - Har medarbejdere
 - Bogholder
 - Forsikring
- Typer af praksis:
 - Solo
 - Samarbejdspraksis eget ydernummer
 - Kompagniskab fælles ydernummer
 - I/S – hæfter solidarisk for gæld i virksomhed
 - ApS – kan ikke miste mere end man skudt ind i selskabet.
 - A/S – økonomisk risiko begrænset til kapital man har indskudt
- Indtægter
 - 90% indtægt hos regionerne., gruppe 1 + 2
 - 10 % ydelser + lidt fra gruppe 2

PLO:

- Alle almen praktiserende læger er medlem – betaler et årligt kontingent
- Forhandler med regionen om taksterne
- Giver ret til pension
- Hjælper ved klage sager
- Afgør i sidste ende om ting kan lade sig gøre, skal forhandle aftaler hjem med penge til diverse.
- Ny overenskomst hvert 3-4 år.
 - Skal egentlig ske hvert 2. År – men det er der ingen der når, de kommunale skal komme først, hvorefter PLO og regionerne laver overenskomst.

17. Overblik og opdateret viden (lægen som tovholder. At være orienteret om nye behandlingsmetoder)

Alle læger er forpligtede til at holde sig opdateret – indgår i Lægeløftet!

Tage kontakt til familie når en er død, spørge ind til hvordan det går om de behøver hjælp, sørge for at sikre at patienterne også er glade for en.

Efteruddannelse

Ingen formelle krav

Systematiseret efter uddannelse

Overenskomst bestemmer hvor mange midler – fås kun ved godkendte kurser

- DGE (Decentral Gruppe Baseret efteruddannelse)
 - Små grupper
- Fra regionerne
 - Kvalitetskonsulenter
 - Drøfter praksis data vedr. f.eks. medicinordinationer ift. regionale data.
- PLO-E:
 - Lægedage
 - Kurser (refusionsberettigede og ikke-refusionsberettigede)

- Lægemiddelkonsulent – besøg
- Nationale og internationale kongresser
- I klinikken:
 - Læsning af epikriser
 - Patienter
 - Kontakt med speciallæge/sygehuslæge om en aktuel patient.
 - Møder med lokale samarbejdspartnere f.eks. speciallæger, sygehus, hjemmesygeplejerske
 - Faglitteratur – papir/elektronisk
 - Kliniske vejledninger – papir/elektronisk (DSAMS, Best Practice, UpToDate, PubMed, Embase, promedicin)
 - Reklamer fra medicinindustrien
 - Massemedier

18. Ældre patienter i almen praksis (hyppige henvendelser, kroniske sygdomme og polyfarmaci)

Vigtigt at vide om ældre i almen praksis:

- Ældre skal behandles meget individuelt.
- Måling af fysisk funktionsevne er lige så vigtigt som at måle blodtryk.
- Monitorer den kognitive funktion ved mistanke om begyndende svigt (brug MMSE).
- Fokus på ernæring, ensomhed og motion er vigtigt hos vores ældre patienter.
- God organisering af samarbejdet mellem almen praksis, hospitaler og kommuner er lige så vigtigt for ældre som de biomedicinske udfordringer.
- Mange ældre får for meget medicin, men underbehandling finder også sted.

SST's karakteristik af "Den ældre medicinske patient":

- Svær sygdom
- Flere samtidige sygdomme (multimorbiditet)
- Nedsat funktionsevne fysisk og/eller cerebralt
- Begrænset egenomsorgskapacitet
- Multimedicinering (polyfarmaci)
- Behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse

Ældre – opdeling:

- "Yngre ældre":
 - Aktive pensionister, med godt helbred.
 - Aktive forbrugere af kulturtilbud, rejser meget
 - Er fysisk aktive, dyrker deres interesser og lægger vægt på god økonomi
 - Minder biologisk og helbredsmæssigt om 50-60-årige
- "den fjerde alder":
 - Forsat store individuelle forskelle
 - Aldringsprocessen sætter begrænsning for egne funktioner
 - Kroniske sygdomme præger hverdagen anderledes end tidligere

- Fokus skifter markant til helbred og sygdom, egnet bolig, hjælpetilbud i hjemmet, plejehjem og omsorg ved livets afslutning.

Ældre i almen praksis:

- Konsulterer lægen oftere end yngre
- Bruger flere lægemidler
- Bliver oftere indlagt end yngre
- Bruger en større del af deres økonomi til helbredsformål
- ¼ af ældres kontaktårsager er hjerte-kar-sygdomme
- Bliver hurtigere syge
- Er længere tid om at restituere sig
- Har væsentligt større risiko for tab af funktionsevne end yngre
- Skal have hurtig hjælp, hvis vi skal opnå et godt resultat
- Ofte atypisk sygdomspræsentation

Tre særlige kontakter (udover almindelige konsultationer)

- Årskontrol for en eller flere kroniske sygdomme
- Opsøgende hjemmebesøg
- Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning fra sygehus

Hyppige problemer blandt ældre:

- Ensomhed (kedsomhed)
- Inaktivitet og tab af muskulatur
- Depression og angst
- Intellektuel svækkelse og demens
- Kommunikationsproblemer, svækket syn og hørelse
- Vægttab, fejlnæring og nedsat appetit
- Svimmelhed, instabilitet, fald
- Smerter og bevægehandikap
- Inkontinens og obstipation
- Polyfarmaci og lægemiddelbivirkninger
- Sammenbrud af socialt netværk
- Overbelastning af pårørende

