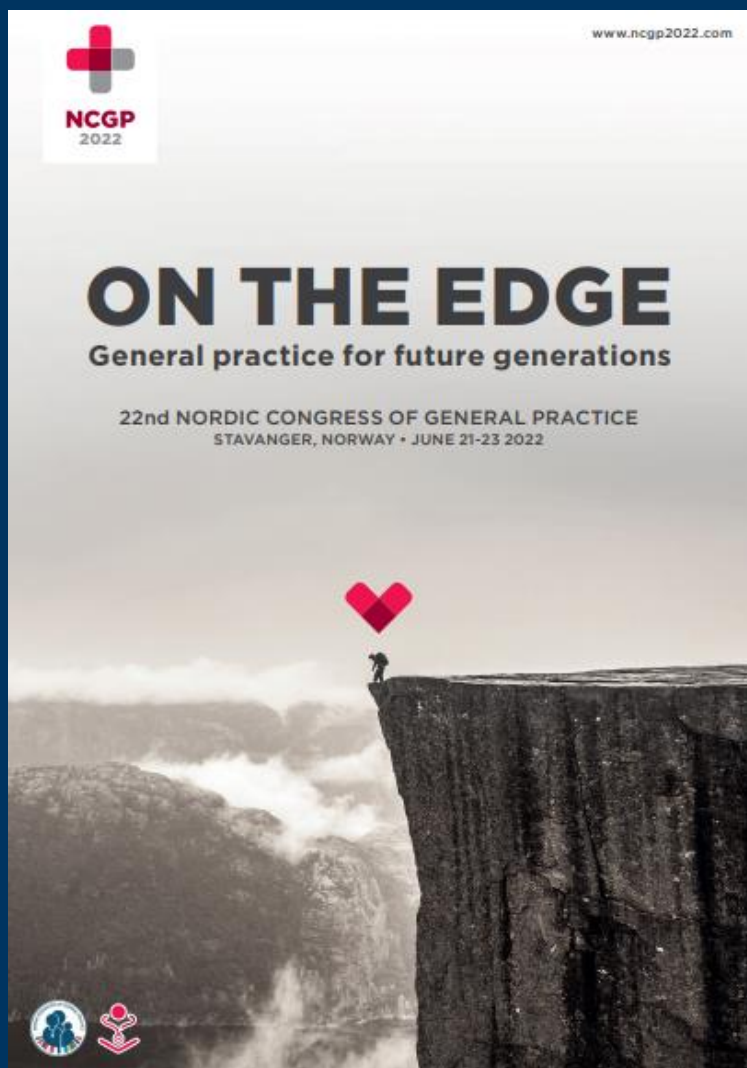


2022



VIDENSOPSAMLING

NORDISK KONGRES I ALMEN MEDICIN 2022
ON THE EDGE – GENERAL PRACTICE FOR FUTURE GENERATIONS

IGIE

KAP>H

Kvalitet i Almen Praksis
i Hovedstaden

Forord

Nordisk Kongres i almen medicin afholdes hvert andet år og udgør et særligt fagligt flagskib for det almen medicinske fag i Norden, hvor værtskabet går på skift mellem de 5 nordiske lande. Kongressen bibringer ny viden og tendenser inden for faget og bidrager til faglig udvikling, retning, mål og selvforståelse blandt praktiserende læger.

Efteruddannelsesvejlederne fra DGE-teamet i KAP-H havde i år efter flere års corona pandemi et særligt ønske om at facilitere deltagelse på Nordisk Kongres for en større delegation af praktiserende læger fra Region Hovedstaden. Dette med henblik på at bringe øget arbejdsglæde, fremme engagement og stimulere det faglige og kollegiale samarbejde blandt praktiserende læger i regionen.

Med finansiering fra Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget i Region Hovedstaden (KEU) har 30 praktiserende læger fra Region Hovedstaden været af sted på kongressen under facilitering af efteruddannelsesvejlederne fra KAP-H. De praktiserende læger fordelte sig på 7 nynedsatte læger, 15 læger uden virke i KAP-H samt 8 KAP-H konsulenter. Derudover deltog DGE-teamets seks efteruddannelsesvejledere samt KAP-Hs sekretariat i delegationen.

God læselyst.

Efteruddannelsesvejlederne
&
KAP-H sekretariatet

"Generelt er der noget positivt og lærerigt ved at gå på kongres fordi man kommer op i "helikopter-perspektivet", og ser på overordnede strømninger og tendenser i almen praksis. Derudover har det været rart som nynedsat at være af sted som en gruppe -særligt i forhold at skabe nye relationer og bedre netværk. Det var en 'nem' måde at være af sted på uanset, om man havde netværk på forhånd eller ej - rammerne var sat og hele programmet var velforberedt.

Den fælles vidensdeling vi havde undervejs, fik jeg næsten lige så meget ud af, som at gå til de konkrete oplæg. Den viden, folk delte, blev meget kondenseret på en positiv måde, og man nåede bredt ud og fik meget relevant viden - mere end man ellers kunne få. Her var også emner, som man ikke selv havde tænkt på som relevant eller selv havde valgt. Det gav nye perspektiver og viden.

Det har været en styrke at mixe nynedsatte læger med mere garvede og erfarne praktiserende læger og KAP-H konsulenter. Men man kunne også en anden gang godt tænke i at dele måske særligt de nynedsatte op, så de fik lov at lave noget sammen. Det kan også give noget at kunne spejle sig i hinanden.

Jeg kan kun anbefale at deltage i Nordisk Kongres på denne måde sammen med KAP-H.

Anne, nynedsat læge, efter deltagelse på Nordisk Kongres

Indhold

Forord	1
Nordisk Kongres 2022 ved DGE-teamet.....	3
Hovedstrømninger og udviklingsperspektiver	5
Udviklingsperspektiver inden for efteruddannelsesområdet.....	10
BILAG: IDÉKATALOG - AFRAPPORTERINGER FRA NORDISK KONGRES 2022.....	13



Foto: Mark Lee Larsen, 2022

Nordisk Kongres 2022 ved DGE-teamet

En delegation på 36 praktiserende læger og KAP-Hs sekretariat deltog d. 21.-23. juni 2022 i Nordisk Kongres for almen medicin i Stavanger, Norge under titlen *'On the edge. General practice for future generations'*. Delegationen deltog under facilitering ved DGE-teamet i KAP-H, som med finansiering fra Kvalitets- og efteruddannelsesudvalget ønskede at udvikle det almen medicinske fag og styrke den enkelte praktiserende læge i Region Hovedstaden. Dette ved at hente inspiration og ideer udefra med henblik på at udvikle nye koncepter til gavn for alle praktiserende læger. Derudover var det et væsentligt formål at bidrage til fastholdelse af nynedsatte og udbrændte læger.

DGE-teamet har tidligere haft stor succes med at sende delegationer af læger fra Region Hovedstaden til de nordiske kongresser. Udbyttet har været stort og har bidraget til faglig udvikling, givet retning og mål, samt styrket relationen mellem praktiserende læger i regionen. Af den grund ønskede DGE-teamet endnu en gang at facilitere en bred deltagelse for praktiserende læger i Region Hovedstaden med videndeling undervejs.

Delegationen omfattede derfor praktiserende læger med virke i KAP-H, nynedsatte læger og læger, som normalt ikke søger disse kongresser og måske viser tegn på udbrændthed. Deltagelsen fordelte sig på i alt 36 læger med nogenlunde ligelig deltagelse fra de tre deltagerkategorier. Dette gav et godt udgangspunkt for en god og bred videndeling efter dagens sessioner samt mulighed for at netværke. DGE-teamet i KAP-H har desuden tidligere erfaret, at det giver gode diskussioner med forskellige synsvinkler og interesser, hvis man inviterer en blandet gruppe af praktiserende læger. Det giver både en god dynamik under kongressen, men også god mulighed for at man som deltager generelt får udbredt sit netværk. Erfaringer har desuden vist, at deltagerne ofte vender hjem med en oplevelse af at være revitaliserede som praktiserende læger og har profiteret af fællesskabet på turen.

Videndeling og program

Forud for afgang til Nordisk Kongres samledes alle deltagere i foråret til et kick off møde, hvor både praktiske informationer samt rammer for deltagelse blev gennemgået. For at sikre størst muligt udbytte af lægernes deltagelse i de mange forskelligartede sessioner samt netværksdannelse under kongressen, organiserede DGE-teamet videndeling blandt delegationens deltagere, samt faciliterede indsamling og kondensering af ny viden.

Det skete ved daglige mundtlige videndelingssessioner samt skriftlige afrapporteringer fra sessioner og workshops (se 'Bilag: Idékatalog – afrapporteringer fra Nordisk Kongres 2022'). Alle

deltagere fik dermed til opgave henholdsvis mundtligt og skriftligt at afrapportere på to sessioner. Videndelingen skete bl.a. med henblik på at bringe viden hjem til udviklingsopgaver både i og udenfor KAP-H, men også særligt til efteruddannelsesgrupper samt den enkelte praksis til bred gavn for de praktiserende læger i Region Hovedstaden.

I de følgende afsnit fremgår opsamling på netop denne videndeling.

ON THE EDGE

General practice for future generations

22nd NORDIC CONGRESS OF GENERAL PRACTICE

STAVANGER, NORWAY • JUNE 21-23 2022



PROGRAM:

Tirsdag d. 21. juni 2022:

Selv tjek ind (kan ske online) i Københavns Lufthavn. Kom i god tid
Kl. 08.30 Gruppen mødes ved gaten!
Kl. 09:10 Afgang fra Københavns Lufthavn (SK1464 via Oslo)
Kl. 12:20 Ankomst Stavanger (SK4023) - herefter fælles bus til registrering og åbningsceremonien i Stavanger Concert Hall - med kort stop undervejs på hotellet, hvor I skal læsse bagage af
Kl. 15:00 - 15:45 Kongres åbningsceremoni - Stavanger Concert Hall
Kl. 15:45 - 18:15 Kongres program - Stavanger Concert Hall
Kl. 18:30 - 21:00 Velkomst reception - Stavanger Concert Hall
Kl. 21:00 Fælles bus fra Stavanger Concert Hall til Clarion Hotel Energy

Onsdag d. 22. juni 2022:

Kl. 08:15 - 16:00 Kongres program, Stavanger Forum
Kl. 16:30 - 18:00 Fælles videndeling for gruppen - Clarion Hotel Energy
Kl. 18:00 Fri leg

Torsdag d. 23. juni 2022:

Kl. 08:15 - 14:15 Kongres program, Stavanger Forum
Kl. 14:30 - 16:00 Fælles videndeling for gruppen - Clarion Hotel Energy
Kl. 16:30 - 18:00 Afslutningsceremoni, Stavanger Forum
Kl. 18:45 Drinks for egen regning i baren på Clarion Hotel Energy
Kl. 19:20 Fælles bus fra Clarion Hotel Energy til Stavanger Concert Hall
Kl. 20:00 Gallamiddag, Stavanger Concert Hall
Kl. 24:00 Fælles bus fra Stavanger Concert Hall til Clarion Hotel Energy

Fredag d. 24. juni 2022:

