

Næste
udgave
26. november



KARRIERE & KULTUR
Opgør med tabu
Man kan sagtens være autist og
en god læge. ► **Side 22**



TILLÆG
**Sygeplejer-
sker i almen
praksis**
► **12 sider tema**

DAGENS Medicin

NR. 18 FREDAG 12. NOVEMBER 2021 Uafhængig nyhedsavis om sundhedssektoren

Til valg for et bedre sundhedsvæsen



ALMEN PRAKSIS
Unge læger
bliver i Thy
En gruppe yngre læger har
aftalt af slå sig ned som



Vi er tilsluttet
etisk nævn
for lægemiddelindustrien

GSK tilbyder KOL-behandling med samme
inhalator til alle 3 trin i DLS-KOL-vejledning*1-3

*DLS anbefaler ikke specifikke produkter.



ENKELT⁴
Én inhalator¹⁻³
Én inhalation¹⁻³
Én gang dagligt¹⁻³

Incruse Ellipta er indiceret som bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).³
Anoro Ellipta er indiceret som bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).²
Trelegy Ellipta er indiceret til vedligeholdelsesbehandling hos voksne patienter med moderat til svær kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), som ikke er velkontrolleret med en kombination af inhalationssteroid og en langtidsvirkende beta₂-agonist eller en kombination af en langtidsvirkende beta₂-agonist og en langtidsvirkende muskarin-antagonist.¹

Referencer: 1. SPC for Trelegy Ellipta 2. SPC for Anoro Ellipta 3. SPC for Incruse Ellipta
4. Svedsater H et al. BMV Pulm Med 2013; 13: 72-86.

PM-DK-UCV-ADVT-200001. 01.04.2021

INCRUSE ELLIPTA (umeclidinium)	ANORO ELLIPTA (umeclidinium/vilanterol)	TRELEGY ELLIPTA (fluticasonefuroat/umeclidinium/vilanterol)
1	2	3

Se produktresumé næste side

Trelegy Ellipta (fluticasonfuroat/umeclidinium/vilanterol) inhalationspulver, afdelt
Indikation*: Trelegy Ellipta er indiceret til vedligeholdelsesbehandling hos voksne patienter med moderat til svær kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), som ikke er velkontrolleret med en kombination af inhalationssteroid og en langtidsvirkende beta₂-agonist eller en kombination af en langtidsvirkende beta₂-agonist og en langtidsvirkende muskarin-antagonist. **Dosering*:** Voksne: Den anbefalede og maksimale dosis er én inhalation med Trelegy Ellipta 92/55/22 mikrogram én gang dagligt på samme tidspunkt hver dag. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler*:** Bør ikke anvendes til behandling af astma eller akutte tilfælde af bronkospasmer. Paradoks bronkospasme kan forekomme og behandlingen bør omgående seponeres. Øget brug af korttidsvirkende bronkodilatorer kan indikere dårligere sygdomskontrol og kræver revurdering af patient og behandlingsregime. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med ustabil eller livstruende kardiovaskulær sygdom, patienter med svært nedsat leverfunktion, patienter med urinretention og patienter med snærvinklet glaukom. Pneumoni kan udvikles hos behandlede KOL-patienter, hvoraf de kliniske tegn på sådanne infektioner ligner symptomerne på KOL-eksacerbationer. Der bør udvises forsigtighed ved anvendelse af Trelegy Ellipta sammen med andre lægemidler, der også kan medføre hypokalæmi. Plasmaglukose bør monitoreres tættere hos diabetespatienter. Synsforstyrrelser kan opstå efter behandling med Trelegy Ellipta og patienten bør henvises til oftalmolog. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med konvulsive sygdomme eller tyreotoksidose, samt hos patienter der er usædvanligt responsive over for beta₂-adrenerge agonister. Bør ikke anvendes til patienter med arvelig galactoseintolerans, total lactasemangel eller glukose-/galactosemalabsorption. **Interaktioner*:** Samtidig brug af både selektive og ikke-selektive beta₂-blokkere bør undgås, da disse kan antagonisere virkningen af vilanterol. Forsigtighed bør udvises ved samtidig administration af potente CYP3A4-hæmmere, da dette kan øge systemisk eksponering for fluticasonfuroat og vilanterol. Der forventes ingen klinisk relevant lægemiddelinteraktion ved brug sammen med CYP2D6-hæmmere eller P-gp-hæmmere. Bør ikke anvendes i kombination med langtidsvirkende muskarinantagonister eller andre langtidsvirkende beta₂-agonister, da dette kan forstærke kendte bivirkninger. Samtidig behandling med methylxanthin-derivater, steroider eller ikke-kaliumbesparende diuretika kan medføre hypokalæmisk virkning og skal anvendes med forsigtighed. **Graviditet og amning*:** Ingen eller begrænsede data ved gravid/ammende kvinder. Fordele af behandlingen skal afvejes mod eventuel risiko. **Bivirkninger*:** *Almindelig:* Pneumoni, infektion i øvre luftveje, pharyngitis, rhinitis, sinuitis, influenza, nasopharyngitis, candidiasis i mund og svælg, urinvejsinfektion hovedpine, hoste, oropharyngeale smerter, forstoppelse, led- og rygsmerter. *Ikke almindelig:* Virusinfektion i luftvejene, supraventrikulær takyarytmi, takykardi, atrieflimmer, dysfoni, tør mund og frakturer. *Sjældne:* Overfølsomhedsreaktioner herunder anafylaksi, angioødem, urticaria og udslett. *Ikke kendt:* Sløret syn. **Overdosering*:** En overdosis af fluticasonfuroat/umeclidinium/vilanterol kan medføre tegn og symptomer, som følge af de enkelte indholdsstoffers virkninger. Ved overdosering skal patienten have understøttende behandling og monitoreres efter behov. **Udlevering:** B. Generelt klausuleret tilskud. Klausuleret til patienter med KOL i GOLD gruppe D, hvor behandling med en kombination af LABA/LAMA eller ICS/LABA ikke har haft tilstrækkelig effekt.

Trelegy Ellipta findes i følgende pakninger:

Vnr 15 41 47	Inhalationspulver	92/55/22 mikg/dosis	30 doser
Vnr 44 32 28	Inhalationspulver	92/55/22 mikg/dosis	3x30 doser

Anoro Ellipta (umeclidinium/vilanterol) inhalationspulver, afdelt
Indikation: Anoro Ellipta er indiceret som bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Dosering*:** **Voksne:** En inhalation af Anoro Ellipta 55/22 mikrogram én gang daglig, der skal administreres på samme tidspunkt hver dag. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler*:** Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med svært nedsat leverfunktion. Bør ikke anvendes til behandling af astma eller akutte tilfælde af bronkospasmer. Paradoks bronkospasme kan forekomme og behandlingen bør omgående seponeres. Øget brug af korttidsvirkende bronkodilatorer indikerer dårligere sygdomskontrol og kræver revurdering af patient og behandlingsregime. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med svær kardiovaskulær sygdom, patienter med urinretention og patienter med snærvinklet glaukom. Der bør udvises forsigtighed ved anvendelse af Anoro Ellipta sammen med andre lægemidler, der også kan medføre hypokalæmi. Plasmaglukose bør monitoreres tættere hos diabetespatienter. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med konvulsive sygdomme eller tyreotoksidose, samt hos patienter usædvanligt responsive over for beta₂-adrenerge agonister. Bør ikke anvendes til patienter med sjældent arvelig galactoseintolerans, total lactasemangel eller glukose-/galactosemalabsorption. **Interaktioner*:** Samtidig brug af både selektive og ikke-selektive beta₂-blokkere bør undgås, da disse kan antagonisere virkningen af vilanterol. Forsigtighed bør udvises ved samtidig administration af potente CYP3A4-hæmmere, da dette kan øge systemisk eksponering af vilanterol. Der forventes ingen klinisk relevant lægemiddelinteraktion ved brug sammen med CYP2D6-hæmmere eller P-gp-hæmmere. Bør ikke anvendes i kombination med langtidsvirkende muskarinantagonister eller andre langtidsvirkende beta₂-agonister, da dette kan forstærke kendte bivirkninger. Samtidig behandling med methylxanthin-derivater eller ikke-kaliumbesparende diuretika kan medføre hypokaliæmisk virkning og skal anvendes med forsigtighed. **Graviditet og amning*:** Ingen eller begrænsede data ved gravid/ammende kvinder. Fordele af behandlingen skal afvejes mod eventuel risiko. **Bivirkninger*:** *Almindelig:* Urinvejsinfektion, sinuitis, nasopharyngitis, pharyngitis, infektion i øvre luftveje, hovedpine, hoste, orofaryngeale smerter, dysfoni, obstipation, mundtørhed. *Ikke almindelig:* Udslett, tremor, dysgeusi, atrieflimren, supraventrikulær takykardi, idioventrikulær rhythm, takykardi, supraventrikulære ekstrasystoler, palpitationer. *Sjælden:* Anafylaksi, angioødem, urticaria, sløret syn, glaukom, øget intraokulært tryk, paradoks bronkospasme, urinretention, dysuri, stranguri. **Overdosering*:** En overdosis af umeclidinium/vilanterol kan medføre tegn og symptomer, som følge af de enkelte indholdsstoffers virkninger. Symptomer som ses ved overdosering er de samme som ses ved inhalerede muskarinantagonister eller beta₂-agonister. Ved overdosering skal patienten have understøttende behandling og monitoreres efter behov. **Udlevering:** B. Generelt klausuleret tilskud. Klausuleret til patienter, som ikke kan behandles tilstrækkeligt med LABA eller LAMA i monoterapi samt KOL-patienter i GOLD D.

Anoro Ellipta findes i følgende pakninger:

Vnr 15 49 76	Inhalationspulver	55/22 mikg/dosis	30 doser
Vnr 16 20 84	Inhalationspulver	55/22 mikg/dosis	3x30 doser

Incruse Ellipta (umeclidinium) inhalationspulver, afdelt
Indikation: Incruse Ellipta er indiceret som bronkodilaterende vedligeholdelsesbehandling til symptomlindring hos voksne patienter med kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). **Dosering*:** **Voksne:** En inhalation af Incruse Ellipta 55 mikrogram én gang daglig, der skal administreres på samme tidspunkt hver dag. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler*:** Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med svært nedsat leverfunktion. Bør ikke anvendes til behandling af astma. Paradoks bronkospasme kan forekomme og behandlingen bør omgående seponeres. Bør ikke anvendes til akutte symptomer. Øget brug af korttidsvirkende bronkodilatorer indikerer dårligere sygdomskontrol og kræver revurdering af patient og behandlingsregime. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med svær kardiovaskulær sygdom, herunder særligt hjertearytmier, patienter med urinretention og patienter med snærvinklet glaukom. Bør ikke anvendes til patienter med alvorlig galactoseintolerans, særlig form for arvelig galactosemangel eller glukose-/galactosemalabsorption. **Interaktioner*:** Bør ikke anvendes i kombination med langtidsvirkende muskarinantagonister, da dette kan forstærke kendte bivirkninger. Der forventes ingen klinisk relevant lægemiddelinteraktion ved brug sammen med CYP2D6-hæmmere eller P-gp-hæmmere. Inhaleret umeclidiniumbromid er anvendt sammen med andre lægemidler mod KOL uden klinisk evidens for interaktion. **Graviditet og amning*:** Ingen eller begrænsede data ved gravid/ammende kvinder. Fordele af behandlingen skal afvejes mod eventuel risiko. **Bivirkninger*:** *Almindelig:* Nasopharyngitis, infektion i øvre luftveje, urinvejsinfektion, sinuitis, hovedpine, takykardi, hoste. *Ikke almindelig:* Pharyngitis, overfølsomhedsreaktioner herunder udslett, urticaria og pruritus, dysgeusi, atrieflimren, idioventrikulær rytme, supraventrikulær takykardi, supraventrikulære ekstrasystoler, forstoppelse, mundtørhed, udslett. *Sjælden:* Øjensmerter. *Ikke kendt:* Svimmelhed, glaukom, sløret syn, øget intraokulært tryk, urinretention, dysuri. **Overdosering*:** En overdosis af umeclidiniumbromid kan medføre tegn og symptomer, som stemmer overens med kendte bivirkninger ved inhalerede muskarinantagonister, såsom mundtørhed, visuelle akkommodationsforstyrrelser, takykardi. Ved overdosering skal patienten have understøttende behandling og monitoreres efter behov. **Udlevering:** B. Generelt tilskud.

Incruse Ellipta findes i følgende pakninger:

Vnr 17 75 12	Inhalationspulver	55 mikrog/dosis	30 doser
Vnr 37 25 36	Inhalationspulver	55 mikrog/dosis	3x30 doser

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen/EMA godkendte produktresumé. Fuldt produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos GlaxoSmithKline Pharma A/S, Postboks 3, 2610 Rødovre.

Bivirkninger, både kendte og nyopdagede, bedes indberettet hurtigst muligt til Lægemiddelstyrelsen (www.meldenbivirkning.dk) eller GlaxoSmithKline (dk-info@gsk.com).

Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk

ANORO Ellipta, TRELEGY Ellipta og INCRUSE Ellipta er udviklet i samarbejde med **INNØVIVA**



Delta Park 37
DK-2665 Vallensbæk Strand
T +45 36 35 91 00
F +45 36 35 91 01
www.glaxosmithkline.dk



Systematisk efteruddannelse

Hindsgavl Slot

2. december, kl. 08:30-16:00

Patienten med hovedpine



Aktiviteten skal styrke lægens viden om udredning og behandling af de forskellige typer af hovedpine med gennemgang af relevante undersøgelsesteknikker i almen praksis, laboratorietest, eventuel relevant billeddiagnostik samt behandling i almen praksis.

29. november, kl. 08:15-16:00

Patienten med svimmelhed



Aktiviteten skal styrke lægens viden om udredning af de forskellige typer af svimmelhed med gennemgang af relevante undersøgelsesteknikker i almen praksis, laboratorietest samt relevant billede diagnostik.

29. november, kl. 08:30-15:30

Patienten med ledsmerter



Få en god opdatering i de reumatologiske sygdomme på 1 kursusdag. Kurset belyser de udfordringer almen praksis har vedr. reumatologiske patienter. Hvilke blodprøver skal tages når pt. henvender sig med ondt i led, muskler eller ryg? Hvordan stilles diagnoserne? Hvordan undersøges led og ryg bedst? Hvornår skal der henvises til RTG undersøgelser? Hvor meget kan vi selv klare i almen praksis og hvornår skal vi henvise til reumatologien? Hvordan er den moderne behandling af RA og andre systemiske bindevævs-sygdomme? Har fiskeolie, cannabis og andre alternative en plads i behandlingen? Hvordan er det med de nye biologiske lægemidler – hvornår skal de bruges?

Praktisk information

Målgruppe: Praktiserende læger og andre sundhedspersoner med interesse for emnet
Pris: 3.000 kr. ekskl. moms (3.750 kr. inkl. moms) pr. kursusdag. Disse kursuser er godkendt til refusion fra Fonden for Almen praksis.

Tilmelding på dagensmedicin.dk/konferencer, på tlf.: 72 42 34 68 eller mail tira@dagensmedicin.dk

Næste
udgave
26. november



KARRIERE & KULTUR
Opgør med tabu
Man kan sagtens være autist og en god læge. ► **Side 22**



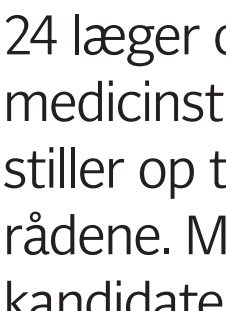
TILLÆG
Sygeplejersker i almen praksis
► **12 sider tema**

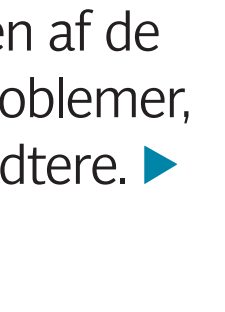
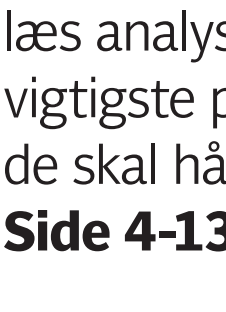
DAGENS Medicin

NR. 18 FREDAG 12. NOVEMBER 2021 Uafhængig nyhedsavis om sundhedssektoren

Til valg for et bedre sundhedsvæsen











24 læger og 2 medicinstuderende stiller op til regionsrådene. Mød 5 af kandidaterne og læs analysen af de vigtigste problemer, de skal håndtere. ► **Side 4-13**



ALMEN PRAKSIS
Unge læger bliver i Thy
En gruppe yngre læger har aftalt af slå sig ned som praktiserende læger i Thy-området. Med en række attraktive rekrutteringsinitiativer har regionen måske løst fremtidige problemer med lægedækning.

Lægedage er tilbage efter et annus horribilis
På mandag er Lægedage tilbage for fuld tryk efter et coronapræget år med aflysninger. I alt 134 kurser er planlagt for de cirka 2.700 tilmeldte deltagere.
► **24 siders tillæg**

DEBAT
Regioner og hospitaler som drivkraft i det danske life science-økosystem
► **Debat: Side 20**

»
Det går nærmest modsat: dårligere dag for dag
Torben Mogensen
Fhv. vicedirektør, dr.med.
► **Stikpil-len: Side 20**



Kursus

Selvvalgt efteruddannelse

1. - 2. december, kl. 08:30 - 16:00

Kursussted: Hindsgavl Slot

Plejehjems- lægen

Kurserne er uafhængige af hinanden

Plejehjemslægen del 1:

Kurset lægger op til at du bliver bedre til at medicinere dine ældre patienter. Underviser **Catharine Foss**, der er overlæge på geriatrisk afdeling på Aarhus Universitetshospital og **Anton Pottegård**, der er professor i farmakoepidemiologi og klinisk farmaci.

Hvilke overvejelser skal man gøre ved ordinerings af medicin, hvilke typer medicin kan være uhensigtsmæssig og bør undgås. Brugen af smertestillende medicin inkl morfika, antipsykotisk medicin og andre psykofarmaka vil blive diskuteret. Hvornår skal man overveje afmedicinering ved polyfarmaci.

Kursusleder og
undervisere:



Bo Gerdes



Catharine Foss



Anton Pottegård

Plejehjemslægen del 2:

Kurset tager sit udgangspunkt i somatiske problemstillinger på plejehjem. Underviser **Trine Sander Pedersen**, der er specialeansvarlig overlæge, Herlev og Gentofte Hospital.

Hvordan takler vi svimmelhed, fald og ernæringsproblemer i et plejehjemsmiljø? Hvilke farmakologiske muligheder og begrænsninger har vi, når vi behandler svækkede beboere på et plejehjem? Hvordan kan vi inddrage vores konsultationssygeplejerske i arbejdet som plejehjemslæger?

Kursusleder og
underviser:



Philip Hasselqvist



Trine Sander
Pedersen

Praktisk information

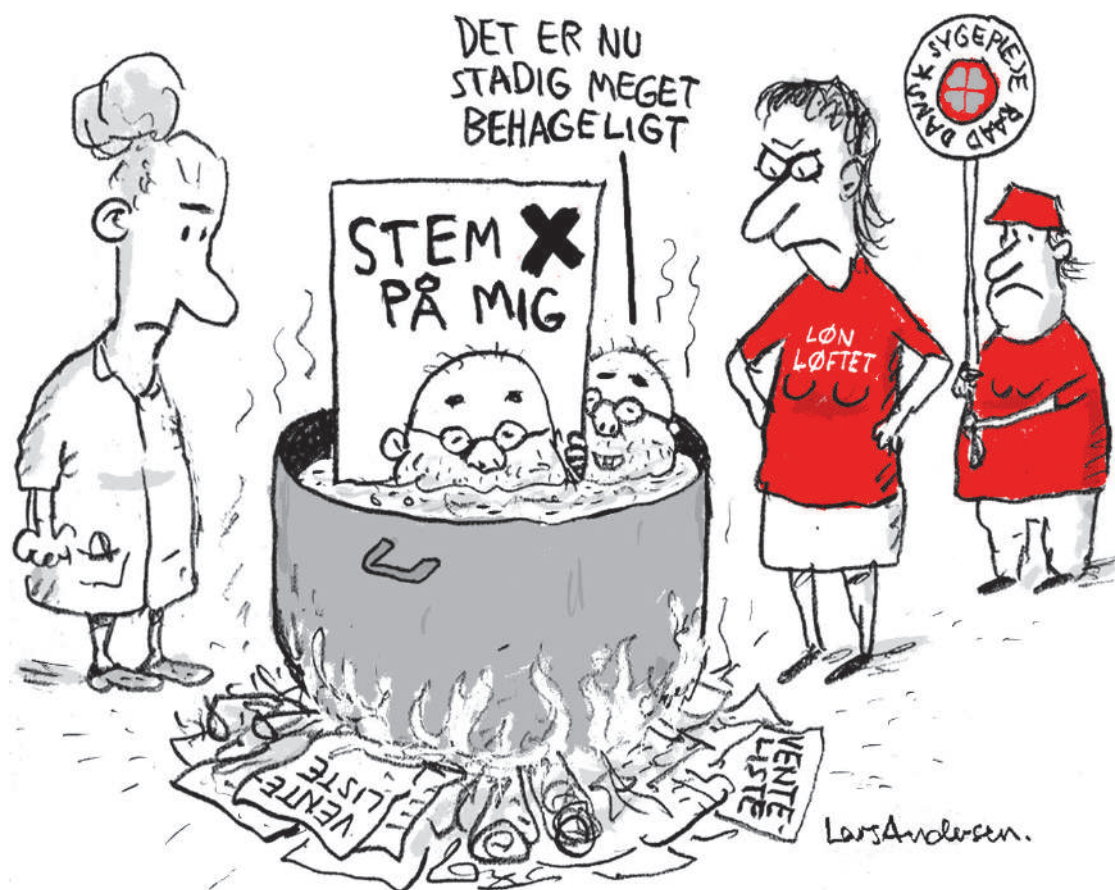
Målgruppe: Praktiserende læger.

Pris: Praktiserende læger: 3.000 kr. ekskl. moms (3.750 kr. inkl. moms)

Godkendt til refusion fra Fonden for Almen praksis.

DAGENS
Medicin

Tilmelding på: dagensmedicin.dk/konferencer, tlf.: 72 42 34 68 eller mail tira@dagensmedicin.dk



TEGNING: LARS ANDERSEN

Sæt kryds ved en, der forstår sundhedsvæsenets grundlæggende krise

Hver dag er der nye historier: Tusindvis af danskere, der lever uden adgang til en praktiserende læge. Vagtlægelønninger på himmelflugt. Overbelastede fødegange og jordemødre, der flygter væk fra hospitalsjobbet. Opsigelse af lokale aftaler om sygeplejerskers overarbejde. Bekymringsskrivelser om arbejdsmiljø og patientsikkerhed. Rasende sygeplejersker, som reagerer på statsministerens opfordring til endnu en gang at gøre en ekstra indsats, efter at de har knoklet med COVID-19 i halvandet år og blev negligeret, da de strejkede i ugevis i sommer for at få mere løn. Man får kort sagt det indtryk, at det danske sundhedsvæsen nærmer sig en eller anden form for nedsmeltning.

PÅ MANGE MÅDER er det den perfekte storm, der rammer os nu. Siden begyndelsen af nullet har der været talt og skrevet om den enorme udfordring, der vil ramme velfærdsstaten, når vi kommer til de små ungdomsårgange, og der bliver slagsmål om arbejdskraften, samtidig med at vi lever længere, og der bliver flere kronisk syge. Men ligesom en frø i en gryde ikke hopper op af det kogende vand, hvis vandet opvarmes langsomt, har ingen rigtig for alvor adresseret problemet med den tiltagende op-
hedning af velfærdssamfundets maskineri.

Strukturreformen i 2007 var et forsøg på at igangsætte en plan, som i hvert fald skulle tage hånd om sundhedsvæsenets udfordringer, men det er som om, projektet undervejs har mistet styringen og dermed også mål og momentum. Der er supersygehuse på vej, men hele omlægningen af det nære sundhedsvæsen, som er forudsætningen for at nedlægge sengepladser og sende patienterne ud i det nære

sundhedsvæsen, er forsinket og forsømt. Og hvem har lederskabet?

REGIONERNE HAR HAFT travlt med at effektivisere sygehusene. Kommunerne har kløet sig i nakken og har haft svært ved grænsefladen mellem servicelov og sundhedslov. De nationale politikere har holdt sig for øjne og ører og brugt deres taletid på at overgå hinanden med kortsigtet designpolitik baseret på seneste meningsmåling fremfor at tage sig af de grundlæggende problemer med velfærdssamfundet inklusive sundhedsvæsenet og manglen på arbejdskraft. Og så fik vi lige en pandemi oven i det hele.

Alligevel hører man stort set ikke et ord om problemstillingen, når der bliver talt og skrevet om valget til by- og regionsråd på tirsdag. Til trods for at netop kommuner og regioner burde være dybt involveret i netop sundhedsvæsenet. Siden 2007 har regionernes hovedopgave været at drive landets sygehuse og almen praksis, mens kommunerne skulle tage sig af den primære forebyggelse og rehabilitering.

Nogen vil argumentere for, at regionerne har så lidt råderum, at de reelt er reduceret til forvaltere af statslig sundhedspolitik og statslig finansiering. Og at kommunerne reelt ikke er i stand til at løfte det ansvar, de fik med sundhedsloven. Men det er forstemmende, at ingen – som i ingen – italesætter krisen i sundhedsvæsenet og behovet for at gøre noget.

Pilen peger selvfølgelig mest på de nationale politikere. Regeringen kan vi ikke regne med – de har, siden de fik magten i 2019, forsøgt at sno sig uden om al reel handling i forhold til sundhedsvæsenets

grundlæggende udfordringer, og det seneste udspil om nærhospitaler helt uden substans er endnu en narresut i rækken. Men hvor er oppositionen? Og hvor er støttepartierne?

MED EN REGERING, der i den grad smyger sig uden om et af velfærdssamfundets kerneområder, ville det være oplagt at bringe sig i spil for vælgerne med en plan og reelle forslag til at gøre noget, der både på kort og lang sigt kan afhjælpe den krise, sundhedsvæsenet graver sig dybere og dybere ned i. Og kommunal- og regionsvalget ville være en glimrende platform til i det mindste at tale om krisen og behovet for sådan en plan.

Så det bedste ville selvfølgelig være, hvis vi på tirsdag skulle til folketingsvalg og kunne belønne eller straffe politikere og partier alt efter deres evne til at forholde sig til velfærdsstatens største krise udover klimaforandringerne. Men det får vi nok først lov til i 2023, og det er længe at vente, hvis man mærker efter, hvor varmt vandet i gryden faktisk er. Så her skal lyde en opfordring til alle om at stemme på nogen, der italesætter sundhedsvæsenets grundlæggende krise og peger på reelle løsninger af de strukturelle problemer. Og det hører med, at organisationer, der råber op om mere i løn og flere af egen slags, uden at anerkende det større fælles problem, kun gør ondt værre.

Godt valg!

Af Rikke Esbjerg
Chefredaktør



Ingen har rigtig for alvor adresseret problemet med den tiltagende op-
hedning af velfærdssamfundets maskineri

Dagens Medicin

Dagens Medicin er en uafhængig nyhedsavis, der arbejder for at skabe højest mulig kvalitet i sundhedsvæsenet.

Dagens Medicin • Møntergade 19 • 1140 København K. • Tlf. 3332 4400 Fax: 7242 5440 • dagensmedicin.dk • Udgiver: Dagens Medicin

Ring direkte: Tast 7242 og derpå det firecifrede lokalnr. Email: @ efterfølges af dagensmedicin.dk

Redaktion
Rikke Esbjerg, chefredaktør, 22 64 29 37, re@
Jesper Bernstorff Jensen, redaktionschef, 51 22 61 54, jbj@
Asser Pelle, fagredaktør, 28 57 56 11, aspe@
Katrine Pinborg, journalist, 3402, kapi@
Thor Melbye, journalist, 3423, thme@
Niels-Bjørn Albinus, journalist, 3421, nba@
Britt Lindemann, journalist, 3407, brli@
Nick Sturm, journalist, 27 14 86 22, nist@
Majken Allerød Simonsen, grafiker, 3462, masi@
Louise Lynggaard Nielsen, korrekturlæser

Administration
Tina Ipsen, kommerciel direktør, 21 68 49 20, tiip@
Kasper Daniel Balslev, marketingansvarlig, 28 70 22 66, kdba@
Steffen B. Nielsen, digital udviklingskonsulent, 3426, sbn@
Annoncer
Carsten Venø, Key Account Manager, 3432, carsten.venoe@
Vicki Bech Hansen, Key Account Manager, 31 10 32 33, viha@
Annoncemateriale og Konferencer
Tine Rasmussen, salg og konference koordinator, 3468, tira@

Ferietjeneste ferietjeneste@
Mail-adresser dm@ nyheder@ forskning@ navne@ debat@ kalender@ ferietjeneste@ annonce@
Abonnement abonnement@
Distribution Bladkompagniet
Tryk Dansk AvisTryk
ISSN-nummer 1397-3290

Oplag 15.815 (2020) Kontrolleret af Dansk Oplagskontrol

Vi tager ansvar for indholdet og er tilmeldt

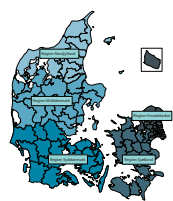
Dagens Medicin udkommer som selvstændig avis i Danmark, Sverige, Norge, Finland, Slovenien, Estland og Polen. Dagens Medicin er ejet af Bonnier og JP/Politikens Hus.

FMK

PRESSE NÆVNET

rapporten

RV2021



Regionspolitikere skal bestige et bjerg af opgaver

Der mangler hænder, psykiatrien er presset, og sundhedsvæsenet savner sammenhæng. Uanset hvem, der kommer til at stå i spidsen for regionerne, er der nok at tag fat på, mener fire erfarne sundhedseksperter.

Af Nick Sturm og Katrine Pinborg

Arbejdet har på den ene side været helt ekstremt og ude af normale proportioner, men på den anden side har ventetiden også været lang. Samtidig har COVID-19 vendt op og ned på hospitals- og sundhedsvæsenet, mens den sundhedsreform, som Lars Løkke Rasmussen i sin tid som Venstre-statsminister bebudede, fortsat ikke er blevet vedtaget.

Regionerne har i den seneste regionale valgperiode kæmpet en ofte forgæves kamp for at få nok sundhedsfaglige. Supersygehusenes byggerier har været dyre og forsinkede, og oven i det har sygehusene siden marts 2020 først skullet omstille deres arbejde fuldstændigt for at lave nye COVID-afsnit, for efterfølgende at skulle høve puklen af tusindvis af udskudte operationer. Der har med andre ord været rigeligt at se til, og det samme kommer til at gælde efter regionsvalget tirsdag 16. november.