Symptomer hos ældre:

- Symptomer er ikke nødvendigvis pga. alder, men pga. sygdom.
- Pt. har mange kronisk sygdomme og én akut sygdom = klinisk udfordring pga. billedet også er farvet af funktionssvigt og øget sårbarhed.
 - Vigtig at kortlægge pt. *funktionsniveau* og *ressourcer*
- Sygdomsrepræsentation = ofte atypiske eller vag, dvs. symptom fra et organ ikke nødvendigvis = sygdom i dette organ, men repræsenterer en underliggende sygdom, som giver sig til udtryk i "det svageste organ",
 - Delir = evt. pga UVI
 - Fald, forvirring, eller urininkontinens = hyppige manifestationer ved hjerte-kar-sygdomme, infektioner og lægemiddelbivirkninger
- Pga. lille reservekapacitet vil mange akutte sygdomme forværres hurtigere og → sekundære komplikationer

Anamnese:

- Lige så vigtigt at vide hvem personen er, som at kende sygdommen.

Klinisk undersøgelse: s.849

Uformelle undersøgelse:

- Umiddelbare indtryk:
 - Virker pt rask
 - Udseende svarer til alder
 - Hygiejne (lugt), tøj
 - Ernæringstilstand og hydreringsgrad
 - Hudfarve, blåmærker, sår
 - Respiration
 - Hævede fødder
- Motorik:
 - Gangfunktion, hjælpemidler, (in)stabilitet
 - Om pt kan klæde sig selv af og på
- Kommunikation og sanser:
 - Hørelse, syn
 - Tale- og udtryksevne
 - Orienteringsevne
- Eventuel medicinpåvirkning
 - OBS Polyfarmaci
- Alkohol
- Demens

Klinisk undersøgelse:

- Huden
- Tænderne
- Synet
- Hørelse
- BT
 - Indikation især: instabilitet, svimmelhed eller fald.
 - Måles mens pt står op – tjek for Ortostatisk hypotensin (BT-fald > 20 mm Hg i stående stilling)
- St. c
- St.p
- Palpation af abdomen
- GU
- Tå- og negleproblemer

Vurdere den kognitive funktion - De 5 D'er:

- Demens
- Depression
- Delir
- Droger
- Drug

Journalen bør indeholde:

- Pt. vægt (til sammenligning ved senere mistanke om vægttab)
 - Ved hjerteinsufficiens og ødemer er vejning = standard us.
- Udgangsværdier (til senere sammenligning)
 - Blodprøver: f.eks. Hb, SR, kalium, kreatinin, Glu, TSH, cobalamin, D-vit.

Årskontroller – kroniske sygdomme:

- Formål: opfange behov for f.eks. medicinjustering osv.

Lægemiddelbehandling:

”Start low – go slow”

- De fem F'er
 - For hvad? Er der evidens for relevant effekt hos pt? oplever pt relevant effekt?
 - For meget? Er dosis for høj ift. pt.s alder og nyre funktion? Tager pt. mere end ordineret.
 - For lidt? Medicin mangler? For lav dosis? Tager pt. mindre end ordineret (bevidst eller glemsomhed?)
 - For-kert? Er et andet præparat mere rationelt? Tages medicinen forkert?
 - For-ever? Er indikationen ikke længere aktuel? Obsolet behandling? Ikke-relevant ift forventet restlevetid?

Forebyggelse hos ældre:

- *Primær forebyggelse:*
 - Vaccination mod influenza eller pneumokokpneumoni
 - BT-behandling mod apopleksi og vaskulær demens
 - Interventioner rettet mod fald
 - Ulykkesforebyggende tiltag (i trafikken, offentlige rum og hjemme)
 - Tiltag rettet mod at styrke ældres mestringskompetence og tryghedsfølelse f.eks. ved opsøgende forebyggende hjemmebesøg.
 - Fysisk træning – dokumenteret helbredsgevinst selv hos 75 + årige:
 - Vedligeholder og forbedre kardiovaskulær sundhed
 - Forebygger fald og fraktur
 - Forebygger/gunstig effekt på mange kroniske sygdomme (korona hjertesygdom, hypertension, overvægt, artrose, osteoporose, DM, KOL, flere kræftsygdomme)
 - Øget kraft og smidighed i muskulaturen.
 - Reducerer instabilitet og forbedre balancen
 - Lindre angst, søvnvanskeligheder og depression
 - Fremmer social kontakt
 - Fremme egenomsorg og en uafhængig livsstil
 - Øger livskvaliteten
- *Sekundær forebyggelse:*
 - Årlige kontrol eller ”helbredstjekket”
 - Lede systematisk efter almindelige sygdomme og gener, hvor korrekt behandling kan betyde meget for pt.s liv og helbred.
- *Tertiær forebyggelse:*

- Skal modvirke effekter og komplikationer af eksisterende sygdom ved optimal behandling og rehabilitering.
- Formål = forhindre tilbagefald og at reduceret sygelighed
- Geriatrike interventionsprogrammer: med optimal medicinsk behandling og rehab → reduceret mortalitet, morbiditet og brug af sundhedssektoren.

Opsøgende hjemmebesøg:

Fordele:

- Har vist at hjemmebesøg til ældre har → positive effekt både vdr. Dødelighed, sygelighed og reduceret anvendelse af plejehjem
 - Bl.a. pga. iværksætter helbredstiltag, bakker aktivt op om deres mestringskompetence og tryghedsfølelse.