Kl. 08:45 Fælles bus fra Clarion Hotel Energy til Stavanger Lufthavn
Kl. 11:25 Afgang fra Stavanger Lufthavn (SK4016 via Oslo)
Kl. 14:45 Ankomst Københavns Lufthavn (SK1469)

I nødsituationer:
Kontakt Pernille Sjørup tlf. 20 67 3520
Kontakt Nina Kagenow-Andersen tlf. 2869 0280
Kontakt Mark Lee Larsen tlf. 2165 8852
Kontakt Peter Gram Arildskov tlf. 5136 3033

HOTEL:



Clarion Hotel Energy
Ishockeyveien 2
4021 Stavanger
8 minutters gåafstand fra Stavanger Forum

Klik på billedet af hotellet for at se kart/vejviser

KONGRESSTEDER:



Stavanger Concert Hall
Sandvigå 1, 4007 Stavanger

Stavanger Forum
Ishockeyveien 11, 4021 Stavanger

KVALITETS- OG EFTERUDDANNELSESUDVALGET (KEU)
FOR ALMEN PRAKSIS I REGION HOVEDSTADEN





Kvalitet i Almen Praksis
i Hovedstaden

4

Hovedstrømninger og udviklingsperspektiver

På baggrund af emner og perspektiver på Nordisk Kongres 2022 kan der identificeres en række aktuelle og interessante strømninger og fokusområder inden for det almen medicinske fag. Herunder en del som taler ind i særligt de dagsordener, som der arbejdes med både på efteruddannelsesområdet og mere bredt i KAP-H samt nationalt ift. efteruddannelse og kvalitetsudvikling i almen praksis. Det har sammen med både den mundtlige og skriftlige videndeling fra KAP-H delegationens deltagere givet anledning til en række refleksioner over mulige udviklingsinitiativer og perspektiver ift. indsatser i KAP-H.

'Core values' og kontinuitet i behandling

Et af de største fokusområder på årets nordiske kongres var de såkaldte 'core values' eller kerneværdier for almen praksis, som er defineret af The Nordic Federation of General Practitioners, og som optager læger på tværs af landegrænserne i Norden. Kerneværdierne er revideret i 2020 og er af stor vigtighed i en tid, hvor praktiserende læger i de nordiske lande opleves at være truet på professionen, og hvor kontinuiteten i patientbehandling er på tilbagegang som følge af udvandingen af 'familielægen'. Der var på kongressen bl.a. stort fokus på evidensen for, at jo længere kendskab den praktiserende læge har haft til patienten, jo lavere dødelighed – og dermed evidensen for vigtigheden af kontinuitet.

Derudover blev der fokuseret på vigtigheden af en vedvarende opmærksomhed på at analysere og forbedre evidensen bag kerneværdierne med målet om at øge kvaliteten i det kliniske arbejde i almen praksis, samt at praktiserende læger har et professionelt ansvar for at føre an ift. at sætte værdierne først. Også vigtigheden af faglige fællesskaber og meningsfulde læringsrum blev fremhævet ift. at understøtte værdierne. Læs mere om de konkrete 'core values' [her](#).

Værdierne taler ind i velkendte udfordringer i almen praksis med bl.a. udbrændthed samt rekruttering og fastholdelse i faget, som også PLO har haft stort fokus på i de seneste år. Et af kerneindsatsområderne hos PLO er trivsel og arbejdsglæde blandt praktiserende læger. Det er også emner som fylder meget i kvalitetsenhederne for almen praksis i Danmark, som har en stor rolle her.

Derfor var det også et emne som blev løftet på en workshop med de regionale kvalitetsenheder i Danmark, hvor de forskellige teams, som arbejder med organisering, praksis og ledelse (herunder KAP-Hs organiseringssteam), var med til at facilitere workshoppen på kongressen. Workshoppen tydeliggjorde vigtigheden af de muligheder for bistand, der kan fås i Danmark.

Herunder især de muligheder, der er for nynedsatte læger ift. at få skabt struktur på hverdagen i praksis inden for de første år med hjælp fra organiseringskonsulenterne.

KAP-Hs tilbud og herunder DGE-ordningen bidrager i forvejen til at forebygge udbrændthed samt at rekruttere og fastholde nynedsatte læger blandt andet ved lægernes mulighed for deltagelse i efteruddannelses- og/eller supervisionsgrupper, som giver et sted at finde støtte ved udfordringer i lægevirket. Der er dog behov for et fortsat fokus i KAP-H på, at indsatserne skal nå de læger, som har allermost brug for hjælpen – og som ikke selv har overskud til at opsøge hjælp og benytte de aktuelle tilbud. Det foreslås blandt deltagerne at en højere grad af uopfordret kontakt til praktiserende læger fra KAP-Hs konsulenter muligvis kunne medvirke til dette, og dermed at det muligvis kunne bidrage til at fastholde flere praktiserende læge og herved reducere lægemanglen.

Multisygdom, overdiagnosticering og kronikere

Et område som også var underlagt et stort fokus på kongressen, var multisygdom og overdiagnosticering, som i høj grad præger konsultationer og patientforløb i almen praksis. Det kan som praktiserende læge være vanskeligt at få overblik over alle patienters sygdomme på samme tid, og det er udfordrende, fordi det er velkendt at sygdomme og problemer knyttet hertil hænger sammen og skal behandles sammenhængende. Multisygdom har store konsekvenser for patienterne selv, og multisygdom og psykisk sygdom kan medføre op til 20 års tab af liv.

Nogle af anbefalingerne til håndtering af multisygdom i praksis relaterede sig til konsultationsformen 'OVERBLIK', som er et dansk udviklet koncept. OVERBLIK består af en årlig overblikskonsultation, hvor den praktiserende læge bruger en IT-plattform, som skal hjælpe med at skabe og fastholde overblikket ift. de multisyge patienter. OVERBLIK er således et redskab, som har til hensigt at gøre det mere overskueligt, mere patientinddragende og mindre ressourcekrævende at varetage kronikerbehandling. Ikke alt kan behandles, men lyt og vær åben. Spørg patienten, hvad er der af problemer og prioriter dem. Hav tid – tid er en forudsætning for mentalisering.

Et udviklingsinitiativ for KAP-H kunne i denne sammenhæng være en højere grad af kobling af indsatser til netop konceptet omkring overblikskonsultationen. Både i forhold til KAP-Hs medicinteams indsatser generelt, hvor elementer fra projektet kunne inddrages, men også i forhold til eksempelvis Store Praksisdag, hvor overblikskonsultationen kunne løftes som emne.

Kongressen havde også fokus på konsultationsprocesser ved multisygdom og varsomheden omkring ikke at gøre folk mere syge, end de er – altså undgå overdiagnosticering. Selvom mange patienter har udfordringer knyttet til mange sygdomme og per definition er multisyge, er det ikke ensbetydende med, at patienterne føler, at alle diagnoser er sygdomme, eller at de er multisyge.

Det har givet anledning til refleksion over, hvorvidt KAP-H i fx efteruddannelsesøjemed i højere grad kunne adressere udfordringer med overdiagnosticering. Dette eksempelvis ved at få emnet ud i diverse efteruddannelsesgrupper fx som materiale eller konkrete værktøjer til at håndtere udfordringen. I 2023 finder den årlige konference om netop overdiagnosticering 'Preventing overdiagnosis' sted i Danmark, og DGE-teamet kunne her hente yderligere inspiration om overdiagnosticering og udviklingsinitiativer i forbindelse hermed.

Nordisk Kongres havde desuden også fokus på, hvordan kronikere også fortsat udgør en stor udfordring i almen praksis. Herunder det tydelige behov for en højere grad af understøttelse af strukturering af kronikerbehandling i praksis både ift. faglighed og organisering. Dette har givet anledning til refleksion over mulige initiativer i flere af KAP-Hs teams; I medicinteamet kunne det overvejes, om der i forbindelse med medicingennemgang kunne uddeles tips til at holde medicinkortet samstemt med virkeligheden. Det kunne ligeledes overvejes om KAP-H kunne facilitere opfølgning i klyngerne ift. at kunne se effekten af fokus på samme emne. Endelig er der forslag om, at organiseringsteamet sætter endnu større fokus på at hjælpe til, at der skabes struktur på årskontrol i alle praksis inkl. de praksis, som ikke får lavet årskontroller systematisk.

KAP-H bør overordnet i relation til alle ovennævnte udfordringer vedvarende arbejde med og have fokus på multisygdom, polyfarmaci, overdiagnosticering og ulighed i sundhed.

Bæredygtighed i almen praksis

Også andre interessante tendenser og strømninger kom til udtryk på kongressen herunder bæredygtighed i praksis. Dette blandt andet ved præsentation af projektet 'Grøn Praksis'. Grøn praksis er organiseret under DSAM, og er et projekt som har fokus på sund livsstil, bæredygtighed i praksis samt information til patienterne herom. Det blev kommunikeret, at der er behov for at få flere praksis med på den grønne omstilling for at det rykker noget. Eksempler på, hvordan en praksis bliver mere 'grøn', er fx at undgå bil til og fra praksis/sygebesøg, anvende miljømærkede rengøringsmidler i praksis, droppe lejepapir og i stedet spritte af, ikke skifte sår hyppigere end nødvendigt mhp. at spare på bandage og plastre, anvende papirkrus fremfor plastikkrus til urinopsamling, undgå unødvendige medicinudskrivinger og udskriv

mindste pakningsstørrelse, indtil man ved om patienter tåler medicinen samt undgå (eller spise mindre) kød.

Det har blandt deltagerne givet anledning til refleksioner om, hvorvidt KAP-H muligvis engang i fremtiden bør implementere en bæredygtighedskonsulent. Derudover at KAP-H bør udvikle initiativer, som støtter op om den bæredygtige udvikling fx ved at udbrede information om 'de lavthængende frugter' (nemt implementerbare bæredygtige løsninger) samt støtte op om at få flere 'grøn praksis certificerede'.

Der kunne i regi af KAP-Hs medicinteam arbejdes på initiativer til nedbringelse af mængden af antibiotika ved blandt andet at øge fokus på værdien af vitale parametre. Derudover også initiativer til at få flere til at udskrive små pakninger til at begynde med, indtil medicin er afprøvet – fremfor at udskrivelse sker på baggrund af pris. Dette mhp. at der kasseres mindre medicin.

Funktionelle lidelser

Også perspektiver på funktionelle lidelser blev løftet på kongressen. Funktionelle lidelser fylder meget i Danmark, og ca. 10 % af befolkningen har persisterende fysiske symptomer. Der var på kongressen fokus på vigtigheden af at identificere disse personer, for at kunne undersøge deres copingstrategier, som ofte er uhensigtsmæssige og indebærer, at mange opgiver at gøre noget ved deres symptomer og ender med resignation eller et forsøg med afledning fra generne. Dette mhp. i stedet at lære patienterne at håndtere problematikkerne og tillære sig strategier til at leve med dem.

Der er i Region Midtjylland i øjeblikket et projekt i gang kaldet 'Mine symptomer'. Det omfatter en digital løsning: www.mine-symptomer.dk, som er et internetbaseret program til patienter med længerevarende symptomer i almen praksis. "Mine symptomer" er udviklet sammen med praktiserende læger og patienter fra almen praksis. Programmet er målrettet patienter i almen praksis og kan kun bruges efter anvisning fra egen læge – dvs. udskrives som recept til patienterne ved besøg hos egen læge.