Forud for seneste regionsvalg i 2017 abdicerede den socialdemokratiske regionskonge Bent Hansen, hvilket intensiverede snakken om, hvem der skulle være hans arvtager.

Få havde nok gættet på, at den syddanske og dengang ikke særligt kendte regionsrådsformand Stephanie Lose (V) med Radikale Venstre som kongemager ville vinde formandsposten i Danske Regioner foran fire socialdemokratiske regionsrådsformænd, der havde mere travlt med at finde en formandskandidat blandt dem selv end at samle mandaterne til et flertal i Danske Regioners bestyrelse.

To stærke kvinder

Stephanie Lose har igen meldt sit kandidatur som formand for regionerne. Indtil videre forholder socialdemokraterne sig tavse, men mon ikke de nuværende røde regionsrådsformænd har lagt en plan for, hvordan de kan generobre den ultimative regionale formandspost.

Den klareste socialdemokratiske kandidat synes at være Ulla Astman fra Nordjylland, der også endte med at være partiets kandidat i 2017. Hun er den mest erfarne blandt alle regionsrådsformændene og plejer at stå stærkt i sin egen region.

Stemmerne i de fem regionale valg skal selvfølgelig først tælles op, inden det officielle spil kan begynde. Og hvordan de valg kommer til at gå, kan du læse mere om på de følgende sider.

Men uanset hvem der skal ringe med klokken fremover på regionsmøderne, og uanset hvem der sidder for bordenden, når bestyrelsen i Danske Regioner mødes første gang i det nye år, så bliver der nok at tage fat på i de kommende år for de 205 regionspolitikere, der ender med at blive valgt til landets 5 regionsråd. Først og fremmest agter regeringen at præsentere en færdig sundhedsaftale, og der kommer også snart en 10 års plan for psykiatrien. De nationale politiske udspil og forhandlinger skal løse nogle af de mange problemer, som regionerne bakser med.

Sundhedsvæsenet er udfordret, og over for Dagens Medicin spår fire eksperter, at de kommende regionspolitikere får travlt.

Arbejdskraft er en reel krise

Mange hospitaler kæmper for at skaffe arbejdskraft nok. Senest har den store mangel på sygeplejersker resulteret i, at læger løser sygeplejerskeopgaver, og at bl.a. hjertepatienter får udskudt operationer på Rigshospitalet.

Jonatan Schloss, direktør for Komponent – Kommunernes Udviklingscenter og tidligere adm. direktør i PLO, er stålset i sin betragtning af regionernes største arbejdsopgave.

»Penge eller produktivitetskrav er ikke længere regionernes største problem. Manglen på hænder er lige nu den største krise i sundhedsvæsenet,« siger Jonatan Schloss.

Han ser to scenarier for sig:

»Vi kan fortsætte som hidtil, hvorved arbejdskraftmanglen bliver værre. Eller vi kan omorganisere sundhedsvæsenet, så opgaver kan løses andre steder eller af teknologi.

Det kræver en virkelig stor plan, som jeg endnu ikke har set nogen arbejde med, og regeringens planer for, hvordan vi håndterer manglen på hænder, er jeg ikke stødt på. Spørgsmålet er derfor, om regionerne selv er i stand til at håndtere den manglende arbejdskraft.«

Demografisk pres

Den demografiske udvikling med et stigende antal ældre presser sundhedsvæsenet. Mickael Bech, der er forsknings- og analysechef på sundhedsområdet i VIVE, er enig i, at manglende arbejdskraft er regionernes helt store udfordring.

»Hænder, der kan levere sundhedsydelse, bliver i stigende grad en udfordring. Vi ser det allerede især på psykiatriområdet og i yderområderne, og det vil blive et stigende problem over de kommende år. Desværre er der ikke et quick fix til de nye regionspolitikere,« siger Mickael Bech.

For at kunne rekruttere og fastholde medarbejdere skal regionerne sikre et godt arbejdsmiljø og samtidig f.eks. satse på at få seniorer til at vægte jobbet højere end pension. Mickael Bech foreslår også at inddrage et overskud af fysioterapeuter og ergoterapeuter til andre opgaver.

SOSU'er fortjener nyt image

Der ligger også en stor opgave for regionerne i at være med til at ændre det image, som nogle af sundhedsvæsenets professioner har fået.

»En profession som sygeplejerske har lidt et gevaldigt knæk under strejken. Der er ligheder med SOSU-assistenternes image, hvor folk ofte kobler deres arbejde sammen med det at 'tørre røv' på ældre. SOSU-assistenten har et image, de ikke fortjener, for i virkeligheden tager de sig af komplekse og svære problemer og har en fin uddannelse,« siger Mickael Bech.

Sygeplejerskernes konflikt og dens efterspil vil også ifølge Jonatan Schloss medføre eftervirkninger for regionerne.

»Der kører en organiseret modstandsbevægelse blandt sygeplejerskerne, og spørgsmålet er, hvor længe de bliver ved med at være så



Der kører en organiseret modstandsbevægelse blandt sygeplejerskerne, og spørgsmålet er, hvor længe de bliver ved med at være så utilfredse

Jonatan Schloss, direktør for Komponent – Kommunernes Udviklingscenter

Hvis flere sygeplejersker **tog fuldtidsarbejde**, ville manglen på dem være forsvundet på to minutter

Jonatan Schloss, direktør for Komponent – Kommunernes Udviklingscenter



4 RØDE MOD 1 BLÅ. Det helt store slag ved årets regionsvalget kommer til at stå, når formandsposten i Danske Regioners bestyrelse skal besættes. Vil det endnu engang lykkes for Stephanie Lose (V) at tørre et flertal af socialdemokratiske regionsrådsformænd og sikre sig selv og blå blok fire år mere for bordenden? — Foto: Steen Brogaard

utilfredse. Efterspillet påvirker både de nuværende sygeplejerskers lyst til at arbejde, men det rammer i høj grad også potentielle kandidater til sygeplejerskestudiet,« siger Jonatan Schloss og fortsætter:

»Hvis flere sygeplejersker tog fuldtidsarbejde, ville manglen på dem være forsvundet på to minutter, for internationalt set har vi mange sygeplejersker i sundhedsvæsenet i forhold til antallet af indbyggere. Fordi så mange sygeplejersker er på deltid, er det sværere at få vagtplanen til at passe, og det bliver dermed til en afdeling for selvskabte plager. Sygeplejerskerne ville få et helt andet arbejdsliv, mere planlagt og forudsigeligt og bedre lønnet, hvis flere var på fuld tid. Men de fleste foretrækker deltid, fordi de oplever en presset hverdag. Det er lidt hønen og ægget. Hvis flere gik på fuld tid, ville presset falde.«

Sygehusejer eller leder?

I juni 2021 kunne Danske Regioners formand, Stephanie Lose (V), og KL's formand, Jacob Bundsgaard (S), sammen med sundhedsminister Magnus Heunicke (S) præsentere fundamentet for en kommende plan for sundhedsvæsenet bestående af 21 sundhedsklynger placeret omkring akuthospitalerne.

I slutningen af oktober, knap tre uger inden regionsvalget, præsenterede regeringen sit seneste forslag, der bl.a. går på etableringen af 20 såkaldte nærhospitaler, der på papiret lyder som de kommunale sundhedshuse.

Jonatan Schloss ser de politiske udspil som skitser på en ny struktur, og regionernes rolle er fortsat ukonkret.

»Den egentlige udfordring for at skabe sammenhæng er, om regio-

nerne magter at gå fra at være sygehusejer til leder af sundhedsvæsenet. Det har de ikke magtet endnu. De har svært ved at forholde sig til praksissektor og kommuner, som der ellers er lagt op til skal smelte mere sammen i den nye struktur med sundhedsklynger,« siger Jonatan Schloss.

Et eksempel på et sygehustiltag, hvor patienterne frem for økonomien er i fokus, er i Vejle, hvor primærsektoren har en direkte telefonlinje til specialisterne på sygehuset, der giver rådgivning og vejledning, når en praktiserende læge f.eks. sidder med en hjertepatient og overvejer, om en indlæggelse er det rigtige.

»Regionerne skal løfte blikket fra sygehuse. De skal fokusere på, hvor pengene er bedst brugt i forhold til patientens behov, og ikke i forhold til, hvad der er billigst for de enkelte sygehuse,« siger Jonatan Schloss.

Fokus på dem med størst behov

Selvom der vil komme en mere konkret ramme for arbejdet i de 21 sundhedsklynger, nærhospitaler og hvad regeringen ellers har på bedding, er Mickael Bech overbevist om, at de kommende regionspolitikere kan sætte deres eget præg på implementeringen i lokal kontekst.

Et af hans råd er at skabe nogle strukturelle rammer sygehuse, kommuner og almen praksis imellem.

»Mange steder er sammenhængen helt fin, og en masse patienter går på en enkelt hospitalsafdeling og hos egen læge. Der, hvor sammenhængen halter, er for de multisyge patienter, og måske skal man endda gå et skridt længere ned og fokusere på en subgruppe af dem som f.eks. de ældre, der også er multisyge, og

skabe nogle bedre rammer for dem,« siger han.

Psykiatriens hæmsko

For Torsten Bjørn Jacobsen, speciallæge i psykiatri og formand for Psykiatrifonden, er der én altoverskyggende dagsorden, som de kommende regionspolitikere må tage sig af, nemlig det kommunalt-regionale samarbejde.

»Hvis jeg var regionspolitiker på valg, ville jeg sælge mig selv på, at jeg vil revolutionere samarbejdet mellem regioner og kommuner og skifte til en tillidsfuld og borgerorienteret indsats,« siger han.

Til daglig arbejder Torsten Bjørn Jacobsen som almen psykiater i den private sundhedsklinik PPElinic. Han har en lang karriere i sundhedsvæsenet bag sig, bl.a. som overlæge og klinikchef, ligesom han har været formand for Dansk Psykiatrisk Selskab. Han mener, at regionerne har en tilbøjelighed til at vende blikket mere mod Christiansborg end mod patienterne.

»Mit forslag er, at regionspolitikere skal se det som deres fornemmeste opgave at skabe løsninger og udvikling til fordel for borgerne og de psykiatriske patienter frem for groft sagt at interessere sig mest for, om budgetterne bliver overholdt,« siger han.

Den erfarne psykiater mener, at regionerne skal fokusere på tidlig opsporing blandt mennesker, der lever med en øget risiko for at udvikle psykisk sygdom, og på at gribe patienten efter behandling på hospitalet. Især regionernes børne- og ungdomspsykiatri, voksenpsykiatri og forskningsenheder skal tilbyde sig som faglige sparringspartnere overfor de kommu-



Regionspolitikere skal se det som deres fornemmeste opgave at skabe løsninger og udvikling til fordel for borgerne og de psykiatriske patienter frem for groft sagt at interessere sig mest for, om budgetterne bliver overholdt

Torsten Bjørn Jacobsen, speciallæge i psykiatri og formand for Psykiatrifonden

nale institutioner. Før det sker, bliver de problemer, der presser psykiatrien i dag, ikke løst.

»Det er der, at alting mistes i en eller anden forstand. De allerstørste udfordringer med nedbringelsen af tvang, indsatsen over for dobbeltdiagnoser, stigningen i antallet af retspsykiatriske patienter, forebyggelse og tidlig indsats ligger i overgangen mellem regioner og kommuner,« siger han.

Helhedsplan på tværs

Carsten Lyng Obel, professor ved Aarhus Universitet med speciale i almen medicin og organisering af fremtidens sundhedsvæsen, er enig i, at bedre sektorovergange bliver den væsentligste opgave for de kommende politikere. For der er brug for at tænke i sammenhænge i forhold til forebyggelse og sygdomsforløb.

»Det vil kræve en national strategi, som bør udvikles med udgangspunkt i læring om sammenhæng. En systematisk dataopsamling, som kombinerer patienternes og det sundhedsfaglige perspektiv, er helt centralt. Vi ved allerede, at mange patienter mangler

en tovholder og en løsning, som kan sikre sammenhæng på tværs af sektorer. Den praktiserende læge er oplagt og udfylder i mange forløb funktionen rigtig godt, men der mangler både en infrastruktur, en kvalitetssikringsmodel og en honorarstruktur, som understøtter, at alle patienter får et godt forløb,« siger Carsten Lyng Obel, der desuden påpeger, at regionspolitikere bør rette mere fokus på forebyggelse og digitale værktøjer.

»Forebyggelse har siden kommunalreformen i 2007 været kommunernes ansvar, og derfor har det været vanskeligt at finde en samarbejdsmodel, som sikrer sammenhæng i borgernær forebyggelse på tværs af sektorer. De nyvalgte politikere bør fokusere på at dele faglig viden, som udvikles i regionerne, i kommunalt regi og tæt på borgerens hverdag. Og så bør de teknologiske midler, vi har i dag, bruges til at målrette behandlinger og gøre sundhedsvæsenet mere sammenhængende. Det er et uudnyttet område, som mest bliver brugt til at administrere regioner, praktiserende læger og kommunernes services,« siger han. ■

RV2021

Overbelastning af medicinske afsnit skaber splid i Region Sjælland

Op til regionsvalget splitter en strid om flere midler til de hårdt prøvede medicinske og akutte afdelinger regionsrådet i Region Sjælland, hvor regionsrådsformand Heino Knudsen nu kritiseres for nøl.

Af Nick Sturm

Den sjællandske regionsrådsformand Heino Knudsen (S) er under radikal beskyldning for ikke at skride til handling hurtigt nok i prioriteringen af regionens medicinske område.

Konkret retter regionsmedlem Anne Møller Ronex fra Radikale Venstre skytset mod Heino Knudsen for alt for sent at komme ind i kampen om at sikre flere midler til akutafdelingerne og de medicinske afdelinger, som siden sommeren har været særlig hårdt presset.

Det radikale regionsrådsmedlem, der er i konstellation med Venstre og Konservativ, er desuden dybt frustreret over, at regionsrådsformanden nu i et debatindlæg bragt i Sjællandske 28. oktober tilmed skriver, at han personligt sikrede opbakning i forretningsudvalget til afsætning af 25 millioner kr. til at afhjælpe problemerne.

For Anne Møller Ronex var det dråben, der fik bægeret til at løbe over.

»Jeg har undladt at råbe op om, hvordan jeg oplevede budgetforhandlingerne, men jeg bliver pikeret, når regionsrådsformanden pynter sig med, at det var på hans initiativ, for jeg kunne ikke rokke ham ud af stedet ved budgetforhandlingerne,« siger Anne Møller Ronex.

En personlig prioritet

Presset på det medicinske område er en landsdækkende udfordring, som dog har særlig stor slagside i Region Sjælland, hvor de medicinske afdelinger i årevis har døjet med manglende sengestuer og patienter, der har overnattet på gangene.

I år er de sjællandske sygehuse, særligt i Holbæk og Nykøbing Falster, specielt udsat, fordi en markant del af sygeplejerskestrejken blev udtaget her, ligesom sygehusene også blev ramt af et stort indtag i sommer, pukkelaftvikling og COVID-19. Dertil spøger den forestående influenzasæson, som frygtes at blive hård.

Derfor var det en personlig prioritet for Anne Møller Ronex allerede under budgetforhandlingerne i august at få afsat flere midler til det medicinske område. Det lykkedes til dels også med hensættelse af 16 mio. kr. til finansiering af 30 nye medarbejdere og fem såkaldte semi-intensive senge til det medicinske område.

Ifølge Anne Møller Ronex var beløbet dog ikke tilstrækkeligt til at dække områdets udfordringer.

»Gør mig noget pikeret

Budgetaftalen blev indgået 1. september med alle regionens partier, og blot en uge efter kunne regionens administration på et ekstraor-



BAGHJUL. Ved sidste regionsvalg i Region Sjælland snupede socialdemokraten Heino Knudsen formandsposten for næsen af favoritten, Venstres spidskandidat Jacob Jensen. – Foto: Steen Brogaard

dinært indkaldt møde så orientere regionsrådet om, at regionens allerede hårdt prøvede medicinske afsnit og akutfunktioner nu frygtes presset yderligere af den forestående influenzasæson.

Orienteringen resulterede i en byge af spørgsmål stillet af de Radikale og SF, og på regionens forretningsudvalgsmøde 25. oktober, hvor administrationen atter bekræftede situationens alvor, besluttede rådet altså at afsætte yderligere 25 mio. kroner fra regionens såkaldte bufferpulje med midler til uforudsete udgifter.

Anne Møller Ronex mener, at Heino Knudsen først på bagkant indsa problemets omfang.

»Jeg synes, at regionsrådsformanden er stor i slaget, når han tager æren for det, fordi jeg har bedt om flere penge allerede tilbage i budgetlægningen, men der var erkendelsen af det her der ikke. Det er noget, der er opstået efter,« siger hun.

Ifølge Venstres spidskandidat i regionen, Jacob Jensen, rækker problematikken endnu længere tilbage.

»Vi har et presset arbejdsmarked, som i forvejen kalder på handling. Derfor tror jeg, at man skulle have udvist rettidig omhu og lavet en mere langsigtet plan. Så ville vi ikke som nu stå lige ved kanten, hoppe fra tue til tue og lave lappeløsninger,« siger Jacob Jensen til TV2 Øst.

»Jeg foreslog de 25 mio.«

Over for Dagens Medicin afviser Heino Knudsen, at han tager æren for Anne Møller Ronex' politiske opråb, da det ifølge ham var hans egen ide at afsætte de 25 mio. kr.

»Det er helt korrekt, at de (de Radikale, red.) kæmpede hårdt for det i budgetforhandlingerne, hvor det medicinske område også blev prioriteret, men det var mig, der foreslog de 25 mio. kr. på vegne af konstitueringsgruppen,« siger han.

Han afviser også, at han har handlet på bagkant.

»Det er et samlet regionsråd på 41 medlemmer, der vedtager budgettet. Det er ikke mig, der beslutter budgettet. Jeg har én stemme ud af 41 medlemmer,« siger han. ■

Se annonce side 7

Nucala (mepolizumab)

Indikation(er)*: Tillægsbehandling til voksne, unge og børn over 6 år med svær refraktær eosinofil astma. **Dosering*:** Voksne og unge over 12 år: 100 mg subkutan 1 gang hver 4. uge. Børn fra 6 til 11 år: Pulver til injektionsvæske, opløsning: 40 mg subkutan 1 gang hver 4. uge. Injektionsvæske, opløsning i fyldt pen eller sprøjte: Ikke indiceret til administration til denne population. **Særlige populationer:** Det er ikke nødvendigt at nedsætte dosis hos ældre patienter eller patienter med nedsat nyre- eller leverfunktion. **Administration:** Nucala er kun til subkutan injektion. **Pulver til injektionsvæske, opløsning:** Skal administreres af sundhedspersonale. Kan injiceres i overarmen, låret eller abdomen. Pulveret skal rekonstitueres før administration og den rekonstituerede injektionsvæske skal anvendes med det samme. **Injektionsvæske, opløsning i fyldt pen eller sprøjte:** Kan selvadministreres af patienten eller administreres af en plejeperson. Ved selvadministration er de anbefalede injektionssteder abdomen eller låret. En plejeperson kan også injicere i overarmen. **Kontraindikationer*:** Overfølsomhed over for indholdsstoffet eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler*:** Ikke til behandling af akutte astma-eksacerbationer. Astmarelaterede bivirkninger eller eksacerbationer kan forekomme under behandlingen. Pludselig seponering af kortikosteroider efter indledning med Nucala-behandling anbefales ikke. Risiko for akutte eller forsinkede systemiske overfølsomheds- og injektionsrelaterede reaktioner f.eks. anafylaksi, urticaria, angioødem, udslæt, bronkospasme, hypotension. Nucala kan påvirke behandlingen af ormeinfektioner, og aktuelle ormeinfektioner bør behandles inden Nucala-behandling initieres. **Interaktioner*:** Risikoen for interaktioner med andre lægemidler anses for lav. Der er ikke udført interaktionsstudier. **Graviditet og amning*:** Anvendelse frarådes på grund af begrænsede data. **Bivirkninger*:** Meget almindelig: Hovedpine. Almindelig: Infektion i nedre luftveje, urinvejsinfektion, faryngitis, overfølsomhedsreaktioner (systemiske allergiske), tilstoppet næse, smerter i øvre abdomen, eksem, rygsmerter, injektionsrelaterede reaktioner (systemiske ikke-allergiske (de hyppigste symptomer var udslæt, ansigtsrødme og myalgi)), lokale reaktioner på injektionsstedet, pyreksi. **Sjælden:** Anafylaksi. **Overdosering*:** I tilfælde af overdosering skal patienten have understøttende behandling og monitoreres efter behov. **Udlevering:** BEGR. Ikke tilskud.

De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af Lægemiddelstyrelsen/EMA godkendte produktresumé.

Fuldt produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos GlaxoSmithKline Pharma A/S, Postboks 3, 2610 Rødovre.

Bivirkninger, både kendte og nyopdagede, bedes indberettet hurtigst muligt til Lægemiddelstyrelsen (www.meldenbivirkning.dk) eller GlaxoSmithKline (dk-info@gsk.com).

Nucala findes i følgende pakninger:

Vnr 17 66 63
Pulver til injektionsvæske, opløsning, 100 mg 1 hætteglas á 10 ml
Vnr 44 49 25
Injektionsvæske, opløsning i fyldt pen, 100 mg 3 x 1 fyldt pen
Vnr 47 88 08
Injektionsvæske, opløsning i fyldt pen, 100 mg 1 fyldt pen
Vnr 45 18 30
Injektionsvæske, opløsning i fyldt sprøjte, 100 mg 1 fyldt sprøjte

Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk

© 2021 GSK Group of Companies or its licensor.

Trademarks are owned by or licensed to the GSK Group of Companies



Delta Park 37
DK-2665 Vallensbæk Strand
T +45 36 35 91 00
F +45 36 35 91 01
www.glaxosmithkline.dk

Hvem er dine patienter med svær refraktær eosinofil astma?¹

- ✓ ≥ 2 eksacerbationer det seneste år²
- ✓ Højdosis behandling* det seneste år²
- ✓ Blod eosinofile celler $\geq 0,15$ mia/L aktuelt eller $\geq 0,30$ mia/L det seneste år²

Disse patienter kan henvises til en specialiseret afdeling



Nucala er indiceret som tillægsbehandling til voksne, unge og børn over 6 år med svær refraktær eosinofil astma. Dosering: Voksne og unge over 12 år: 100 mg subkutan 1 gang hver 4. uge. Børn fra 6 til 11 år: Pulver til injektionsvæske, opløsning: 40 mg subkutan 1 gang hver 4. uge. Injektionsvæske, opløsning i fyldt pen eller sprøjte: Ikke indiceret til administration til børn 6-11 år.¹

* Højdosis ICS + enten LABA, LTRA eller LAMA eller fast OCS behandling min. 50% af tiden²

Referencer:

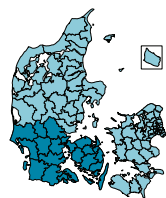
1. SPC for Nucala

2. <https://www.lungemedicin.dk/fagligt/380-astma-svær-biologiske-behandlinger/file.html>, besøgt d. 19/01/2021

PM-DK-MPL-ADVT-210001. 01.04.2021

NUCALA 
mepolizumab

RV2021



Syddanmark vil fortsat være blå efter valget

ANALYSE Ny socialdemokratisk spidskandidat er på en næsten umulig opgave med at skulle slå den kendte og vellidte regionsrådsformand Stephanie Lose (V) i Region Syddanmark.

Af **Katrine Pinborg**

Stephanie Lose (V) bliver uhyre svær at vælte af formandspinden.

Hun fik et kanon valg i 2017 og formåede i samme hug også at score posten som formand for Danske Regioner foran fire socialdemokratiske konkurrenter. Corona og en næstformandspost i Venstre har i mellemtiden været med til at gøre hende landskendt, hvilket ellers sjældent er noget, som regionspolitikere kan prale med. Stephanie Lose har siden seneste valg vist, at hun evner det politiske spil og kan bruge sin indflydelse.

Hun vinder selvfølgelig ikke uden kamp, men hvem kan udfordre den esbjergensiske regionsrådsformand

og dermed rukke ved, at formandsposten i Syddanmark har tilhørt Venstre siden regionernes oprettelse?

En regional døgnflue

Ved seneste valg var tidligere SF-formand og udenrigsminister Villy Søvnald en klar udfordrer, der gik benhårdt efter formandsposten og undervejs fik kritiseret Lose vidt og bredt. Han var udslagsgivende for, at SF gik voldsomt frem med over 60.000 stemmer, og at partiet fik et samlet resultat på 90.000 stemmer. Stephanie Lose betalte tilbage på Søvnalds kritik ved at gå helt uden om ham og SF, da hun endte med at indgå konstitueringsaftale med alle de øvrige partier.

Villy Søvnald genopstiller ikke i

Region Syddanmark, fordi han i stedet har indledt en ny fejde, denne gang om borgmesterposten i Kolding. Sandsynligheden for, at SF bevarer sit høje stemmetal uden Søvnald på stemmelisten, er derfor ikke stor. Derfor bliver Lose ikke presset af SF.

Det kan dog komme Socialdemokratiet til gode, at Søvnald er ude af valgkampen, for S har uden tvivl måttet se vælgere gå til SF ved seneste valg.

Ny spidskandidat for S

Socialdemokraterne stiller med en helt ny spidskandidat i skikkelse af Mette With Hagensen, der blev medlem af partiet i 2019 med henblik på at blive netop regionsråds-kandidat.

Til daglig er hun rektor på Rybners Handelsgymnasium i Esbjerg og har tidligere været formand for Børnerådet. Så hun kender til det at samarbejde med politikere, men hun er aldrig selv blevet valgt i en politisk

valgkamp. Det til trods for, at hun tidligere endda af to omgange forgæves har prøvet at komme i byrådet i Varde Kommune – for Venstre.

Selvom Mette With Hagensen har ledererfaring, er det noget andet at være politisk leder. Det bliver interessant at se hende i regionspolitik, og måske kan hun få den erfaring og viden, der gør, at hun kan blive en reel udfordrer ved næste valg.

Mette With Hagensen er den klarreste udfordrer til Stephanie Lose, men sejren i Syddanmark er næsten på forhånd hjemme for Lose.

Selvtilliden fejler da heller ikke noget, idet Lose for længst har meldt sit kandidatur til formandsposten i Danske Regioner, hvilket kræver, at hun napper den regionale formandspost. Så spørgsmålet for Stephanie Lose er ikke så meget, om hun vinder i Syddanmark, men nærmere om hun kan genvinde formandsposten i Danske Regioner. ■

Ø-LÆGE STILLER OP FOR VENSTRE:

Sundhed skal være tæt på borgeren

Uanset hvor man bor, skal der være tilgængelige sundhedstilbud tæt på, mener praktiserende læge Iza Alfredsen, der stiller op for Venstre i Syddanmark.

Af **Katrine Pinborg**

Sundhedspolitik har altid været et interesseområde for praktiserende læge Iza Alfredsen. Interessen har dog flugtet knap så godt med et fuldtidsjob, men da Iza Alfredsen nu arbejder på deltid, giver det hende mulighed for at prøve kræfter med politisk arbejde.

»Jeg er meget optaget af arbejdsforhold i sundhedsvæsenet, og hvordan dårlige arbejdsforhold kan føre til, at patienter ikke får den bedst mulige behandling. I og med at det er regionerne, der fordeler sundhedskronerne, har det været ret nærliggende at stille op til regionsvalg, hvis jeg vil påvirke sundhedsvæsenets arbejdsforhold,« siger hun.

Centralisering rammer øboere

Iza Alfredsen stiller også op til kommunalvalg. Hun bor på Ærø og arbejder i en lægeklinik i Rudkøbing på Langeland. På begge øer oplever hun en centralisering af sundheden, som hun ikke mener er gavnende for øboerne.

»Vi har lavet nogle rigtig store supersygehuse, hvor vi flytter meget af behandlingen til. Så hvis du kommer fra Langeland og får ondt i maven, kan du risikere at skulle helt til Odense for at få akut hjælp, og det er en lang og for nogle også en dyr tur,« siger hun.

Hun er bekymret for, at afstanden til det specialiserede sundhedsvæsen får nogle borgere til at fravælge opfølgende besøg eller aftaler, hvilket vil gå ud over den forebyggende indsats.

En løsning kunne ifølge Iza Al-

fredsen være, at regionen arbejder mere sammen med de praktiserende speciallæger. Det kan være en praktiserende øjenlæge, der en gang om måneden rykker ud i et kommunalt sundhedshus, så det er lægen, der kommer til borgeren, og ikke omvendt, eller på anden vis trække flere speciallæger ud i lokale ambulante funktioner.

»Jeg vil ikke genetablere tidligere sygehuse, men vi skal passe på med at lukke flere sygehuse ned, hvis vi vil bevare sundheden tæt på borgerne,« siger hun.

Eneste regionskandidat fra Ærø

Iza Alfredsen er selv født og opvokset på Ærø. Hun er vendt tilbage og har siden 2011 boet på øen, efter 13 år på hvad hun beskriver som fastlandet. Da der ikke er andre kandidater fra øen til regionsrådet, ser hun regionsvalget som en mulighed for at repræsentere Ærø i Region Syddanmark.

»Vi er en lille ø, og vi kan blive glemt, hvis der ikke er nogen, der sidder i regionsrådet og har blik for Ærø. Samtidig har jeg brokket mig ganske gevaldigt over forholdene på sygehuse og har som læge et indblik i, hvordan systemet fungerer. Det vil være rart at have en vis indflydelse på de beslutninger, der bliver truffet,« siger hun.

Iza Alfredsen meldte sig først ind i lokallisten Ærø Plus, men blev i foråret ekskluderet fra partiet efter få måneders medlemskab. Da en tidligere formand for den lokale idrætsklub spurgte hende, om hun ikke i stedet ligesom ham skulle være medlem af Venstre, så hun det som



ØRÅD. Hvis Iza Alfredsen bliver valgt til regionsrådet i Syddanmark, vil hun tale borgerne på Ærø og Langelands sag. – Foto: Privat

en ny mulighed for at engagere sig politisk.

»Lokalpolitik handler tit om dem, man lige kender, og det er også via mit netværk, at jeg er blevet high jacket ind i dette valg,« siger hun.

En anden grund til, at hun gerne vil stille op for Venstre, er partifællen Bo Libergren, der er medlem af regionsrådet i Syddanmark. Hun synes, at han har gjort et godt stykke arbejde ved at indgå forskellige aftaler med PLO Syddanmark og har været med til at forhandle seneste overenskomstaf-tale for de praktiserende læger.