Indikation:

- Pt. med tiltagende bevægelseshandicap
- Terminal sygdom, der behandles og plejes hjemme
- Nylig udskrevet fra hospital (opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse)
- Sygehistorie med fald i hjemmet
- Vurdering af pt.s funktioner og ressourcer
- Planlægning af hjemmebaseret rehabilitering
- U hensigtsmæssige boligforhold og vurdering af fremtidig boform
- Specielle psykosociale forhold
- Vurdering af belastning for pårørende.

Lægens opgave:

- Etablerer god kommunikation og dialog
- Afdække eksisterende, ikke erkendte problemer
- Vurderer funktionsniveau (se nedenfor)
- Søge fællesforståelse af problemerne, og hvad der kan opnås ved behandling, sammen med pt. og pårørende
- Styrke pt.s mestringssevne og tryghed
- Iværksætte og følge op på evt. behandling
- Få indsigt i pt.s netværk og ressourcer

Vurdering af funktionsniveau:

- Hjem og sociale forhold:
 - Er forholdene i hjemmet struktureret, socialt netværk, livsstil
- Mobilitet:
 - Gang (trapper), balance, hjælpemidler, motion og optræning

Journalisering
Kontaktpersoner Til stede: xx
Patientens prioriterede emne/ problemer som kræver opfølgning efter indlæggelse:
Helbred <ul style="list-style-type: none"> • Fald inden for ½ år: • Syn: • Hørelse eventuelt HA: • Fysisk aktivitet: • Rejse-sætte-sig-test (RSS): • Inkontinens:
Psykisk tilstand <ul style="list-style-type: none"> • Evt. MMSE: • Humør/depression:
Netværk <ul style="list-style-type: none"> • Nærmeste pårørende/kontaktperson (tlf): • Hjælp udefra:
Kost <ul style="list-style-type: none"> • D-vitamin og calcium: • Ernæring:
Alkohol/rygning
Objektive fund <ul style="list-style-type: none"> • Højde/vægt/BMI: • Ændringer i medicin:
Konklusion og plan (inklusive kontrol andetsteds)

- Sanser:
 - Syn (briller), hørelse (HA), taleevne
- Mental status:
 - Anamnese, kontrolspg., MMSE (Mini Mental Status)
- Kontinens:
 - Urininkontinens, dysuri, prostatisme (LUTS), obstipation, diarré, laksantia
- Generel funktion:
 - Funktionsniveau (daglige indkøb, madlavning, personlig hygiejne, af- og påklædning, håndtering af medicin)
- Funktionstest, f.eks.
 - MMSE
 - RSS (Rejse-sætte-sig-test)

Normale aldringsforandringer:

Aldring er en yderst kompleks størrelse, som beror på individuelle biologiske, genetiske, sociale og psykiske forhold inkl. "det levede liv". På grund af disse forhold er forskelligheden blandt ældre stærkt stigende. "Vi fødes som kopier, men ældes som originaler".

Kropssammensætningen:

- Ændres med alderen
- Vi bliver mere tørre:
 - Intracellulære væskevolumen reduceres → gamle mere udsat for væske- og elektrolyt forstyrrelser ved sygdom, operation og ved diuretika
- Vi bliver federe:
 - I gennemsnit fordobles den relative andel af fedt i kroppen fra 25 til 75 år →
 - Fedtopløselige lægemidler (f.eks. benzodiazepiner) har større fordelingsvolumen og herved længere virketid med øget risiko for at blive akkumuleres
 - Vandopløselige lægemidler (f.eks. paracetamol) får reduceret distributionsvolumen og kortere virketid.
 - Redistribution af kropsfedt fra underhuden i f.eks. ansigtet → abdomen og sæderegionen.

Nyrefunktionen:

- Reduceres i gennemsnit 1-2 % om året.
- Lægemidler, der metaboliseres renalt → toksisk i overdosis (især de med smalt terapeutisk vindue), f.eks. digoxin, litium

De elastiske strukturer:

- Ældes hurtigt
- Behov for læsebriller – ret tidligt i voksenlivet, pga. mistet akkomodationsevne pga. stive linser
- Hos meget gamle: så svækket elastitet i hjerte, brystvæg, lunger → lidt større fysisk belastninger i sig selv kan → symptomer på lungesvigt og diastolisk hjerteinsufficiens

Længereduktion:

- I columna i gennemsnit 1,2 cm per 20 år efter puberteten.
- Første bliver disci fladtrykte, herefter får vertebrae reduceret højde

- Forstærket indtryk af højereduktion pga: tendens til fleksion i knæ og hofter pga. kyfose og skoliose.

Brystkassens diameter:

- 2-3 cm mindre med årene, især i nedre afsnit

Hjertet:

- Vokser lidt, uden at det betyder "forstørret hjerte" som tegn på hjertesvigt.

Fedme:

- Opleves som problem for mange ældre

Mammae:

- Atrofierer → fibroadenomer kan blive mere markante.

Kropsbehåring:

- Bortfald af øjenbryn og behåring på UE.
- Bortfald af kønsbehåring ofte Ikke pga. endokrin sygdom

Psykomotoriske hastighed:

- Reduceres → reaktionshastigheden bliver lavere → dårligere postural kontrol.
- Ved manglende balance kan man ikke så let rette sig op igen → øget risiko for fald og fraktur.