Det kunne være oplagt, at KAP-H udbredte kendskabet til og anvendelsen af ovenstående app, såfremt den udbredes til Region Hovedstaden mhp. at bidrage til bedre understøttelse af patienter med funktionelle lidelser. Derudover også at udvikle et valideret spørgeskema, som kan anvendes i almen praksis til at finde disse patienter.

Sektorovergange

Slutteligt var der på nogle sessioner på kongressen fokus på sektorovergange generelt, men herunder også specifikt samarbejdet med kommunerne fx i forhold til 'sociale henvisninger' - et projekt i Sydhavnen/Vesterbro klyngen, hvor de har lavet en database med sociale projekter i området, som praktiserende læger kan henvise patienter til.

I KAP-H regi kunne man som udviklingsperspektiv sætte fokus på at etablere et større samarbejde mellem de kommunale praksiskonsulenter og KAP-Hs praksiskonsulenter. Det kunne danne grobund for at man i højere grad kunne udvikle initiativer i samarbejde med kommunerne fx en database som 'sociale henvisninger' på Sydhavnen/Vesterbro - eksempelvis med en kommunal socialrådgiver som tovholder.

Også problemer i kommunikationen mellem sektorer i forhold til mor-barn relationen blev italesat. Dette fx i forbindelse med kontakt ved 5 ugers undersøgelsen i almen praksis. I den forbindelse er der blandt deltagerne stillet forslag om, at man kunne udbrede forslag om tilrettelæggelse af indkaldelse til 5 og 8 ugers undersøgelse ved fremsendt fødselsorientering. Derudover et forslag om et mere generelt fokus på sektorovergange ved efterfødselsforløbet hos mor og barn i regi af praksiskonsulentordningen.

Udviklingsperspektiver inden for efteruddannelsesområdet

På baggrund af bl.a. refleksioner i foregående afsnit samt intern sparring blandt DGE-teamets efteruddannelsesvejledere og sekretariat, er der identificeret en række udviklingsperspektiver inden for efteruddannelsesområdet i KAP-H, hvor der vurderes at være grundlag for at arbejde videre med implementering af nye initiativer. DGE-teamet i KAP-H vil arbejde videre med disse perspektiver i det fremtidige arbejde med DGE-ordningen og efteruddannelsesområdet i Region Hovedstaden.

Understøttelse af juniorgrupper

Udformning af 'startpakke' til fase-læger i juniorgrupper om drift og brug af juniorgruppen samt relevante metoder til at få mest muligt udbytte ud af møderne. Der er potentiale for at blive bedre til at klæde juniorgrupperne på ift. brugen af forskellige metoder.

Startpakken kunne omfatte et kursus for nye juniorgrupper med undervisning i anvendelse af forskellige anbefalede metoder bl.a. Practice Inquiry, som er en god, systematisk metode, som nemt kan gennemføres uden hjælp fra en supervisor, og som måske dermed er særligt egnet til juniorgrupper. Det er en god metode til at strukturere møderne.

Kurset kunne i forlængelse heraf omfatte en anbefaling om trinvis udvikling af arbejdet i juniorgrupper bygget op omkring:

1) Dagens tre første journaler:

Hver læge medbringer dagens tre første patienter, og der gennemføres efterfølgende tre runder med præsentation af patientcasene. Alle gruppemedlemmer kan stille spørgsmål af faglig eller organisatorisk karakter til den aktuelle patient, hvilket giver gode refleksioner.)

2) 'Doughnut round':

Alle læser en tekst inden mødet, og alle forbereder spørgsmål til teksten. Alle stiller spørgsmål til hinanden på skift, indtil al viden er ekstraheret fra teksten. Besvarelse af spørgsmål skal ske på baggrund af teksten.

3) Practice Inquiry:

Systematisk gennemgang af forskellige patientcases og elementer i patientkontakten.

Der kunne derudover udarbejdes en DGE-metode håndbog med de forskellige metoder til brug for efteruddannelsesgrupperne bredt.

Udbredelse af kendskab til DGE-modulerne

Efteruddannelsesvejlederne ser et behov for, at der sker en højere grad af udbredelse af kendskabet til DGE-moduler i efteruddannelsesgrupperne. DGE-moduler omhandler specifikke medicinske emner og består af en række patienthistorier, informationssektion, spørgsmål til diskussion i grupperne og en referenceliste – tilrettelagt til at skabe optimal læring i efteruddannelsesgrupperne. Det er alene efteruddannelsesgrupper med en uddannet facilitator, der kan anvende modulerne.

Udbredelsen af kendskabet til modulerne kan ske på flere måder. Det overvejes om det bl.a. bør ske ved direkte kontakt til grupperne i form af fx støtte til facilitator ved gennemgang af et DGE-modul.

Derudover kan der udformes et 'mini-DGE-modul' med en ny case, ny drejebog mv., som kunne agere 'roadshow'-pakke, og som kan tages med ud i grupperne, når man skal lære dem at anvende modulerne.

Det er desuden en overvejelse, om udbredelse kan og bør ske nationalt fx ved deltagelse i større arrangementer, hvor mange læger er samlet. Herunder ved undervisning af de andre regionale efteruddannelsesvejledere med mindre kendskab til DGE-modulerne.

Ovenstående skal ske i samarbejde med PLO-E, som i dag administrerer DGE-modulerne.

Revitalisering af supervisionsgrupperne

Der opleves blandt efteruddannelsesvejlederne et behov for, at supervisionsgrupperne under DGE-ordningen i Region Hovedstaden revitaliseres. Dette blandt andet med baggrund i et ønske om at sikre, at der fortsat er en høj kvalitet i supervisionen i grupperne. Der kunne derfor bl.a. være potentiale for i højere grad at stille krav til supervisorernes faglighed fx udmøntet ved, at supervisor skal være supervisoruddannet.

Supervisionsgrupperne i Region Hovedstaden er organiseret under DGE-ordningen og understøttes derfor på lige fod med efteruddannelsesgrupperne, og det anses for afgørende, at denne organisering af supervisionsgrupperne kan opretholdes.

Projekt 'Overdiagnosticering'

Kongressens fokus på udfordringer med overdiagnosticering har givet anledning til at overveje, om KAP-H i efteruddannelsesøjemed i højere grad kunne adressere disse udfordringer. Dette eksempelvis ved at udforme materiale, som gør det nemt for efteruddannelsesgrupperne at tage hul på emnet i grupperne. Der kunne fx udformes et DGE-modul med materiale og konkrete værktøjer til at forebygge overdiagnosticering.

Med henblik på bedst muligt at understøtte udviklingen af efteruddannelses tilbud om emnet, er det relevant at overveje deltagelse fra efteruddannelsesvejlederne i den kommende konference 'Preventing overdiagnosis', som i 2023 afholdes i København. Dette med henblik på at hente yderligere inspiration om overdiagnosticering og udvikling af ideer til efteruddannelsesinitiativer i forbindelse hermed.

Efteruddannelsesvejlederne overvejer af samme årsag at etablere et møde og et eventuelt samarbejde med Mayo Clinic, i Minnesota, USA, som gennem de sidste mange år har været et flagskib inden for faget almen medicin. Mayo Clinic er en amerikansk medicinsk institution/center med fokus på uddannelse og forskning i sundhedssektoren.

Projekt 'Forsknings samarbejde'

Overenskomsten for almen praksis 2022 lægger op til at der i højere grad bindes en sløjfe imellem efteruddannelse, kvalitet og forskning. DGE-teamet ser et potentiale for at understøtte dette, ved i samarbejde med VID (Netværk for viden og kompetencer i almen praksis) at udbyde et tilbud om, at efteruddannelsesgrupperne kan få besøg af en forsker fra Forskningsenheden for Almen Praksis. Forskerne skal formidle ny og praksisrelevant viden til gruppen med baggrund i den nyeste forskning inden for praksisrelevante områder.

BILAG: IDÉKATALOG - AFRAPPORTERINGER FRA NORDISK KONGRES 2022

I det følgende fremgår den skriftlige afrapportering fra sessioner på Nordisk Kongres med deltagelse fra KAP-H delegationen. I alle afrapporteringer fremgår mulige udviklingsideer i eller uden for KAP-H. Ideerne kan tjene som inspiration til iværksættelse af eventuelle nye initiativer både intern i KAP-H eller af eksterne, som beskæftiger sig med kvalitetsudvikling i og understøttelse af almen praksis.

Session: Guidelines for the prevention of cardiovascular disease - a critical appraisal

Emne: Forebyggelse med omtanke

Oplægsholder: Hálfðán Pétursson

Oplægget var primært en kilde til kritisk vurdering af de mange eksisterende guidelines på området og til drøftelse af cut-off værdien for behandlingskrævende blodtryk.

Vigtige læringspunkter:

Dyrk den enkelte patients samlede kardiovaskulære risikoprofil i stedet for at fokusere på marginalerne for de enkelte risikofaktorer (BT blev primært diskuteret). Tag et socialmedicinsk perspektiv med i vurderingen af risiko og beslutningen om behandling. - Et begyndende paradigmeskift fra data/sygdomsfokuseret behandling til person/patient centreret indsats. Mht. blodtryksbehandling er mange guidelines baseret på gamle data, hvor HP rejste tvivl om kvaliteten/standardiseringen af målingerne.

Guidelines, som der internationalt er mange af, er defineret af kardiologer uden almen medicinsk bidrag/kommentar, hvorfor de ikke anses for ret brugbare til primær profylakse, hvor cut-off værdien for behandling generelt blev vurderet at være for lav - også i et cost benefitperspektiv.

Forslag til udviklingsprojekter i AP/KAP-H: Understøttelse af patient centreret behandling.

Anette Lemche

Session: Oral Presentation - Social relations

Emne: Sociale relationer

Oplægsholdere: 5 korte præsentationer af henholdsvis Wilson P (Forskningsenheden Kbh), Meland E (Bergen), Berge S (Bergen), Kaae B (GP, DK) og Herrmann W (Berlin)

Den røde tråd gennem de fem oplæg var hvordan sociale forhold spiller ind på patienters trivsel herunder mentale og fysiske helbred.

Wilson præsenterede Projekt FamilieTrivsel, der er et pågående randomiseret forsøg i Danmark, hvor formålet er at øge forældres mentaliserings evner og hermed forhåbentligt også børnenes helbred.

Meland gennemgik viden omkring børns mentale helbred efter forældres skilsmisse. Konklusionen var, at det var vigtigt at børn bibeholdt kontakt til begge forældre.

Berge fremlagde et kvalitativt studie over patienters erfaring med at snakke om parfoldsproblemer med egen læge. Mange patienter ønsker dette. Her er det vigtigt, at man ikke kun støtter patientens oplevelse af situationen uden den konstruktive refleksion over hvorfor modparten reagerer/opfører sig, som vedkommende gør.

Kaae fremlagde "Sociale henvisninger" -et projekt i Sydhavnen/Vesterbro klyngen, hvor de har lavet en database med sociale projekter i området, som praktiserende læger kan henvise patienter til.

Og til sidste fremlagde Herrmaan evidensen bag disse "sociale henvisninger", hvor forsøgene tyder på en positiv effekt, men kvaliteten af studierne er dårlige.