Hun håber på, at hun som regionsrådspolitiker kan arbejde sammen med ham om at bevare den gode lægedækning blandt praktiserende læger i Region Syddanmark. ■

BLÅBOG

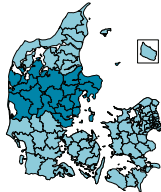
Iza Alfredsen, 41 år

- 2017: Speciallæge i almen praksis
- 2009: Uddannet læge
- 2003: Tjeneste som forsyningsdelingsfører i Dronningens Artilleriregiment
- 2002: Uddannet halvbatterifører på M109 i Varde
- 2001: Uddannet MOTINF sergent i Sønderborg

Privat:

- Bor på Ærø med sine to børn. Fritiden bruger hun på fodbold, vandsport og heste.

RV2021



2 x Anders kæmper om magten i Midtjylland

ANALYSE Anders Kühnau (S) og Anders G. Christensen (V) vil begge være formand for Region Midtjylland. Jokeren kan vise sig at være Kühnaus håndtering af sygeplejerskernes OK-forhandlinger.

Af **Katrine Pinborg**

Godt 26.000 stemmer skilte socialdemokraterne og Venstre ved regionsvalget i 2017. Det samme gjorde sig gældende i 2013, begge gange i Socialdemokratiets favør. Blokkene har det altså med at stå tæt i Region Midtjylland. Og der kan ligefrem trækkes en frontlinje ned gennem regionen, fra Viborg Kommune i nord, over Silkeborg, og til Horsens Kommune i syd, hvor alle kommuner vest for linjen ved sidste regionsvalg var Venstre-land, mens kommunerne mod øst var socialdemokratisk territorium. Det samme gælder den aktuelle fordeling af borgmesterkæder. Her har kun to kommuner vest for linjen en S-borgmester, mens resten er fra Venstre. Samme tendens gør sig gældende

i den østlige del af regionen, hvor kun én kommune kan mønstre en V-borgmester. Med andre ord bliver det med al sandsynlighed en tæt kamp mellem øst og vest i Midtjylland. Hvem, der ender med at løbe med formandsposten, vil afhænge af, hvem der evner at samle flest støttemandater.

Flere møgsager

Regionsrådsformand Anders Kühnau (S) fik næsten 63.000 personlige stemmer ved valget i 2017. Et godkendt resultat for en spidskandidat-debutant, og et godt stykke foran V-spidskandidat Carsten Kissmeyer, der landede på knap 39.000 stemmer. I mellemtiden er Kühnau blevet et kendt ansigt både i Midtjylland og i resten af landet, især fordi han stod i spidsen for OK-forhandlingerne med

sygeplejerskerne, der som bekendt endte i ti ugers strejke, og hvis efterdønninger stadig skyller ind over sygehusvæsenet. Her blev Kühnau – selvom han reelt var uden handlemuligheder – for nogle symbolet på den unfair arbejdsgiver, der ikke vil give flere penge til en faggruppe, der i mange danskeres øjne fortjener et lønløft. Om forløbet trækker op eller ned for Kühnau er svært at vurdere. For det kan også have styrket ham blandt de vælgere, der ikke bakker op om sygeplejerskerne. Endelig vil de S-vælgere, der ender med vælge Kühnau og partiet fra, formentlig stemme på et andet parti i rød blok. Region Midtjylland har ikke længere den samme prestige som førhen. Tidligere var Midtjylland ofte det gode eksempel blandt de fem regioner, men nu er regionens økonomi påvirket af to supersygehuse, hvis byggerier har kostet meget mere end det budgetterede. Det har betydet store besparelser. Dertil lider Midtjyllands regionspsyki-

atri med mange vakante speciallægestillinger, ligesom Silkeborg Sygehus bliver ved med at udfordre. Uanset ståsted var det et uskønt forløb, da Ulrich Fredberg, ledende overlæge og regionsmedlem og -kandidat for Venstre, blev fyret i foråret 2020. Også det kan trække ned for den socialdemokratiske formand.

Ny spidskandidat

Venstre stiller igen i år med en ny spidskandidat. Denne gang er det Anders G. Christensen, der vil prøve lykken. Han har tidligere været borgmester, først i Hadsten fra 2002-2006, og efter kommunesammenlægningerne derefter i Favrskov indtil 2010. Han har en stor politisk ballast, men ingen regionalpolitisk erfaring. Det vil derfor være overraskende, hvis han sammen med sine støttepartier får flertal. Det er mere sandsynligt, at stemmerne måske bliver omfordelt i rød blok, men at man stadig står med flertallet, når konstitueringsaftalen skal landes. ■

PSYKIATER OG KANDIDAT I MIDTJYLLAND:

»Det er et kæmpe arbejde at få psykiatrien på rette vej«

Kenneth Brandt Hansen stiller op for Psykiatri-listen i Region Midtjylland for at sætte psykiatrien endnu mere på dagsordenen. Målet er at få partiets spidskandidat valgt, og herefter vil han bidrage med sin specialistviden fra psykiatriens frontlinje.

Af **Katrine Pinborg**

Kenneth Brandt Hansen har aldrig tidligere været politisk aktiv. Men i foråret meldte den 52-årige psykiater sig ind i Psykiatri-listen, fordi han ville være med til at få psykiatrien højt op på dagsordenen i valgkampen og i Midtjyllands regionspolitiske arbejde. Kenneth Brandt Hansens politiske lyst blev vakt, da han arbejdede sammen med listens tidligere spidskandidat og regionsrådsmedlem, Mikkel Rasmussen, på akutmodtagelsen på Aarhus Universitetshospital. Det var bl.a. gennem snakke med sin politisk aktive lægekollega, at han fik indblik i det politiske arbejde. »Der bør være en psykiater med området helt inde under neglene i et parti som Psykiatri-listen, og derfor har jeg meldt mit kandidatur til regionsvalget,« siger Kenneth Brandt Hansen. Psykiatri-listen var et spritnyt parti ved seneste regionsrådsvalg i 2017. Her lykkedes det at få ét mandat i regionsrådet, som gik til netop Mikkel Rasmussen, men da han i maj 2020 blev ledende overlæge på Psykiatrisk afdeling i Vejle, valgte han samtidig at stoppe i politik. I stedet gik listens enlige mandat til overlæge Peter Møller Andersen, som dog få uger efter valgte at skifte parti til Socialdemokratiet. Dermed har Psykiatri-listen i det seneste halvandet år reelt været uden indflydelse i regionsrådet – men det skal ændres. **10 års planen mangler stadig** Psykiatrien og dens mange problemer er i høj grad kommet på den sundhedspolitiske dagsorden, så en del af listens

oprindelige agenda er allerede nået. Men der er stadig nok at tage fat på, mener Kenneth Brandt Hansen. »10 års planen for psykiatrien er nu forsinket ad to omgange, og patienter med psykisk sygdom dør stadig langt tidligere end dem med fysiske sygdomme. Det er et kæmpe arbejde at få psykiatrien på rette vej,« siger han. Selv vil han bidrage til det politiske arbejde med sine erfaringer fra akutmodtagelsen på Aarhus Universitetshospital og sit arbejde som praktiserende psykiater i et lægehus. »Det kan ikke nytte, at vi på sygehuset ser os selv i specialer og bare sender mennesker frem og tilbage mellem enheder og specialer. Det er der ingen, der kan finde rundt i, og patienten ender med at blive tabt. Vi skal se på det hele menneske ved at skabe sammenhæng på tværs af specialer,« siger han. Sammenhængen skal også forbedres mellem sekundær- og primærsektor, som ifølge Kenneth Brandt Hansen lige nu lider gevaldigt. Det mærker lægerne helt konkret i den lægepraksis, han arbejder i én dag om ugen, og hvor bl.a. afviste henvisninger til psykiatrien er til stor frustration. »Når en praktiserende læge henviser til hospitalet, er det fordi, de har en patient, der ikke passer i en specifik kasse. I stedet for at skrive stolpe op og stolpe ned i en henvisning er det meget bedre, at den praktiserende læge ringer til sådan en som mig på akutmodtagelsen, der kan rådgive. Vi behøver ikke lave en kæmpe omstrukturering for at hjælpe psykiatrien på vej, fordi meget af det, der går galt, ofte sker grundet strukturelle årsager, og ikke på grund af manglende ressourcer. Vi skal bygge

bro over gabet for de mange patienter, der går på tværs af sektorerne.«

Håber på et mandat

Ved seneste Folketingsvalg stemte han på SF, og han har det med at skifte mellem partierne til venstre for midten. Mest fordi han har svært ved at identificere sig med et politisk parti. Det var også en af grundene til, at han meldte han sig ind i Psykiatri-listen. »Når man er i et græsrodsparti, er der en større frihed til at skubbe til en sag uden at være styret af andre politiske agendaer,« siger han. Målet for listen er at genvinde sit mandat. Og det mandat forventer Kenneth Brandt Hansen vil tilfalde partiets spidskandidat, der er psykolog og arbejder i psykiatrien. »Selvom jeg ikke kommer ind, kan jeg sagtens give mit bidrag til partiets politik. Vi står samlet som gruppe bag vores spidskandidat, hvor vi i fællesskab kvalificerer vores beslutninger med erfaringer direkte fra frontlinjen,« siger han. ■



PÅ VALG. Psykiater Kenneth Brandt Hansen er ny kandidat i Midtjylland, hvor han stiller op for Psykiatri-listen. Succeskriteriet er at få et mandat til partiet. – Foto: Kamilla Pedersen

Kræftens Bekæmpelses videnskabelige udvalg og deres uddelinger i 2022

Videnskabelige udvalg

- **Kræftens Bekæmpelses Videnskabelige Udvalg – Biologi & Klinik (KBVU-BK).** Uddeler støtte til biologisk, translationel og klinisk kræftforskning
- **Kræftens Bekæmpelses Videnskabelige Udvalg – Menneske & Samfund (KBVU-MS).** Uddeler støtte til humanistisk, samfunds-, folkesundhedsvidenskabelig og epidemiologisk kræftforskning

Hoveduddelinger KBVU-BK og KBVU-MS

- Ansøgningsfrist **1. februar kl. 15.00**
- Projektstøtte

Andre uddelinger

- Indstillingsfrist **1. marts kl. 15.00**
- Kræftens Bekæmpelses juniorforskerpriser
- Ansøgningsfrist **22. juni kl. 15.00**
- Unge talentfulde kræftforskere - postdocstipendier i DK og udlandet, delestillinger og etablering af forskerkarrierer for unge talentfulde kræftforskere
- Knæk Cancer - temaer slås løbende op på nedenstående hjemmeside
- Ansøgningsfrist **17. maj og 12. oktober kl. 15.00**
- Skolarstipendier samt udlandsophold under og over 1 måned uden løn

Skemaer og vejledninger

Elektroniske ansøgningsskemaer, ansøgningsvejledning samt anden generel information finder du på vores hjemmeside www.cancer.dk/opslag

Kræftens Bekæmpelse
Bevilling



BLÅBOG

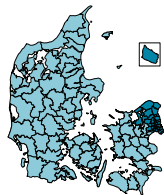
Kenneth B. Hansen, 52 år

- 2019-: Overlæge ved AUH, Psykiatrien Afdeling for Depression og Angst
- 2012-2018: Overlæge ved Psykiatrisk Modtagelse, Aarhus Universitetshospital, Risskov
- 2010.: Praktiserende speciallæge i egen klinik i Aarhus
- 2007: Speciallæge i psykiatri
- 1998: Uddannet læge

Privat:

- Bor i Aarhus. I sin fritid kan han lide at motionere, læse krimier og psykoanalytisk litteratur, samvær med familien og en god øl.

RV2021



Skifte i toppen kan koste på Socialdemokratiets dominans

ANALYSE Lars Gaardhøj skal løfte den tunge arv efter to perioder med Sophie Hæstorp Andersen som socialdemokratisk regionsrådsformand i hovedstaden. Partiets magt over regionsrådet kommer til at afhænge af Gaardhøjs valgkamp.

Af **Nick Sturm**

Et af de helt store spørgsmål i Region Hovedstaden forud for valget 16. november knytter sig til, hvor dyrt det bliver for Socialdemokratiet, der historisk har siddet tungt på mandaterne i hovedstaden, at udskifte stemmeslugeren Sophie Hæstorp Andersen med partiets nye spidskandidat, 46-årige Lars Gaardhøj.

Spørgsmålet vil potentielt kunne rykke mærkbart ved magtfordelingen i regionen, hvor den seneste konstituering bestående af S, K, DF, R, SF og Å til sammen sad på hele 30 ud af 41 mandater i indeværende periode. Af de 30 mandater stod So-

cialdemokratiet med 13 for næsten halvdelen.

Sophie Hæstorp Andersen trak sig officielt i sommer som regionsrådsformand med blikket stift rettet mod posten som københavnsk overborgmester. De gyldne kæder står reelt uden ejermand i kølvandet på, at overborgmester Frank Jensen for et års tid siden blev fældet af anklager om seksuelle krænkelse, og selvom den hjemmevante Lars Weiss blev indsat som erstatning, er løsningen midlertidig.

En flydende formulering

Efter knap otte år som regionsrådsformand efterlader Sophie Hæstorp Andersen sig en formandsperiode,

hvor hun har haft god tid til at skabe egne politiske succeser.

Ved sin afgang gjorde hun brættet op og fremhævede sit politiske projekt, 'et mere menneskeligt sundhedsvæsen', som vellykket. Den udflydende projekttitel dækker over en række tiltag som lighed i behandling på tværs af sygdomme, investering i medarbejderne og forbedring af Sundhedsplatformen.

Selvom kritikken af Sundhedsplatformen mere eller mindre er forstummet i dag efter flere års udtalt kritik, vidner manglen på jorde-mødre i regionens fødeafdelinger og sygeplejerskestrejen ikke just om løste problemer på den front.

Et andet punkt, som Sophie Hæstorp Andersen selv fremhævede ved sin afgang, var nedbringelsen af ventetiderne. Problemet har været tilbagevendende i regionen, hvor man stadig døjer med problematikken særligt på hovedpine-, demens- og det diagnostiske område.

Ikke desto mindre er det utvivl-

somt lykkedes Sophie Hæstorp Andersen at finde opbakning på dette punkt, og så sent som i den aktuelle budgetaftale blev området begunstiget med 10 mio. kroner.

Gabet på 57.000 stemmer

Boet efter Sophie Hæstorp Andersen er hverken rosenrødt eller dystopisk, og selvom Lars Gaardhøj langt fra er lige så profileret som sin forgænger, har han trods alt siddet i regionsrådet siden 2010. Han har været gruppeformand og budgetordfører for Socialdemokratiet og sidder i bestyrelsen for Danske Regioner samt bestyrelsen i Amgros, regionernes indkøber af sygehusmedicin.

Den største faktor i spørgsmålet om, hvad betydningen af Hæstorps afgang får for magtfordelingen i regionen, må ganske enkelt være gabet mellem Sophie Hæstorp Andersens 60.000 personlige stemmer og de 2.700, som Lars Gaardhøj sikrede sidste regionsvalg. ■

UNG LÆGE STILLER OP I KØBENHAVN:

»Mine kolleger er bekymret for fremtiden«

Den 27-årige læge Grethe Olivia Nielsson har endnu ikke færdiggjort sin KBU, men har allerede set nok til at fælde dom over sundhedsvæsenet. Hun har dog også forslag til, hvordan man løser problemerne.

Af **Nick Sturm**

Gennem sine rød-grønne politiske briller øjner Grethe Olivia Nielsson en sort fremtid for sundhedsvæsenet, hvis ikke nogen skrider ind.

Den nogen skal gerne være hende selv. Derfor stiller den 27-årige læge op til regionsvalget i Region Hovedstaden for Enhedslisten.

Grethe Olivia Nielsson har endnu ikke færdiggjort KBU'en, men hendes hidtidige erfaringer fra Hillerød Hospital og en almen praksis i sjællandske Jægerspris Lægecenter har allerede gjort et indtryk.

»Vi bliver nødt til at vende patienter i døren, fordi der ikke er nok sengepladser. Der kan også gå flere timer, før man vender tilbage til en patient, der har brug for ens tilstedeværelse. Der er ikke tid til systematisk supervision,« siger hun.

Falder fra hinanden

Grethe Olivia Nielsson har i flere år været medlem af Enhedslisten, men den politiske gnist blev dog for alvor tændt ved folketingsvalget i 2015.

»Det er det parti, der kæmper mest for at udligne social ulighed og for velfærdsstaten,« siger hun.

Nu vil hun sprede det socialistiske budskab i regionen, og med sin sundhedsfaglige baggrund vil hun forbedre vilkårene for patienterne, lægerne, sygeplejerskerne og jorde-mødrene.

»Jeg oplever et sundhedsvæsen, der er ved at falde fra hinanden, og at mine kolleger er bekymret for

fremtiden. Det er svært for politikerne at følge med i, hvor grelt det står til, når man ikke selv har stået der, men der håber jeg, at jeg kan bruge min faglighed,« siger hun.

Større og mindre reformer

Højt på dagsordenen står bedre forhold for sygeplejerskerne. Først og fremmest med en højere løn, men også gennem oprettelsen af et regionalt udvalg for rekruttering og fastholdelse, som er en tværregional udfordring.

Hun vil også fra regionalt hold arbejde for genindførelse af lægesekretærer og mere fleksibilitet for lægerne.

»Jeg har mange unge kolleger, som ønsker at arbejde mindre end tidligere, og som ønsker større fleksibilitet. Det skal vi imødekomme, og det vil være oplagt at lave flere forskningsstillinger på deltid eksempelvis i psykiatrien, så man har to dage om ugen, hvor man forsker og kan arbejde hjemme,« siger hun.

Mens forslag til større og mindre reformer af sundhedsvæsenet står i kø, er finansieringen endnu ikke på plads.

»Netto skal regionerne have flere penge. Det er svært at sætte et beløb på. Der mangler jeg eksempelvis en beregning på, hvor mange sygeplejestillinger, vi mangler. Men Enhedslisten har allerede foreslået en lønpulje på fem milliarder til ligeløn til sygeplejerskerne,« siger hun.

Stor betydning for patienterne

Grethe Olivia Nielssons politiske hjertebarn er psykiatrien.



SAMFUNDSSIND. Grethe Olivia Nielsson er stadig i gang med KBU'en og har ikke lagt sig fast på et speciale, men hælder dog til samfundsmedicin. – Foto: Privat

Her vil hun arbejde for bedre opfølgning på selvmordsforsøg – ambulante eller hjemmehørende besøg – samt en psykiatrisk telefonlinje under 1813, hvor patienterne taler med sundhedspersonale, der kan henvise til psykiatrisk skadestue og rådgive over telefonen.

»Det koster ikke helt vildt mange penge, og det er heller ikke den store omstrukturering af psykiatrien, men det er tiltag, som for patienterne vil få stor betydning,« siger hun. ■

FAKTA

Grethe Olivia Nielssons mærkesager

► **Psykiatrien:** Bedre opfølgning på selvmordsforsøg – ambulante eller hjemmehørende besøg – samt en psykiatrisk telefonlinje under 1813, hvor patienterne taler med sundhedspersonale, der kan henvise til psykiatrisk skadestue og rådgive over telefonen.

► **Arbejds miljø for læger:** »Jeg har mange unge kolleger, som ønsker at arbejde mindre end tidligere, og som ønsker større fleksibilitet. Det skal vi imødekomme, og det vil være oplagt at lave flere forskningsstillinger på deltid eksempelvis i psykiatrien, så man har to dage om ugen, hvor man forsker og kan arbejde hjemme,« siger hun.

► **Højere løn til sygeplejersker:** Grethe Olivia Nielsson vil arbejde for højere løn til sygeplejerskerne. Finansieringen skal komme fra Enhedslistens forslag om en såkaldt ligelønspulje på fem milliarder kroner.

Konference



Torsdag 25. november, fysisk og online konference
HUONE Copenhagen, Amager Strandvej 390, 2770 Kastrup

Får hjertepatienten anno 2021 den bedste behandling?

Gratis for
målgruppen

Det kan virke komplekst, at overskue guidelines for hjertepatienten – både pga. de mange nye lægemidler og ny teknologi der kommer til, men også pga. de mange nye resultater der kommer på allerede veletablerede lægemidler.

Og hvilken rolle har almen praksis i opfølgningen af hjertepatienten, og hvornår skal patienten med hjertesygdom genhenvises?

På konferencen vil du få en opdatering af udredning, behandling og rehabilitering anno 2021 inden for hjertekar området. Efter hvert oplæg vil der være diskussion – Gør vi nu det bedste?

Deltag og bliv opdateret på håndtering og behandling af såvel den ukomplicerede som den meget komplicerede hjertepatient.

Programmet vil fokusere på nedenstående områder:

Iskæmiske hjertesygdomme

- Primær profylakse, udredning og henvisning – almen praksis' rolle
- Behandlingsmuligheder anno 2021 og hjerterehabilitering
- Efterbehandling og fortsat kontrol – symptomatisk behandling eller genhenvisning?

Henrik Steen Hansen, overlæge, dr.med., klinisk lektor, Kardiologi, Odense Universitetshospital

Hjerteinsufficiens (Hjertesvigt)

- Udredning ved mistænkt hjertesvigt – klinik, paraklinik og differentialdiagnoser
- Behandlingsmuligheder anno 2021 og hjerterehabilitering
- Almen praksis' rolle i kontrol og behandling – justering af behandling? Hvem skal have SGLT2 inhibitorer – og bør vi starte det op hos patienter, der kommer til kontrol? Hvornår skal patienten genhenvises?

Kenneth Egstrup, professor, overlæge, kardiologi, Odense Universitetshospital og Svendborg Sygehus

Atrieflimren og andre arytmier

- Udredning af patienten med hjertebanken- nye diagnostiske muligheder?
- Atrieflimmer og andre arytmier – udredning og behandling i almen praksis. Hvem skal henvises?
- State of the art – nye guidelines – almen praksis' rolle i behandling og kontrol

Michael Vinther, overlæge, ph.d., Hjertemedicinsk Klinik, Rigshospitalet

Venøs tromboembolisme

- Visitation
- Udredning, risikofaktorer og trombofiliscreening
- Behandlingsmuligheder
- Hjerterehabilitering
- State of the art – nye guidelines – almen praksis' rolle i behandling og kontrol

Jørn Dalsgaard Nielsen, overlæge, Videncenter for antikoagulantbehandling, Bispebjerg- og Frederiksberg Hospital

De nye antidiabetikas kardiovaskulære effekter hos patienter med og uden diabetes – og mekanismerne bag

Filip Krag Knop, professor, overlæge, ph.d. og forskningsleder, Center for Klinisk Metabolisk Forskning, Medicinsk afd., Herlev og Gentofte Hospital

Mødeledere:



Henrik Steen Hansen



Peter Bonfils

Mød:



Kenneth Egstrup



Michael Vinter



Jørn Dalsgaard Nielsen



Filip Krag Knop

Sponsoreret af:    

Praktisk information

Målgruppe: Praktiserende læger, kardiologer og kardiologiske sygeplejersker.

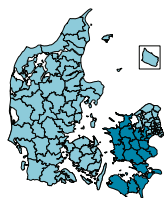
Pris: Målgruppe: Gratis. Andre sundhedspersoner (online): 1.500 kr. ekskl. moms (1.850 kr. inkl. moms). Andre sundhedspersoner (fysisk): 3.000 kr. ekskl. moms (3.750 kr. inkl. moms). Studerende inden for ovenstående fag: 1.500 kr. ekskl. moms (1.875 kr. inkl. moms). Andre: 5.000 kr. ekskl. moms (6.250 kr. inkl. moms).

Konferencen afholdes både fysisk og virtuelt. Konferencen vil blive optaget og kan efterfølgende ses online i 2 mdr. efter afholdelsen. Vælger du online deltagelse, får du tilsendt deltagerlink og guide dagen før konferencen.

Tilmelding på: dagensmedicin.dk/konferencer, tlf.: 72 42 34 68 eller mail tira@dagensmedicin.dk

DAGENS
Medicin

RV2021



Rivalernes kamp: Troneskifte lurер forude i Region Sjælland

ANALYSE Socialdemokratiets Heino Knudsen må kæmpe til det yderste, hvis ikke han skal tabe til Venstres populære kandidat Jacob Jensen. De landspolitiske strømninger kan dog blive socialdemokratens redning.

Af **Nick Sturm**

Bliver det Knudsen eller Jensen? Socialdemokratiet eller Venstre? En genvalgt formand eller et magtskifte?

Spørgsmålene om fremtiden for regionsrådet i Region Sjælland presser sig på, men er tæt på umulige at besvare.

Ét kvalificeret bud er, at landspolitisk medvind og genkendeligheden fra den indeværende formandsperiode skubber den 42-årige nakskovit Heino Knudsen en my længere frem end rivalen fra Venstre, 48-årige Jacob Jensen, der er født og opvokset lidt uden for Tølløse.

Adskilt af ét procentpoint

Venstre, der efter valget i 2005 og 2013 sad på formandsposten, ventes desuden ramt af partiets dalende popularitet på landsplan.

De politiske vinde har siden regionernes tilblivelse i 2005 blæst i skiftende retninger i Region Sjælland, hvor der har været tæt på dødt løb valg efter valg. Forskellen mellem Socialdemokratiet og Venstre har trods skiftende formænd været forsvindende lille.

Ved valgene i 2005, 2009 og 2013 adskilte mindre end ét procentpoint de to partier. Først ved sidste regionsvalg trak Socialdemokratiet væsentligt fra med 32,2 procent af vælgerne mod Venstres 23,3 procent.

Det var efter dette regionsvalg, at Heino Knudsen tjekkede ind. Her beviste han atter, at han er en slider, når det gælder, og at han appellerer til vælgerne.

Efter en succesfuld valgkamp lykkedes det ham endda at mønstre flere vælgere end sin forgæ-

ger, partifællen Steen Bach Nielsen, der toppede i 2013 med lige knap 15.000 personlige stemmer, mens Heino Knudsen ved valget i 2017 nåede op på 23.500.

Modstridende alliance

Når Jacob Jensen, der i indeværende valgperiode har været regionens 2. næstformand, af lokale medier alligevel spås som lille favorit, hænger det sammen med, at det er lykkedes Jensen af få Dansk Folkeparti, Konservative og Nye Borgerlige med i et valgforbund. Som bekendt siger valgforbundene ikke nødvendigvis noget om en potentiel konstituering, da valgforbund udelukkende er til for at modvirke stemmespild og halve mandater.

Men når Venstres valgforbund alligevel kan bruges til at sige noget om Jacob Jensen fremtidsudsigter, skyldes det, at det er lykkedes ham at samle konkurrenterne Dansk Folkeparti og Nye Borgerlige under samme tag.

Samtidig har Dansk Folkeparti, som ved sidste valg bejlede til So-

cialdemokratiet, allerede erklæret, at de kommer til at pege på Jacob Jensen i en eventuel konstituering.

Et større oprydningsarbejde

Det peger alt sammen i retning af, at Jacob Jensen, der desuden er Venstres miljøordfører i Folketinget, har evnerne til at samle en alliance om sig.

Det kan Heino Knudsen uden tvivl også, selvom Enhedslisten, SF, Alternativet og Veganerpartiet har dannet deres eget valgforbund, hvilket har efterladt Socialdemokratiet med græsrodsparterierne Guldborgsundlisten og Din Stemme.

Tungen på vægtskålen kan vise sig at blive Region Sjællands mange møgsager, som efterlader et større oprydningsarbejde. Mest bemærkelsesværdig er brystkræftsagen fra Ringsted, der blev afsløret i medierne i 2018, mens Socialdemokratiet havde formandsposten. ■

SJÆLLANDSK INDUSTRILÆGE:

»Jeg kan se på problematikkerne med sundhedsfaglige øjne«

Linda Basse har selv været en del af sundhedsvæsenet, og nu vil hun ændre systemet oppefra i regionen. Den 65-årige læge stiller derfor op for Nye Borgerlige til regionsrådet i Region Sjælland.

Af **Nick Sturm**

Linda Basse fra Solrød Strand har fulgt med i sundhedsvæsenets udvikling i årtier.

Hun har selv været en del af systemet i mere end et årti som læge på sjællandske hospitaler, primært på kirurgiske afsnit, men i de seneste 20 år har hun mest fulgt med fra sidelinjen i høje stillinger hos medicinalproducenterne Genmab, Zealand Pharma, Novo Nordisk og svenske Medivir.

Nu er det imidlertid blevet tid til selv at tage teten i forsøget på at ændre systemet, ikke nedefra men oppefra.

Derfor stiller den 65-årige industrilæge, der i dag arbejder som konsulent for mindre biotek-virksomheder, op for Nye Borgerlige i Region Sjælland samt til kommunalvalget i Solrød Kommune.

»Jeg har altid været interesseret i politik, men jeg besluttede mig for at gå ind i politik for omkring seks år siden, da jeg fandt et parti, hvor jeg og mine værdier blev indeholdt. Det er et nationalliberal konservativt synspunkt med frihed til borgeren til at vælge selv,« siger Linda Basse.

For mange på Excel-gangen

Linda Basse stillede også op til regionsvalget i 2017, hvor hun fik 153 personlige stemmer, men hverken hun eller andre fra Nye Borgerlige blev

valgt ind i regionen. Faktisk blev ikke et eneste medlem af Nye Borgerlige valgt ind i nogle af landets fem regionsråd.

I dag står der november 2021 i kalenderen, og Nye Borgerlige har aldrig stået stærkere.

Partiet bliver af flere spået et kommunalt og regionalt gennembrud, og i den seneste nationale meningsmåling står Nye Borgerlige til at få 5,6 procent af vælgerne, hvis der var folketingsvalg i morgen.

Linda Basse vil sprænge lydmuren med mærkesager, som at pengene skal følge borgeren, udrensning på Excel-gangen og effektiviseringer.

»Som læge kan jeg se problematikkerne med sundhedsfaglige øjne, og dem vil jeg gerne bidrage til at løse for i sidste ende at få et bedre sundhedsvæsen,« siger Linda Basse.

Vil have frit sygehusvalg

Ifølge Linda Basse skal borgeren selv kunne vælge, hvor man vil behandles.

»I dagens Danmark har du ikke frit sygehusvalg. Du kan ikke vælge at blive behandlet på et bestemt sygehus, givet at sygehuset selvfølgelig tilbyder behandlingen, og det er et problem eksempelvis for svært syge og ældre, der skal bruge hele dage på transport,« siger Linda Basse.

Hun mener, at et frit sygehusvalg kan gøre det muligt for nogle borgere at blive behandlet på et sygehus

tæt på deres pårørende og således undgå lange rejsedage, men også for at kunne få mulighed for tiltrængt støtte.

»Dem, der har en sundhedsforsikring, har en større palette at vælge ud fra, men der er måske også andre borgere, som ikke har den mulighed og kunne ønske sig at blive behandlet et andet sted. Det kunne for eksempel gavne patienter, der skal igennem et behandlingsforløb,« siger Linda Basse.

Lægerne udfører sekretærarbejde

Linda Basse mener også, at manglende hænder på hospitalerne er et af sundhedsvæsenets mest presserende problemer.