19. Socialmedicin i almen praksis (socialmedicinsk arbejde i AP. Sygdom, pensionering, hjælpemidler mm.)

- Attester, *fra* myndigheder, forsikringsselskaber:
 - Garant over for samfundet, skal dokumenterer pt.s evner, helbred og habilitet (f.eks. ved kørekortsattester, dykkercertifikat)
 - Indhold: tydeligt hvordan info er opnået, skal kunne forstås af ikke-læger, have de oplysninger så læseren selv kan danne et skøn og kunne forstå vurdering ud fra præmisserne.
 - Helbredsattest: skal pt være tilstede – skal undersøges
 - Satusattest: gøres kun vha. Journaler, f.eks. hvis pt søger om tilskud til bleer ved inkontiens
 - Dagpengeattest: pt skal være tilstede. Kun ved sygdom > 8 uger
 - Mulighedsattest: både læge og arbejdsgiver rekvirere denne, og begge skal udfylde den
 - Kommunen betaler ovenstående attester
- Erklæringer, *til* kommunen.
 - Er hovedsageligt attester i forbindelse: med langtidssygemelding og uarbejdsdygtighed.
 - Række andre støtte og hjælpeforanstaltninger
- Forsikringsselskaber anmoder om:
 - Helbredsoplysninger i forbindelse med livs- og skadesforsikring
 - Fastsættelse af invaliditetsgrad

- Sjældent – anmodet om lave erklæring til advokater, retsvæsenet eller tilsynsmyndighederne som sagkyndig.

Indhold i attester og erklæringer:

- Skal udformes som et selvstændigt dokument, være objektiv og neutral og være dateret og underskrevet. Ofte er der lavet skemaer af attestmodtageren = er bestemmende for hvilke helbredsforhold og undersøgelser der skal omtales/foretages.
- Erklæringens adressat, formål, lægens forhold til pågældende person (f.eks. e.l) og grundlaget for lægens kendskab til personen skal klart fremgå.
- En læge skal IKKE afgive en lægeerklæring hvis der ikke er sagligt grundlag herfor.
- Lægen skal indhente nødvendig information og foretage så omfattende undersøgelser som formålet tilsiger. Relevante oplysninger må ikke forties eller fordrejes og erklæringen skal ikke indeholde information der ikke svarer til formålet.
- Der bør skelnes mellem det, som er oplysninger fra patienten, og det, der er lægens fund og vurderinger. Konklusionen bør være klar og ikke omfatte mere end det de medicinske forhold kan begrunde. Ofte kan det være nødvendigt med formuleringer som "der synes ikke at være medicinske forhold, som er til hinder for.."
- Den person, som lægeerklæringen gælder, har i reglen ret til at blive informeret om indholdet og kan anmode om at få en kopi.

Lægen er inhabil hvis:

- Nuværende/tidligere ægtefælle eller samlever, adoptivbørn eller adoptivforældre
- Slægt- eller svogerskab i op- eller nedstigende linje eller i sidelinje så tæt på som søskende
- Andre særlige forhold der kan svække tilliden til upartiskhed.
- Hvis lægen alligevel skriver attesten skal det gøre opmærksom på at hun er inhabil og hvorfor attesten alligevel udstedes.

Evt. Snakke underretning af børn.

Arbejdsgiver kan ønske: varighedsattest og mulighedsattest

Kommunen, der skal refundere dagpengesatser: LÆ-attester.

20. Kontrol af kroniske sygdomme (diskussion om nødvendighed af kontrol, igen individuel vurdering)

Definition - kronisk sygdom:

Langvarigt forløb eller en konstant tilbagevendende sygdom/tilstand

Hyppigste lidelser:

De 8 folkesygdomme: type 2 DM, hjertekarsygdomme, KOL, Osteoporose, muskelskeletallidelser, astma og allergi, kræft, psykiske lidelser

Skal vi kunne:

Udrede, behandle, pakkeforløb, henvise = være koordinator

Kende til "shared care" = primær og sekundærsektor deles om pt.

Kontrol intervaller:

- Afhænger af:
 - pt.s alder, sygdommens sværhedsgrad, behandlingstype og implikationer.
 - Lægens vaner og traditioner har størst betydning.

○

Kontrollens indhold:

- Hvordan har pt. det
- Lægenstejklister
- Lægemidler og bivirkninger
- Klinisk undersøgelse
- Laboratorieprøver og test
- Information, råd og livsstilsfaktorer – KRAM
- Administrative opgaver
- Kontrolinterval

Konsekvenser ved kroniske sygdomme:

- Nedsat fysisk aktivitet, inaktivitet (f.eks. Statiner-->muskelsmerter-->inaktivitet)
- Faldtendens pga nedsat muskelstyrke, medicin mv.
- Påvirket ernæringstilstand evt. I form af underernæring
- Ensomhed, isolation
- Sygdomstegn forårsaget af begyndende sygdom eller forværring
- Medicinbivirkninger
- Polyfarmaci --> svimmelhed, kvalme, obstipation, øget risiko for lægemiddel interaktion og bivirkninger
- Mange sygdomme som skal kontrolleres - evt. Flere steder = besværligt, og tidsforbrugende for pt.
- MEN - på trods af ovenstående, lever mange pt godt til trods for kronisk sygdom - god coping!

Kontaktårsager:

Ca. 50 % i Almen er kroniske sygdomme, de tre hyppigste er hjerte-karsygdomme, muskelskeletale og psykiske lidelser

Kroniske sygdomme er udtryk for:

At vi i dag lever længere, når en vis alder, og hermed får en vis risiko for sygdom

Den demografiske udvikling:

Ser stigning af ældre, inden for en 20-årig periode vil andelen af 80 + årige være steget til det dobbelte.