Af udviklingsprojekter i KAP-H regi, kunne man ønske at kommunale praksis konsulenter i samarbejde med kommunerne kunne udvikle en database som på Vesterbro. Gerne med en kommunal socialrådgiver som tovholder.

Anne Hedegaard Enemærke

Session: Climate and Health in General Practice.

Emne: Grøn praksis, bæredygtighed.

Oplægsholder: Salli Tophøj mf.

Grøn praksis er organiseret under DSAM, som et projekt ledet af Salli Tophøj. Projektet har fokus på sund livsstil, bæredygtighed i praksis samt information til patienterne herom.

Eksempler på hvordan en praksis bliver mere "grøn":

Transport til og fra praksis/sygebesøg (undgå bil).

Miljømærkede rengøringsmidler i praksis.

Papirkrus i stedet for plastikkrus/bøtter til urinopsamling.

Drop lejepapir, sprit af i stedet for.

Undgå unødvendige medicinudskrivinger og udskriv mindste pakningsstørrelse indtil man ved om patienter tåler medicinen.

Mange sår kan skiftes sjældnere, så man sparer på bandager og plastre.

Mindre/undgå kød til frokosten.

Forslag til KAP-H:

Bæredygtighedskonsulent (måske en gang i fremtiden)?

Stig Sonne Larsen

Session: Climate and Health in General Practice

Vigtige læringspunkter:

-Tips kan fås på: groen.praksis@protonmail.com -Du kan gøre noget selv, men meget mere ved at få flere med. Især politikere så det ændres strukturelt og politisk. Men og ved at påvirke kolleger og patienter.

Fokusområder: indkøb, sortere affald, patientinformation (herunder at klimavenlig kost og transport er det samme som er godt for helbredet) Hvis lægerne cykler, kan det skrives på hjemmesiden, så man også opfordrer patienter til at cykle til os.

Forslag til udviklingsprojekter:

Støtte til at få flere "grøn praksis certificerede"

Information om alle de "lavthængende frugter": pap- tissekopper, affaldssortering, pulverinhalatorer i stedet for spray

Teams til arbejdet:

Medicinteamet kan formentlig få mange til at kasserede meget mindre medicin ved at starte med små pakker indtil medicin er afprøvet i stedet for at vi udskriver efter pris

Mette Ødum

Session: Consultations covering multiple health problems

Oplægsholder: Ann Dorrit Guassora, Alexandra Brandt Ryborg Johansson og Cæcilie Hansen samt Bolette Friderichsen.

Det der karakteriserer disse konsultationer, er at emner blander sig sammen og behandlingen hænger sammen. I denne session gives 3 bud på håndtering.

1) Agenda navigation in health/life ballance. Alle punkter listes op, hvert enkelt emne åbnes, der gives råd, laves aftaler/planer og derefter lukkes punktet til sidst laves plan for opfølgning

ICAN diskussion aid, udviklet fra Mayo klinikken kan forinden konsultationen udfyldes af patienten, for at sikre at ingen punkter glemmes.

2) SOFIA konsultationer for psykisk syge kan også være en hjælp ved multisygdom. Alexandra beskriver patientens egen forhandling forud for konsultationen og tendens til høre stigmatisering ind i lægens råd eller unnlade symptomer af frygt for at tage lægens tid. HØR (patienten), RØR (undersøg), SE (forstå hvad der er pt's problem).

Clarify the agenda - lav liste og tag det vigtigste først

3) Overblik Konsultation, det tager tid.

Prioritere sammen med patienten, skab en professionelle relationel kompetence og læg en plan som er meningsfuld for patienten.

Vigtige læringspunkter:

Der er for længen et stort behov for at skabe overblik, men patienternes liv fyldes af kontroller og helbredsproblemer om skaber en negativ life/health balance.

HØR (patienten), RØR (undersøg), SE (forstå hvad der er pt's problem), skab derefter overblik og prioriterer sammen med patienten.

Forslag til udviklingsprojekter i KAP-H:

SGE program med håndtering af patienten med mange helbredsproblemer. læringselementer fra SOFIA og overblik konsultationen bør indgå heri.

Oplagt at medicinteamet inddrager elementer fra disse projekter

Anita Mink

Session: Consultations covering multiple health problems

Nedenfor i punktform de vigtigste take home messages fra denne sektion:

- Vanskeligt at få overblik over alle sygdomme på samme tid
- Problemer hænger sammen, og skal behandles sammenhængende
- Et spørgsmål fører ofte til et andet, som kan åbne op. Skal gribes og afsluttes før et nyt behandles.
- Ikke alt kan behandles, men lyt og vær åben. Oversæt det du hører.
- Multisygdom og psykisk sygdom medfører op til 20 års tab af liv.
- Sørg for kontakt med krop og øjne
- Start med at skabe kontakt
- Overblikskonsultationen er et must
- Spørg patient, hvad er der af Problemer og prioriter
- Time is a precondition for m.entalisation

KAP-H bør vedvarende arbejde med og have fokus på Multisygdom, Polyfarmaci og Ulighed i sundhed

Michel Kjeldsen

Session: Consultations covering multiple health problems

Læringspunkter:

Overblikskonsultation - hvad er vigtigt for patienten / Hvad er vigtigt for lægen

"The Cumulative complexity model" - hvordan vi bedst kan balancere mellem en patients sygdomsbyrde og byrden ved behandling af den multimorbide patient.

Struktur på en konsultation med mange forskellige emner:

Åbnings- og luknings "form" - åbning: Accepter at patienten gerne vil diskutere flere emner og informeres. Lukning af konsultation ved at lave aftaler, planer for opfølgning

Udviklingsprojekter i KAP-H: Ideer til hvordan en overblikskonsultation kan udføres

Videre arbejde: Undersøge barrierer for at den praktiserende læge ikke laver overblikskonsultation.

Session: Consultations covering multiple health problems

Oplægsholdere: Anne Dorrit Guassora, Alexandra Jønsson, Bolette Friderichsen

Vigtige lægeringspunkter:

Helbredsproblemer er ofte flettede ind i hinanden

Der er behov for en strategi for; Agenda-Navigation;

- Fokus skal være er bedre helbred/velvære for den multisyge patient.
- Fokus på at øge patientens kapacitet og mindske sygdomsbyrden.
- Samtidig optimere sundhedsvæsenets ydelser og reducere behandlingsbyrden.

Forslag til udviklingsprojekter i almen praksis, herunder i KAP-H:

Patienten udfylder ICAN-skema før lægekonsultation

Lægen har fokus på hvad der er vigtig for patienten netop denne dag

Vi skal tilbage til gamle lægedyder;

- Udføre objektiv undersøgelse, bruge berøring som et aktivt virkemiddel
- Tage udgangspunkt i patientens perspektiv
- Være nærværende i samtalen, gerne notere med papir og blyant, bruge computer så lidt som muligt under konsultationen

Afsætte den tid, der kræves, opnå emotionel kontakt og tillid

Tage ansvar for relationens uligeværdighed i konsultationen

Forslag til KAP-H team, som kunne arbejde videre med emnet:

Udbrede kendskabet til DSAM-vejledningen Overblikskonsultationen, samt understøtte at denne implementeres feks ved Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk lidelse

Tid er et institutionelt vilkår, men investering i tid i den enkelt øger kvaliteten.

Hvordan kan vi meningsfyldt snakke om og diskutere tid som faktor i forhold til organisering og implementering af nye og mere komplekse opgaver?

Louise Gudbergsen

Session: Handling of infections in primary health care - is everything changing

Oplægsholder: Morten Lindbæk, University of Oslo, samt flere fra Västgötalands Universitet

Vigtige Læringspunkter: Første punkt var studie med behandling af strep A. 1g x 3 i 10 dage eller 800 mg x 4 i 5 dage. Hurtigere bedring i flerdosegruppen. Ikke forskel i recidiv og komplikationer

mellem de to grupper. Med 1,2 MIE x 4 i 5 dage bruges mere PC end aktuelle danske anbefaling på 1 MIE x 3 i 7 dage. Lidt gammel viden, anbefalingen var 0,5 MIE x 2 i 10 dage for 15 år siden.

'Nordisk AB forbrug er lavere end Europas generelt. Præcise målinger er svære. Salgstal er nemt, men er de udskrevet korrekt kræver patientdata, som er sværere at få. Der er forskellige systemer i landene, men Sverige har lavest forbrug og nok de bedste systemer til monitorering og læring.

Vi fik en demonstration af et svensk kamera, der i løbet af et halvt minut på en meters afstand tager puls, bt og rf på pt.

Giver det bedre selfmanagement? Mindre AB? Dyrt udstyr for ikke at røre pt. Som måske ikke skulle have været i kons eller bare vil få taget crp. Men "værdier" har formentlig mere plads, end vi lige giver dem.

Gennemgang af studier om reduceret ab udskrivning, som ikke viste problemer med forsinket start eller lavere dosis

Og overraskende nok faldt antallet af pneumonier under corona...

Ab over telefonen eller e kons var generelt ikke populært.

Alt i alt intet der tyder på, at "everything is changing". Bombastisk overskrift uden hold i oplæg.

Anbefalinger: Der er klyngepakke til pneumoni. Men der mangler systematisk støtte til nedbringelse af AB til UVI, herunder "golden standard". Dyrkning i praksis? Telefonisk AB til unge UVI? Wait and see? Mange kontroversielle emner, der kunne nedbringe forbruget hurtigt lokalt, hvis man så på organiseringen i den enkelte praksis af urinhåndtering.

Niels Dreisler

Session: Handling consultations in 10 minutes

Hvordan håndterer AP udfordringen med åben tilgængelighed vers. behovet for kontinuitet og udbygget relation?

En skematiseret konsultationsproces, som dog efterlod en manglende tilgang, men gav flg tanker:

Synopsis, Quick-Kons

Flere AP ser fordelene med Tid Samme Dag, TSD.

Men hvordan planlægge det uventede?

Korte konsultationer, med indhold, nærvær, pt-accept og relationsarbejde

Indlæg 5-minutters tider" i kalenderen.

En pr time, eller tolv tider en bestemt time på dagen.

Læge: arbejder fokuseret, genererer tidsoverskud bedre anvendt til andre ptt., god indtjening.

Større trivsel

Praksispersonale: visitation, modtagelse/forberedelse, følge op på aftale, sikre patienttilfredshed

Alle konsultationer, også Quick-Kons, afsluttes med 10-15 % relationsarbejde

Jakob Dahl

Session: Development og the maternal relationship. What factors are most important for the development of the maternal fetal relationship?

A prospective study among pregnant women in Danish general practice Oral Clinical practice Genitourinary, gynecology and obstetrics

Oplægsholder: Ruth Kirk Ertmann, University of Copenhagen

Læringspunkter

Materiale antenatal attachment scale, værktøj til screening, spørgeskema

Poor MASS score hos 39 pct

I studiet undersøges hvilke baggrundsfaktorer, der i højest grad er associeret med ringe mor/barn kontakt:

- Ringe selvrapporeret helbred
- Dårlig træningstilstand
- Depression
- Høj alder
- Tidligere alder
- Højere uddannelse?
- Konklusion
- Risiko for ringe mor/barn kontakt ved:
- Dårlige social kontakt
- Generel lav fysisk og mental trivsel
- Forslag udviklingsprojekter
- Projekt med fokus på mor/barn kontakt ved 5 ugers undersøgelse

Forslag til KAP-H at arbejde videre med:

Redskaber og fokus på at fange gravide, som er i risiko, og hjælpe til at de visiteres til relevant svangre forløb.