Hun vil derfor have optaget på de sundhedsfaglige uddannelser øget, men hun ønsker også, at fagligheden kommer i højsædet på afdelingerne. For indtil det sker, vender sygeplejerskerne og lægerne ikke tilbage til de pressede afdelinger, mener hun.

Konkret peger Linda Basse på det, hun kalder 'nonsens' i det eksisterende system: Det handler bl.a. om læger, der udfører sekretærarbejde ved at skrive journaler, og sygeplejersker, der skal stå for simpelt logistikarbejde, når de får til opgave at bestille medicinsk udstyr som sprøjter hjem til hospitalerne.

»Der er for mange på Excel-gangen. Da jeg var læge, var der en adm. overlæge, som ledte afdelingen. Der var meget mere råderum til den enkelte fagperson, og den er blevet indskrænket hen over årene. Afdelingerne skal være mere dynamiske, så medarbejderne føler, at de er med,« siger hun. ■



FRIHED. Det er emner som frit sygehusvalg og et stop for læger, der udfører sekretærarbejde, som Linda Basse vil kæmpe for, hvis hun bliver valgt. – Foto: Privat

FAKTA

Linda Basses tre mærkesager

- **Pengene skal følge borgeren:** »Jeg synes, at borgeren skal kunne vælge, hvor man vil behandles et bestemt sted. I dagens Danmark har du ikke frit sygehusvalg. Du kan ikke vælge at blive behandlet på et bestemt sygehus, givet at sygehuset selvfølgelig tilbyder behandlingen.«
- **Færre sundhedsfaglige medarbejdere på Excel-gangen:** »Da jeg var læge, var der en adm. overlæge, som ledte afdelingen. Der var meget mere råderum til den enkelte fagperson, og den er blevet indskrænket hen over årene. Afdelingerne skal være mere dynamiske, så medarbejderne føler, at de er med.«
- **Effektiviseringer:** »Vi har nok nogle af verdens dyreste lægesekretærer, i og med at læger skriver journaler. Jeg kan heller ikke se, hvorfor en sygeplejerske skal bestille sprøjter hjem til en afdeling. Det må man kunne løse på en anden måde.«

DAGENS
Medicin

Praksis

Hovedt

Unge læger i Thy har aftalt at praktisere i området

En gruppe yngre læger i gang med hoveduddannelsen i almen medicin har givet hinanden håndslag på at slå sig ned som praktiserende læger i Thy-området. Et attraktivt uddannelsesmiljø med fokus på både faglig og social glæde ser ud til at bære frugt, og håbet er, at regionens problemer med lægedækning snart er en saga blot. ► **Side 4-8**

Behandling af type 2-diabetes¹

STYRKEN TIL AT OPNÅ MERE^a

Signifikant reduktion af:^{b,c,1,2}



HbA_{1c}^{1,2}



Vægt^{1,2}



Blodtryk^{1,2}

JARDIANCE[®] har ved behandling af patienter med type 2-diabetes og kardiovaskulær sygdom vist:^{d-g,3,4}

14%

**RRR AF
CV-HÆNDELSER^e
(ARR = 1,6%)**

38%

**RRR AF
CV-DØD^e
(ARR = 2,2%)**

35%

**RRR AF
HOSPITALISERING
PGA. HJERTESVIGT^f
(ARR = 1,4%)**

39%

**RRR AF NYOPSTÅET
ELLER FORVÆRRING
AF NEFROPATI^f
(ARR = 6,1%)**

JARDIANCE[®] er indiceret til behandling af voksne med utilstrækkeligt kontrolleret type 2 diabetes mellitus som supplement til diæt og motion. Gives som monoterapi, når metformin betragtes som uhensigtsmæssigt på grund af intolerans som supplement til andre antidiabetika.
For studieresultater vedrørende kombinationer, effekt på glykæmisk kontrol og kardiovaskulære hændelser samt studiepopulationer, se pkt. 4.4, 4.5 og 5.1 i produktresuméet.

a. Med "opnå mere" menes reduktion af: 3P-MACE, kardiovaskulær død, hospitalisering for hjertesvigt samt nyopstået eller forværring af nefropati hos type 2-diabetes patienter med hjertekarsygdom.¹

b. JARDIANCE[®] er ikke indiceret til vægttab eller blodtryksnænkning

c. I et fase 3 studie, som inkluderede 637 patienter, var det primære endepunkt ændring i baseline HbA_{1c} ved uge 24 sammenlignet med placebo tillagt behandling med metformin. Der blev opnået en HbA_{1c} reduktion på 0,70% og 0,77% for henholdsvis 10 mg og 25 mg Jardiance og 0,13% i placebogruppen. De sekundære effektmål inkluderede ændring i kropsvægt og systolisk blodtryk ved uge 24 og viste en reduktion på 2,08 kg og 2,46 kg for henholdsvis 10 mg og 25 mg Jardiance (0,45 kg reduktion i placebogruppen), og en reduktion på det systoliske blodtryk med 4,5 og 5,2 mmHG for henholdsvis 10 mg og 25 mg Jardiance (0,4 mmHG reduktion i placebogruppen).²

d. EMPA-REG OUTCOME[®] inkluderede 7.020 voksne patienter med type 2-diabetes og kendt hjertekarsygdom (koronararteriesygdom, perifer arteriel sygdom, myokardielt infarkt (MI), ustabil angina eller apopleksi) sammenlignet med placebo tillagt standardbehandling.³ Studiet havde til formål at vurdere ikke-inferioritet for det sammensatte primære endepunkt med afprøvning af superioritet som en præspecificeret analyse.³

e. Det primære sammensatte endepunkt i EMPA-REG OUTCOME[®] viste 14% RRR af 3P-MACE (CV-død, ikke-fatal MI og ikke-fatal apopleksi). ARR af 3P-MACE var 1,6% (et fald fra 12,1% til 10,5%). ARR af delkomponenten CV-død var 2,2% (et fald fra 5,9% til 3,7%).³

f. Dette sekundære endepunkt viste 35% RRR af HHF (ARR 1,4%, et fald fra 4,1% til 2,7%).³ Det sammensatte mikrovaskulære endepunkt viste 39% RRR i delendepunktet for nyopstået eller forværring af nefropati (progression til makroalbuminuri, fordobling af serumkreatinin med eGFR på ≤45 ml/ min/1,73 m², initiering af renal substitutionsterapi, dødsfald på grund af nyresygdom). ARR af nyopstået eller forværring af nefropati var 6,1% (et fald fra 18,8% til 12,7%).⁴

g. Blandt de sekundære endepunkter forekom ingen risikoreduktion i ikke-fatal MI, silent MI, ikke-fatal apopleksi, og hospitalisering for ustabil angina. I det sekundære sammensatte mikrovaskulære endepunkt, forekom kun risikoreduktion i delendepunktet for nyopstået eller forværring af nefropati.⁴



Boehringer
Ingelheim

Jardiance[®]
(empagliflozin)

Se produktresumé side 3

PC-100480_11.08.2021



Jardiance® (empagliflozin) - pligttekst for diabetesindikation (T2DM) Forkortet produktresumé

Indikationer*: Til behandling af voksne med utilstrækkeligt kontrolleret type 2-diabetes mellitus som supplement til diæt og motion. Gives som monoterapi, når metformin betragtes som uhensigtsmæssigt på grund af intolerans eller som supplement til andre antidiabetika. For studieresultater vedrørende kombinationer, effekt på glykæmisk kontrol og kardiovaskulære hændelser se pkt. 4.4, 4.5 og 5.1 i produktresuméet.

Kontraindikationer: Overfølsomhed for det aktive stof eller for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger*:** *Meget almindelig* ($\geq 10\%$): Hypoglykæmi (i kombination med sulfonylurinstof eller insulin), volumendepletering. *Almindelig* (1- 10%): Vaginal moniliasis, vulvovaginitis, balanitis og andre genitale infektioner, urinvejsinfektion, tørst, forstoppelse, pruritus (generaliseret), udslæt, øget vandladning, forhøjede serumlipider. *Ikke almindelig* (0,1-1%): Urticaria, angioødem, dysuri, øget serumkreatinin, nedsat glomerulær filtrationshastighed, forhøjet hæmatokrit. *Sjældne* (mindre end 0,1%): Nekrotiserende fasciitis i perineum (Fourniers gangræn), diabetisk ketoacidose.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen*: **Ketoacidose:** I sjældne tilfælde er der set ketoacidose, herunder livstruende og dødelige tilfælde. Opleves opkastninger, mavesmerter, udtalt tørst, udtalt træthed, vejrtrækningsbesvær eller konfusion, skal Jardiance-behandlingen afbrydes, og patienten skal straks tjekkes for ketoacidose uanset blodglukoseniveau. Behandlingen bør afbrydes hos patienter, der indlægges med henblik på større kirurgiske indgreb eller på grund af akutte alvorlige medicinske sygdomme. Det anbefales, at disse patienter overvåges for ketonstoffer via en blodprøve. Jardiance-behandlingen kan genoptages, når ketonstofværdierne er normale og patientens tilstand er blevet stabil. **Nyrefunktion:** Den glykæmiske virkning af Jardiance afhænger af patientens nyrefunktion. Nyrefunktionen bør vurderes, før behandling indledes og derefter regelmæssigt, samt før initiering af et andet lægemiddel, som kan have en negativ virkning på nyrefunktionen. Til behandling af type 2-diabetes bør Jardiance ikke initieres, hvis eGFR er under 60 ml/min/1,73 m². Dosis justeres til eller holdes på 10 mg én gang dagligt, hvis eGFR vedvarende er under 60 ml/min/1,73 m². Jardiance skal seponeres, når eGFR vedvarende er lavere end 45 ml/min/1,73 m². Til behandling af hjertesvigt med eller uden type 2-diabetes kan Jardiance 10 mg initieres eller fortsættes ned til eGFR 20 ml/min/1,73m². Ved terminal nyresygdom eller dialyse bør Jardiance ikke anvendes. **Ældre:** Hos patienter på >75 år skal der tages højde for den øgede risiko for volumendepletering (f.eks. samtidig diuretika, ACE-hæmmere). Terapeutisk erfaring hos patienter >85 år er begrænset, og initiering af behandling anbefales ikke. **Urinvejsinfektioner:** Midlertidig afbrydelse skal overvejes ved komplicerede urinvejsinfektioner. **Fourniers gangræn:** Patienter skal have besked om at søge lægehjælp ved symptomer på Fourniers gangræn. Ved mistanke om Fourniers gangræn bør behandling med Jardiance afbrydes og øjeblikkelig behandling (antibiotika og kirurgisk debridement) iværksættes. **Amputation af underekstremitet:** Det er vigtigt at rådgive diabetespatienter om rutinemæssig forebyggende fodpleje. **Pædiatrisk population:** Sikkerhed og virkning er ikke klarlagt. **Lactose:** Tabletterne indeholder lactose. **Interaktioner*:** Jardiance kan potensere den diuretiske virkning af thiazid- og loop-diuretika og øge risikoen for dehydrering og hypotension. Ved kombination med insulin eller sulfonylurinstoffer kan risikoen for hypoglykæmi være øget. Samtidig brug af kendte UGT-enzym-induktorer bør undgås pga. potentiel risiko for nedsat virkning. **Graviditet og amning*:** Bør undgås ved graviditet. Må ikke anvendes under amning. **Trafiksikkerhed*:** Ved kombinationsbehandling med sulfonylurinstof eller insulin bør patienter rådes til at tage forholdsregler for hypoglykæmi. **Dosering*:** Startdosis er 10 mg én gang dagligt i mono- og i kombinationsterapi. Dosis kan øges til 25 mg én gang dagligt hos patienter, hvis eGFR $\geq$ 60 ml/min/1,73 m². Højeste daglige dosis er 25 mg. Ved kombinationsbehandling med sulfonylurinstof eller insulin kan en lavere dosis af sulfonylurinstof eller insulin overvejes for at reducere risikoen for hypoglykæmi. **Ældre, pædiatrisk population og nyrefunktion:** Se *Særlige advarsler og forsigtighedsregler*. **Lægemiddelform:** Filmovertrukne tabletter. **Pakninger og priser:** 10 mg: 30 tabl. og 90 tabl.; 25 mg: 30 tabl. og 90 tabl. Dagsaktuel pris findes på www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. Tilskudsberettiget. **Registreringsindehaver:** Boehringer Ingelheim International GmbH. *De med * markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det godkendte produktresumé.* Yderligere information findes i produktresuméet (www.produktresume.dk), som vederlagsfrit kan rekvireres fra Medicinsk Information hos Boehringer Ingelheim Danmark A/S, Strødamvej 52, 2100 København Ø, tlf.: 39 15 88 88, eller mail: info.cop@boehringer-ingelheim.com. BIDD: v2

Referencer:

1. JARDIANCE® produktresumé
2. Häring HU et al. Diabetes Care 2014; 37(6):1650-1659
3. Zinman et al, N Engl J Med. 2015;373(22):2117-2128
4. Wanner C et al. N Engl J Med 2016 375:323-34

T2D = Type 2-diabetes, CVD = Kardiovaskulær sygdom, RRR = Relativ risikoreduktion, ARR = Absolut risikoreduktion
HHF = Hospitalisering for hjertesvigt



Boehringer Ingelheim Danmark A/S
Strødamvej 52, 2100 København Ø
www.boehringer-ingelheim.dk

tema: praksis

EFTER ET ÅR MED AFLYSNINGER OG RØDE TAL:

Lægedage er tilbage

Årets suverænt største efteruddannelsesbegivenhed for praktiserende læger slår igen dørene op i Bella Center 15. november. Her venter 134 planlagte kurser for kursisterne fordelt over fem dage.

Af Thor Melbye

Efter et 'annus horribilis' med aflysninger og røde tal på bundlinjen i PLO's efteruddannelsesafdeling vender organisationens store flagskib, Lægedage, tilbage.

Begivenheden løber traditionen tro af stablen i uge 46, og kataloget bliver i år lige så tæt pakket, som det plejer at være.

»Vi har planlagt et Lægedage i fuld skala med sammenlagt 134 kurser, og vi glæder os til at byde velkommen. Der vil også være flere muligheder end tidligere for at følge årets Lægedage virtuelt,« siger Eva Maria Mogensen, souschef i PLO's afdeling for efteruddannelse (PLO-E).

Færre deltagere end i 2019

Selvom antallet af efteruddannelseskurser er tilbage på samme niveau, som før corona-krisen ramte, så er deltagerantallet fortsat ikke helt på højde med tidligere.

I år ligger deltagerantallet ca. 10 pct. lavere end i 2019, hvor i omegnen af 3.000 unikke deltagere i løbet af ugen fandt vej til efteruddannelsesbegivenheden.

»Vi er ikke oppe på helt så mange tilmeldinger, som vi havde i 2019. Det synes vi selvfølgelig er lidt ærgerligt, og det kan være svært at vide hvorfor. En af forklaringerne kan være, at vi har været nødsaget til at flytte mange efteruddannelseskurser fra foråret til efteråret, og programmet derfor er forholdsvis tæt,« siger Eva Maria Mogensen.

Til gengæld indløb der 900 betalingerne på dagen, hvor der blev åbnet for tilmelding til Lægedage, hvilket er dobbelt så mange som sidste år – og det kunne tyde på, at der i år er ekstra stor rift om de mest populære efteruddannelseskurser, der ofte overtegnes.

Fokus på teamet

Årets tema ved Lægedage retter sit fokus mod teamet i lægeklinikkerne. Dermed forsøger PLO at understøtte den tiltagende opgavemængde i almen praksis, som stiller krav om nytænkning – både i forhold til andre faggrupper, men også opgavefordelingen, så ressourcerne kan udnyttes bedst muligt.

'Her er den største udfordring at bevare den lægelige kontinuitet og patientrelation, samtidig med at praksispersonale varetager flere faglige opgaver og patientkontakter', som der står i kursuskataloget, hvor årets tema er formuleret som følger:

'Almen praksis som en helhed – som team kan vi løfte mere – det gør en forskel, at vi kender hinanden og hinandens styrker'.

En af de læger, som har været med til at folde emnet ud i de mange sessioner på Lægedage, er praktiserende læge Jette Elbrønd.

»Det er klart, at med det store antal sessioner på Lægedage, så er det ikke alle, der direkte vedrører temaet. Alle kursusledere prøver dog at relatere deres session til temaet i et eller andet omfang, og det kan gøres på mange kreative måder,« siger Jette Elbrønd.

Hun er en af fire praktiserende læger, som har titel af uddannelseskonsulent på Lægedage, der også har repræsentation af en konsultationssygeplejerske i teamet.

»Jeg synes, det er fuldstændigt essentielt, at vi har fokus på teamet i PLO-E. Vi afholder flere og flere kurser rettet mod vores praksispersonale og teamkurser. Det er også tendensen ved Lægedage. I år er halvdelen af kursisterne praktiserende læger, mens den anden halvdel udgøres af vores praksispersonale,« siger Jette Elbrønd.

Flere virtuelle begivenheder

For de læger, som ikke ønsker at møde fysisk op eller er forhindret i det, vil der i år desuden være flere muligheder for at deltage virtuelt.

Åbningen af Lægedage om mandagen vises online, det samme gælder sessionen 'Mød formændene' om tirsdagen og temassessionen onsdag formiddag.

»Hvis lægeklinikkerne ønsker at gøre en klinikdag ud af det, men holde det på distancen, har vi i år også udbudt et totimers webinar om mandagen og et om onsdagen, der ligger i forlængelse af temassessionen, som man kan tilkøbe til klinikken,« siger Eva Maria Mogensen, der ligesom mange af sine kolleger holdt vejret frem mod regeringens pressemøde i denne uge.

Stigende smittetryk lurer

På brancher har været hårdere ramt af coronakrisen end arrangører af konferencer og efteruddannelse, og sådan har det også været hos PLO-E, der sidste år måtte sige farvel til to medarbejdere og aflyse Lægedage i ellevte time.

Og selvom COVID-19 atter har fået status af at være en samfundskritisk sygdom, så er der nu så få dage til Lægedage, at en aflysning eller nedskalering virker usandsynlig.

Skulle uheldet alligevel være ude, så har PLO-E forberedt et detaljeret program på afstand – efter at have betalt nogle dyre lærepenge sidste år.

»Vi har sikret os med kursuslederne, at der er fire-fem kurser, som kan afholdes virtuelt hver dag i løbet af ugen. I 2020 gik vi først i gang med at finde ud af, hvad der kunne afholdes virtuelt, da vi havde aflyst Lægedage. De ti dage, der nåede at gå i mellemtiden, betød, at mange deltagere nåede at melde fra, og tilmeldingerne derfor bestemt ikke var overvældende,« siger Eva Maria Mogensen.

»Coronaperioden har været hård for vores efteruddannelsesafdeling i PLO, men vi er kommet stærkt tilbage, og det er en vigtig begivenhed for os, hvor vi også viser omverdenen, hvad almen praksis har at byde på,« siger Eva Maria Mogensen. ■

FAKTA

Årets tema ved Lægedage

- 'Almen praksis som en helhed – som team kan vi løfte mere – det gør en forskel, at vi kender hinanden og hinandens styrker'.
- »Med årets tema har vi valgt at fokusere på fagligheden i forhold til organisering, uddelegering og samarbejde i teamet, ledelse og kommunikation og patientrelationen,« skriver PLO i programmet.



Unge læger satser på egen praksis i Thy

En række læger, som er i gang med hoveduddannelsen i almen medicin, har givet hinanden håndslag på at blive i Thy som praktiserende læger. Et godt uddannelsesmiljø og fagligt fællesskab trækker unge læger til området.

Af Lone Lærke Krog

»En god læge kan man blive mange steder, men hvis man også skal være en glad læge, så er Thy en oplagt mulighed,« pointerer Jens Tilma.

Jens Tilma, 33 år, og Emma Kristensen, 29, bor med deres to små drenge – Axel og Emil – i en lægebolig på Højtoftevej i Thisted. Adressen er et par hundrede meter fra sygehuset, hvor Jens Tilma arbejder på medicinsk afdeling som led i hoveduddannelsen i almen medicin. Emma Kristensen, som er cand. med., er på barsel frem til marts.

Parret har forelsket sig i Thy, efter at de for tre år siden tog til egnen, fordi 'det kunne være sjovt at prøve'.

Emma Kristensen havde forinden været med på en bustur for lægestuderende til Thy med titlen 'Fra by til Thy', arrangeret af Thisted Kommune i samarbejde med lægerne i området, studenterforeningen SAMS og Aalborg Universitetshospital, Thisted.

»Vi blev bare taget så godt imod deroppe. Alle var positive og glade. Det lød som en drøm,« husker Emma Kristensen om busturen, hvor de lægestuderende blev introduceret til sygehuset og lægehuset Dokken.

Efterfølgende tog hun orlov fra studiet og havde et vikariat på Thisted Sygehus, mens Jens Tilma havde et introforløb i Dokken i et halvt år.

»Det var rigtig rart at være her. Især på grund af det gode sammenhold af unge læger. Vi havde meget med hinanden at gøre, fordi vi kom andre steder fra. Det var nærmest som et højskoleophold,« fortæller Jens Tilma.

Han er oprindeligt fra Brønderslev, mens Emma Kristensen er fra Mors. Deres første søn blev født på Thisted Sygehus, hvilket blev endnu en af de gode oplevelser, der satte sig i kroppen hos parret. Tilbage i Aarhus mærkede de, at de var færdige med storbyen.

»Aarhus er skøn, når man er ung og vil feste, men halvvejs i studiet har man fået nok af det, og så glæder man sig til at komme ud af byen igen,« fortæller Jens Tilma.

Et puslespil

Parret ville gerne tilbage til Thy for at tage deres hoveduddannelse, men først var der et puslespil, der skul-

le lægges. Begge ville de være sikre på at kunne bruge Thisted som fast base de næste fem-syv år.

Region Nordjylland har som forsøg frem til 2022 udbudt fire sammenhængende uddannelsesforløb årligt i Thisted og Hjørring. Her udbydes såvel KBU som introstilling og hoveduddannelsen i almen medicin i én pakke. Fordelen er flere sammenhængende ansættelser og dermed et forudsigeligt og trygt forløb over en årrække. Et af dem søgte Emma Kristensen – og fik det.

»Det var dejligt, at det faldt på plads. Det giver mig så meget ro i maven. Jeg undgår den stressfaktor, det normalt er, at man skal ud og søge, hver gang man skifter forløb,« fortæller hun.

Jens Tilma søgte en uddannelsesaftale med Toldbodlægerne i Dokken – og fik det. Det såkaldte Thisted-rul (en samlet pakke af uddannelsesforløb i almen medicin) betyder, at kun



FREMTID. Jens Tilma og Emma Kristensen forelskede sig i Thy, efter at hun havde været i et vikariat på sygehuset, og han var et halvt år i en introstilling i lægehuset Dokken. De besluttede sig for at uddanne sig til praktiserende læger med base i Thisted. Drømmen er at etablere egen praksis. Begge sønner, Axel og Emil, er født på Thisted Sygehus. – Foto: Diana holm

10 måneder ud af 54 foregår i Aalborg på universitetshospitalet der. Resten foregår på Aalborg Universitetshospital, Thisted og i almen praksis.

»Det er logistisk nemt, når man er en børnefamilie. At skulle pendle mange timer i den tid, hvor børnene er vågne, ville ikke være særlig attraktivt,« pointerer Jens Tilma.

Bare et godt sygehus

Muligheden for et harmonisk familieliv var for det unge par en væsentlig grund til at vælge Thisted som base for hoveduddannelsen. Naturen og mentaliteten trak også.

»Det giver så meget mening at være et sted, hvor man nemt kan tage på udflugter til Nationalparken eller Limfjorden. Og så er det bare nemt at komme i snak med naboerne,« fortæller Emma Kristensen.

Men endnu et tungt argument er selvfølgelig det fagligt høje niveau og fællesskabet med andre læger – både i almen praksis og på sygehuset.

Jens Tilma har tidligere været i KBU og intro på forskellige sygehuse i Region Midtjylland og Syddanmark, men temperamentet passer bedst til Thy.

»Thisted Sygehus er bare et godt sygehus. Man får lov at gøre sit arbejde ordentligt og møde patienterne, både når de er akutte, når de indlægges, og når de skal udskrives. Der er et respektfuldt samarbejde, og man



En god læge kan man blive mange steder, men hvis man også skal være en glad læge, så er Thy en oplagt mulighed

Jens Tilma, i gang med hoveduddannelsen i almen medicin

bliver hørt, også når man er yngre læge. Man bliver nok mere udviklet, fordi man får ansvar. Det er en god lægeuddannelse, man får sådan et sted,« siger han.

Hver morgen deltager alle yngre læger i morgenkonferencen, hvor uddannelsesansvarlig overlæge Jens Juul er med. En af de andre yngre læger er Sara Søndergaard.

»Der har altid været et godt uddannelsesmiljø på Thisted Sygehus. Der er undervisning hver dag og supervision af bagvagter,« siger hun.

Sara Søndergaard er født og opvokset i Thy. Hun har været med på en forunderlig rejse. For i 2017, da hun skulle vælge KBU, var Thisted stadig en del af Udkantsdanmark. Hun var dengang den første, som valgte Thisted til KBU – som nummer 340 ud af 650.

Siden kom Thisted ind på en tredjejeplads – efter København og Aarhus – når kandidater skulle vælge KBU.

Håndslag på at blive i Thy

I november 2019 var Sara Søndergaard med til at danne en slags pendant til PLO's såkaldte 12-mandsforeninger. Gruppen bestod af læger, som var i gang med specialuddannelsen i almen medicin. Dengang var de 11, og 3 nye er siden optaget i gruppen, efter at de er begyndt på hoveduddannelsen i Thisted.

Medlemmerne af gruppen har givet hinanden håndslag på, at de vil nedsætte sig som praktiserende læger i Thy efter endt uddannelse.

»Jeg ville gerne herhjem og være som praktiserende læge, men jeg ville ikke være her alene. Nu er den skepsis taget ud af ligningen,« konstaterer Sara Søndergaard, der er 32 år.

Ideen med at danne gruppen var også at have sparring i et fagligt og socialt fællesskab omkring uddannelsesforløbet i almen medicin.

Jens Tilma forklarer: »Vi kommer med gode råd til hinanden. Man kan for eksempel høre, hvordan der lige er på den afdeling, man skal ind på næste gang. Hvem er god at hægte sig på? Og hvad skal man forberede sig på med pendlertid?«

Gruppen mødes seks-otte gange om året. Udover fællesspisning og udveksling af erfaringer skiftes de til at invitere eksterne eller selv holde oplæg med fagligt indhold.

Sara Søndergaard er tilknyttet Lægehuset Vestervig, 35 km fra Thisted. Lægehuset har engang haft tre ydernumre, men i dag betjenes patienterne af en ældre praktiserende læge.

Hun er meget glad for at være der

og føler, at hun lærer rigtig meget.

Sara Søndergaard er færdig med sin specialuddannelse som almen mediciner om to år.

»Jeg drømmer om at være i en praksis med to-tre læger og et bredt hold af sygeplejersker, sekretærer og andet sundhedspersonale,« siger hun.

Fagligt miljø og sparring

Netop det faglige lægemiljø er årsagen til, at Jens Tilma valgte at være tilknyttet Toldbodlægerne i Thisted.

Toldbodlægerne er et kompagniskab med fire praktiserende læger, der bor i hus sammen med seks solo-praksisser og flere andre faggrupper, tilsammen det såkaldte Behandlerhuset Dokken. Her er også løbende fem-seks uddannelseslæger.

Jens Tilma fremhæver, at der hver dag er middagskonference hos Toldbodlægerne.

»Man undgår at visne hen i sin faglighed. Det giver en større tilfredshed og bedre behandling. Til gavn for patienterne – og for os som læger.«

Når Jens Tilma om få år skal etablere sig med egen praksis, bliver det uden tvivl i et hus med flere kolleger.

»Jeg vil helt sikkert vælge et lægefællesskab. Man kan aldrig få fleksibilitet, hvis man er alene. Mens ens børn er små, har man måske ikke lyst til at arbejde hele deres vågentid,« pointerer han.

For de unge læger i Thy er fællesskabet vigtigt – både under uddannelsen og bagefter.

Men først og fremmest handler det om de nære værdier – det gode liv.

Jens Tilma henviser til en spørgeskemaundersøgelse blandt yngre læger, der viser, at en god balance mellem fritid og arbejdsliv er vigtigere end høje honorarer.

Lægeboligen på Højtoftevej er også et af de elementer, der gør det smidigt at flytte til Thy for at smage på lægelivet.

»Så har man tid til at kigge efter noget, man godt kan blive boende i,« siger Jens Tilma.

Meget tyder på, at Thisted Sygehus, Region Nordjylland og lægerne i Thy er lykkedes med at skabe rammer, der er vigtige for unge læger. Spørgsmålet er, om lægemangel i Thy snart vil være en saga blot – og regionsklinikker et overstået kapitel.

12-15 læger vil blive i området

Inden for de kommende 4-5 år vil 12-15 læger i hvert fald være klar til at etablere sig med eget ydernummer i omegnen af Thisted Sygehus.



GRUPPE. Sara Søndergaard var i 2019 med til at etablere en gruppe af yngre læger, der alle har intentioner om at blive i Thy efter endt specialuddannelse i almen medicin. – Foto: Diana holm

»Lige om lidt kan vi ikke være her,« forudser Sara Søndergaard.

Jens Tilma er enig i, at der nok ikke bliver lægemangel i Thisted, men han er dog overbevist om, at området ikke bliver fuldt lægedækket lige med det samme. Ikke mindst fordi der stadig er regionsklinikker og partnerskabsklinikker, de såkaldte 'stråmandsklinikker', der besættes med vikarer.

»Jeg tænker på de klinikker, hvor patienterne ikke har en fast læge, som en midlertidig løsning. Jo, der skal nok blive plads til os alle på en eller anden måde,« siger han.

Jens Tilma og Emma Kristensen er i hvert fald indstillet på en fremtid i Thy – gerne i et lille hus på landet – også når de er færdige og klar til at få foden under egen briks. ■

[LÆS MERE SIDE 6](#)

FAKTA

Rekrutteringsinitiativer i Region Nordjylland, almen praksis

- Kursus i etablering af almen praksis, afholdt 12 gange
- Lederudviklingsforløb: På vej i praksis, afholdt 8 gange
- Regionen og PLO tilbyder sparring og dialog om praksismuligheder
- Løntillæg ved ansættelse i intro- og hoveduddannelsesstillinger
- Praktiserende læger engagerer sig i uddannelse af yngre læger (10 af 16 praksisser i Thisted Kommune er godkendt til dette).

Yngre læger arbejder på lige fod med erfarne læger

I Thisted mener man, at et respektfuldt fagligt miljø krydret med sociale aktiviteter i fritiden er opskriften på at skabe en rekrutteringssucces.