Ældre bliver raskere ældre end tidl., de har kortere eller samme sygdomsperiode inden død.

Selvurderet helbred:

Måles vha. Spørgeskema (validerede spg.)

	Med langvarig sygdom	Uden langvarig sygdom
Godt eller virkelig godt selvvurderet helbred	24 %	54 %
Dårligt selvvurderet helbred	17 %	5 %

Egenomsorg:

- Knyttet til personens locus of control
- Kan være lyst betonet "jeg vil have det bedre"
- Manglende egenomsorg --> dårlig samvittighed over ikke at opfører sig medicinsk korrekt
- Ros og anerkendelse spiller en stor rolle!

"the chronic care model"

Se slides, hvordan man får et udbytterigt samarbejde, behandler og pt.

The screenshot shows a web browser window with the URL: vejledninger.dsam.dk/type2/?mode=visKapitel&cid=539&gotoChapter=540. The page content includes:

- Indholdsfortegnelse** (Table of Contents) on the left sidebar, with "Patienten med type 2-diabetes" selected.
- A list of bullet points: "Skriftligt materiale: Patientvejledninger etc.", "Sociale tilskud (se side 75)", and "Støtteorganisationer (se side 76)".
- TABEL 3. Anbefalede undersøgelser ved:**

	Diagnose	Mellemliggende konsultationer	Årlig status
Egenomsorg – generelt	√		√
Objektivt			
• Vægt	√	√	√
• Blodtryk	√	√	√
• Fodundersøgelse	√		evt.
• Elektrokardiogram (ekg)	√		evt.
Biokemi			
• HbA1c	√	√	√
• Lipidstatus	√		√
• S-kreatinin/eGFR	√		√
• Urin-albumin	√		√
Samtale om livsstilsfaktorer			
• Rygestatus	√	√	√
• Motionsvaner	√	√	√
• Kostvaner/alkohol	√	√	√
• Psykosociale forhold	√	√	√
• Insulinbehandling: Hjemme glukosemåling			
Komplikationsstatus	√	√	√
Medicengennemgang	√		√
Behandlingsmål	√	√	√
Andre tiltag			
• Henvielse til patientrettet undervisning i kommune /hospitalsregi	√		evt.
• Henvielse til fodterapeut	√		√
• Henvielse til diætist	evt.		evt.
• Øjenundersøgelse	√		√
• Tandlæge	evt.		evt.
- Vurdering af risiko for komplikationer**
 Hvordan vurderes risikoprofilen hos nydiagnosticerede patienter?

21. Den terminale patient (om terminaltilskud og kontakt til hospice og palliativ enhed samt hjemmeplejen)

- Egen læges opgaver hos døende er kun hvis de er hjemme (altså ikke på hospital/hospice):
 - Hvis patient ikke kan komme = sygebesøg
 - Der kan aftales besøg med hjemmesygepleje. Hvis lægen er usikker i palliation af den døende kan de kontakte den palliative enhed, eller palliativt team for at få hjælp og sparring.
 - Indhold i patientplan:
 - Samtykke fra patient eller væрге
 - Periodeafgrænsning og hvornår den skal revurderes

- Koordinator: læge eller hjemmesygeplejerske
 - Hvor vil patienten dø: hjemme, på sygehus, hospice?
 - En ansvarlig kontaktperson for hver sektor, samt vagtfordeling. Telefonnummer til alle.
 - Åben indlæggelse eller klare linjer for hvis indlæggelse skal ske så hvor til.
- Vanskeligt at tage beslutninger om livsforlængende behandling hos lidende eller døende patienter, især hvis patient er bevidstløs, inddragelse af pårørende.
- Den unge døende patient: Svært
- Man regnes for at være døende hvis 2 ud af 4 kriterier er opfyldt:
 - 1: Patienten er sengeliggende
 - 2: Patienten er ikke til at kontakte i længere perioder
 - 3: Patienten er ikke længere i stand til at synke tabletter
 - 4: Patienten er kun i stand til at drikke i små slurke.
- Der skal være en plan for diverse symptomer såsom åndenød, smerte og uro, panik, så patienten ikke lider unødigt i terminalfasen.
- Hjemmeplejen kan få en "Tryghedskasse" med alle disse medikamenter, de kan desuden være til rådighed for familien i dødsperioden, så de ikke er alene om at håndtere det.
- Terminaltilskud:
 - Restlevetid <6 mdr → kan søges om tilskud → al medicin gratis.
- Plejeorlov
 - Restlevetid <6 mdr

22. Psykiske symptomer, der får folk til at søge egen læge (komplekse problemstillinger, undgå sygeliggøres)

- Kontaktårsager:
 - Angst
 - 1/3 del af patienter med psykiske symptomer i AP
 - Søger lægehjælp ved fysiske gener:
 - Svimmelhed, åndenød, hjertebanken, hurtig puls, svedudbrud.
 - Stiller ikke diagnose hvis den kan forklares med en anden psykisk sygdom.
 - Spørge ind til selvmedicinering såsom alkohol.
 - Beh: kognitiv terapi
 - Tvangstanker og tvangshandlinger
 - Patienter kommer sjældent på egen opfordring men families
 - Beh: terapi
 - Se efter eksem på hænderne feks.
 - Depressionsfølelse
 - 3-5 % i almen praksis
 - 3. Hyppigste diagnose i AP
 - TSH for udelukkelse