Lars Aagaard Olsen

Session: Almost as good as continuity- establishing a trusting relationship in 10 minutes.

Oplægsholder: John Wilkinson og Robert Jacobson, MAYO Clinic

Vel vidende, at patienten er bedst tjent med en kontinuerlig relation til sin praktiserende læge, er realiteten ofte den, at har sundhedsvæsenet ikke mulighed for at tilbyde. Fx kan egen læge have lang ventetid, være stoppet, pt tilbydes konsultation ved vikar eller uddannelseslæge.

Derfor er det vigtigt, at pt oplever at føle sig hørt, forstået og hjulpet hos den læge pt konsulterer. Ofte på den korte tid en konsultation varer.

Oplægget tog udgangspunkt i den kroniske pt med flare-up i de kroniske symptomer, irritable bowel disease.

"Recognize whats going on ...", læs journalen inden konsultationen, eller lad være. Under alle omstændigheder vær forberedt, vær åben. Hav gerne en ramme/skabelon for symptomer. Nogle ptt kan føle sig stigmatiserede, hvis lægen på forhånd har skabt sig en mening og aktuelle konsultation.

Vent med at forklare diagnose/årsag til pt er kommet til orde med sine tanker, frygt. Undersøg obj, når det er relevant. Forklar hvorfor du undersøger, og særligt hvorfor du ikke gør. Vær obs på at obj us/kliniske us kan medføre "negative reinforcement of somatisation".

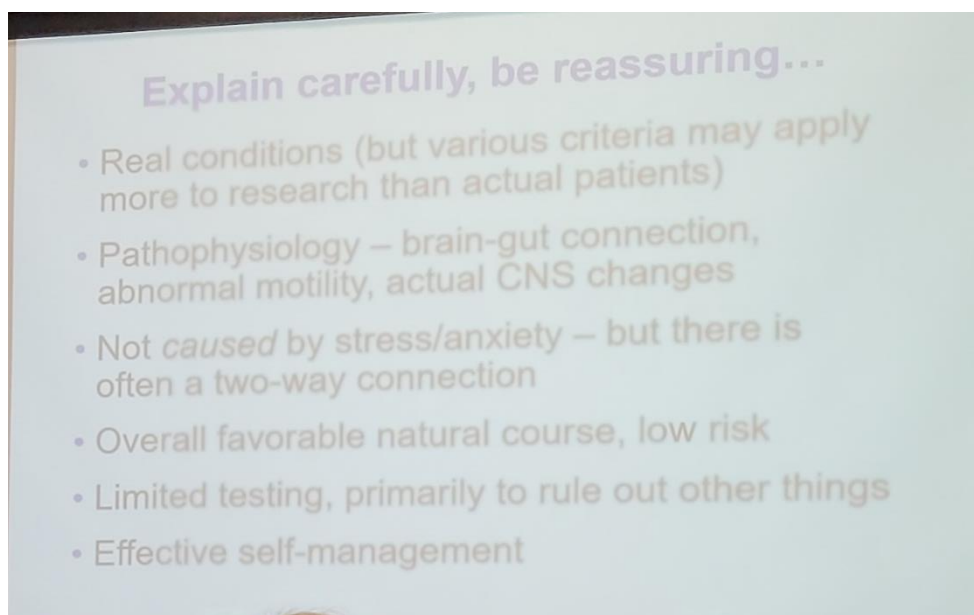
Når du er nået hertil, og læge + patient er i samme retning, kan lægen med sin faglige baggrund forklare, hvad lægen mener er årsagen til pts symptomer eller vælge at sige: "jeg ved det ikke, og vil gerne have flere vurderinger/undersøgelser".

Så ... hvis pt er kommet til orde med tanker, frygt mm, føler sig mødt og lægen har formået at forklare uden at tabe pt mentalt, kan konsultationen afsluttes.

Dette er desværre ikke ny viden. Har fx været brugt i mange år på Kalymnos-kurserne.

Det bliver aldrig forældet. Men jeg har svært ved at foreslå KAP-H-projekter.

Line Løkkegaard





Session: Almost as good as continuity: establishing a trusting relationship in 10 minutes

Oplægsholder: Dr. John Wilkinson MD og Dr. Robert M. Jacobson MD Mayo Clinic

Mål: Forståelse for dynamikken i konsultationsprocessen.

Vidensdeling: At lære og praktisere en struktureret ramme for god konsultation

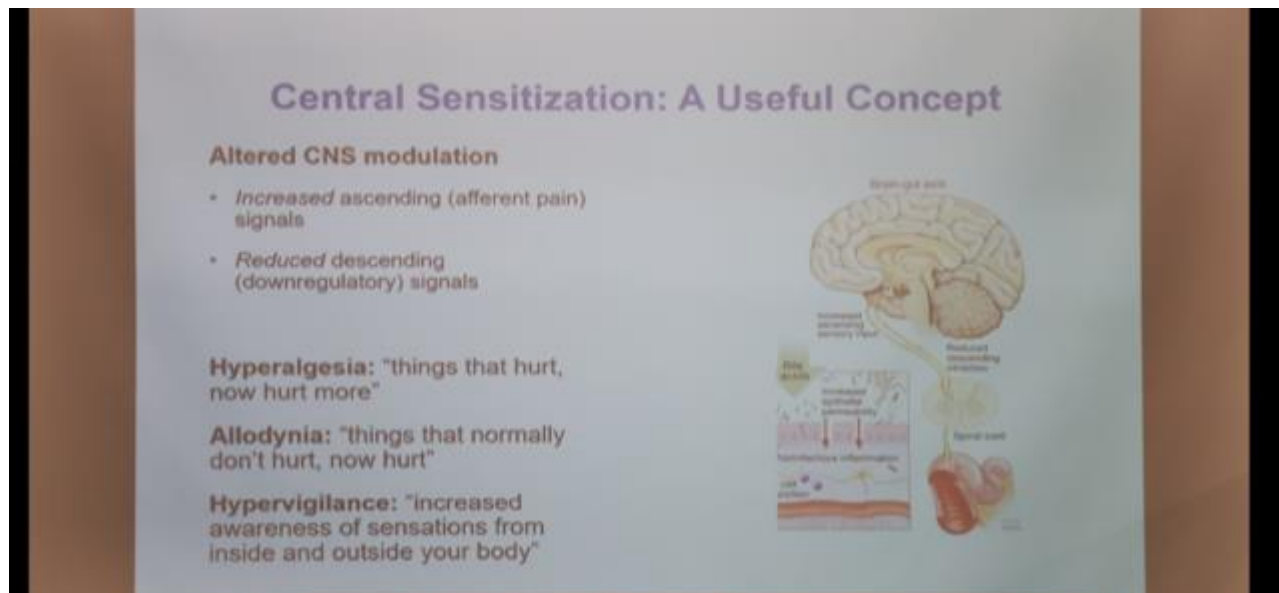
De to Amerikanske læger holdt en struktureret og interaktiv workshop med fokus på hvordan etablering af en tillidsfuld kontakt mellem læge og patient (næsten) kan erstatte kontinuitet. Deltagerne elaborede på de 12 punkter med egne perspektiver og relevante cases.

Læringspunkter: Med afsæt i case om colon irritabile

1. Konsultationsemne: Hvad handler det om
2. Læs journalen. Hvis du ikke husker eller kender pt. Respekt - ikke bias
3. Vær opmærksom på en ramme for at klassificere symptomer
4. Central sensibilisering. Brugbar koncept
5. Vent med at vise hvor klog du er. Tilbyd ikke diagnose endnu
6. Forvent og spørg ind til pt.'s frygt og forklaringsmodel
7. **UNDERSØG PATIENTEN**
8. Vis hvor klog du er. Vær ekspert.
9. Forklar omhyggeligt din forståelsesramme. "Funktionel" er valid diagnose
10. Paraklinik er lige så effektiv mod angst som benzodiazepiner
11. Konservativ behandling. Self management. Tiden hjælper. Realistisk forventning
12. Udvikling af læge-patient forhold. Planlæg opfølgning. Fokuser på funktion.

Perspektiv for KAP-H: Ingen udover, at man i supervisorsgrupperne kan tage emnet op i forb.m. cases om vanskelige/gode konsultationer

Michael Seidenfaden-Lassen



Session: Almost as good as continuity: establishing a trusting relationship in 10 minutes

Oplægsholder: John M. Wilkinson, Professor of Family Medicine fra Mayo Klinik, USA

Robert M. Jacobson, Pædiater, fra Mayo Klinik, USA

Mayo klinik dækker over 140000 patienter med almen praksis og akut funktioner, hvor kan man kan komme til se kroniske patienter som man ikke kender. Der umiddelbart arbejdes med 10 minutters konsultationer. Igenem tiden har de udviklet struktureret 12 trins konsultations proces til at ved første konsultation, "10 min.", kunne skabe relation med en kronisk patient som man ikke kender på den måde, minimerer unødige undersøgelser, give patienten forståelse af sin kroniske tilstand og mestring af sin sygdom og symptomer.

Denne struktureret konsultations proces handler om kroniske patienter med eksacerbation af en kendt kronisk tilstand, eks. case var en ung IBD-patient.

De 12 trin er:

- 1- At finde ud hvad handler problemet om, eksacerbation af en kronisk tilstand
- 2- Læs journal inden kalder patienten ind
- 3- Lav et framework i hovedet
- 4- Brug central sensitization koncept
- 5- Ikke vise hvor smart du er, hold med at komme med løsning/diagnose
- 6- Lyt og hører patientens forklaring på symptomer
- 7- Undersøg, lav undersøgelse som et ritual
- 8- Nu må du vise hvor "Smart" du er og være eksperten
- 9- Forklar forsigtig symptom sammenhæng ved funktionel sygdom
- 10- Parakliniske undersøgelser effekt er ikke bedre end Benzodiazepiner

- 11- Vær konservativ i behandling, symptomer vil gå over af sig selv med tiden, og at eksacerbation er normal forløb
- 12- Aftale om opfølgning

Når sessionen var for en konsultations proces, finder jeg det ikke relevant, at der kan arbejdes videre med det i KAP-H regi.

Mobarak Shah Atef

Session: Persistent physical symptoms in primary care - understanding and coping.

Oplægsholder: Dorte Jarbøl et co.

Vigtige læringspunkter: i Danmark har 10 % af befolkningen persisterende fysiske symptomer. 17 % af personer i venteværelset i almen praksis opfylder kriterierne. 80 % af befolkningen vil indenfor de sidste to uger har oplevet forbigående symptomer, som træthed, svimmelhed, hovedpine, mave- og rygsmerter.

Det er vigtigt at finde de personer, hvor det persisterer for at undersøge deres copingstrategier. Mange opgiver at forsøge at gøre noget ved deres symptomer men ender i stedet med resignation eller et forsøg med afledning fra generne. Dette er ikke gode strategier, da de ikke lære at håndtere problematikkerne, som ultimativt kan lede til øgning i stress og depression samt angst. Det anbefales derfor at tage hånd om problemerne og tillære sig strategier til håndtering af at leve med dem.