Af Lone Lærke Krog

Klokken er præcist otte. Afdelingslæger, uddannelseslæger og overlæger mødes til morgenkonference på 4. sal i den medicinske fløj af Aalborg Universitetshospital i Thisted. Mødet ledes af Søren Larsen, som er i en introstilling i intern medicin på sygehuset. Han fortæller kort, hvordan vagtplanen aktuelt tegner sig og giver en status over indlagte på de forskellige afsnit. Så giver han ordet til en af de læger, som er i gang med hoveduddannelsen i almen medicin, Jens Tilma, der netop kommer fra nattevagt. Jens Tilma fortæller om de observationer, han har gjort sig omkring en ældre patient, der er indlagt akut. Hængende mundvig, blødning fra øje før indlæggelse. Måske apopleksi. Kollegerne peger på muligheden af helvedesild. Der er bestilt skanning. En afdelingslæge kvitterer.

»Godt arbejde!«

I alt ni læger er samlet omkring bordet, mens yderligere seks er med på Teams. Det er læger, der er på vej i en bus fra Aalborg – og arbejder undervejs. Som de gør hver morgen. For to dage siden er fem nye KBU-læger begyndt på sygehuset. De vil også normalt være med til morgenkonference, men lige denne dag er de et andet sted som led i introduktionsugen. »Det er svært at undvære morgenkonferencen. Det giver en fælles ansvarsfølelse at tale om de patienter, der aktuelt skal tages hånd om. Der er meget læring i at deltage,« pointerer Jens Juul, der har været uddannelsesansvarlig overlæge på sygehuset i Thisted i mange år. De unge læger har rollen som leder af morgenkonferencen på skift, og det er vistnok unikt. »Jeg synes, det fungerer fremragende,« fortæller Jens Juul. Sygehuset i Thisted har de fleste medicinske specialer – fra lunge-medicin til infektionssygdomme og hjerte-kredsløb. Kun gastromedicin findes ikke her. Jens Juul pointerer, at de yngre læger bliver draget ind i fællesskabet fra dag ét.

Stejl læringskurve

»Læringskurven er meget stejl i starten, men vi prøver at facilitere overgangen fra universitetet til virkeligheden på den bedst mulige måde,« siger overlægen. »De får alt at se. De lærer at stå på egne ben – under tæt supervision,« tilføjer Trine Hagen. Hun er uddannelseskoordinerende yngre læge – og står til at blive den næste uddannelsesansvarlige overlæge på stedet, når Jens Juul en dag går på pension. »Man kan virkelig få sparring hele vejen rundt,« tilføjer Jens Juul. De unge læger, som er under uddannelse, indgår således i vagtplanen. Derudover er der daglig undervis-



DELTAGELSE. Overlæge Jens Juul (i midten) lægger stor vægt på, at alle uanset uddannelsesniveau deltager i de faglige drøftelse på lige vilkår. Mødeledelsen går på skift. I dag er det introlæge Søren Larsen (tv. i baggrunden), der leder slagets gang. – Foto: Diana Holm

ning i forskellige lægefaglige temaer en halv time hver dag efter morgenkonferencen. Også disse oplæg går på skift. Så er der case-undervisning hver fredag, staff meeting med kollegerne i Aalborg og 'journalklub', hvor man én dag om måneden gennemgår en videnskabelig artikel. Og apropos videnskab, så fik sygehuset i Thisted i foråret sin egen forskningsenhed, ledet af professor Asbjørn Drewes fra Aalborg Universitet. Det betyder, at postdoc Anne-Marie Wegeberg en dag om ugen er til stede på matriklen i Thisted og er med til at facilitere den forskning, som alle læger uanset niveau gerne skulle beskæftige sig med. Et aktuelt forskningsprojekt omhandler eksempelvis lungefunktionsmålinger. »Forskning, uddannelse og inddragelse i lægelige beslutninger er alt sammen med til at skabe rammerne for det attraktive uddannelsesmiljø, der karakteriserer sygehuset i dag,« fremhæver Jens Juul. Han glæder sig over, at der er sket et markant skift i interessen for at komme til Thisted de senere år, specielt efter, at uddannelseslæge Sara Søndergaard tog initiativ til 12-mandsgruppen. »I hvert fald de seneste tre år er det blevet populært at komme hertil. Jeg tror, at det sociale trækker meget,« lyder det fra Jens Juul. **Rustur med to portører** Der arbejdes på flere planer for at skabe et godt uddannelsesmiljø. Eksempelvis arrangerer to portører rustur i Nationalpark Thy for de nye KBU'ere sammen med det øvrige hold af yngre læger. Nogle har endda taget jagttegn. Da Jens Tilma er færdig med sin gennemgang, tager ledende overlæge Lene Birgitte Birket-Smith ordet og kommer med en god nyhed. »Der er kommet rigtig gode ansø-

gere til introstillingerne. Det er jeg godt nok glad for.« Det viser sig, at der er seks ansøgere, hvoraf flere har været i KBU-forløb på sygehuset. »Der er opslået to stillinger, men vi kommer til at ansætte fire,« fastslår Lene Birgitte Birket-Smith. Det er ikke usædvanligt, at det bliver et gensyn med yngre læger, der har snuset til miljøet tidligere. »Der, hvor vi kan se, at vi lykkes med rekruttering, er, når de vender tilbage,« pointerer Trine Hagen. Udviklingen er selvforstærkende, fordi der vil være mange, der har lært hinanden at kende under uddannelsen og kommer til at samarbejde fremover – i et krydsfelt mellem primærsektor og hospitalssektor. »Så har vi sikret fødekæden helt nedefra,« konstaterer Jens Juul. ■

FAKTA

Uddannelsesstillinger til almen praksis i Region Nordjylland

- I 2021 blev udbudt 42 hoveduddannelsesstillinger i almen medicin i Region Nordjylland. Heraf blev 26 besat.
- Der opslås 4 Thisted-forløb årligt. Der blev besat 5 i 2020 og 3 i 2021.
- Hvert år opslås 4 sammenhængende uddannelsesstillinger i Hjørring og Thisted. Det er KBU, introstilling og hoveduddannelsesforløb i almen medicin i én samlet pakke.

Se annonce side 7

Rybelsus® (semaglutid)

Forkortet Produktresumé

Lægemiddelform: Tablet. **Indikation:** Rybelsus er indiceret som supplement til kost og motion til behandling af voksne med type 2 diabetes mellitus, som ikke er tilstrækkeligt kontrolleret, for at forbedre den glykæmiske kontrol. **Monoterapi:** når metformin anses for uhensigtsmæssigt på grund af intolerance eller kontraindikationer. **Kombination:** med andre lægemidler til behandling af diabetes. For studieresultater vedrørende kombinationer, virkning på glykæmisk kontrol og kardiovaskulære hændelser og de undersøgte populationer henvises til pkt. 4.4, 4.5 og 5.1 i det fulde produktresumé. **Dosering og indgivelsesmåde:** Startdosis er 3 mg semaglutid én gang dagligt i en måned. Efter en måned skal dosis øges til en vedligeholdelsesdosis på 7 mg én gang dagligt. Efter mindst en måned med en dosis på 7 mg én gang dagligt kan dosis øges til en vedligeholdelsesdosis på 14 mg én gang dagligt for yderligere at forbedre den glykæmiske kontrol. Den maksimalt anbefalede daglige enkelt dosis semaglutid er 14 mg. Indtag af to 7 mg tabletter for at opnå virkningen af en 14 mg dosis er ikke blevet undersøgt, og kan derfor ikke anbefales. Anvendelse i kombination med metformin og/eller en natrium-glucose-cotransportør-2-inhibitor (SGLT2i) eller thiazolidindion, kan den aktuelle dosis metformin og/eller SGLT2i eller thiazolidindion fortsætte. Anvendelse i kombination med et sulfonylurinstof eller med insulin, kan det overvejes at reducere dosis af sulfonylurinstof eller insulin for at mindske risikoen for hypoglykæmi. Selvmonitorering af blodglucose er ikke nødvendig for at justere dosis af semaglutid. Selvmonitorering af blodglucose er nødvendig ved justering af dosis af sulfonylurinstof og insulin, særligt når semaglutid initieres og insulin reduceres. **Glemte doser:** Hvis en dosis er glemt, skal den glemte dosis springes over, og den næste dosis skal tages den følgende dag. **Ældre:** Dosisjustering, baseret på alder, er ikke nødvendig. Erfaring med behandling af patienter ≥75 år er begrænset. **Nedsat nyrefunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med let, moderat eller svær nedsat nyrefunktion. Erfaring ved svært nedsat nyrefunktion er begrænset. Semaglutid anbefales ikke til patienter med nieresygdom i slutstadiet. **Nedsat leverfunktion:** Dosisjustering er ikke nødvendig hos patienter med nedsat leverfunktion. Erfaring ved svært nedsat leverfunktion er begrænset. **Pædiatrisk population:** Sikkerheden og virkningen af Rybelsus hos børn og unge under 18 år er endnu ikke klarlagt. Ingen data. **Administration:** Rybelsus er en tablet til oral anvendelse én gang dagligt. Tages på tom mave når som helst på dagen. Tabletten skal synkes hel med lidt vand. Tabletterne må ikke deles, knuses eller tygges. Patienter skal vente mindst 30 minutter før de spiser eller drikker, eller før der tages andre oralt indgivne lægemidler. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler:** Semaglutid må ikke anvendes til patienter med type 1-diabetes mellitus eller til behandling af diabetisk ketoacidose. Der er ingen erfaring med behandling af patienter med kongestiv hjerteinsufficiens i NYHA klasse IV (New York Heart Association), og semaglutid anbefales derfor ikke til disse patienter. Ingen erfaring med behandling med semaglutid hos patienter, der har fået foretaget fedmekirurgi. **Gastrointestinale virkninger:** Brug af GLP-1 receptoragonister kan være forbundet med gastrointestinale bivirkninger, der kan medføre dehydrering, som i sjældne tilfælde kan medføre en forringelse af nyrefunktionen. **Akut pankreatitis:** Der er observeret akut pankreatitis i forbindelse med brugen af GLP-1 receptoragonister. Patienterne skal informeres om de karakteristiske symptomer på akut pankreatitis. Hvis der er mistanke om pankreatitis, skal semaglutid seponeres; og hvis akut pankreatitis bekræftes, må behandling med semaglutid ikke påbegyndes igen. Der skal udvises forsigtighed hos patienter med tidligere pankreatitis. **Hypoglykæmi:** Patienter, der behandles med semaglutid i kombination med sulfonylurinstof eller insulin, kan have øget risiko for hypoglykæmi. Risikoen for hypoglykæmi kan nedsættes ved at reducere dosis af sulfonylurinstof eller insulin, når behandlingen med semaglutid påbegyndes. **Diabetisk retinopati:** Hos patienter med diabetisk retinopati, der er i behandling med insulin og subkutan semaglutid, er der observeret en øget risiko for udvikling af komplikationer ved diabetisk retinopati, en risiko, der ikke kan udelukkes ved oralt administreret semaglutid. Der skal udvises forsigtighed ved anvendelse af semaglutid til patienter med diabetisk retinopati. Hurtig forbedret kontrol af glucose i blodet har været forbundet med en forbigående forværring af diabetisk retinopati, men andre mekanismer kan ikke udelukkes. **Interaktioner:** Semaglutid forsinket ventrikeltømmingen, hvilket kan påvirke absorptionen af andre oralt indgivne lægemidler. **Semaglutids indvirkning på andre lægemidler:** **Thyroxin:** Den totale eksponering (AUC) for thyroxin (justeret for endogene niveauer) steg med 33% efter administration af en enkelt dosis levothyroxin. Den maksimale eksponering (C_{max}) forblev uændret. **Warfarin:** Semaglutid ændrede ikke AUC eller C_{max} for R- og S-warfarin efter en enkelt dosis warfarin, og warfarins farmakodynamiske virkning målt efter INR (international normalised ratio) blev ikke påvirket på en klinisk relevant måde. **Rosuvastatin:** AUC for rosuvastatin steg med 41% [90% CI: 24; 60] ved samtidig administration med semaglutid. På baggrund af rosuvastatins brede terapeutiske indeks anses omfanget af ændringerne i eksponering ikke for klinisk relevant. **Digoxin, orale kontrceptiva, metformin, furosemid:** Der blev ikke observeret nogen klinisk relevant ændring af AUC eller C_{max} for digoxin, orale kontrceptiva (der indeholder ethinylestradiol og levonorgestrel), metformin eller furosemid ved samtidig administration af semaglutid. **Andre lægemidlers indvirkning på semaglutid:** **Omeprazol:** Der blev ikke observeret nogen klinisk relevant ændring af AUC eller C_{max} for semaglutid ved samtidig indtagelse af omeprazol. **Fertilitet, graviditet og amning:** Det anbefales, at kvinder i den fertile alder anvender kontraception under behandling med semaglutid. **Graviditet:** Utilstrækkelige data. Semaglutid må ikke anvendes under graviditet. **Amning:** Må ikke anvendes under amning. **Fertilitet:** Ukendt hos mennesker. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Semaglutid påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner. **Bivirkninger:** **Immunsystemet:** Anafylaktisk reaktion. **Metabolisme og ernæring:** Hypoglykæmi ved brug sammen med insulin eller sulfonylurinstof, Hypoglykæmi ved brug sammen med andre orale antidiabetika, Nedsat appetit. **Øjne:** Komplikationer ved diabetisk retinopati. **Hjerte:** Øget hjertefrekvens. **Mave-tarm-kanalen:** Kvalme, Diarré, Opkastning, Abdominalsmerte, Abdominal distension, Forstoppelse, Dyspepsi, Gastritis, Gastroesophageal refluxsygdom, Flatulens, Erukation, Akut pankreatitis. **Lever og galdeveje:** Cholelithiasis. **Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet:** Træthed. **Undersøgelser:** Forhøjet lipase/amyase, Vægttab. **Beskrivelse af udvalgte bivirkninger:** **Hypoglykæmi:** Alvorlig hypoglykæmi blev primært observeret, når semaglutid blev anvendt sammen med sulfonylurinstof eller insulin. Der blev kun observeret få episoder med semaglutid i kombination med andre orale antidiabetika end sulfonylurinstof. **Gastrointestinale bivirkninger:** Kvalme forekom hos 15%, diarré hos 10% og opkastning hos 7% af de patienter, der blev behandlet med semaglutid. De fleste hændelser var milde til moderate i sværhedsgrad og af kort varighed. Hændelserne førte til seponering af behandlingen hos 4% af forsøgspersonerne. Hændelserne blev rapporteret hyppigt i de første måneder af behandlingen. **Komplicationer ved diabetisk retinopati:** Et 2-årigt klinisk studie med subkutan semaglutid undersøgte 3.297 patienter med type 2 diabetes med høj kardiovaskulær risiko, langvarig diabetes og dårligt reguleret blodglucose. I dette studie forekom hændelser, der blev bedømt som komplikationer ved diabetisk retinopati, hos flere patienter, som blev behandlet med subkutan semaglutid (3,0%), sammenlignet med placebo (1,8%). Dette blev observeret hos insulinbehandlede patienter med kendt diabetisk retinopati. **Immunogenicitet:** Patienter kan udvikle antistoffer efter behandling med semaglutid, hvilket er i overensstemmelse med de potentielle immunogene egenskaber ved lægemidler, som indeholder proteiner eller peptider. Andelen af forsøgspersoner, der blev testet positive for anti-semaglutid-antistoffer på et hvilket som helst tidspunkt efter baseline, var lav (0,5%), og ingen forsøgspersoner havde anti-semaglutid-neutraliserende antistoffer eller anti-semaglutid-antistoffer med endogen GLP-1-neutraliserende virkning ved studiets afslutning. **Forhøjet puls:** Der er observeret forhøjet puls i forbindelse med GLP-1-receptoragonister. I fase 3a-studierne blev der observeret gennemsnitlige ændringer på 0 til 4 slag i minuttet (bpm) fra en baseline på 69 til 76 hos patienter, som blev behandlet med Rybelsus. **Overdosering:** I kliniske studier kan følgerne af overdosering med semaglutid være forbundet med gastrointestinale bivirkninger. En længerevarende observationsperiode og behandling af symptomerne kan være nødvendig i betragtning af semaglutids lange halveringstid på ca. 1 uge. Der er ingen specifik antidot ved overdosering med semaglutid. **Opbevaring og holdbarhed:** 3 mg: 24 måneder. 7 mg og 14 mg: 30 måneder. Opbevares i den originale blisterpakning for at beskytte mod lys og fugt. Der er ingen særlige krav vedrørende opbevaringstemperaturer for dette lægemiddel. **Udlevering:** Receptpligtigt lægemiddel. Rybelsus® har generelt klausuleret tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Novo Nordisk A/S. **Pakninger og priser:** Rybelsus® 3 mg 30 tabletter, Rybelsus® 7 mg 30 tabletter, Rybelsus® 14 mg 30 tabletter. Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk. (DK20RYB00039)

Læs altid indlægssedlen omhyggeligt inden produktet tages i brug. Den fuldstændige produktinformation kan vederlagsfrit fås ved henvendelse til Novo Nordisk Danmark A/S, Ørestads Boulevard 108, 6., 2300 Kbh. S, telefon +45 80 200 240. Besøg også www.novonordisk.dk. (Ver. 05/2020.2).



Novo Nordisk Danmark A/S
Ørestads Boulevard 108, 6 · 2300 København S
www.novonordisk.dk · Kundeservice tlf.: 80 200 240

RYBELSUS®

semaglutid tabletter

FØRSTE
OG
ENESTE
GLP-1-ANALOG I
TABLETFORM¹

Til voksne med type 2-diabetes



**Signifikant bedre HbA_{1c}-reduktion
end Jardiance® og Januvia®^{2*}**



**Gennemsnitlig
vægtreduktion op til 4,3 kg^{2#}**

Indikation: Rybelsus® er indiceret som supplement til kost og motion til behandling af voksne med type 2 diabetes mellitus, som ikke er tilstrækkeligt kontrolleret, for at forbedre den glykæmiske kontrol.

Monoterapi: når metformin anses for uhensigtsmæssigt på grund af intolerance eller kontraindikationer.

I kombination: med andre lægemidler til behandling af diabetes.

For studieresultater vedrørende kombinationer, virkning på glykæmisk kontrol og kardiovaskulære hændelser og de undersøgte populationer henvises til pkt. 4.4, 4.5 og 5.1 i det fulde produktresumé.²

GLP-1: Glukagonlignende peptid 1; **ETD:** Estimeret behandlingsforskel; **CI:** konfidensinterval

* Rybelsus® 14 mg viste i PIONEER 2 - 4 studierne signifikant større HbA_{1c}-reduktion end Jardiance® (empagliflozin), Januvia® (sitagliptin) og Victoza® (liraglutid) ved studiernes afslutning uanset om behandlingen blev seponeret eller nødmedicin initieret²

I PIONEER 2 studiet medførte behandling med Rybelsus® 14 mg superior HbA_{1c}-reduktion sammenlignet med Jardiance® 25 mg, både efter 26 uger (primært endepunkt) (ETD -4 mmol/mol[§] (95% CI -7 ; -3, p <0,001)) og ved studiets afslutning (52 uger) (ETD -4 mmol/mol[§] (95% CI -6 ; -3, p <0,001)) uanset om behandlingen blev seponeret eller nødmedicin initieret²

I PIONEER 3 studiet medførte behandling med Rybelsus® 14 mg superior HbA_{1c}-reduktion sammenlignet med Januvia® 100 mg, både efter 26 uger (primært endepunkt) (ETD -6 mmol/mol[§] (95% CI [-7 til -4], p <0,001)) og ved studiets afslutning (78 uger) (ETD -4 mmol/mol[§] (95% CI [-7 til -3], p <0,001)) uanset om behandlingen blev seponeret eller nødmedicin initieret²

I PIONEER 4 studiet medførte behandling med Rybelsus® 14 mg et gennemsnitligt væggtab på 4,4 kg efter 26 uger (sekundært konfirmatoriske endepunkt) og 4,3 kg efter 52 uger sammenlignet med baseline uanset om behandlingen blev seponeret eller nødmedicin initieret

På tværs af PIONEER 1 - 5 og 7 - 8 studierne var de opnåede estimerede gennemsnitlige væggtab ved behandling med Rybelsus® 14 mg 3,1 - 4,4 kg efter 26 uger og 3,2 - 4,3 kg ved studiernes afslutning sammenlignet med baseline (alle p <0,05)².

Rybelsus® er ikke indiceret til væggtab.

§ Værdierne er omregnet fra % til mmol/mol

Referencer: **1.** Bucheit J et al. Diabetes Technol Ther. 2020 Jan;22(1). **2.** Godkendt produktresumé for Rybelsus®.



Novo Nordisk Denmark A/S

Ørestads Boulevard 108, 6 · 2300 København S

www.novonordisk.dk · Kundeservice tlf.: 80 200 240

RYBELSUS®
semaglutid tabletter

Kurven knækker i 2023

Region Nordjylland har taget en række initiativer for at fremme rekrutteringen til almen praksis, og nu lysner det med hensyn til lægedækningen – også i de tyndt befolkede områder.

Af Lone Lærke Krog

I årtier har der været talt om aldrende praktiserende læger og udsigten til lægemangel i de tyndt befolkede områder. Men nu er der godt nyt – i hvert fald i Region Nordjylland.

»Vores prognose viser, at kurven knækker i 2023. Så kommer der flere nye læger i almen medicin ud, end der er praktiserende læger, som går på pension.«

Sådan lyder det fra Carsten Haugaard Kvist, praksischef i afdelingen for Nære Sundhedstilbud i Region Nordjylland.

Carsten Kvist skynder sig at tilføje, at det er 'rå tal', han tager udgangspunkt i. Der tages således ikke højde for, at nogle af de aldrende praktiserende læger kan finde på at lade sig pensionere før 65-årsalderen, og at nogle af de nyuddannede speciallæger i almen medicin går på barsel eller flytter til en anden egn af landet. Men 'vi ser positivt på situationen', lyder det fra embedsmanden.

Rekrutteringsinitiativer

Praksischefen har forskellige bud på, hvad der har skubbet til denne udvikling.

»Lægeuddannelsen i Aalborg gør en forskel, og regionens forskellige rekrutteringsinitiativer har også haft betydning,« mener Carsten Kvist.

Regionen har eksempelvis et todaykursus i etablering af almen praksis. Kurset skal bidrage til at sikre, at lægerne bliver bedst muligt rustet til at etablere og drive almen praksis. Lægerne får viden om regnskabsmæssige, juridiske og skattemæssige forhold. Kurset har været afholdt 12 gange og 'evalueres særdeles positivt af deltagerne', som det fremgår af et notat fra forvaltningen.

Nævnes kan også lederuddannelsesforløb for nyuddannede almene medicinere, løntillæg, rekrutteringsarrangementer – og et stort engagement blandt praktiserende læger i forhold til at varetage uddannelsesopgaven.

Regionsrådet har en ambition om, at klinikkerne skal drives af læger på overenskomst. Men i en årrække har det været nødvendigt at etablere udbuds- og regionsklinikker for at sikre lægedækningen i visse områder – blandt andet i Thy og på Mors.

I dag er der kun to udbudsklinikker og en regionsklinik tilbage i Thy, mens alle patienter på Mors er overtaget af læger, som driver klinikkerne på overenskomstmæssige vilkår.

Sidste år var der seks udbuds- og regionsklinikker i Morsø og Thisted Kommuner, mens der var 14 i hele regionen.

Mogens Ove Madsen (S) har de seneste fire år været formand for akut- og praksisudvalget i Region Nordjylland, og han noterer en udvikling i hele Nordjylland i retning af, at man i højere grad lykkes med at rekruttere læger til ledige praksisser.

»Det har vendt de seneste fire år

– mere, end jeg havde turdet håbe,« siger Mogens Ove Madsen.

Etableringen af en lægeuddannelse på Aalborg Universitet i 2010 er et initiativ, der giver ham endnu mere grund til optimisme.

»Lægeuddannelsen her er meget virkelighedsorienteret, og det viser sig, at de studerende herfra er meget interesserede i at komme ud i almen praksis. Hvis vi kigger frem, tror jeg, vi har ligevægt om fire-fem år,« siger Mogens Ove Madsen.

Om kabalen går op, afhænger af, om de unge nyuddannede er parate til at være i de tyndt befolkede områder. Dem er der mange af i Region Nordjylland, der rækker fra Vestervig i sydvest til Skagen i nord og Farsø i sydøst.

Ros til de målbevidste unge læger

»Jeg har meget stor respekt for, at de unge læger vil blive i Thy som praktiserende læger. At de giver hinanden håndslag på det. Det er forment,« siger socialdemokraten Mogens Ove Madsen.

Regioner og kommuner har længe været opmærksomme på, at den nye generation af praktiserende læger vægter fagligt fællesskab højt.

Allerede i 2005 opførte Thisted Kommune og Region Nordjylland Behandlerhuset Dokken i Thisted, og det sted er nu ved at blive udvidet.

Også i Hanstholm, Farsø og Aalestrup har man senest etableret lægehuse med plads til flere funktioner.

»De unge læger vil jo gerne sidde sammen,« siger Mogens Ove Madsen.

Tryghed og forudsigelighed er et andet parameter, der vægter tungt for de unge, og derfor udbydes der frem til 2022 fire sammenhængende uddannelsesforløb i Hjørring og Thisted. Det er et projekt, der gennemføres efter aftale med Sundhedsministeriet, og Region Nordjylland arbejder på at forlænge ordningen.

»Når det er en succes, vil det så absolut være noget vi bør dyrke fremover. Vi skal tage os ordentligt af de unge familier,« understreger Mogens Ove Madsen. ■

AMBITION. I Region Nordjylland har Mogens Ove Madsen (S) og resten af regionsrådet en ambition om, at alle klinikker skal drives af læger på overenskomst. – Foto: Region Nordjylland