- MDI (depressionstest)
- Snakke selvmordsrisiko – VIGTIGT! → indlæggelse på psyk
- Kan være symptom på somatiske sygdomme:
 - Langvarige smertestilstande
 - Kræft
 - Hjerte-karsygdomme
- Opstemthed og mani
 - Patienter søger sjældent læge, det er typisk pårørende og politi.
 - Kræver indlæggelse.
- Uro og konfusion
 - Akutte tilstande hos lægevagten, lettere hos egen læge.
 - Evt. Fast vagt hos hjemmeplejen.
 - OBS: demens
- Hallucinationer
 - Kan skyldes stoffer
 - Kan skyldes psykisk sygdom
 - Kan skyldes cancer
- Vrangforestillinger
 - Oftest er det pårørende der får patient ind til lægen. Optræder oftest med andre symptomer.
- Hukommelsessvigt og demenstilstande
 - Incidens: 1% hos 60-65 årige stigende til 30 % -50% hos over 90-årige.
 - Jo ældre desto senere i sygdomsforløbet sker kontakten, oftest pårørende der tager over.
 - MMSE
 - Klassificiere demens.
- Søvnforstyrrelser
 - Kan være udløsende for psykisk sygdom.
 - Hvis de drikker for at sove → psykoekudation
- Selvmutilering
 - 3 Funktioner:
 - Affektregulering
 - Modvirke reaktive fraspaltning af følelser
 - Formidle følelser uden kommunikation
 - Beh: kognitiv terapi, undgå indlæggelse og brug af benzoer, tæt opfølgning
- Selvmord/forsøg
 - Spørge ind til
 - Selvmordstanker
 - Selvmordsplaner
 - Selvmordsforsøg
 - Klarlægge om der ligger til grundeliggende årsag.

HUSK også at snakke om STRESS!

23. Børn der ikke trives (hvornår får man mistanke om børn der ikke trives?)

- Man har oplysningspligt.
- Ved stærkt mistanke: ring til politiet asap.
- Mistanke bør rejses ved:
 - Hjelpeapparatet opsøges længe efter skaden
 - Den angivne sygehistorie stemmer ikke overens med skaden
 - Fund af skader, der ikke er fysisk muligt for et lille barn at påføre sig.
 - Pårørende er ikke til stede eller opføre sig unormalt
 - Barnet er påfaldende vagtsomt eller apatisk
 - Barnets vægt og højdekurve krydser percentiler i en længere periode (malnutrition)
- Overvej PPR (pædagogisk psykologisk rådgivning hos kommunen) ved mistanke om mistrivsel
- Dele børn skal man især være opmærksom på.
- Regnbuefamilierne skal man også være opmærksomme på.

24. Den depressive patient (stille diagnosen og afgøre behandlingsform)

- Bruge HAMD og MDI til at kortlægge depression.
- ICD10 er meget bedre middel.
- Relevant somatisk undersøgelse i forhold til patientsymptomer.
- TSH: for at udelukke hypothyreose, evt. Hb., B12, calcium, folat, ferritin).
- Kont. Suicid risikovurdering.
- Råd til patient:
 - Ikke træffe vigtige beslutninger nu.
 - Alternative aktiviteter i sygeperioden
 - Trøste og opmuntre, uden at blive trukket alt for langt ind i den negative tankegang.
 - Opmuntre til fysisk aktivitet
 - Opretholde normalt liv og døgnfunktion / søvnmønstre.
 - Det tager tid før der er effekt af behandling.
- Beh. Efter depressionstype:
 - Mild depression:
 - 1. Valg: rådgivning og samtaleterapi. Kognitiv behandling
 - 2. Valg: medikamentel
 - Moderat depression:
 - Antidepressiv som supplement til samtaleterapi.
 - Ved manglende effekt: kognitiv adfærdsterapi og interpersonal terapi.
 - Svær depression:
 - Struktureret psykologisk behandling i kombi med antidepressiva, 1-2 behandlinger ugentligt
 - Mange behov for indlæggelse
 - Suicidal → indlæggelse.
 - Effekt af medikamentel behandling: 2-4 uger før det virker.

- Sjælden gang kan det gå over i mani
- Vinterdepression kriterier:
 - 3 eller 4 depressive perioder på hinanden følgende år inden for samme 90-dagesperiode, oftest sent på efteråret.
 - Beh: lysbehandling.

25. Hvornår henvises til psykolog? (kunne reglerne overordnet)

Tværfagligt samarbejde i primærsektoren:

Ved svære og langvarige psykiske lidelser:

- Pt. Har behov for hjælp fra flere aktører over tid
- Egen læge er ansvarlig for behandlingen: skal bidrage med viden og forståelse til de andre aktører i kommunen. --> opfølgningen af pt. Er så helhedorienteret som mulig
- Egen læge skal sikre at pt.s fysiske helbred varetages på en god måde.
- *Individuel plan og ansvarsgruppe = centrale værktøjer i ovenstående.*

Generelt - samarbejde med den sekundære sundhedssektor:

Organisering af psykiatrien:

- Hospitaler eller afdelinger
 - En del psykiatriske afdelinger har egne opsøgende team:
 - Mhp. Hurtig vurdering af psykose hos nye pt.
 - Bistå ved opfølgningen af pt i dårligere faser for om muligt at forebygge indlæggelser
- Psykiatriske specialklinikker: praktiserende specialister i psykiatri og psykologi
 - Skal tilbyde decentraliserede, tilgængelige og sammenhængende ydelser af høj kvalitet

Henvisning til sekundær sundhedssektor:

- Mulig nyopdaget svær psykisk lidelser:
 - Ofte er der behov for indlæggelse, mhp hurtig vurdering af psykose
 - Men hurtig vurdering ved det opsøgende team og godt samarbejde med ambulatoriet kan indimellem forhindre indlæggelse
- Ved tvivl om diagnosen, og sværhedsgraden ikke tilsiger akutte tiltag:
 - Henvisning til psykiatrisk ambulatorium
- Tvangsindlæggelse og pt. Med førstegangs psykose
 - Indlæggelse på psykiatrisk afd.
- Stort overlap mellem privatpraktiserende psykologer og privatpraktiserende psykiatere ift arbejdsopgaver
 - Henvisning til psykiater:
 - Manglende effekt af medikamentel behandling

- Behov for mere komplicerede medikamentelle behandlingsregimer
- Begge professioner = vigtig for:
 - Traumatiserede pt
 - Tilbyder korttidsterapi og følger pt. I lang tid
 - Ved langtidsterapi bør e.l. modtage epikriser indholdende en status, i det mindste årligt.

Patienter med depression:

Flertallet behandles i almen praksis. I nogle tilfælde er det nødvendigt at henvise til indlæggelse på psykiatrisk afdeling eller at henvise til eller konferere med psykiatrisk speciallægepraksis, distriktspsykiatrien, psykiatrisk specialklinik eller praktiserende psykolog.

Viderehenvvisning er relevant ved:

1. Suicidalrisiko – indlæggelse.
2. Psykotisk tilstand med hallucinationer, vrangforestillinger, agitation eller stupor – indlæggelse.
3. Udtalt spisevægring med livstruende udvikling – indlæggelse.
4. Manglende respons på behandling, evt. efter to(-tre) behandlingsforsøg med et antidepressivum i suffi cient dosis fra forskellige præparatgrupper – indlæggelse eller henvisning.
5. Sociale eller familiemæssige forhold, som gør ambulans behandling vanskelig – indlæggelse.
6. Behov for formaliseret psykoterapi, som patientens egen læge ikke behersker – indlæggelse.
7. Svære kognitive symptomer – indlæggelse
8. Usikkerhed om diagnose eller videre behandling – henvisning eller indlæggelse.
9. Bipolar affektiv sindslidelse – henvisning eller samråd.
10. Indikation for kombinationsbehandling eller recidivforebyggende behandling – henvisning eller samråd.

HUSK Hvornår man kan henvise til psykolog, kun hvis det er opstået indenfor 6 mdr.

26. Hyppige gynækologiske henvendelser (hvad er hyppigt, hvad kan man behandle selv?)

Hyppigste henvendelser:

- Udflåd evt. Med kløe og svie
- Underlivssmerter
- Blødningsforstyrrelser
- Klimakterielle gener

- Smear
- Svangreundersøgelser

Kontaktårsager, symptomer og tegn:

- Vaginalt udflåd:
 - Us og beh af e.l.
 - Hyppig årsag til lægesøgning
 - Mest almindelig årsag til patologisk udflåd = infektion, i almen praksis candida og bakterielle vaginoser.
- Primær amenorré
 - Def.= ikke har fået menstruation ved 14 års alderen + mangler brystudvikling, pubesbehåring og vækstspurt, eller hvis en pige med sekundære køns karakteristika ikke har fået menstruation som 16 årig.
 - Skal henvises til gynækolog eller endokrinolog:
 - Ved mistanke om hormonforstyrrelser, misdannelse, fravær af kønsorganer eller kromosomafvigelse
 - e.l. opg = kontrollerer og følge kvinden op, også med psykisk støtte
- Sekundær amenorré
 - Def.= ophold i menstruationen på 3 mdr eller mere hos kvinder med forudgående helt regelmæssige mens. Eller 6 mdr + hos kvinder med tidligere uregelmæssige menstruationer.
 - Skal henvises ved:
 - Mulig somatisk årsag, eller kvinden ønsker at få børn
 - Kan se an ved:
 - Normal klinisk us, normal eller subnormal FSH prolaktin og østradiol
- Oligomenorré
 - Us og beh. Selv?
 - Def.= intervallet mellem menstruationerne > 35 dage, men kortere end 3 mdr.
 - Primær oligomenorré= tilstanden tilstede siden menarchen
 - Sekundær oligomenorré = tidligere været normal menstruationsintervaller
- Metroragi:
 - Betegnelse for alle typer uregelmæssig blødninger uanset mængden, inkl. Pletblødninger og blødninger efter samleje.
 - Kan selv behandle:
 - Hvis ikke er bagvedliggende sygdom - beh, evt. Jern mod anæmi
 - Kvinder der bruger p-piller og har vedvarende småblødninger --> sep p-pille eller giv andet mærke med højere østrogenindhold.
 - Hvis spiralbruger --> sep spiral, kan evt få en ny nogle mdr senere
 - Cervixpolyp kan torkveres af e.l.
 - Skal henvises ved:
 - Vedvarende blødninger under graviditet
 - Mistanke om kræft
- Menoragi:
 - Def.= blødninger med regelmæssige og normale intervaller men varighed > 8 dage, eller blodmængde over 80 ml per cyklus med koagelblødninger.
 - Kan selv behandle:
 - Hvis kvinden har spiral - fjern denne, brug anden prævention i en periode, se om det hjælper, hvis det gør evt. Få gestagen spiral, alternativt p-piller
 - Henvis ved:
 - Mistanke om malignitet
 - Kraftige blødninger ledsaget af smerter eller tryksymptomer
 - Manglende effekt af primær behandling