Der er i øjeblikket et projekt i gang med en digital løsning: www.mine-symptomer.dk, som kan udskrives som recept til patienterne ved besøg hos egen læge.

Forslag til KAP-H: at udbrede kendskabet til og anvendelsen af ovenstående app, såfremt den udbredes til Region H. At udvikle et valideret spørgeskema, som kan anvendes i almen praksis til at finde disse patienter.

Camilla Lund Borch

Session: Persistent Physical Symptoms in Primary Care – Understanding and Coping

- Ca 10% af befolkningen har BDS- 17% af ptt i AP
- Copingstrategier: Motion, alkohol, medicin, søge information
- Afhængigt af individet- approach bedst
- Spørgsmål vi kan stille patienten: Hvordan vil du selv forklare dine symptomer
- Mine symptomer webprogram

KAP-H kunne hjælpe med at formidle webprogrammet Mine symptomer til de praktiserende læger.

Gunvor Dahl

Session: Developing organizational and management skills in general practice - and why it pays off.

Oplægsholder: Camilla Ulfkjær Østergaard et. al

Sessionen startede med gennemgang af de forskellige konsulentbistandsmuligheder, der findes i de fem danske regioner, og hvilke tilbud der er i de forskellige regioner (SydPol, Nord-Kap, POL-S, LUPIP og team organisation). Tilbuddene i de fem regioner er meget lig.

- Alle har tilbyder management/organisationskurser (med forskellig tilsøgning)
- Hjælp i klinikken.
 - o Konflikt håndtering og mægling
 - o Arbejdstilfredshed
 - o Organisering af hverdagen
 - o Delegering
 - o Generationsskifte
 - o Hjælp til nynedsatte
 - o Klyngestøtte

Deltagere fra andre skandinaviske lande lader ikke til at have samme tilbud.

Efterfølgende workshop med følgende delgrupper, havde i overskrifter følgende konklusioner:

1. Største udfordringer for organisering og ledelse i almen praksis:
 - a. Work/life-balance
 - b. Stort patientpres -> mulig løsning: delegation
 - c. Delt lederskab
 - d. Fokuser på det næste "bedste trin".
2. Største udfordringer angående arbejdstilfredshed i almen praksis:
 - a. (På-)tag lederskab
 - b. Respekter hinanden
 - c. Økonomi er en vigtig forudsætning for at have mulighed for at lede.
3. Største udfordringer for nynedsatte praktiserende læger:
 - a. Work/life balance. Vær åben for det
 - b. Fristende at blive vikar. (Ingen ledelsesansvar og bedre løn – særligt i Sverige).

Workshoppen tydeliggjorde vigtigheden af de muligheder for bistand, der kan fås i Danmark. Med en relativ lille indsats vil man kunne hjælpe allerede nedsatte læger med at få rette fokus på ledelse, organisation etc. så energien bruges rigtigt. Den hjælp de nynedsatte har brug for, for at få struktur i det kaotiske hav der ligger foran dem i det første 1-2 år, kan ydes fra organisationskonsulenterne.

Men hvor mange nynedsatte kender til de mange muligheder de har? Hvor meget bruges tilbuddet?

Umiddelbart ved jeg, at der er en kort introduktion til tilbuddet på mødet for nynedsatte – en dag med excessivt mange oplysninger og svært at få fornemmelse af, hvad der er relevant for den enkelte.

Jeg ser den primære opgave for KAP-H, og konsulenter, at nå ud til dem, som virkelig har brug for hjælpen. Dem som ikke har overskud til at opsøge hjælpen er desværre dem der har brug for den mest.

Så min opfordring er, at konsulenterne uopfordret tager kontakt til de nedsatte læger, som har været nedsat i 5-10 år eller dem over 60 år, men særligt tager uopfordret kontakt til de nynedsatte læger, evt. 1 år efter de har nedsat sig, for at informere om den assistance de kan få fra organisationskonsulenterne i KAP-H.

Dette kunne være et relevant bidrag til at fastholde flere i egen klinik og eventuelt bidrage til at reducere lægemanglen.

Steffen Peter Bjerring

Session: Snart er vi alle patienter

Oplægsholder: Alexandra Brandt Ryborg Jønsson og John Brandt Brodersen

Med udgangspunkt i en ny bog af de to oplægsholdere gennemgik de overdiagnostik i medicinsk og samfundsfaglige perspektiver.

Mængden af overdiagnostik øges af stadig mere fintfølende teknologi (overdetektion) samt at grænserne for det normale konstant sænkes (overdefinition).

Det er i samfundet en generel holdning, at screening er “en forpligtigelse”, at det er bedre med ti undersøgelser for meget end en undersøgelse for lidt og denne holdning bakkes op af politikere, presse, medicinalindustri og mange speciallægeselskaber. Ydermere er der det paradoks, at øget screening fører til øget overdiagnostik som fører til at flere med (over)diagnosen overlever som fører til at den øgede screening tolkes som gavnlige som igen fører til øget screening...

Overdiagnostik fører til frygt, usikkerhed og tvivl hos patienten samt til et uhyrligt overforbrug af ressourcer og penge i sundhedsvæsenet.

Det er nødvendigt, at denne viden formidles bredt i sundhedsvæsenet.

Arne Hantho

Session: Quality and research based best practice among your Nordic Colleagues

Emne: Research Gap

Oplægsholder: VIDAP.dk

Opsummering:

Hvis man som praktiserende læge skal være opdateret, skal der læses 20 artikler om dagen – hvordan holder man sig opdateret? Workshoppen handlede om hvordan man kan lukke hullet mellem viden og praksis. Hvordan får man tid til kvalitetsudvikling?

Udvalgte læringspunkter fra sessionen:

Hvis vi skal have bedre transfer, kan det anbefales at deltage på ex. kurser sammen i klinikken og aftal møder efterfølgende for at få det implementeret.

Hvis vi skal prioritere ressourcerne til kvalitetsudvikling, skal der kigges på strukturen og organiseringen i klinikken – ex. Ser vi de rigtige patienter, kan vi bruge en praksis manager?

Hvis vi skal have en god implementering i klinikken, skal alle involveres – også personalet. Personalet er ofte ikke brugt nok i implementering.

I KAP-H kunne vi have mere fokus på 40-20-40 reglen – altså at vi bruger 40% procent af vores tid på forberedelse, 20% på selve undervisningen/kurset/praksisbesøget og derefter 40% på opfølgning/evaluering.

Der kan læses mere på VIDAP.DK

Mads Crandal

Session: Mental Health 3

Oplægsholdere: Kaj Sparle Christensen, Anneli Borge Hansen, Lars Kvalbein-Olsen, Ina Grung, Kim Kristoffer Dysthe, Sara Tahir

Denne session var af blandet kvalitet. Jeg vælger kun at nævne de to oplæg som havde et relevant indhold.

En forsker fra Norge har set på ikke diagnosticeret depression hos ældre og om vi som praktiserende læger er gode til at spørge ind til deres mentale helbred og dermed finde en udiagnosticeret depression.

Ældre pt blev interviewede efter en almindelig konsultation hos lægen, inkl depression score mv.

Det han fandt frem til, var at ældre mennesker taler lidt om deres psykiske helbred. De vil ikke forstyrre lægen med dette og “andre har det sikkert værre”. Han viste at 1/3 af de ældre som scorede til at have en moderat eller svær depression ikke havde talt med deres læge om det.

Ældre mennesker som kommer med mange fysiske symptomer, har større risiko for at have en depression.

Det vil sige at vi skal have øget fokus på vores ældres mentale helbred og være opsøgende i vores arbejde i forhold til at finde depression hos denne gruppe.

Husk at give dem ny tid og tale med dem herom i en separat konsultation.

Den anden session jeg vil fremhæve, er en forsker fra Norge som har set på patienternes opfattelse af behandlingen fra deres praktiserende læge for depression.

Konklusionen heraf var at pt føler de får hjælp af deres praktiserende læge. Det er vigtigt at vi tager os tid til disse patienter, at de føler sig hørt og at vi husker at følge op.

Som i alle vores møde med patienten er det vigtigt at vi tager patienten seriøst og husker på at der ligger meget forud for besøget hos os. At mødet er unikt og vigtigt og der er mange tanker og forventninger fra pt side.

Hvordan kan denne viden så bruges som nye projekter eller fokusområder, i almen praksis i Dk?

Jeg har ikke et forslag til et konkret projekt men jeg synes det er vigtigt at vi bliver ved med at tale om vigtigheden i at være til stede, og faktisk høre hvad patienterne kommer med. At være opmærksomme på at for dem er det noget specielt at komme til lægen med deres problem og det skal tages seriøst. Også fint at vi har fokus på de ældre og at de måske har det sværere ved at tale om deres symptomer på depression.

Maria Nordvall-Lassen

Session: Why is recruiting and retaining doctors to general practice a challenge? Evidence based knowledge on the importance of GPs and effects of the “GP crisis”

Oplægsholder: MD, GP, PhD Knut Eirik Eliassen, Associate Professor; University of Bergen

Rekruttering og fastholdelse af almene speciallæger i praksis er et kendt problem siden 2017 og et generelt problem i både nordiske og europæiske lande. En norsk akademisk gruppe af GP's sendte et evidensbaseret oplæg til sundhedsministeren i 2019, men dialog og interesse for emnet druknede i Covid-19 Pandemien.

Fordelene for patienten ved at være tilknyttet en fast læge(hus) er veldokumenteret i forhold til reduktion i antallet af akutte indlæggelser, men også nedsat patient mortalitet.

Hjørnesteinen er kontinuitet, læge-patient relation og tillid.

Hvad kan vi gøre?

Indslag fra kollegaer i salen. Der er generel enighed om, at teams i praksis kan aflaste, men antallet af kollegaer skal øges og det kan være nødvendigt med færre patienter grundet en øget arbejdsbyrde.

Det er vigtigt med faglige fællesskab og meningsfuldhed.

Hvordan rekrutterer vi nye kollegaer til specialet?