Se annonce side 9

PRODUKTINFORMATION RETTET TIL SUNDHEDSPERSONER

Forkortet produktresumé

Bufomix Easyhaler (budesonid/formoterol): 80/4,5 mikrogram/dosis, 160/4,5 mikrogram/dosis og 320/9 mikrogram/dosis, inhalationspulver. **Indikationer:** Astma: Bufomix Easyhaler 80/4,5 mikrogram/dosis er indiceret til voksne, unge og børn i alderen 6 år og ældre. Er indiceret til regelmæssig behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende β_2 -adrenoceptoragonist) er hensigtsmæssig: hos patienter, der ikke er velkontrollerede med inhalationskortikosteroider og korttidsvirkende β_2 -adrenoceptoragonister ved behov, eller hos patienter, der allerede er velkontrollerede med både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende β_2 -adrenoceptoragonister. Bemærk: Bufomix Easyhaler 80/4,5 mikrogram/dosis er ikke egnet til patienter med alvorlig astma. Bufomix Easyhaler 160/4,5 mikrogram/dosis eller 320/9 mikrogram/dosis er indiceret til voksne og unge (fra 12 år) til behandling af astma, hvor anvendelse af en kombination (inhalationskortikosteroid og langtidsvirkende β_2 -adrenoceptoragonist) er hensigtsmæssig: - hos patienter, der ikke er velkontrolleret på inhalationskortikosteroider og korttidsvirkende β_2 -adrenoceptoragonister ved behov, eller - hos patienter, der allerede er velkontrolleret på både inhalationskortikosteroider og langtidsvirkende β_2 -adrenoceptoragonister. Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL): Bufomix Easyhaler 160/4,5 mikrogram/dosis eller 320/9 mikrogram/dosis er indiceret til voksne på 18 år og derover til symptomatisk behandling af patienter med KOL med forceret ekspirationsvolumen i 1 sekund (FEV₁) < 70 % af forventet normalværdi (postbronkodiatorisk) og tidligere gentagne eksacerbationer på trods af regelmæssig behandling med bronkodilatorer. **Dosering og indgivelsesmåde:** Til inhalation. Den laveste effektive dosis bør anvendes, og patienterne bør løbende kontrolleres af en læge, så dosis forbliver optimal. Astma: Vedligeholdelsesbehandling (alle styrker): Anfaldsmedicin (separat hurtigtvirkende bronkodilator) skal patienten altid have på sig. Voksne (18 år og ældre): 1-2 inhalationer (80/4,5 mikrogram/dosis eller 160/4,5 mikrogram/dosis) eller 1 inhalation (320/9 mikrogram/dosis) 2 gange dagligt. Nogle patienter har brug for op til hhv. maksimalt 4 inhalationer (80/4,5 mikrogram/dosis eller 160/4,5 mikrogram/dosis) eller 2 inhalationer (320/9 mikrogram/dosis) 2 gange dagligt. Unge (12-17 år): 1-2 inhalationer (80/4,5 mikrogram/dosis eller 160/4,5 mikrogram/dosis) eller 1 inhalation (320/9 mikrogram/dosis) 2 gange dagligt. Børn fra 6 år og ældre: 2 inhalationer 2 gange dagligt (kun 80/4,5 mikrogram/dosis). Brug til børn under 6 år (alle styrker) frarådes. Vedligeholdelses- og behovsbehandling (80/4,5 mikrogram/dosis og 160/4,5 mikrogram/dosis): Bufomix Easyhaler tages dagligt som vedligeholdelsesbehandling og derudover efter behov til behandling af symptomer. Patienterne bør rådes til altid at have Bufomix Easyhaler på sig som behovsmedicin. For patienter, der tager Bufomix Easyhaler som behovsbehandling, skal forebyggende brug af Bufomix Easyhaler til allergen- eller motionsinduceret bronkokonstriktion diskuteres mellem læge og patient; den anbefalede brug bør tage højde for hvor ofte der er behov for behandling. I tilfælde af hyppigt behov for bronkodilatation uden tilsvarende behov for øget dosis af inhalationskortikosteroider skal der anvendes en anden behovsbehandling. Denne behandling skal især overvejes til patienter med: Utilstrækkelig astmakontrol og hyppigt behov for anfaldsmedicin og tidligere eksacerbationer af astma, som krævede medicinsk behandling. Voksne (18 år og ældre): Anbefalet vedligeholdelsesdosis er 2 inhalationer dagligt, enten som én inhalation morgen og aften eller som 2 inhalationer morgen eller aften. Kun for 160/4,5 mikrogram/dosis – kan være nødvendigt med 2 inhalationer 2 gange dagligt. Patienterne skal tage 1 ekstra inhalation efter behov til behandling af symptomer. Hvis symptomerne ikke er ophørt efter et par minutter, tages endnu en inhalation. Højest 6 inhalationer ad gangen. Højest 12 inhalationer dagligt i en begrænset periode. Patienter, der tager mere end 8 inhalationer dagligt, bør opfordres til at kontakte lægen. Brug til børn under 12 år frarådes. **KOL:** Voksne: 2 inhalationer (160/4,5 mikrogram/dosis) eller 1 inhalation (320/9 mikrogram/dosis) 2 gange dagligt. Instruktions vedrørende korrekt anvendelse (alle styrker): Se produktresuméerne. Candidainfektioner i mund og svelg skyldes rester af lægemidlet, og derfor skal munden skylles med vand efter hver vedligeholdelsesdosis for at minimere risikoen. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller lactose. **Særlige advarsler:** Behandling må ikke initieres under eksacerbationer eller ved signifikant eller akut forværring af astma. Pludselig forværring af astma eller KOL kan være livstruende, læge bør opsøges og evt. supplerende kortikosteroid overvejes. Alvorlige astmarelaterede bivirkninger og eksacerbationer kan opstå under behandling. Behandlingen kan fortsættes, men lægehjælp skal søges, hvis astmasymptomerne forbliver ukontrollerede eller bliver værre. Bufomix Easyhaler 80/4,5 mikrogram/dosis og 160/4,5 mikrogram/dosis som behovsmedicin skal tages til behandling af astmasymptomer, men er ikke beregnet til regelmæssig profylaktisk anvendelse. Vedligeholdelsesdosis skal tages som ordineret, også uden symptomer. Hvis symptomerne er under kontrol, kan dosis reduceres gradvist. Hvis der opstår paradoks bronkospasme med akut øget hvæsende vejrtrækning og åndenød efter inhalation, seponeres behandlingen omgående og der skal gives hurtigtvirkende inhalerede bronkodilatorer. Ved synsforstyrrelser bør henvises til oftalmolog. Hos patienter med risiko for osteoporose, som får langtidsbehandling med høje daglige doser, kan knogletætheden påvirkes. Forsigtighed bør udvises ved initiering af behandling hos patienter, hvis det antages, at tidligere brug af systemiske steroider har ført til nedsat binyrebarkfunktion. Skift fra oralt lægemiddel til Bufomix Easyhaler kan udløse allergiske eller reumatiske symptomer såsom rhinitis, eksem og ledsmerter. Der er anledning til mistanke om generel utilstrækkelig virkning af glukokortikosteroider, hvis der i sjældne tilfælde opstår symptomer såsom træthed, hovedpine, kvalme og opkastning. En midlertidig dosisøgning af orale glukokortikosteroider kan sommetider være nødvendig. Bør administreres med forsigtighed hos patienter med thyreotoksikose, fæokromocytom, diabetes mellitus, ubehandlet hypokaliæmi, hypertrofisk obstruktiv kardiomyopati, idiopatisk stenosis subvalvularis aortae, alvorlig hypertension, aneurisme eller andre alvorlige kardiovaskulære lidelser som iskæmisk hjertesygdom, hjertearytmier eller alvorlig hjerteinsufficiens. Forsigtighed udvises ved behandling af patienter med forlænget QTc-interval. Behovet for og dosis af kortikosteroider til inhalation bør revurderes hos patienter med aktiv eller inaktiv lungetuberkulose eller med svampe- eller virusinfektioner i luftvejene. Behandling med høje doser β_2 -adrenoceptoragonist kan medføre potentiel alvorlig hypokaliæmi. Da budesonid og formoterol primært udskilles via metabolisme i le-veren, kan en forøget eksponering forventes hos patienter med alvorlig levercirrhose. Seponering: Dosis bør nedsættes gradvist og ikke stoppes pludseligt. Brat seponering af supplerende behandling med systemiske steroider eller inhaleret budesonid bør undgås. Under dosisnedtrækning følges patienten. Bufomix Easyhaler 160/4,5 mikrogram/dosis og 320/9 mikrogram/dosis: En stigning i forekomsten af pneumoni, herunder pneumoni der kræver hospitalisindlæggelse, er blevet observeret hos patienter med KOL der tager inhalationskortikosteroider. Der er visse tegn på en øget risiko for pneumoni med stigende dosis af steroider. Børn: Det anbefales at følge væksten jævnligt i langtidsbehandling med inhalationskortikosteroid. Fordelene ved denne behandling og de mulige risici for væksthæmning skal afvejes mod hinanden. **Interaktioner:** Samtidig anvendelse af potente CYP-3A4-inhibitorer skal undgås. Hvis dette ikke er muligt, skal tidsintervallet mellem administration af inhibitoren og budesonid være så langt som muligt. Hos patienter, der bruger potente CYP-3A4-hæmmere, frarådes den kombinerede vedligeholdelses- og behovsbehandling. Betablokkere (inklusive øjendråber) bør ikke gives samtidigt, medmindre der er tvungende årsager. Samtidig behandling med kinidin, disopyramid, procainamid, phenothiaziner, antihistaminer, MAO-hæmmere og trykløslige antidepressiva kan forlænge QTc-intervallet og øge risikoen for ventrikulære arytmier. L-dopa, L-thyroxin, oxytocin og alkohol kan svække hjertets tolerance overfor β_2 -sympatomimetika. Samtidig behandling med MAO-hæmmere og stoffer som furezolidon og procabazin kan fremskynde hypertensive reaktioner. Risiko for arytmier er øget under anæstesi med halogenerede hydrocarboner (kulbrinter). Samtidig anvendelse af andre beta-adrenerge lægemidler eller antikolinerge lægemidler kan have en potentiel additiv bronkodilaterende virkning. Hypokaliæmi kan øge tilbøjeligheden til arytmier i behandling med digitalisglykosider. Hypokaliæmi kan skyldes behandling med beta₂-agonister og kan forstærkes af samtidig behandling med xanthinderivater, kortikosteroider og diuretika. Forsigtighed bør udvises ved ustabil astma med varierende forbrug af bronkodilatorer med hurtig indsættende virkning, ved akut svær astma, da hypoxi kan øge risikoen, og ved andre tilstande, hvor der er en øget sandsynlighed for hypokaliæmi. **Graviditet og amning:** Bør kun anvendes under graviditet, hvis behandlingsfordelen overstiger de potentielle risici. Den lavest effektive budesoniddosis bør anvendes. Budesonid udskilles i modermælk og det vides ikke, om formoterol passerer over i modermælken. Bør kun anvendes under amning, hvis den forventede behandlingsfordel for moderen er større end en eventuel risiko for barnet. **Trafik- og arbejdsikkerhed:** Ikke mærkning. **Bivirkninger:** Almindelig ($\geq 1/100$ til $< 1/10$): Tremor, palpitationer, candidainfektion i mund og svelg, pneumoni (hos KOL patienter), hovedpine, let irritation i halsen, hoste, dysfoni, hæshed. Ikke almindelig ($\geq 1/1.000$ til $< 1/100$): Aggression, psykomotorisk hyperaktivitet, angst, søvnforstyrrelser, svimmelhed, sløret syn, takykardi, kvalme, blå mærker, muskelkrampe. Sjælden ($\geq 1/10.000$ til $< 1/1.000$): Akutte og sene overfølsomhedsreaktioner f.eks. eksantem, urticaria, kløe, dermatitis, angioødem og anafylaktisk reaktion, hypokaliæmi, hjertearytmier f.eks. atriefibriller, supraventrikulær takykardi, ekstrasystoli, bronkospasmer. Meget sjælden ($< 1/10.000$): Cushings syndrom, binyrebarksuppression, væksthæmning, nedsat knogletæthed, hyperglykæmi, depression, adfærdsforandringer (hovedsageligt hos børn), smagsforstyrrelser, katarakt, glaukom, angina pectoris, forlængelse af QTc-intervallet, blodtryksvariationer. **Overdosering:** Symptomer: Tremor, hovedpine, palpitationer, takykardi, hyperglykæmi, hypokaliæmi, forlænget QTc-interval, arytmier, kvalme, opkastning. Understøttende og symptomatisk behandling kan være nødvendig. Ved kronisk anvendelse af meget store doser, kan der forekomme systemiske glukokortikosteroid-virkninger. **Pakninger:** Bufomix Easyhaler 80/4,5 mikrogram/dosis: 120 doser (med beskyttelseshylster). Bufomix Easyhaler 160/4,5 mikrogram/dosis: 60 doser (med beskyttelseshylster), 120 doser (med beskyttelseshylster), 360 doser. Bufomix Easyhaler 320/9 mikrogram/dosis: 60 doser (med beskyttelseshylster), 180 doser. **Priser:** For dagsaktuel pris se www.medicinpriser.dk. **Udlevering:** B. **Tilskudsstatus:** Generelt tilskud. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** Orion Corporation, Orionintie 1, 02200 Espoo, Finland. **De med *** markerede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til de af Lægemiddelstyrelsen godkendte produktresuméer dateret 29.07.2021

Fuldstændig produktresumé kan rekvireres hos indehaveren af markedsføringstilladelsen eller hos den danske repræsentant: Orion Pharma A/S, Ørestads Boulevard 73, 2300 København S. Tlf. 8614 0000.

EASYHALER

BUFOMIX EASYHALER® 80µg/4,5µg HAR GENERELT TILSKUD^{1*}

GINA og Dansk Lungemedicinsk Selskab anbefaler, at alle voksne og unge fra 12 år med astma skal modtage ICS-formoterol kombinationsbehandling, og de anbefaler ikke længere SABA monoterapi, for reducere risikoen for alvorlige forværringer og for bedre symptomkontrol.^{2,3}

* Lægemiddelstyrelsen har valgt at ændre tilskudsstatus for Bufomix Easyhaler.

Bufomix Easyhaler i styrken 80µg+4,5µg har som eneste ICS/Formoterol kombinationsbehandling fået generelt tilskud. Tilskudsklausulen for Bufomix Easyhaler i styrkerne 160+4,5µg og 320+9µg, ændres til: "Patienter med astma og patienter med KOL med astmatisk komponent (ACOS). Patienter med KOL i GOLD C eller D, som ikke kan behandles tilstrækkeligt med langtidsvirkende bronkodilatorer"

Referencer 1. laegemiddelstyrelsen.dk/da/tilskud/generelle-tilskud/afgoerelser 2. ©2020 Global Initiative for Asthma, available from ginasthma.org 3. lungemedicin.dk/astma-monitorering-og-behandling-af-mild-til-moderat-astma 4. Bufomix Easyhaler produktresumé.



BUFOMIX
EASYHALER⁴
(BUDESONID/
FORMOTEROL)

Store forskelle i udskrivning af uhensigtsmæssige lægemidler



MEDICINFORBRUG. I studiet har postdoc og praktiserende læge Anders Prior sammen med sine kolleger set på medicinforbruget blandt alle 4,2 mio. voksne danskere, som i 2016 var tilknyttet en praktiserende læge. – Foto: Privat

På tværs af landet er der stor forskel på, hvor flittigt praktiserende læger har gang i receptblokken, når det gælder potentielt uhensigtsmæssige lægemidler, viser nyt studie. Medicinudskrivning er en kompliceret verden, siger forsker bag.

Af Kristian Sjøgren

Der findes på apotekerhylderne en række potentielt uhensigtsmæssige lægemidler (STOPP-lægemidler), som nogle patienter ikke bør behandles med i bestemte sammenhænge, eller som de fleste i hvert fald ikke bør behandles med i lang tid.

Alligevel bliver lægemidlerne udskrevet af de danske praktiserende læger – nogle mere end andre. Nogle læger er måske endda lidt for flittige med receptblokken.

Det antyder ny forskning i hvert fald, hvor forskere kan se, at de praktiserende læger, som udskriver flest af de uhensigtsmæssige lægemidler, udskriver tre gange så mange som dem, der udskriver færrest.

»Vi havde forventet, at der ville være en variation, men ikke at den ville være så høj. Udskrivning af disse lægemidler kan sagtens være lægefagligt forsvarligt og begrundet, men det er klart, at hvis nogle praktiserende læger udskriver meget mere af denne type lægemidler, kan det in-

dikere noget uhensigtsmæssigt. Det er da et rødt flag, der så bliver rejst, og som bør undersøges nærmere,« fortæller en af forskerne bag studiet, postdoc og praktiserende læge Anders Prior fra Forskningsenheden for Almen Praksis på Aarhus Universitet.

Forskningen er offentliggjort i BMJ Open.

Udskriver tre gange så meget

I studiet har forskerne meget simpelt kigget på medicinforbruget blandt alle voksne danskere, som i 2016 var knyttet til en praktiserende læge. Det drejede sig om i alt 4,2 mio. danskere hos 1.906 danske læger.

Forskerne gjorde det, at de trak data ud af Lægemiddelstatistikregisteret og fandt frem til antallet af udskrivinger på potentiel uhensigtsmæssig medicin.

Efterfølgende kunne forskerne for hver borger se, hvilken praktiserende læge de hørte under, og på den måde finde frem til, hvor ofte de praktiserende læger hver især ud-



Det vil fremadrettet være interessant at lave en større undersøgelse af, hvad der ligger til grund for, at nogle læger udskriver mere, end de måske bør gøre

Anders Prior, forsker, postdoc og praktiserende læge, Forskningsenheden for Almen Praksis på Aarhus Universitet

skrev recepter på uhensigtsmæssig medicin.

Forskerne trak også data fra forskellige sundhedsregistre og registre hos Danmarks Statistik for at danne sig et overblik over, om nogle læger havde flere ældre borgere, flere multisyge borgere eller flere borgere, som var socioøkonomisk belastede.

Selv da forskerne justerede deres data for sygdom, alder, socioøkonomiske faktorer og endda tilfældig variation, fandt de stadig, at de læger, som udskrev flest recepter på uhensigtsmæssig medicin, udskrev recepter på op til tre gange så meget medicin som de læger, der udskrev færrest recepter på uhensigtsmæssig medicin.

For benzodiazepiner blev der blandt nogle læger udskrevet 3,05 gange så meget som hos andre læger, mens tallet for NSAID'er var 2,3 gange så meget.

»Langvarigt forbrug af de to typer medicin varierede klart mest i udskrivningen, så der var stor forskel på, hvor meget de forskellige læger udskrev. Samtidig kunne vi ikke forklare det med forskelle i patient-sammensætning. Vi så den samme tendens med nogle former for hjertemedicin og nyremedicin, der også klassificeres som uhensigtsmæssige i bestemte sammenhænge,« forklarer Anders Prior.

Forskeren forklarer, at de i studiet ikke bare har set på, om lægemidlerne er blevet udskrevet af en læge, hvilket kan være helt på sin plads, men at lægemidlerne er blevet udskrevet til de samme patienter over flere måneder, hvilket ikke falder inden for anbefalingerne.

Studier skal finde årsag til forskel
Anders Prior mener, at det vil være relevant at undersøge, hvorfor nogle læger udskriver mere uhensigtsmæssig medicin end andre.

En oplagt forklaring er, at behandlingsbilledet bliver mere og mere komplekst, i takt med at mange ældre bliver multisyge og får udskrevet medicin mod flere forskellige sygdomme af både deres egen læge og af læger på hospitalernes specialafdelinger.

Det kan blandt andet derfor være svært for en praktiserende læge, som skal håndtere hele patientens sygdomsbillede, at stoppe behandlingen med medicin, der er blevet udskrevet

af en specialafdeling på et hospital. Derudover har læger ofte ikke tid til at gennemgå folks medicinlister grundigt nok til at justere dem, ligesom guidelines til forskellige sygdomme kan pege i flere forskellige retninger.

»Men så kan der også være forskelle på forskellige praktiserende læger og deres tilgang til udskrivning af medicin samt patienternes forventninger og krav. Det vil fremadrettet være interessant at lave en større undersøgelse af, hvad der ligger til grund for, at nogle læger udskriver mere, end de måske bør gøre,« siger Anders Prior.

Han fortæller, at han selv vil undersøge nærmere, hvad det har af konsekvenser for patienterne, når nogle bliver behandlet med flere uhensigtsmæssige lægemidler end andre.

»I det her studie er data anonymiseret, så vi kan ikke bare ringe til lægerne og spørge dem, hvorfor de udskriver flere af den her type lægemidler, end andre læger gør. Men budskabet er, at vi ser en variation, som er større, end vi havde forventet. Det må nødvendigvis være med til at skabe en debat om, hvorfor vi ser den forskel, og hvad det har af betydning,« siger Anders Prior. ■

FAKTA

Om STOPP/START

'Screening Tool of Older People's Prescriptions/Screening Tool to Alert doctors to Right Treatment' (STOPP/START) blev første gang publiceret i 2007 og tager udgangspunkt i behandlingen af den geriatriske patient. STOPP/START-listen kan bruges ved medicingennemgang for den geriatriske patient, da den identificerer potentielt uhensigtsmæssige lægemidler (STOPP) og undladte hensigtsmæssige lægemidler (START). Listen indeholder 81 STOPP-kriterier og 34 START-kriterier. Kriterierne er inddelt i sektioner baseret på organsystemer og lægemiddelgrupper.

Kilde: Sundhed.dk

Novo Nordisk tilbyder gratis uddannelse inden for behandling af svær overvægt

Få indblik i nyeste viden, behandlingsmuligheder og praktiske værktøjer til at hjælpe personer med svær overvægt

Mere end halvdelen af alle danskere er moderat eller svært overvægtige. Overvægt er en stigende udfordring i den danske befolkning og en risikofaktor for en lang række alvorlige sygdomme. Hvordan knækker vi kurven? Og hvordan taler man overvægt med sine patienter, så de lytter? Og handler? Alt det og meget andet kan du høre mere om på et af Novo Nordisks overvægtsmøder, hvor eksperter giver dig viden og konkrete redskaber til at tage dialogen med patienterne.

Afholdes i Herning, Glostrup samt online.

Alle uddannelsesstilbud fra Novo Nordisk Denmark A/S er gratis og kun for sundhedspersonale.

Læs mere om
uddannelsen
og tilmeld dig
ved at scanne
QR-koden her



Vil du være blandt de allerførste, der får tilsendt
vores medicinske uddannelsesprogram for 2022,
så tilmeld dig vores nyhedsbrev her



changing
diabetes®

Novo Nordisk Denmark A/S

Ørestads Boulevard 108, 6
2300 København S

Kundeservice: 80 200 240
www.novonordisk.dk



Overraskende mange kræftpatienter indlægges akut inden deres kræftdiagnose

Der er behov for at finde ud af, hvorfor så mange kræfttilfælde først opdages så sent, at patienternes overlevelsesmuligheder falder drastisk, siger forsker.

Af Kristian Sjøgren

Hver sjette kræftpatient indlægges akut på et af landets hospitaler i måneden op til en kræftdiagnose.

Patienterne præsenterer altså ikke med kræft som følge af screening eller henvisning til kræftpakkerne, og det er ifølge forskerne bag et nyt dansk studie et overraskende højt tal, som kalder på at blive undersøgt nærmere.

Seniorforsker Henry Jensen fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus er en af forskerne bag studiet, og han mener, at der for det første er behov for at finde ud af, hvorfor så mange kræfttilfælde først bliver opdaget så sent.

Han mener også, at man bør undersøge, om det er muligt at gøre noget for at forbedre overlevelsen for denne store patientgruppe, hvor halvdelen ikke er i live ét år efter diagnosen.

»Det er det mest iøjnefaldende i studiet. Vi kan se, at en stor del af kræftpatienterne får stillet en diagnose uden at starte deres forløb i en kræftpakke, og at ca. hver sjette kræftpatient bliver indlagt akut, inden de får stillet diagnosen. Der kan man måske tænke i, at praktiserende læger får adgang til nogle enkelte undersøgelser, så de tidligere kan afgøre, om patienter har kræft, når de ikke præsenterer med symptomer, som placerer dem i et kræftpakkeforløb,« fortæller Henry Jensen.

Forskningen, der har specialkonsulent Bolette Danckert fra Kræftens

Bekæmpelse som førsteforfatter, er offentliggjort i Cancer Epidemiology.

Alle danske kræftdiagnoser

I undersøgelsen har forskerne brugt data fra det danske Cancerregister fra perioden fra 2014 til 2017. I perioden fik i alt 139.023 danskere en kræftdiagnose.

Forskerne undersøgte efterfølgende, hvad kontakt patienterne havde haft til sundhedsvæsenet i tre måneder op til diagnosen. Havde de været i et kræftpakkeforløb? Havde de været i kontakt med sygehusvæsenet? Forskerne kiggede også på, hvordan det gik patienterne efter diagnosen.

»Inspirationen til studiet kom af, at der har været forskellige meldinger om, hvordan folk får stillet en kræftdiagnose. Nogle studier har indikeret, at 85 pct. kommer via et kræftpakkeforløb, mens andre studier har peget på, at det kun gælder 40 pct.,« fortæller Henry Jensen.

På samme måde har et engelsk studie vist, at i England opdages 25 pct. af alle kræfttilfælde først ved akut indlæggelse. England har ligesom Danmark kræftforløb, der skal sikre, at kræft bliver diagnosticeret så tidligt som muligt.

»I det her studie kan vi få de helt præcise danske tal for, hvordan personer med kræft fra 2014-2017 er kommet ind i sygehusvæsenet umiddelbart før diagnosen,« siger han.

To ud af tre gennem kræftpakker

Undersøgelsen kaster flere spændende resultater af sig. For det første



KARAKTERISTIK. Næste skridt for forskerne er at undersøge, hvad der karakteriserer de patienter, som først får stillet en kræftdiagnose, når de bliver indlagt akut. – Foto: Privat

viser studiet, at 7,5 pct. af alle kræftpatienter i perioden fik stillet diagnosen ved screening for blandt andet brystkræft, tyktarmskræft eller livmoderhalskræft.

Det tal er dog som forventet, siger Henry Jensen, der også peger på, at tallet viser, at man ikke kan forvente, at størstedelen af kræftpatienter kan findes ved screening, men at størstedelen skal findes ved at identificere symptomer på kræft og efterfølgende henvisning.

65,9 pct. af de stillede diagnoser blev stillet efter henvisning gennem kræftpakkerne. To tredjedele kom fra henvisninger fra praksis, mens resten kom fra sygehusene. Det vil sige, at 46 pct. af alle kræftpatienter får stillet en diagnose efter henvisning fra en praktiserende læge gennem kræftpakkerne. For sygehusene er det 20 pct.

»Det tal passer meget godt med data fra spørgeskemaundersøgelser, der også har vist, at 40 pct. af alle kræftdiagnoser bliver stillet efter en praktiserende læges henvisning til et kræftpakkeforløb. Det er også på linje med det, som man ser i England,« siger Henry Jensen.

Ring overlevelse

Det overraskende i studiet er dog, at 15,8 pct. af alle diagnoser blev stillet efter en ikke-planlagt indlæggelse. De resterende diagnoser blev enten stillet i forbindelse med indlæggelse eller ambulant besøg for anden

sygdom (10,4 pct.), eller forskerne kunne ikke identificere, hvordan patienterne havde fået stillet diagnosen (3,1 pct.).

Henry Jensen fortæller, at de diagnoser, som blev stillet i forbindelse med ikke-planlagt indlæggelse, blandt andet kan dreje sig om patienter, der fejler flere forskellige ting, hvilket kan have maskeret symptomerne på kræft. Det kan også som eksempel dreje sig om, at symptomerne på kræft er kommet meget pludseligt, eksempelvis i form af alvorlige mavesmerter.

Det interessante ved denne gruppe er dog også, at data fra undersøgelsen viser, at deres overlevelse ét år efter diagnosen er meget lav. 53 pct. af patienterne var døde inden for et år mod 23 pct. for den brede gruppe af kræftpatienter.

»Det er den eneste gruppe, der ligger så højt, og det indikerer, at der er noget specielt ved den her gruppe, som bør undersøges yderligere,« siger Henry Jensen.

Forskeren uddyber, at det muligvis kan dreje sig om psykiatriske patienter, særligt udsatte, ældre patienter eller etniske grupper.

»Det næste skridt i forskningen bliver at finde ud af, hvad der er karakteristisk ved de her patienter, som først får stillet en kræftdiagnose, når de bliver indlagt akut. Kan vi identificere dem, kan vi måske også gøre noget for dem tidligere i kræftforløbet,« siger Henry Jensen. ■



En stor del af patienterne får stillet en kræftdiagnose uden at starte deres forløb i en kræftpakke, og ca. hver sjette kræftpatient bliver indlagt akut, inden de får deres diagnose

Henry Jensen, seniorforsker, Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus

DAGENS
Medicin

Sygepleje i praksis



ALMEN PRAKSIS

Sygeplejersker
kan gøre stor
forskel for
smertepatienter

► Side 4-6

Novo Nordisk tilbyder gratis uddannelse inden for behandling af svær overvægt

Få indblik i nyeste viden, behandlingsmuligheder og praktiske værktøjer til at hjælpe personer med svær overvægt

Mere end halvdelen af alle danskere er moderat eller svært overvægtige. Overvægt er en stigende udfordring i den danske befolkning og en risikofaktor for en lang række alvorlige sygdomme. Hvordan knækker vi kurven? Og hvordan taler man overvægt med sine patienter, så de lytter? Og handler? Alt det og meget andet kan du høre mere om på et af Novo Nordisks overvægtsmøder, hvor eksperter giver dig viden og konkrete redskaber til at tage dialogen med patienterne.

Afholdes i Herning, Glostrup samt online.

Alle uddannelses tilbud fra Novo Nordisk Denmark A/S er gratis og kun for sundhedspersonale.

Læs mere om
uddannelsen
og tilmeld dig
ved at scanne
QR-koden her



Vil du være blandt de allerførste, der får tilsendt
vores medicinske uddannelsesprogram for 2022,
så tilmeld dig vores nyhedsbrev her



changing
diabetes®

Novo Nordisk Denmark A/S

Ørestads Boulevard 108, 6
2300 København S

Kundeservice: 80 200 240
www.novonordisk.dk



tema: sygepleje i praksis

Region rådgiver og underviser personale i almen praksis i psykofarmaka

Region Syddanmark har en enhed, der på tværs af sektorer opkvalificerer sundheds-personale i brugen af psykofarmaka.

Af **Ulla Abildtrup**

Psykiatriens Medicinrådgivning fik sidste år henved 180 henvendelser fra almen praksis i Region Syddanmark med spørgsmål om psykofarmaka.

»Når en patient udskrives fra sygehuset til opfølgning i almen praksis, er det vigtigt, at patienten ikke falder mellem to stole. Vi oplever, at almen praksis ikke altid har kendskab til eller får vejledning fra psykiatrien om, hvad de skal holde øje med i forhold til en patient, som får psykofarmaka. Det er et krav fra Sundhedsstyrelsen, at almen praksis monitorerer patienter, som får antipsykotisk medicin for eksempelvis skizofreni, hvis patienten er afsluttet til opfølgning i almen praksis,« siger farmaceut Mette Gulløv.

»Medicinen kan påvirke blandt andet blodsukker, blodtryk, kolesteroltallet og hjertet. Her er det vigtigt, at almen praksis tjekker bl.a. taljemål og vægt, tager EKG osv. Desuden er det heller ikke ukendt, at psykiatiske patienter ofte har en usund livsstil og derfor er i forøget risiko for at få andre sygdomme oveni. Det understreger, hvor vigtigt det er at følge patienterne i almen praksis,« siger hun.

Psykiatriens Medicinrådgivning har udarbejdet et monitoreringsark over opfølgning på psykofarmakologisk behandling. Arket er populært i almen praksis, fordi det giver en nem oversigt over, hvad man skal huske. Regionerne og Indsatser for Rationel Farmakoterapi, IRF, aftalte i 2019 at udgive arkene til almen

praksis i hele landet, men det er ikke sket endnu.

Bivirkninger og medicinskift

Mette Gulløv var med fra oprettelsen af Psykiatriens Medicinrådgivning i Region Syddanmark i vinteren 2014/2015. Dengang var rådgivningen tænkt som et projekt af få års varighed, men den blev så stor en succes, at enheden blev permanent for tre år siden.

Psykiatriens Medicinrådgivning er en tværsektoriel funktion, som tilbyder sparring til almen praksis, kommuner og psykiatiske afdelinger i Region Syddanmark.

»Vi er seks farmaceuter og en klinisk farmakolog, så vi altid har lægelig backup. Vi dækker hele regionen, altså både primær- og sekundærsektoren, og underviser i psykofarmaka i blandt andet almen praksis. Desuden rådgiver vi hver dag på telefon og mail om for eksempel bivirkninger af psykofarmaka,« fortæller Mette Gulløv.

»Vi tager også ud i praksisklynger og i enkeltstående praksisser og underviser personalet i for eksempel bivirkninger af psykofarmaka, for det er ikke alle, der er beskrevet. Vi får også spørgsmål om, hvordan man hjælper en patient med at skifte medicin. Hvordan skal den nuværende medicin nedtrappes, og hvordan skifter patienten til nyt præparat.«

Psykiatriens Medicinrådgivning har udarbejdet oversigter, som kan anvendes ved skift af antidepressiv medicin, og hvor man kan se, hvilke bivirkninger patienten kan risikere at få, og hvilket præparat der



RÅDGIVNING. Mette Gulløv er en af seks farmaceuter, der sammen med en klinisk farmakolog og en lægelig backup, der dækker Region Syddanmark, både primær- og sekundærsektor, hvor de underviser i psykofarmaka. – Foto: privat

kan være en fordel at give i stedet. Mottoet er rationel anvendelse af psykofarmaka – altså ret pille i ret dosis i ret mund.

Interaktion er vores hovedfokus

Mange patienter med psykiske lidelser døjer også med andre medicinkrævende sygdomme eller er i behandling for eksempelvis et misbrug. Her er det vigtigt at være opmærksom på, hvordan medikamenterne påvirker hinanden gensidigt:

»Der har været rigtig meget opmærksomhed omkring psykofarmaka i de senere år også i medierne, men specialerne tænker ikke altid over, hvad andre har ordineret til patienten. Interaktioner mellem forskellige typer medicin er vores hovedfokus. Vi har det store overblik og kan fortælle, hvordan medicin gensidigt kan påvirke hinanden. Når flere typer medicin ikke 'taler sammen', kan det give bivirkninger. Hvis en patient for eksempel får en bestemt type medicin mod epilepsi og samtidig tager bestemte typer psykofarmaka, kan patienten blive psykotisk, fordi epilepsimedicinen ændrer på koncentrationen af psykofarmaka,« siger Mette Gulløv.

Et andet eksempel er et helt almindeligt håndkøbspræparat som Ibuprofen, der kan give kraftige bivirkninger, hvis patienten tager

psykofarmakapræparatet lithium.

Rygestop kan også give uventede komplikationer. Hvis en patient tager psykofarmakapræparatet clozapin og pludselig holder op med at ryge, for eksempel på grund af en indlæggelse eller et ønske om at kvitte smøgerne, stiger koncentrationen af clozapin i blodet voldsomt. Den større koncentration af stoffet kan potentielt være dødelig for patienten, forklarer Mette Gulløv.

Psykiatriens Medicinrådgivning har været med til at udarbejde lommekort med information om nogle af de risici, der er forbundet med medicin som clozapin og lithium. Lommekortene kan anvendes både af personale i sundhedssektoren, patienter samt pårørende.