- Ved unormale forhold ved den gynækologiske us, især et fibromatøs forstørret uterus.
- Postmenopausal blødning:
 - Skal altid vække mistanke om kræft i genitalorganerne.
 - Kan selv behandle:
 - Polyp - kan denne fjernes
 - Er blødning i relation til opstart af østrogenbeh - se an
 - Atrofisk vaginitis - beh med østriol
 - Henvises:
 - Ingen oplagt årsag til blødning --> hurtig til gynækolog
- Dysmenorré:
 - Def. = smertefuld menstruation
 - Primær og sekundær dysmenorré:
 - Primær = smerter få timer efter eller samtidig med blødningen.
 - Sekundær: smerter flere timer eller dage før blødning og bedres ofte ved blødningsstart. Ofte i 30-40 år ofte pga spiral
 - Kan selv behandle:
 - Primær dysmenorré i lette tilfælde, med NSAID, evt p-piller
 - Sekundær : pga. Spiral - fjern denne og giv hormonspiral
 - Henvises ved:
 - Sekundær dysmenorré: mistanke om patologisk tilstand i det lille bækken eller endometriose --> gynækolog
- Præmenstruel spænding (PMS):
 - Def. = PMS, bliver irriteret og forstemt i dagene før menstruation, en del kan føle sig opsvulmede i kroppen og ømme i brysterne, gener forsvinder i løbet af de første menstruationsdage
 - Kan behandle selv : lære at takle forstemthed...
- Underlivssmerter:
 - Akutte underlivssmerter = bringer pt til lægen samme dag
 - Subakut smertedebut, alm ved gynækologiske lidelser, tiltager om dagen
 - Kroniske: varet mere end 6 mdr.

Hyppigste ICPC-diagnoser I almen praksis:

- Cytologi portio uteri
- Symp/klage fra underliv genital
- Urogenital candidiasis påvist
- Menopausal sympt/klage
- Menstruation uregelmæssig/hyppig
- Frygt for kønssygdom
- Ondartet svulst mamma
- Knude I mamma
- Vaginit/vulvit ikke venerisk INA
- An sgd I kvindelige kønsorganer

27. Akutte patienter (hvad er hyppigt i AP)

- Infektioner
- Brystsmerter
-

28. Vagtarbejde (Skelne mellem dem der absolut skal ses på med det samme fra de patienter, der kan vente på egen læge)

Vagtarbejde foregår 16-8. der er vagtforpligtigelse i alle regioner.

Vagttyper:

- - Kørevagt
- - visitationsvagt
- - konsultationsvagt

Lægen får kun ydeshonorar, og er altså lønnet efter udelukkende dagens arbejde. Det er regionerne der betaler. Honoraret er højere i weekenderne, om natten og på helligdage.

Ved kørsesvagter har lægen typisk chauffør på så de kan skrive journal imens.

I københavn er det 1813, der bruges, hvor sygeplejersken ved hjælp af retningslinjer og faglig viden skal visitere det rigtige sted hen.

Akut sygdom skal ses samme dag, alt andet indenfor 5 dage.

Diagnoseprocessen bruges til at skelne imellem patienter.

Dagvagsring, hvor man passer hinandens patienter indtil kl. 16 og nogle gange mellem 8 og 9.

29. Almen praksis som virksomhed og arbejdsplads (privat virksom med visse overenskomstmæssige regler)

Almen praksis har ydelsesnumre og får løn fra forskellige instanser:

Regionens andel:

- Basis honorar
- 1000 ydelser: Ydelses honorar (kons, email, telefon, brev, sygebesøg, 3. Person)
- Samtaler (6101) giver 400 kr.
- Årskontroller for kroniske sygdomme (kun dem som der er vejledning for hos DSAM), gøres mindst 1 gang om året (0120) giver 310 kr.
- Opsøgende hjemmebesøg hos gamle 0121
- Opfølgende hjemmebesøg – kan besøge patienter efter udskrivelse.
- En del af sidste er kommunalt betalt (paragraf 2 aftale med lægelau).
- Tillægsydelser (præventionskonsultationer)
- 7000 ydelser: laboratorie ydelser: strep A, tympanometri, Analyse af blodprøver
- 2000 ydelser: tillægsydelser Ting der sendes ud af systemet.
- Tvangsindlæggelser,
- Ansøgning af diverse tilskud, kroniker tilskud,

Statens andel

- 8000 ydelser: profylakse ydelser, graviditet, børnevacciner, børneundersøgelser: Bliver betalt af staten (ikke regionen)

Kommunens andel:

- Læ attest

Arbejdsgiver / forsikring:

- Arbejds lægeattest
- Forsikringsselskaber beder om attester

Egen betaling:

- Kørekort

- Vaccine-udlandet-HPV
- Til Kina: Blodprøver, rgt. Osv.

- De praktiserende er selvstændige erhvervsdrivende med overenskomst med regionerne. Forhandlingerne er gjort af PLO.
 - Har medarbejdere
 - Bogholder
 - Forsikring

- Typer af praksis:
 - Solo
 - Samarbejdspraksis eget ydernummer
 - Kompagniskab fælles ydernummer
 - I/S – hæfter solidarisk for gæld i virksomhed
 - ApS – kan ikke miste mere end man skudt ind i selskabet.
 - A/S – økonomisk risiko begrænset til kapital man har indskudt

- Indtægter
 - 90% indtægt hos regionerne., gruppe 1 + 2
 - 10 % ydelser + lidt fra gruppe 2