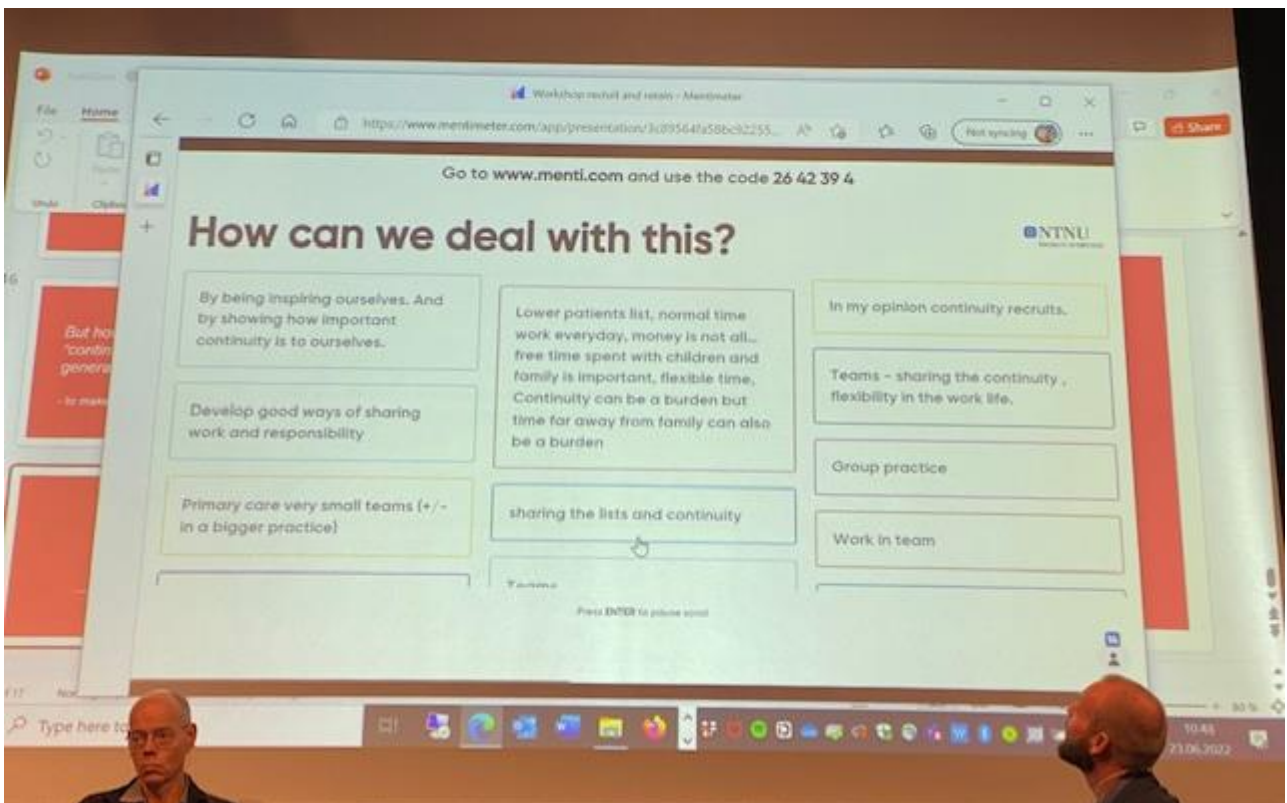
De unge læger skal introduceres til specialet, som en obligatorisk del af deres KBU-periode – det ved man, giver en større faglig interesse for specialet. De praktiserende læger skal tilstræbe at virke som rollemodeller og faglige tutorer. Se i øvrigt Chart (se vedhæftede billeder).

GP-migration er ikke en holdbar løsning.

Birgit Abelsen fremlagde en model; Plan - Recruit – Retain.

Man må lokalt analysere mulige strategier for implementering af rekrutteringsværktøjer og læge fastholdelse. Det kræver løbende evaluering og styring.

For interesserede i emnet “a new network for recruiting and retaining GPs” mhp. nye projekter, kan skrive mail til Head of Norwegian Centre for Rural Medicine Anette Fosse: anette.fosse@uit.no



Session: Chronic Care

Oplægsholder: Anders Prior: Chronic care services and variation between Danish general practices

- Undersøgte anvendelsen af kronikerydelser i praksis, bla. Årskontrol, samtaleterapi, opfølgende hjemmebesøg, samlet antal kontakter over 15 mdr periode.
- Fandt at der var stor variation mellem de enkelte praksis, særligt at jo flere ptter pr kapacitet, jo relativt færre kronikerydelser.
- Der blev givet flest ydelser til ældre multisyge med lav socioøkonomisk status -hvilket er fortrøstningsfuldt.
- Der afventes studie om effekten af kronikerydelserne i forhold til den varierende anvendelse.

Janne Unkerskov: Causes of discrepancies between medications listed in the national electronic prescribing system and patients' actual use of medications

- Årsagen til uoverensstemmelsen:
 - 53% pga "systemet" (heraf 65% AP)
 - 32% pga pt (70 % intentionelt (heraf 41% ophørt, 21% dosisreduktion) og 17% uintenderet (heraf 58% misforstået, 40% glemt)
- Når der er >3 mdr siden medicinkort er gennemgået øges risiko betydeligt for uoverensstemmelse.

Ingunn Leeber: Salutogenesis among patients with medically unexplained physical symptoms

- Salutogenese: fokus på faktorer der understøtter menneskers sundhed og velvære fremfor fokus på faktorer der forårsager sygdom.
- Italesættelse af livets vilkår.
- En strategi kan være metakognitiv terapi, hvor fokus ikke ligger på pts tanker, men på pts reaktion på tankerne.

Claus Rendtorff: A study regarding quality of follow up visits for diabetes type 2 in a cluster of general practitioners at the south western part of Copenhagen

- Hver klinik i klynge skulle svare på:
 - hvor mange af klinikkens DM ptter der kom til årskontrol
 - hvor mange af klinikkens DM ptter der følges på hospital
- Gentog spørgsmål efter 1 år.
- Gik fra gennemsnitligt 17% uden årskontrol til 5% uden årskontrol året efter
- Fandt at jo mindre klinik, jo bedre årskontrol fremmøde.

Tuuli Lehti: Do symptoms persist in old age? Observations from the Helsinki Aging Study 2019-2021

- Læger fokuserer på symptomer i forhold diagnosticering
- Ptter fokuserer på symptomer i forhold til påvirkning i hverdag
- Havde formuleret spørgsmål «have you *suffered* from symptoms?»

- Fandt at ældre rapporterer færre symptomer, har måske bedre copingstrategier?

Forslag til udviklingsprojekter i almen praksis, herunder KAP-H regi:

- Jeg tænker, at KAP-H, som det allerede også er i dag, fortsat har en central rolle i understøttelse af strukturering af kronikerbehandling i praksis, både ift faglighed og organisering.

Forslag til KAP-H team, som kunne gå videre med emnet:

- Medicinteam: medicingennemgang, tips til at holde medicinkortet reelt.
- Klyngeteam: facilitere opfølgning i klyngen for at kunne se effekt af fokus på et emne
- Organiseringsteam: hjælp til struktur på årskontrol i de praksis som ikke får lavet årskontroller systematisk.

Kristine Boss Skårhøj

Session: Point-of-care Ultrasound (POCUS) in GP – How do we develop evidence-based training programs?

Oplægsholder: Research unit for General Practice, Aalborg.

Dansk Almenmedicinsk Ultralyds Selskab, DAUS, har lavet liste over hvilke områder i GP der kan have nytte af POCUS:

1. IUD. 2. Intrauterin graviditet. 3. Residual urin. 4. Hydronephrosis. 5. Galdesten. 6. Pleura effusion. 7. Væske i knæled. 8. Abscesser. 9. FAST (Free fluid pericardium and peritoneum. 10. Rectal diameter (obstipation hos børn.)

Andre områder kunne være fx: tendinitis, bursitter, rotator cuff rupturer, Bakers cyster, DVT, hydrocele/varicocele, gestations alder.

Der findes aktuelt flere studier af POCUS-træning i almen praksis. Mange studier er gamle og der er behov for nye studier.

DAUS har lavet et oplæg til hvordan man kan gennemføre POCUS træning i GP:

Træningsforløbene bør være over længere tid, både med seminarer og hands-on træning, selvstudie, online studie, praktik i egen praksis.

Udfordringer i GP i forhold til at opnå rutine og vedligeholdelse af kompetencer er så som: korte konsultationstider hvor der ikke er mulighed for at bruge UL. Langt imellem patienter der kommer med symptt der passer til undersøgelserne. Mulighederne for at få kollegial oplæring og feedback, er dårlige i en travl hverdag. Svært at finde de rigtig syge, da man ser dem for sjældent i GP.

Repræsentanter fra Danmark, Norge, Frankrig og Schweiz fremlagde brug af POCUS i primary care. DK og NO ligger meget tæt på hinanden med hhv 12% og 15%, I Frankrig er der kun mellem 0,4% og 5% der bruger POCUS og i Schweiz er der ca 49% i GP der bruger POCUS i GP. Schweiz

Har den bedst organiserede undervisning i POCUS, både under medicinstudiet og som efteruddannelse.

Den efterfølgende diskussion bar præg af usikkerhed i brugen af POCUS: Giver det bedre/sikrere diagnoser? Anledning til overdiagnosticering? Mere sundhed for pengene?

For de deltagere der allerede har implementeret POCUS i deres klinik var generelt glade for det, og kunne ikke tænke sig at undvære det. De mente at man ved anvendelse af POCUS kunne afvise alvorlige diagnoser og herved undgå indlæggelser (Fx DVT og Extra uterine graviditeter), samt stor tilfredsstillelse i at fx berolige gravide ved konstatering af hjerteblink ved blødning i tidlig graviditet.

Vibeke Svarre Lyssand

Session: Oral Presentation - Musculoskeletal

Clinical staff involvement in the management of low back pain in Danish general practice. Interview study. (Pilotstudie)

90 % af rygsmerter er non-specifikke.

Behandling i form af Panodil, evt kiropraktor eller fysioterapi.

Opioider har (i reglen) ikke plads i behandlingen.

Kan almen praksis byde ind med noget?

Man har i dette studie undersøgt om praksispersonalet kan hjælpe pt ved samtaler og udlevering af informationer om rygsmerter; foldere, link til hjemmeside minryg.info.

Fokus på hvad pt selv kan gøre og at afdramatisere. Forsøge at forblive aktiv osv.

Kun få pt er evalueret på nuværende tidspunkt, så ingen konklusion på effekt endnu...

Adolescent back pain in general practice - less favorable than expected: 1 year follow-up.

Undersøgelser viser at 10% af samtlige konsultationer hos egen læge omhandler rygsmerter. 19 % af voksne får problemer med at passe deres arbejde pga rygproblemer.

20-40% af unge oplever i perioder rygsmerter. 50% svinder indenfor 1 uge.

Prognosen for unge med rygsmerter er derudover ukendt.

Man har derfor ønsket at undersøge hvordan det går for unge, 8-19 år, som henvender sig med rygsmerter.

Der blev udfyldt et basis-skema med bl.a. alder, vægt, højde mm

Endvidere spørgeskemaer vedr. smerter, bekymringer og fysiske begrænsninger.

Man havde et ønske om at inkludere flere hundrede patienter, men pga covid fik man blot inkluderet 13. Der foreligger 1 års follow up på 11 af disse.

2 af disse har scoliose som behandles konservativt og en af dem er blevet opereret for sin scoliose. Ud af de 11 unge havde alle ryggene efter 1 år og der var kun 3 som ikke havde fysiske begrænsninger efter 1 år.

Min kommentar: Man kan forestille sig at det er et ret selekteret materiale pga covid og den nedsatte tilgængelighed hos lægerne. Således at det er de pt. som har betydelige og/eller langvarige problemer som kontakter læge i denne undersøgelse.

Men det bliver interessant at se om der reelt er en stor andel af unge med rygsmerter som ender med betydelig patologi eller langvarige gener.

Claus Nyholm Jensen

Session: Guidelines for the Prevention of Cardiovascular Disease - a Critical approach

Emne: Prevention Cardiology

Oplægsholder: GP, PhD Hálfmán Pétursson

Workshoppen var todelt. Dels et oplæg om hypertensionsguidelines og dels en gruppediskussion.