Psykiatriens Medicinrådgivning giver gerne råd om behandling af konkrete patienter. Dertil samarbejdes med Lægemedelinformationen i Region Syddanmark. Sidstnævnte tager sig af den lægelige rådgivning om anvendelse af psykofarmaka til gravide og ammende, kommenterer de målte koncentrationer af psykofarmaka i blodet hos den enkelte patient samt løser patientrelaterede lægemiddeludfordringer, som ikke kan løses med den tilgængelige viden. ■



Vi er seks farmaceuter og en klinisk farmakolog, så vi altid har lægelig backup

Mette Gulløv, farmaceut



FORSTÅELSE. Konsultationssygeplejersker kan bibringe patienten større smerteforståelse. Blandt andet ved at forklare forskellen på akutte og langvarige smerter, og hvorfor nogle udvikler kroniske smerter, fortæller afdelings-sygeplejerske Nina Bache fra Tværfagligt Smertecenter i Køge. – Foto: Joachim Rode

Smertepatienter kan hjælpes tidligere i almen praksis

Sygeplejersker i almen praksis kan gøre en stor forskel for patienter med kroniske smerter, mener Nina Bache, afdelingssygeplejerske, Tværfagligt Smertecenter på Sjællands Universitetshospital i Køge.

Af Ulla Abildtrup

Henved 850.000 danskere lever med kroniske smerter, og smerter er en af de hyppigste årsager til, at folk går til lægen.

Det fortæller Nina Bache, afdelingssygeplejerske på Tværfagligt Smertecenter på Sjællands Universitetshospital i Køge.

Hun mener, at man i almen praksis bør have smertesygeplejersker på linje med diabetes- og KOL-sygeplejersker, som man kender det fra flere praksisfællesskaber.

»På smertecentrene ser vi ofte først patienterne, når de har gået i årevis med deres smerter. Mange af patienterne ville have haft gavn af hjælp på et tidligere tidspunkt af en

smertesygeplejerske i almen praksis,« siger Nina Bache.

Hun har i en årrække arbejdet med smertepatienter og er medforfatter til flere artikler og bøger om emnet, herunder bogen 'Sygepleje & klinisk beslutningstagen', som udkom på forlaget FADL i 2019.

»Sygehusene udskriver patienter stadig hurtigere og ofte inden, der er helt styr på smertebehandlingen med risiko for, at opioid-forbruget stikker helt af. En målrettet og kompetent opfølgning fra en sygeplejerske i almen praksis med fokus på såvel smertelindring som det psyko-

socialt aspekt vil være til stor gavn for mange af de patienter,« siger hun.

Færre piller

Nogle smertepatienter indtager store mængder piller, selv om medicinen ikke altid hjælper, og det vil Nina Bache gerne have øget opmærksomheden på:

»Det er ikke ualmindeligt, at patienter får vedvarende smerter efter en operation, eksempelvis for brok, selv om de er helet fint, maven er gået i orden osv. Under indlæggelsen på sygehuset 'lærer' patienten, at når man har ondt, skal man have piller, så hvis



Sygehusene udskriver patienter stadig hurtigere og ofte inden, der er helt styr på smertebehandlingen med risiko for, at opioid-forbruget stikker helt af

Nina Bache, afdelingssygeplejerske, Tværfagligt Smertecenter på Sjællands Universitetshospital, Køge

smerten fortsætter efter udskrivningen, opsøger patienten selvfølgelig egen læge igen og igen for at få mere medicin. Men når smerterne fortsætter efter den akutte fase, og der ikke er andet i vejen, er det vigtigt at tage en snak med patienten om, at piller ikke altid er hele løsningen,« siger Nina Bache.

Hun anbefaler en bio-psyko-social tilgang til smerteforståelse. Bio står for den biologiske del af smerten, psyko omfatter det personlige i smerteoplevelsen, som for eksempel patientens selvforståelse og evne til at håndtere stress. Mens social blandt andet handler om, hvordan smerterne påvirker ens arbejdsliv, familie og venner, og hvordan de reagerer på smertepatienten.

»Sygeplejersker i almen praksis kan tale med patienten om, hvordan de forskellige komponenter spiller sammen, ligesom de har livsstilssamtaler med diabetes- og KOL-patienter. I samtalen kan også indgå information om mulighederne for hjælp i lokalområdet, og hvordan patienten selv i nogle tilfælde kan aflede opmærksomheden fra smerterne på forskellig vis. Sygeplejersken kan også spørge ind til, hvordan patienten kan prioritere sine ressourcer, så han kan magte det, som betyder mest for ham i livet,« siger Nina Bache.

Bidraget med smerteforståelse

På tværfaglige smertecentre, som det, der er på Sjællands Universitetshospital i Køge, får patienterne indsigt i en bio-psyko-social smerteforståelse. De lærer blandt andet om forskellen på akutte og kroniske smerter, og hvorfor smerter hos nogle bliver vedvarende. Desuden får de indsigt i muligheden for at finde metoder til lindring og til afledning af smerter, da et entydigt fokus på smerter kan være med til at forstærke smerteoplevelsen.

»Patienter kan have svært ved at forstå og erkende, at de lider af kroniske smerter. Vi må ofte indlede med at forklare en patient, at vi må tage afsæt i, at hans smerter ikke går væk. Det kan være, at patienten kender en, der har gennemgået samme operation og ikke dør med smerter efterfølgende. Så spørger han 'hvorfor lige mig', og vi må svare, at kroppens smertesystem reagerer forskelligt fra menneske til menneske. Smerten er ikke nødvendigvis udtryk for, at der

er noget andet galt med patienten end det, som han er opereret for, og som nu er helet fint,« siger Nina Bache.

»På samme måde vil en konsultationssygeplejerske kunne bibringe patienten større smerteforståelse. Hun kan forklare forskellen på akutte og langvarige smerter, og hvorfor nogle udvikler kroniske smerter. Hun vil også kunne afmystificere, hvilke smerter der er farlige, og hvad der ikke er farligt. Det er langt fra alle patienter, som behøver at komme til et smertecenter for at få den viden,« siger hun.

En ubegrundet frygt kan også være hård for de pårørende. Det er en af grundene til, at Nina Bache og resten af smerteteamet gerne inddrager familien i arbejdet med smertepatienten.

»Vi er lige nu i gang med at blive klogere på, hvordan børn oplever, at en forælder har kroniske smerter. Forleden havde jeg en 10-årig til samtale om moderens situation, og efterfølgende fortalte moderen, at hendes barn var holdt op med at komme ind om natten for at se, om hun var okay.«

Anerkend smerterne

Ifølge Nina Bache er kommunikationen med patienterne meget vigtig, og hun mener, at sygeplejersker i almen praksis kan gøre en stor forskel ved at bruge anerkendende kommunikation:

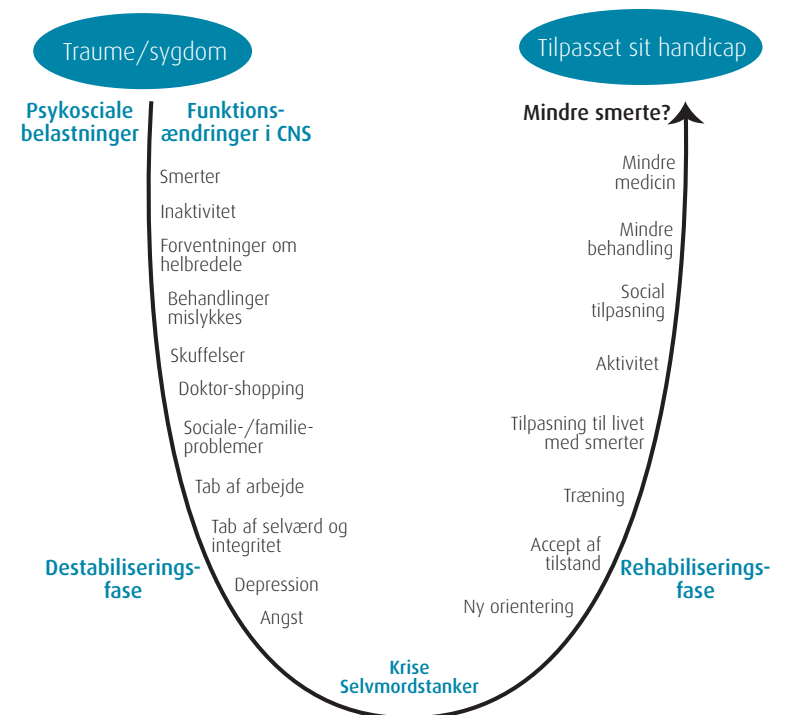
»Mange smertepatienter lider under manglende anerkendelse af deres situation – det kan være fra omgivelserne og deres pårørende. Smerter er jo ofte fluktuerende, og det kan være svært for andre at forstå, at man den ene dag kan gå ud at købe ind og næste dag ligger brak på sofaen. Smertepatienter får spørgsmål som: 'Hvorfor skal du have et fleksjob på 16 timer om ugen, når jeg ser, at du går ud og shopper på din fridag'. Mange smertepatienter fortæller også, at de ville ønske, at de i stedet havde en lidelse, som kunne ses.«

»Når man møder patienterne med anerkendelse, er det en enorm lettelse for dem. Anerkendelsen af deres situation åbner også ofte mulighed for en samtale om, hvordan smerterne påvirker patientens liv og hans pårørende. På smertecentret lærer vi patienterne at se smerterne som dynamiske. Men det ville være godt, hvis de kunne få den viden endnu tidligere i deres forløb – og gerne i almen praksis. Det er vigtigt tidligt at få indledt en dialog om, hvordan det sociale og psykologiske kan spille en rolle for smerteoplevelsen, og hvordan de selv til en vis grad har mulighed for at påvirke smerterne,« forklarer Nina Bache.

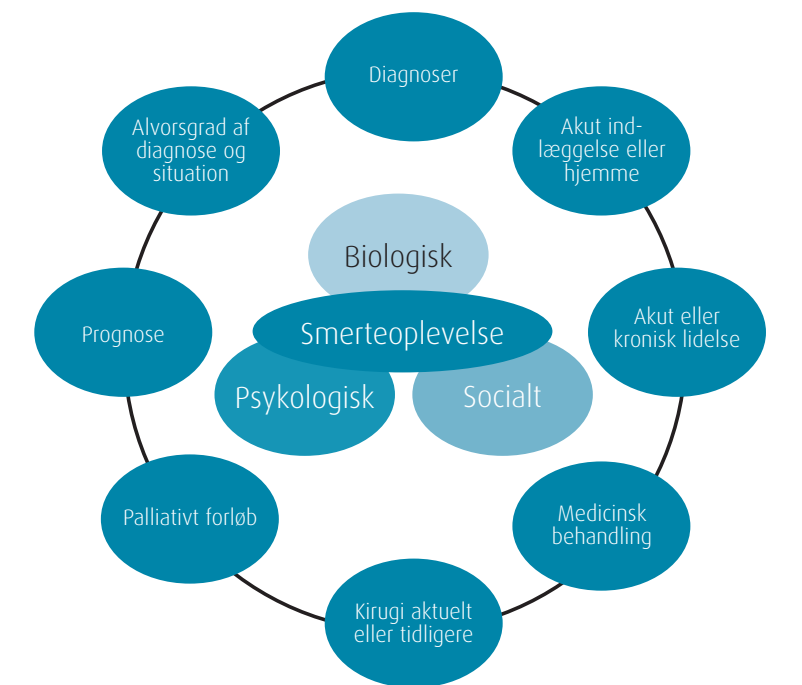
Hun oplever, at nogle patienter bliver overvældede, når samtalen første gang kommer ind på psykiske og sociale forhold omkring den smertaramtes situation. Det indebærer, at samtalerne med smertepatienter ofte kan være tidskrævende.

Men Nina Bache mener, at tiden er godt givet ud. Samtalerne kan nemlig være med til at give patienten en smerteforståelse tidligt i forløbet og derved være med til at forebygge, at patienten vender tilbage gang på gang

TYPISK UDVIKLING FOR EN SMERTEPATIENT. Destabiliserings- og rehabiliteringsparablen kan anvendes som redskab til forståelse af, hvad der har været, og hvad der kan komme, idet den illustrerer et typisk forløb for en kronisk smertepatient med destabiliseringsfasen på den venstre side af kurven og rehabiliteringsfasen på den højre side. I gennemgangen af smertedefinitionen forklares patienten, hvordan ydre omstændigheder kan påvirke smerteoplevelsen til det værre eller det bedre. – Illustration: Fra bogen 'Sygepleje & klinisk beslutningstagning', 2019, efter aftale med FADL's Forlag



DEN BIO-PSYKO-SOCIALE SMERTEFORSTÅELSESMODEL. Individuelle forskelle i de biologiske, psykologiske og sociokulturelle faktorer træder frem i den subjektive smerteoplevelse (de inderste cirkler). Smerteoplevelsen og reaktionen herpå influeres endvidere af konteksten for smertens opståen og for mødet med sundhedsvæsenet samt de konsekvenser, begivenheden har for patienten (de yderste cirkler). – Illustration: Fra bogen 'Sygepleje & klinisk beslutningstagning', 2019, efter aftale med FADL's Forlag



og forventer en ikke-realistisk kvikløsning på sine smerter, hvilket kan være medvirkende til, at de får et alt for højt medicinforbrug.

»Nogle patienter kan også have gavn af større indsigt i, hvad der forværrer og ikke forværrer situationen. Jeg hører for eksempel mange sige, at deres ryg er helt smadret, og at de derfor tillærer sig en undgåelsesadfærd, som måske er helt unødvendig, hvis

rygsmerterne alene handler om helt almindeligt slid, der ikke forværres ved eksempelvis et mindre løft. Det er også vigtigt at inddrage patienternes erfaringer med, hvad der lindrer deres smerte,« siger Nina Bache. ■

FAKTA

Gode råd forud for samtalen med en smertepatient

- Mød patienten med anerkendelse af, at smerteoplevelsen er, som de siger
- Spørg til smerternes betydning i hverdagen
- Spørg, hvad der lindrer smerterne
- Spørg, hvad der forværrer smerterne
- Bidrag med smerteforståelse. Fortæl om smerter og forskellen på de akutte og kroniske
- Inddrag de pårørende som ressourcepersoner
- Drøft muligheder for aktivitetsregulering

KRONISKE SMERTER:

Det er vigtigt at tage sig tid til at lytte

Patienter med kroniske smerter møder ofte mistro fra deres omgivelser. Anerkendelse og tid til at lytte kan være en vej til at hjælpe dem med mere end medicin, mener konsultationssygeplejerske Lene Landvad.

Af **Ulla Abildtrup**

Lene Landvad har tidligere arbejdet 5 år på et smertecenter, men rykkede for 2,5 år siden ind hos Lægerne Britta & Søren Møllerup i Køge som konsultationssygeplejerske.

»Jeg møder rigtig mange patienter med smerter i praksis, så jeg synes bestemt, at jeg kan bruge min erfaring fra smertecentret til at hjælpe især de kroniske smertepatienter,« siger Lene Landvad.

Hun ser patienterne både til en årlig smertesamtale, og hvis de kommer for at få fornyet recepten til smertebehandling.

»Jeg taler med dem om deres medicin, og hvad den gør for dem. Mange har den opfattelse, at de skal tage flere piller, når de får mere ondt, og en del smertepatienter øger medicinforbruget over tid, men mere medicin øger i mange tilfælde ikke livskvaliteten. Hvis patienten for eksempel er sat i behandling med et morfinpræparat, ved man, at det hos nogle forværrer smerterne over tid frem for at lindre smerterne. Det ved jeg fra smertecentret, hvor jeg var med til at trappe patienter ned eller helt ud af den afhængighedsskabende medicin,« fortæller Lene Landvad.

Helhedsorienteret tilgang

I almen praksis er en konsultationstid væsentlig kortere end på et smertecenter, men Lene Landvad forsøger at tage sig tid til at lytte, så patienten føler sig hørt og forstået:

»Jeg kan mærke, at det er en stor lettelse for dem, når de ikke bliver mødt med mistro. Smertepatienter vil så gerne forstås. Når patienten har ondt, bliver hun for eksempel tit bekymret for at lide af noget ondar-

tet som kræft, selvom hun er blevet undersøgt. Den bekymring forsøger jeg at tage af patientens skuldre ved at forklare, hvad kroniske smerter er, og få patienten til at reflektere over, hvad hun selv kan gøre for at øge sin livskvalitet,« siger Lene Landvad.

»Jeg spørger ind til patientens liv, hvis hun igen og igen kommer til lægen. 'Er der sket noget i dit liv, er kæresten flyttet, har du mistet bilen, siden du har fået det sværere?' Fra min tid på smertecentret ved



HOLISTISK. Der er mange ting, både fysiske, mentale og sociale, der kan spille ind, hvis en patient med kroniske smerter pludselig oplever, at smerterne bliver værre, forklarer konsultationssygeplejerske Lene Landvad. Derfor sørger hun altid for at spørge ind til patientens generelle liv, hvis en smertepatient kommer igen og igen. – Foto: Joachim Rode

jeg, at mange ting kan spille ind i smerteoplevelsen, så jeg har en helhedsorienteret tilgang til smertepatienterne.«

På smertecentret var Lene Landvad vant til at inddrage pårørende i behandlingen, men det er der slet ikke hverken tid eller fysiske rammer til i praksis:

»Jeg kan så nogle frø hos patienten og så aftale en ny tid tre måneder senere, hvor vi kan tale om, hvordan det går. For eksempel er det for nogle smertepatienter et problem, at deres smerter er usynlige. Omgivelserne ser en tilsyneladende velfungerende person og stiller spørgsmål ved, om personen nu i virkeligheden også har ondt. Her kan jeg opfordre patienten til at udtænke et standardsvar, så de ikke altid skal bruge ressourcer på at forsvare sig.«

»Jeg kan også give patienten ideer til at afprøve forskellige ting som kulde og varme, der virker godt for nogle smertepatienter. Det kan også være afledningsmanøvrer som podcast i ørerne på en gåtur, der for en stund kan give en pause fra smerterne. Jeg bruger de redskaber, jeg har lært på smertecentret, og spørger ind til patientens liv, samtidig med at jeg opfordrer hende til at undersøge, hvad hun selv kan gøre. Nogle patienter får en aha-oplevelse, fordi de har været vant til at tænke, at det var lægen, som skulle gøre noget for dem. Men de kan i mange tilfælde selv skabe små forandringer i de-

res liv i forhold til smerterne,« siger Lene Landvad.

Information kan gøre en forskel

Lene Landvad oplever, at mange smertepatienter mangler viden om deres behandling og mulige bivirkninger.

»I klinikken ser vi jævnligt patienter, som er udskrevet fra sygehuset med smertestillende piller til en uge. Herefter er det meningen, at de skal trappe ned, men det gør de ikke altid, for pillerne virker jo mod smerterne. Så forklarer jeg om bivirkningerne som kraftig nedsat hukommelse, træthed, humørsvingninger og for mændenes vedkommende impotens, hvis de tager medicinen i længere tid. Det sidste argument plejer at være ret overbevisende.«

Lene Landvads baggrund betyder, at hun kan gøre en forskel for smertepatienter, men hun ved også, at nogle har brug for mere hjælp, end hun kan tilbyde:

»Når nogen har brug for hjælp til at trappe ud af morfin- eller morfinlignende præparater, er det nemmest, hvis man kan tilbyde et alternativ. Det kan være et andet smertestillende præparat, der ikke er et opioid, morfin eller morfinlignende stof, som lægen kan udskrive recept på. Jeg har også mødt flere patienter, som virkelig har haft brug for tværfaglig og specialiseret hjælp. Dem har jeg fået vores læger til at henvise til et smertecenter,« siger Lene Landvad.



Jeg kan mærke, at det er en stor lettelse for dem, når de ikke bliver mødt med mistro. Smertepatienter vil så gerne forstås

Lene Landvad, konsultationssygeplejerske, Lægerne Møllerup

Konference

ONLINE

Obesity week 2021 Highlights

Gratis online konference 1. december 13.00 – 16.50

På Highlights-konferencen tager fire specialister afsæt i de vigtigste højdepunkter fra EASO's Obesity Week 2021, så du på knap fire timer får gennemgået de nyeste behandlingsmuligheder for patienter med svær overvægt.

De fire oplægsholdere:



Frede Lyck, speciallæge i almen praksis, Solrød Strand

Frede giver i sit oplæg en opdatering på de nyeste opsporingsmuligheder og behandlingstiltag i almen praksis.



Jens Meldgaard Bruun, professor og overlæge, Steno Diabetes Center Aarhus og National center for Overvægt

Jens giver et overblik over de seneste tiltag og de bedste behandlinger af børn og unge med svær overvægt, samt sit bud på, hvilke nye muligheder vi har.



Sten Madsbad, professor, Hvidovre Hospital

Sten vil tale om at der i disse år afprøves nye spændende lægemidler til behandling af svær overvægt. Hvor store vægttab kan forventes med farmakologisk behandling? Og bliver det muligt at lukke forskellen op til de 40 kilo, der tabes efter bariatrisk kirurgi? Hvad er gevinsterne ved så store vægttab for mortalitet og følgesygdomme der skyldes svær overvægt.



Filip Krag Knop, professor og overlæge, Herlev og Gentofte Hospital

Filip vil i sit indlæg give jer de seneste nyheder om behandling af svær overvægt med GLP-1-receptoragonister eller de helt nye duale GIP/GLP-1-receptoragonister, samt give sine bud på vigtigheden af disse nyheder for behandlingen af svær overvægt i almen praksis.

Praktisk information

Tid og sted:

Online 1. december, kl: 13:00 - 16:50.

Konferencen foregår online, og det vil være muligt at stille spørgsmål undervejs. Har du ikke mulighed for at deltage direkte vil du kunne bruge linket til konferencen i op til 2 måneder

Målgruppe:

Praktiserende læger, konsultationssygeplejersker, farmaceut, klinisk diætist samt andre sundhedspersoner* med interesse for overvægt.

Pris:

Målgruppe: Gratis

OBS*: Ved sundhedspersoner forstås læger, tandlæger, dyrlæger, farmaceuter, sygeplejersker, veterinær-sygeplejersker, farmakonomet, jordemødre, bioanalytikere, kliniske diætister, radiografer, social- og sundhedsassistenter og studerende inden for disse fag. Pharma/medio: 3.000 kr. ekskl. moms (3.750 kr. inkl. moms).

Sponsoreret af:



DAGENS
Medicin

Tilmelding på: dagensmedicin.dk/konferencer, tlf.: 72 42 34 68 eller mail tira@dagensmedicin.dk



Bedre arbejdsmiljø gavner også patienterne

Hvis lægerne overlader konsultationsrummet i almen praksis til sygeplejerskerne, kan det være til gavn for både patienter og arbejdsmiljø, mener praksislæge Søren Olsson. Hos Lægerne Sløjfen i Aalborg er det derfor sygeplejerskerne, der står for de fleste konsultationer, mens lægerne superviserer.

Af **Ulla Abildtrup**

Aalborg Øst få kilometer fra Aalborg centrum var indtil for få år siden på regeringens ghettoliste. Selvom kvarteret har fået et stort løft, kriminaliteten er faldet, og indkomstniveauet er steget, er Aalborg Øst stadig hjem for mange socialt udsatte. Midt i bydelen ligger Sundheds- og Kvarterhuset med den almene praksis Lægerne Sløjfen.

Den almene praksis er bemannet med de to læger Søren Olsson og Jens Balle, otte behandlersygeplejersker, fem behandlerassistenter og et varierende antal medicinstuderende.

Lægerne Sløjfen har 9.000 patienter, altså langt over de 1.600 patienter pr. læge, der er normtallet.

Den almene praksis adskiller sig også fra de fleste andre ved, at konsultationerne varetages i et behandlerteam bestående af en

sygeplejerske i et tæt samarbejde med lægen.

»Jeg møder ind om morgenen til et blankt program, jeg og min kompagnon har ingen patienter, men er klar til at deltage i alt, hvad der foregår i klinikken efter behov,« fortæller Søren Olsson, som har været en del af Lægerne Sløjfen siden 2012.

Lægerne Sløjfen har organiseret arbejdet i et behandlerteam. Alle patienter har deres egen behandlersygeplejerske for at sikre tilknytning og kontinuitet, og så lægerne har tid til at deltage med deres faglighed og ledelsesmæssige opbakning

»Vi indførte mesterlæreprincipper i behandlerteamet i 2012 med en forventning om, at princippet ville virke inspirerende og ansporende, og bedst muligt sikre kvaliteten i arbejdet til gavn for patienten. Læringen i behandlersituationerne bliver faciliteret af den fælles refleksion, hvor subjektive

og objektive aspekter naturligt indgår i overvejelserne om, hvad der er den rette behandling i den konkrete situation,« siger Søren Olsson og uddyber.

»Tilgangen til konsultationsprocessen er den samme, som vi traditionelt kender den i almen praksis, men forskellen kan være, at vi i kraft af at være fælles om det skaber mere tid og overskud, hvilket er vigtige faktorer til sikring af et godt arbejdsmiljø og tryk i behandlingen.«

»Metoden åbner op for deling af de usikkerheder, der i almen praksis knytter sig til at træffe beslutninger af pragmatisk karakter, for overvejelser om differentialdiagnostik og for alternative praktiske løsninger til gavn for patienterne. Fremfor at fokusere på, om vi skal uddelegere en opgave eller ej, forsøger vi at dele den i behandlerteamet og samles om patienten, når behovet er der,« siger han.

Patienterne spørger ikke efter lægen

Den 900 m² store praksis er indrettet med et stort venturum og en lang, bred gang med klinikrum på siderne. Midt på gangen sidder Søren Olsson og Jens Balle i et åbent kontormiljø, så de hele tiden er tilgængelige for samarbejdet om patienten med personalet.

»Behandlerteam-organiseringen afhænger af, at lægen er tilgængelig for behandlersygeplejersken og ikke selv er optaget af patientbehandling på egen hånd. Lægen skal supervisere, når behovet opstår, samt forberede kommende konsultationer og læse den indkommende post. Lægen kan også på eget initiativ deltage i konsultationerne. På den måde skabes der mulighed for, at behandlerteamet

kommunikerer før, under eller efter konsultationerne, og der skabes vilkår for refleksion mundtligt eller skriftligt i fællesskab mange gange om dagen, både med og uden patientens tilstedeværelse,« fortæller Søren Olsson.

»Helt i starten var der patienter, der 'spurgte efter lægen', men det hører vi sjældent mere, og hvis de gør, deltager vi i konsultationen også af den grund. De ønsker at komme ind til deres sygeplejerske, som kender dem og deres familie godt. Det er vores erfaring, at vi som patienter næppe går så meget op i titler, men vil føle os genkendt og fagligt godt behandlet, samlet set, når vi opsøger egen læge. I over 90 pct. af tilfældene kommer patienterne til deres egen behandlersygeplejerske, det gælder både for dem, der har brug for akut udredning, eller planlagte patienter til for eksempel kronikerkontrol,« siger Søren Olsson.

Sygeplejersken er relationsbærende

Organiseringsformen hos Lægerne Sløjfen er tilrettelagt med tanke på at skabe gode arbejdsvilkår for hele personalegruppen. Arbejdsmiljøundersøgelser har senest i 2020 vist omfattende mistrivsel hos nogle alment praktiserende læger, mens andre heldigvis var i god trivsel, fortæller Søren Olsson.

»Tidligere var almen praksis forbundet med et privilegeret arbejdsliv, hvor lægen havde stor mulighed for at indrette sin arbejdsdag uden samme grad af styring og detaljekrav, som vi ser i dag. Arbejdet i almen praksis i dag kan med de opgaver, der ligger udover selve mødet med patienten, gøre det udfordrende



Jeg tror, at patienterne oplever, at vi har overskud til at være nysgerrige og interesserede i dem

Søren Olsson, læge og kliniker, Lægerne Sløjfen



Vores sygeplejersker er oftest meget erfarne, når de begynder her, men vi har alligevel en toårig oplæringsperiode

Søren Olsson, læge og klinikejer, Lægerne Sløjfen

SAMARBEJDE.

Søren Olsson, læge og klinikejer, har en faglig snak med en af klinikens konsultations-sygeplejersker, Maria von Würden. – Foto: Lars Horn

at bevare et åbent og nysgerrigt blik på patienterne. Derfor har vi valgt at indrette vores praksis på en ny måde, hvor vi forsøger at skabe et overskud i kraft af et fællesskab i konsultationssituationen,« siger han.

»Vores behandlerteam er et forsøg på at bevare og samtidig prioritere de særkender, som almen praksis har som speciale i en hverdag med stigende opgavemængde, hvor vi også ønsker at se patientens henvendelse i klinikken i sammenhæng med patientens selvforståelse og liv i øvrigt.«

»I behandlerteamet er det sygeplejersken, der er den relationsbærende i forhold til patienten. Lægen har, som deltager i behandlerteamet, fortsat ofte en tæt relation til patienten, men der vil være elementer af livshistorien, som sygeplejersken er mere vidende om som udgangspunkt,« siger Søren Olsson.

Det er hans erfaring, at organiseringsformen giver muligheder for at bidrage med mere til patienter med størst behov, også når behovet opstår uventet.

»Det er en mulighedsbetingelse for god kvalitet i behandlingen, samtidig med at tidspres undgås langt hen ad vejen. Vi får mulighed for at opretholde og styrke et godt arbejdsmiljø, fordi de meningsgivende aspekter af vores arbejde får lov at træde frem sammen med patienten, mens opgaver, der er af mere instrumentel karakter til konsultationssituationen, ordnes uden forsinkelse og med mindst mulig forstyrrelse af det mellemmenneskelige møde mellem behandlere og patient,« mener han.

Sygeplejersken er i mesterlære

Sløjfen får jævnligt besøg fra andre klinikker fra hele landet, som spørger, hvordan lægerne sikrer sig, at sygeplejerskerne er dygtige nok, og at patienterne er trygge.

»Vores sygeplejersker er oftest meget erfarne, når de begynder her, men vi har alligevel en toårig oplæringsperiode. Den handler meget om kulturen i almen praksis, som jo

er kendetegnet ved, at folk kommer med alle mulige udfordringer, og derfor er det vigtigt med en helhedsforståelse i forhold til patienten. Med årene kan jeg se, hvordan sygeplejerskerne bliver bedre og bedre, og at vi bliver bedre sammen. Det er vores erfaring, at de med tiden bliver vældig dygtige klinikere og fortsætter med at inddrage lægen af mange forskellige grunde, også når de møder det uventede, hvilket jo er intentionen med organiseringen,« siger Søren Olsson.