Oplægget tog afsæt i, at nye hypertensionsguidelines i ECS og ACC fremhæver tiltagende lavere systolisk blodtryk (SBT) som cut-off for sygdom ligesom der i de nye SCORE2 risikoestimer er lavere cut-off for at komme i moderat risikogruppe, hvor behandling kan overvejes. Oplægget problematiserede at mange af disse guidelines hovedsageligt laves af vores kolleger i sekundærsektoren, her typisk kardiologer og at primærsektorens perspektiv kun sjældent inddrages. Det blev pba AP-populationer problematiseret, hvad effekt af sænkning af SBT er, når SBT i udgangspunktet < 140mmHg. Derudover blev det problematiseret, hvad det betyder i AP såfremt disse nyere lavere cut-off kommer til at indgå i AP, da vi kommer til at sygeliggøre op mod 32,2% af de raske 40-49-årige. At have kapacitet til at se alle disse nye patienter vil kræve betydelig flere praktiserende læger.

Herefter var der gruppearbejde om samme emne og ideer til løsninger. Vi sad sammen med 2 unge svenskere, en finne og en nordmand. Bedste bud var, at de videnskabelige almenmedicinske selskaber bør involvere sig aktivt i formuleringen af alle guidelines, der omhandler AP. Dette sker i dag i DSAM-regi i forvejen, men kan sagtens opprioriteres. Et andet godt bud er, at vi insisterer på flere "beskidte" studier, hvor man inkluderer flere AP-populationer med flere sygdomme og forskellige aldersgrupper.

I en KAP-H kontekst handler det nok mest, om hvordan vi organiserer vores kronikeromsorg. Hjælp til uddelegering, skriftlige instrukser og praktisk konsulenthjælp til klinikker, som kunne ønske dette. Hører nok mest til i organisationsdelen af KAP-H.

Daniel Faust Nathansen og Christine Drosdov Johansen

Session: Cancer. How can primary care help people in extended surveillance for “spots” on the lungs?

Oplægsholder: Michel Frumer, forskningsenheden for alm. praksis, Aarhus Universitets Hospital.

Hvordan kan vi bedst hjælpe vore patienter med noduli på lungerne, som er i et kontrol CT scanningsprogram, med at forstå, hvad det betyder at have en vævsforandring.

De kan være helt harmløse eller være en indikation for cancer.

Patienterne oplevede forvirring og utryghed ved at få at vide, at ”der var noget uden at være noget”. ”At det ikke var farligt, men alligevel var farligt.”

Konsekvensen for patienten er en frygt for fremtiden, som de må leve med og fylder meget.

Udviklingsprojekt: Hvordan kan vi lære at kommunikere bedre til patienter, der er i kontrolforløb pga øget risiko for udvikling af cancer.

1. Association mellem rygestatus, symptomfortolkning og henvendelse til almen praksis. Lisa Marie Sele Sætre. Forskningsenheden på Syddansk Universitet. Rygere har flere symptomer, men er mindre tilbøjelige til at søge læge pga disse symptomer. Både specifikke symptomer fra luftvejene og andre uspecifikke symptomer.

Man fandt, at rygere har dobbelt så mange symptomer, men halvt så mange henvendelser til deres læge. Dette skyldes især, at de er vandt til at hoste og have slim og lidt åndenød og derfor ikke er så bekymrede. Men selv ved forværring i symptomerne eller symptomer som vægttab og dyspnø, der gav bekymring, henvendte de sig ikke grundet skam og frygt for stigmatisering.

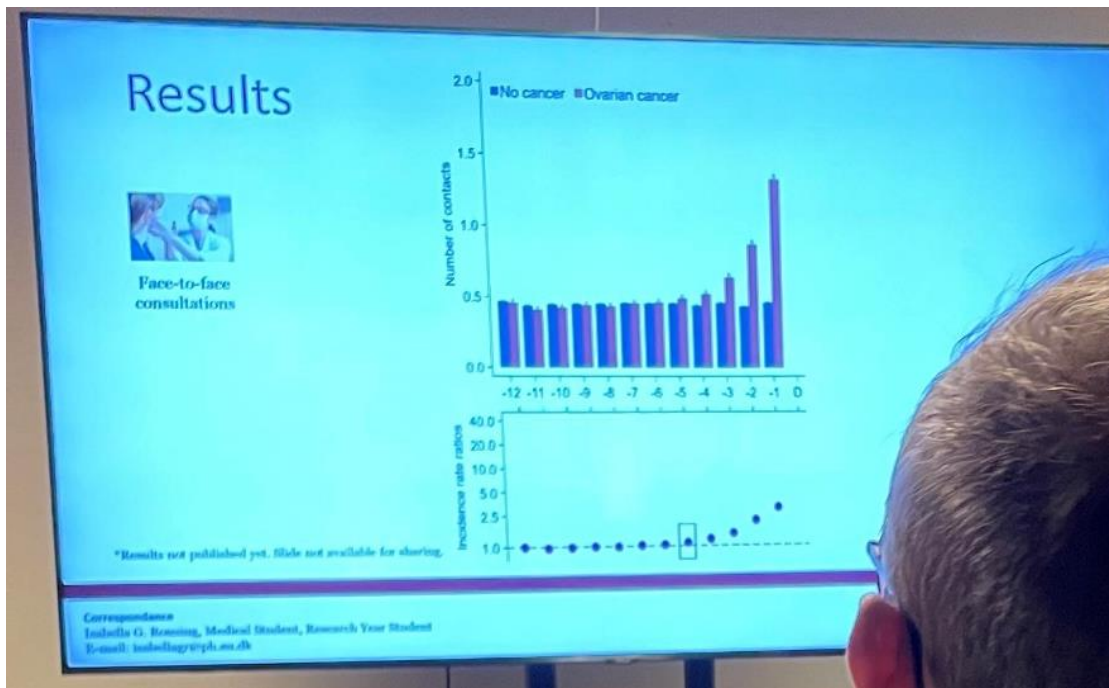
2. Ovariecancerpatienter i Danmark – henvendelse til primærsektoren og undersøgelser før diagnosticering. Isabella Gringer Rousing. Forskningsenheden for alm. medicin, Aarhus

Kvinderne med i forsøget var over 39 år. Årsag til henvendelse var symptomer som diffuse mavesmerter, forstoppelse, klager over udspilet mave og træthed.

60% med ovariecancer havde uspecifikke symptomer. 95% af alle kvinder har oplevet et af disse symptomer indenfor 1 år.

Der er dårlig prognose ved fremskreden sygdom og man ville undersøge, om der er et diagnostisk vindue.

Der fandtes, at for kvinder over 40 år var der gennemsnitligt 0,5 konsultationer pr person pr. måned – både med og uden ovariecancer. For kvinder med udiagnosticeret ovariecancer øgedes kontakten fra omkring 4 måneder før diagnosen blev stillet til 1 kontakt om måneden og 1 måned før til 1,5 kontakt – se graf.



Konklusion: Vigtigt med opmærksomhed på patienter med tiltagende kontakter med uspecifikke abdominale symptomer.

KAP-H-relateret mulighed: Det kunne være godt med et DGE-modul omhandlende forskellige cancere med dårlig prognose med fokus på tidlig diagnosticering, hvor også cancerpakker og hensigtsmæssig formidling inddrages.

4. Patient-forventning til primærsektoren angående behandling af sequelae efter kræft og kræftbehandling. Fysioterapeut Allan Riis, forskningsenheden for Alm. praksis i Ålborg.

Pga forbedret diagnosticering og behandling med øget overlevelse efter kræftbehandling vil antal personer med sequelae stige.

30% har behov for fysisk rehabilitering.

Mange patienter oplever, at den alment praktiserende læge har for lidt viden om sequelae efter cancerbehandling og har mest tillid til en læge med erfaring indenfor feltet.

Patienterne forventede overvejende en vedligeholdelse af deres funktionsevne med rehabiliteringen, men blev mødt af systemet med en forventning om en forbedring.

Konklusion: Vigtigt at vi har viden om hvilke sequelae cancerbehandling kan give før mødet med patienten.

Vigtigt at inddrage patienten i målsætningen og forventningen til rehabiliteringen.

5. Et kvalitetsstudie i palliativt samarbejde på tværs af sektorerne i et tyndtbefolket område. May-Lill Johansen. Arctic Universitet, Tromsø.

Barrierer for optimalt samarbejde:

- For sene eller for dårlige epikriser uden tilstrækkelig information til at overtage patienten optimalt i primærsektoren.
- For få face-to-face møder.
- Ingen dialog mellem onkologisk afdeling og almen praksis.

Facilitatorer for optimal behandling i prioriteret rækkefølge.

- At tale sammen. Best er face-to-face.
- Telefonsamtale
- Video
- Korrespondancer
- Brev

Udvikling: Videomøder mellem sektorerne ved overlevering af en palliativ patient.

(De almen praktiserende læger i Danmark er dog ret gode til palliativ behandling)

Marit Runge

Session: How to integrate palliative care in general practice

Emne: Palliative care

Oplægsholder: Anne Fasting, Thomas Gorlen, Maria Johansson, Anna Weibull

Take home message:

5 % af alle patienter ønsker at dø på sygehus, men 30 % dør på sygehus. Specifik GPs involvering i det palliative forløb øger chancen for at dø hjemme, sænker antallet af akutte indlæggelser uden at det koster flere konsultationer.

Dødsårsag: 25 % cancer, 75% (CVD, pulmonary disease, demens og andet)

OBS! Mange cancerpatienter får palliation, men de fleste døende patienter dør af anden sygdom og skal findes:

Metoder til identifikation af patienter med palliativt behov:

GPs vurdering at om pt er død ⇔ 50 % risiko for død

Fresh < > Fragile: træt >3 mdr, faldtendens, kan ikke selv bringe mad til hjemmet

SPICT spørgeskema

Forskellige modeller for palliation:

Sverige: Vårdcentral laver 24 ts dækkende udgående team: Sygeplejeske laver indledende besøg og læge følger op. Herefter primært besøg af sygeplejske, der tager efterflg besøg. Anvender "Svenske palliativ register", hvor 60 % af alle forløb indberettes 1 uge efter døden med sspls besvarelse af 29 spm.

Norge: 75 % følges i hospitalsbaseret ambulatoriske teams og hospitalisering ⇔ øger antal døde på hospital

GP ansvarlig for patienterne hjemme. Bruger Advanced Care Planning, Continuitet giver flere hjemmedød.

Danmark:

Palliation i GP eller ambulat hospitalsteam:

GP-projekt: SPICT, klinik kontakter pt 4-8 uger efter henv for alvorlig lidelse, tildeles læge/ sspl team, behov for palliation + end og life ønsker registreres i flydenotat, hver kontakt afsluttes med ny aftale

Tiltag generelt i DK: Kurser, guidelines, App Palliation i Praksis, Telefonrådgivning med speciallæge, aflønning med speciel takst for palliationskonsultationer.

Perspektiv:

Informer alle potentielle pt på hosp om at kontakte GP for visitation til at fortsætte i GP eller henv til specialiseret palliativ care på hospitalsteam.

Fortsæt dansk efteruddannelse af GPs i at takle palliation.

Birgit Nordentoft