»I vores praksis er vi alle kolleger, der byder ind med hver vores viden og erfaring i den konkrete kliniske situation. Hver uge skiftes vi desuden til at undervise hinanden i for eksempel nye vejledninger. Derudover har Jens Balle og jeg en halv time hver måned med hver af vores ansatte, hvor vi laver en journalaudit. Vi spreder vores viden ud til alle i organisationen – det gælder også vores sekretærer, der hos os hedder behandlerassistenter. De er vant til at kontakte os, hvis de bliver i tvivl, om en patient i telefonen skal have akut hjælp. Det er nemt for dem, fordi vi er tilgængelige hele tiden, og vi har som læger tiden til at bidrage til en løsning af problemet uden at skulle afbryde andet arbejde.«

Søren Olsson synes, at det er lykkedes ham og kompagnonen at opbygge et godt og tillidsfuldt arbejdsmiljø, og arbejdsglæden smitter:

»Jeg tror, at patienterne oplever, at vi har overskud til at være nysgerrige og interesserede i dem. Når Jens Balle og jeg sidder midt i det hele, kan vi også gribe ind, hvis der opstår forsinkelser, så tidsskemaet hænger godt sammen for både personale og patienter. Vi har også tid til at køre ud på sygebesøg, hvis en patient har brug for opfølgning efter en indlæggelse. Jeg synes, at vores måde at indrette praksis på passer godt til der, hvor vi er, og er til fordel for patienterne – ellers ville vi ikke gøre det,« siger Søren Olsson. ■

DSAM-FORMAND:

Vi savner viden om kvaliteten af behandlingen

Dansk Selskab for Almen Medicin opfordrer til en undersøgelse af kvaliteten af behandlingen, når sygeplejersker overtager konsultationer fra lægen.

Af Ulla Abildtrup

Et stort norsk studie vakte for nylig opsigt i lægekredse. Studiet peger på en klar sammenhæng mellem patienters sundhed og varigheden af tilknytning til den faste praktiserende læge. Jo længere relation, jo lavere dødelighed og sandsynlighed for at blive indlagt akut.

Formanden for Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), Bolette Friderichsen, har læst undersøgelsen, der er offentliggjort i British Journal of General Practice, med stor interesse:

»Vi ser, at jo længere patienten har haft den samme læge, jo mindre har han brug for vagtlæge, jo færre akutindlæggelser, og jo lavere er dødeligheden. Forskellen er markant i forhold til de patienter, som har skiftet mellem flere almene praksisser eller været tilknyttet en praksis med mange vikarer og dermed skiftende kontaktpersoner over årene.«

»Men selvom der er et tydeligt sammenfald, som taler for en direkte årsag-virkning, kan vi ikke vide det med sikkerhed. Der skal andre typer studier til,« mener Bolette Friderichsen.

Hun nævner undersøgelsen som en kommentar til den opgaveglidning, der sker i disse år, hvor praksispersonale som for eksempel sygeplejersker overtager flere og flere opgaver fra lægerne. Hun understreger, at det norske studie ikke kan læses som dokumentation for, at patienter altid skal ses af en læge.

Mangler viden

Undersøgelsen har nemlig alene set på tilknytningen til en fast lægepraksis, og forskerne har ikke spurgt patienterne, om de havde konsultationer hos en læge, en sygeplejerske eller andre. Men hun mener, at den er et vigtigt argument for, at kontinuitet har stor betydning for patienten.

»Jeg kunne tænke mig en systematisk opsamling på, hvad læge-patient-forholdet betyder for sundheden. Vi ved generelt for lidt om, hvad det betyder for kvaliteten af behandlingen, når sygeplejersker eller andet praksispersonale varetager konsultationer i stedet for lægen. Vi ved ikke, om det er godt nok, at lægen står bagved og står på mål for behandlingen gennem supervision. Derfor opfordrer vi beslutningstagerne til at bevilge penge til en undersøgelse herhjemme,« siger Bolette Friderichsen.

»Det kunne samtidig være interessant at undersøge, om de klinikker, der lader praksispersonale varetage konsultationerne, trækker mere på lægevagten end andre klinikker, fordi deres patienter ikke får den nødvendige behandling. Det er en hypotese, vi har ud fra vores erfaringer, når vi kører lægevagt. Men vi ved det reelt ikke.«

Praksispersonale fortyder lægen

Bolette Friderichsen har selv en samarbejdspraksis i Hobro, hvor de er 3 kolleger, der hver har 1.600 patienter, som er normen for en praktiserende læge. Hun er altså langt fra de 9.000 patienter, som Lægerne Sløjfen i Aalborg har, og hvor sygeplejer-

skerne har overtaget konsultationerne.

»Patienters behov er jo forskellige. Både som praktiserende læge og som formand for Dansk Selskab for Almen Medicin møder jeg rigtig mange, som efterspørger at komme ind til en læge. Men der er også patienter, for hvem tilgængelighed er det vigtigste. Det er typisk yngre, raske, erhvervsaktive eller patienter med velregulerede kroniske sygdomme. De vil gerne til på et bestemt tidspunkt, og så er det lidt underordnet, om de kommer ind til en læge,« siger Bolette Friderichsen.

»Men set fra mit synspunkt er der ingen tvivl om, at praksispersonale fortyder lægen. Det kan godt være, at nogle konsultationer som for eksempel fornyelse af en recept på p-piller fint kan varetages af andre end lægen, men mange møder over tid forstærker relationen mellem lægen og patienten. Og når ellers velfungerende mennesker vælter, så har den længerevarende relation stor betydning.«

»Hvis lægen har set på patientens forstuede ankel, da han var barn, skrevet en sygemelding til en eksamen, da han var ung, og talt om søvnproblemer, da patienten blev ældre, så kan lægen se forandringen, når patienten for eksempel udvikler en depression. Relationel kontinuitet handler om tilid til hinanden og god kommunikation, og det er løsningen på mange problemer,« mener Bolette Friderichsen.

Vi skal ikke have siloer i almen praksis

Et af de største klagepunkter ved det danske sundhedssystem blandt patienter og deres pårørende er silotænkningen. Altså, at de ansatte på f.eks. sygehusene ikke 'taler sammen', når patienter har flere diagnoser, der gensidigt påvirker hinanden.

»Når en nyrepatient f.eks. får ondt i maven og spørger personalet i nyreambulatoriet om hjælp, får patienten typisk det svar, at det ved personalet ikke noget om. Personalet spørger ikke ind til, om patienten måske har andre

udfordringer end nyrerne og tager medicin, som sammen med nyremedicinen kan give maveproblemer. Derfor henvender patienten sig typisk til egen læge, for vi er specialister i vores patienter i stedet for i en bestemt sygdom,« siger Bolette Friderichsen.

»Derfor er det også meget vigtigt at undgå, at vi flytter silotænkningen ind i almen praksis. Vi skal ikke have KOL-sygeplejersker og diabetes-sygeplejersker osv., for vi er netop *almen* praksis. Et menneske er et menneske, det er ikke en sygdom. Når en patient med diabetes kommer ind til mig og siger, at hun ikke får motioneret nok, fordi hun er ked af det, så flytter jeg fokus over på det, der er vigtigst for hende den dag. Vi skal som lægeklinik kunne se hele patienten.«

Her indskyder formanden for DSAM en stor ros til praksispersonalet:

»Praksispersonalet er rigtig gode til at holde fast i det emne, som patienten egentlig er kommet for, og f.eks. få målt og vejlet diabetespatienten og spurgt ind til fødder og øjne. Og så skriver de gerne et notat til mig, hvis patienten eksempelvis fortæller, at hun nu har anskaffet sig en lille hund og derfor får gået mere end tidligere. Det er jo ikke, fordi jeg skal sidde og tale om hunde med patienten, men i dette tilfælde har hunden en betydning for patientens livskvalitet, og det er en vigtig observation for mit arbejde,« siger Bolette Friderichsen. ■

Specialistens råd: Vær klar i kommunikationen

Svær overvægt En forudgående snak med lægen og efterfølgende forventningsafstemning med patienten er en god måde at sikre sig, at en overvægtig borger ikke bliver skuffet, hvis vægttabet ikke lykkes, lyder rådet fra Jens Meldgaard Bruun, lægefaglig leder for Nationalt Center for Overvægt.

Af Kristian Sjøgren

Når det gælder borgere med svær overvægt, er sygeplejersker i almen praksis ofte bindeleddet mellem lægen og borgeren. Derfor er det vigtigt, at sygeplejersken både til lægen og borgeren er helt klar i mælet om, hvad der skal foregå, og hvordan samarbejdet om et eventuelt vægttab skal være.

Det råder klinisk professor Jens Meldgaard Bruun fra Steno Diabetes Center Aarhus og lægefaglig leder for Nationalt Center for Overvægt sygeplejerskerne til hele tiden at have for øje.

Jens Meldgaard Bruun forklarer, at sygeplejersken skal fungere som netop bindeleddet mellem den praktiserende læge og borgeren.

Afklaring sammen med lægen

Ofte kommer personer op til deres læge med en bekymring om deres vægt, og her er det til at starte med vigtigt, at det med det samme bliver afgjort, om borgeren af sundhedsmæssige årsager overhovedet har brug for et vægttab eller ej. Det skal sygeplejersken have afklaret med lægen med det samme, så beskeden klart kan formidles videre til borgeren.

»Har man ikke følgesygdomme og blot har 'almindelig' overvægt med eksempelvis et BMI på 27, skal man ikke nødvendigvis tabe sig af helbredsmæssige årsager. Her er det vigtigt, at sygeplejersken er med til at forventningsafstemme, hvad hun eller lægen kan hjælpe borgeren med. Vil personen gerne have en figur, som da vedkommende var 18 år gammel, skal sygeplejersken gøre det klart, at det nok ikke kommer til at ske med lægens hjælp.

Lægen kan formentlig kun hjælpe til med et vægttab på maksimalt 10 til 15 pct. Det skal borgeren have at vide, så der ikke opstår urealistiske forventninger,« siger Jens Meldgaard Bruun.

Undgå at stå alene

Han uddyber, at et godt råd til sygeplejerskerne er, at de inden samtalen med patienten har haft en snak med lægen om, hvad der er muligt og ikke muligt. Ellers kan sygeplejersken komme til at stå i en situation, hvor borgeren kan blive skuffet over mulighederne, eller der kan være et u hensigtsmæssigt forløb, fordi borgeren forventede noget mere.

»Sygeplejersker kan godt komme til at stå alene med opgaven at guide



JENS MELDGAARD BRUUN. Professor, Steno Diabetes Center Aarhus, og lægefaglig leder, Nationalt Center for Overvægt. – Foto: Jesper Balleby

borgeren gennem et vægttab, hvis hun ikke har snakket med lægen om forløbet forinden. Derfor er samtalen vigtig,« understreger Jens Meldgaard Bruun.

Når så der er etableret en rimelig målsætning, og der er forventningsafstemt med borgeren, skal sygeplejersken ifølge Jens Meldgaard Bruun sørge for, at der bliver lavet en fælles aftale med borgeren om, hvad det videre forløb skal være.

Hvis målet er et vægttab på 5 til 10 pct. af kropsvægten, kan det være godt på forhånd at have aftalt, hvad der skal ske, hvis det ikke materialiserer sig, eller hvad der skal ske, når vægttabet er opnået.

»Det er vigtigt, at sygeplejersken har en veldefineret opgave i forhold til borgeren og forløbet. Det skal hun

snakke med den praktiserende læge om, så der kommer klarhed omkring sygeplejerskens opgaver, og han eller hun ikke skal freestyle sig igennem det. Sygeplejersken bliver ofte den gennemgående kontaktperson i et vægttabsforløb, og det er vigtigt, at hun ved, hvad opgaven er, og hvad den ikke er, samt hvad der er muligt, og hvad der ikke er muligt. Det gør også, at det kan være en god idé med efteruddannelse, så sygeplejersken ved, hvad der er op og ned i et vægttabsforløb. Desuden sker der rigtig meget nyt for tiden, eksempelvis inden for medicinsk behandling af svær overvægt. Det gør, at det faktisk både er nødvendigt og en god idé, at både lægen og sygeplejersken bliver efteruddannet,« siger Jens Meldgaard Bruun. ■

Specialistens råd: Tal om, hvad angst er

Angst Uddannelse, accept, nedregulering og information om mindfulness. Sådan lyder fire råd fra Maria Nielsen, ambulatorieleder ved Ambulatorium for Angst og Tvangssygdomme ved Aalborg Universitetshospital, til sygeplejersker, der skal tale med patienter med angst.

Af Kristian Sjøgren

Når det gælder angst, skal personer med angst ofte i et behandlingsforløb for at lære at håndtere og reducere deres angstsymptomer. Ofte starter de forløb hos den praktiserende læge eller en sygeplejerske tilknyttet praksis.

I den situation er det vigtigt, at sygeplejersken påtager sig den rette rolle i forhold til patienten, da det kan være med til både at lindre symptomerne på angst samt klæde patienter på til bedre at håndtere angstanfald.

Sådan lyder et af rådene fra Maria Nielsen, psykolog og ambulatorieleder ved Ambulatorium for Angst og Tvangssygdomme ved Aalborg Universitetshospital.

Maria Nielsen kommer helt generelt med fire råd til konsultationssygeplejersker, der i arbejdet i praksis møder personer med angst:

Uddan patienterne i, hvad angst

er. Maria Nielsen første råd er, at sygeplejerskerne skal fortælle patienterne, hvad det vil sige at have en angstlidelse. Hvad er det for symptomer, og hvilke fysiske processer igangsættes i kroppen?

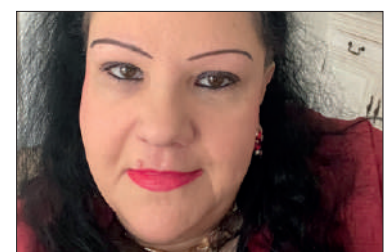
Når patienten forstår baggrunden for, at hjertet pludselig banker voldsomt, og at han eller hun har svært ved at trække vejret, kan denne viden i sig selv være med til at berolige. Samtalerne kan også være med til at give patienter en fornemmelse af, at de ikke er alene i verden med at have angst. Det kan også lindre nogle af symptomerne på sygdommen.

»Nogle personer kan opleve, at et angstanfald føles som et hjerteanfald, og det kan give anledning til, at angsten forstærkes. Her vil det være hjælpsomt, hvis patienterne kan lære at genkende angstsymptomerne, så de ikke forveksles med somatisk sygdom. Det kan give lidt ro på. Det er supervigtigt, og det kan sygeplejersker i praksis hjælpe til med,« fortæller Maria Nielsen.

Det andet punkt, hvor sygeplejerskerne kan hjælpe en patient med angst, er i forhold til accepten af angst. Mange mennesker vil bare gerne have en pille og få angsten til at gå væk, men sådan fungerer det ikke i den virkelige verden.

»Sygeplejersken kan hjælpe patienten med indstillingen til det at have angst. Det er hjælpsomt at erkende og acceptere, at angsten er der, men at man også kan arbejde med at håndtere den, så den ikke handicapper hverdagen. Idet at angstanfald er så ubehagelige at opleve, kan patienter have en tendens til at ønske, at de bare kunne lukke helt ned for den, men angst, der ikke bliver anerkendt, popper op igen som popcorn. Patienter kan dog øve sig på at aflede opmærksomheden og fokusere på andre ting omkring sig, så angstniveauet dæmpes. Det er sådan nogle ting, som sygeplejerskerne kan arbejde på med patienterne, inden de kommer i behandling i et ambulatorium,« siger Maria Nielsen.

En tredje vinkel kunne ifølge Maria Nielsen være et fokus på nedregulering ved angstanfald, hvor sygeplejersken kan hjælpe patienten ved at pege på simple åndedrætsøvelser. Tilstanden af høj 'arousal'



MARIA NIELSEN. Psykolog og ambulatorieleder ved Ambulatorium for Angst og Tvangssygdomme ved Aalborg Universitetshospital. – Foto: Privat

kan ofte ændres ved dybe og langsomme vejrtrækninger.

»Den slags arbejder vi også med i ambulatoriet, men det kan sagtens starte i praksis med hjælp og vejledning fra en praksissygeplejerske,« siger Maria Nielsen.

Maria Nielsens sidste råd til sygeplejersken i praksis er meget simpelt at informere patienter om, at mindfulness som behandling til personer med angst eksisterer. Mindfulness har vist gode resultater til personer med angst, og folk kan godt lave op-søgende arbejde på nettet og lære mere om, hvordan mindfulness kan hjælpe dem.

»Sygeplejersken i praksis kan gøre et kæmpe stykke arbejde ved at informere om angst og fortælle, hvad patienten selv kan gøre for at mindske symptomerne på angst,« siger Maria Nielsen. ■

Specialistens råd: Sygeplejersker kan spille vigtig rolle i at stille diagnosen

Demens Konsultationssygeplejersker kan være en stor hjælp i forhold til at stille de rette spørgsmål med henblik på, om der grund til mistanke om demens eller ej.

Af Kristian Sjøgren

Ved udvikling af demenssygdomme er det første problem ofte at få stillet diagnosen. Ofte ved personer med demens ikke, at de har demens, og her kan konsultationssygeplejersker være en stor hjælp i forhold til at få stillet de rigtige spørgsmål, så diagnosen kan stilles hurtigere, og personen med demens kan få hurtigere hjælp og rådgivning.

Det er ifølge professor, overlæge og forskningsleder på Videnscenter for Demens Steen Hasselbalch den helt store rolle, som sygeplejersker i praksis kan spille inden for demensområdet.

»En demensdiagnose handler om at få stillet de rigtige spørgsmål i forhold til funktionsniveau. Og har personen ikke en pårørende med til konsultationen med konsultationssygeplejersken, kan sygeplejersken godt stille nogle af de lidt svære spørgsmål for at få afklaret, om der er grund til at mistænke demens el-

ler ej,« forklarer Steen Hasselbalch.

Sygeplejersken kan blandt andet være med til at opklare, om personen med mulig demens oplever flere og flere problemer i hverdagen, eller hvordan det ser ud med risikofaktorer i forhold til at udvikle demens, herunder alkoholforbrug og generel sund livsstil.

Derudover kan hun være med til at arrangere, at en pårørende kommer med til konsultationen næste gang. Sigtet er, at personer, som mistænkes for at have begyndende demens, hurtigt bliver sendt videre til udredning.

Berøringsangst

Der er dog, ifølge Steen Hasselbalch, berøringsangst omkring demenssygdomme, fordi det drejer sig om folks personlighed, og det er et problem i praksis, som sygeplejersker kan være med til at løse.

»Ofte, når vi får folk ind hos os på Videnscenter for Demens, er deres sygdom ret fremskreden, og så

kan vi komme sent i gang med den relevante rådgivning og behandling. Sygeplejerskerne kan hjælpe til med at identificere personer med demens tidligt, og det kan de også gøre med nogle af de hukommelsestests og screeningstests, som vi selv bruger i klinikken, hvor også sygeplejersker står for at udføre dem sammen med patienterne,« siger Steen Hasselbalch, der har et meget positivt syn på det bidrag, som sygeplejersker i praksis kan komme med til området.

Bindeled til kommunen

Også når patienten har fået stillet diagnosen, kan sygeplejersken i praksis spille en vigtig rolle i det videre patientforløb.

Når patienten er udredt og sat i behandling, falder opfølgningen tilbage til praksis. Det drejer sig f.eks. om opfølgning på medicin og stillingtagen til kørekort, men der er også store områder, hvor sygeplejerskerne kan træde til med deres faglighed.

Det gælder blandt andet i forhold til det psykosociale område – altså er personen med demens alene, eller har vedkommende venner og familie? – og kontakten til kommunen, som der også skal følges op på. Er der



STEEN HASSELBALCH. Professor, overlæge og forskningsleder på Videnscenter for Demens. – Foto: Privat

den hjælp, der er behov for? Her er konsultationssygeplejersken et vigtigt bindeled til demenskoordinator og -visitator i kommunerne og har stor betydning for, at patienterne får den hjælp, de skal bruge.

»Det vil være naturligt at inddrage sygeplejerskerne i almen praksis i koordineringen af indsatsen for den demensramte mellem praksis og kommunen. I mange tilfælde vil det i vid udstrækning også være sygeplejersken, som skal være med til at løse eventuelle problemer. Er ægtefællen ved at bryde sammen, og skal der tages kontakt til kommunens demenskonsulent? Sygeplejerskerne kan også spille en central rolle i råd og vejledning af både patienten og de pårørende,« forklarer Steen Hasselbalch.

Konference

Torsdag 25. november, fysisk og online konference
HUONE Copenhagen, Amager Strandvej 390, 2770 Kastrup

Får hjertepatienten anno 2021 den bedste behandling?

Gratis for målgruppen

Det kan virke komplekst, at overskue guidelines for hjertepatienten – både pga. de mange nye lægemidler og ny teknologi der kommer til, men også pga. de mange nye resultater der kommer på allerede veletablerede lægemidler. Og hvilken rolle har almen praksis i opfølgningen af hjertepatienten, og hvornår skal patienten med hjertesygdom genhenvises?

På konferencen vil du få en opdatering af udredning, behandling og rehabilitering anno 2021 inden for hjertekar området. Efter hvert oplæg vil der være diskussion – Gør vi nu det bedste?

Deltag og bliv opdateret på håndtering og behandling af såvel den ukomplicerede som den meget komplicerede hjertepatient.

Praktisk information

Målgruppe: Praktiserende læger, kardiologer og kardiologiske sygeplejersker.

Pris: Målgruppe: Gratis. Andre sundhedspersoner (online): 1.500 kr. ekskl. moms (1.850 kr. inkl. moms). Andre sundhedspersoner (fysisk): 3.000 kr. ekskl. moms (3.750 kr. inkl. moms). Studerende inden for ovenstående fag: 1.500 kr. ekskl. moms (1.875 kr. inkl. moms). Andre: 5.000 kr. ekskl. moms (6.250 kr. inkl. moms). Konferencen afholdes både fysisk og virtuelt. Konferencen vil blive optaget og kan efterfølgende ses online i 2 mdr. efter afholdelsen. Vælger du online deltagelse, får du tilsendt deltagerlink og guide dagen før konferencen.

Sponsoreret af: **AMARIN**

Boehringer Ingelheim

SANOFI

novo nordisk

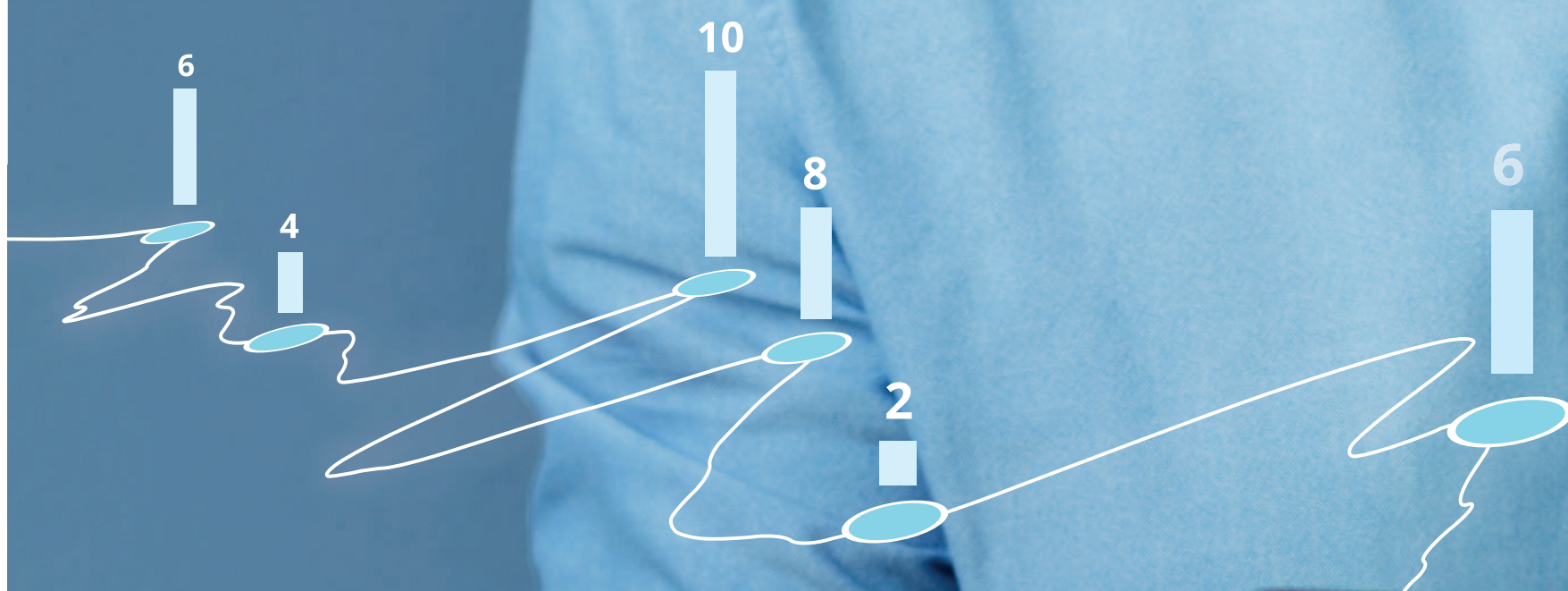
DAGENS Medicin

Tilmelding på: dagensmedicin.dk/konferencer, tlf.: 72 42 34 68 eller mail tira@dagensmedicin.dk

NovoPen® 6 » NovoPen Echo® Plus »

SMARTE INSULINPENNE

Nu viser data vej



... til mere nøjagtig behandling

Nu er der godt nyt på vej til dine patienter med insulin-behandlet diabetes. De nye smarte flergangspenne, NovoPen® 6 og NovoPen Echo® Plus, gemmer nemlig alle data om patienternes insulininjektioner, så de let kan deles digitalt med patientapps og kliniksystemer. Det giver et mere nøjagtigt billede af, hvordan patienternes injektionsadfærd påvirker blodsukkeret. Og det baner vejen for en mere individuel behandling, hvor du kan træffe beslutninger på basis af præcise injektionsdata.



Bliv klogere på den forskel vores nye flergangspenne kan gøre for dine patienter og dig. Scan QR-koden med din mobil eller læs mere på pro.novonordisk.dk/smartpen

DK21NP600021 22. april 2021

Novo Nordisk Denmark A/S
Ørestads Boulevard 108, 6. sal
2300 København S
www.novonordisk.dk
Kundeservice tlf.: 80 200 240



Praktiserende læger er gode til at opdage kræft

21 pct. af de patienter, der af praktiserende læger blev henvist til CT-skanning på Vejle Sygehus uden for kræftpakkerne i 2017, havde kræft. Praktiserende læger skal have bedre mulighed for at henvise til CT uden for kræftpakkerne, mener forskere og læger.

Af Kristian Sjøgren

I Danmark har vi etableret kræftpakkeforløbene for at sikre, at langt de fleste borgere, der mistænkes for at have kræft, bliver undersøgt med henblik på at få stillet en diagnose.

Henvender en borger sig til sin praktiserende læge med blod i afføringen, blod i ophost eller kraftigt vægttab, henviser lægen øjeblikkeligt til et kræftpakkeforløb, hvor borgeren bliver udredt med skanninger, blodprøvemålinger og samtaler.

Det sker dog også ofte, at en borger kommer til egen læge med uspecifikke symptomer, der ikke falder inden for rammerne af kræftpakkerne. Det kan dreje sig om en lille smule ondt i maven eller et mindre, men uforklarligt, vægttab. Hvad gør lægen så? Ikke alle steder i landet har læger mulighed for at henvise disse borgere til CT-skanning, men det har de i Vejle, og det er røntgenlægerne på Vejle Sygehus glade for.

De praktiserende læger opdagede nemlig 60 kræfttilfælde uden for kræftpakkerne i 2017. Det modsvarer et kræftfund hos hver femte af de henviste borgere. Det viser et studie, der er publiceret i Danish Medical Journal.

»Det er et lille studie, hvor vi frem-

lægger, hvad vi har observeret inden for et år her på sygehuset. Her kan vi se, at de praktiserende læger er rigtig gode til at finde patienter med kræft, men hvor borgerne ikke præsenterer med symptomer, så de kan gå direkte ind i et kræftpakkeforløb,« fortæller en af forskerne bag undersøgelsen, Malene Roland Pedersen, der er lektor på Sygehus Lillebælt og viceinstituteder ved Institut for Regional Sundhedsforskning på Syddansk Universitet (SDU).

21 pct. havde kræft

I forskningen har Malene Roland Pedersen med sine kolleger meget simpelt undersøgt, hvor mange patienter de praktiserende læger henviste til CT-skanning på Vejle Sygehus uden for kræftpakkerne i 2017, og hvor mange af dem som endte med at få stillet en kræftdiagnose.

I alt henviste de praktiserende læger 238 borgere til CT-skanning. Borgerne var mellem 29 og 99 år gamle, og af dem havde 60 fund på skanningen, der ledte til tilbud om en biopsi for at undersøge fundet nærmere.

50 af de 60 borgere valgte at tage imod tilbuddet og fik stillet en kræftdiagnose. De sidste 10 borgere valgte ikke at tage imod tilbuddet.

Malene Roland Pedersen formoder, at det kan have noget med alvorlig sygdom eller fremskreden alderdom at gøre. Måske valgte den praktiserende læge i samråd med patienten at standse udredningen, fordi det ikke gav mening at gennemgå et længere udredningsforløb.

50 ud af 238 henvisninger svarer til, at lægerne på Vejle Sygehus fandt kræft hos 21 pct. af de henviste patienter. Det er et tal, som Malene Roland Pedersen er meget tilfreds med.

»Det viser, at de praktiserende læ-

ger er dygtige til at henvise de rigtige patienter til CT-skanning. 21 pct. er et højt tal, når man taler om henvisninger uden for de cancerspecifikke pakker. Vi synes, at det her studie lægger op til, at man skal anerkende, at de danske praktiserende læger er rigtig gode til at henvise direkte til CT og gøre det til en mulighed, som alle praktiserende læger i landet har. De praktiserende læger er essentielle i forhold til at finde og henvise de patienter, der ikke kan gå direkte i et kræftpakkeforløb,« siger hun.

Vælder ikke ind med henvisninger

Tidligere har der fra Sundhedsstyrelsens side været udtrykt bekymring for, om læger ville sende en overflod af patienter i retning af sygehusene og derved oversvømme radiologerne med arbejdsopgaver.

Det nye studie peger ifølge Malene Roland Pedersen dog på, at de praktiserende læger godt kan finde ud af at sortere i patienterne. De 21 pct. kræfttilfælde blandt de henviste er da også på linje med andelen af kræfttilfælde pr. undersøgte patienter i nogle af kræftpakkerne.

»Vi vil gerne slå et slag for, at de praktiserende læger i højere grad kan sende patienter direkte til CT-skanning, fordi det også får patienterne hurtigere udredt, hvilket i forbindelse med en kræftdiagnose er vigtigt for overlevelsesmuligheder. Der betyder tid noget,« siger hun.

Kun gode erfaringer

Jakob Møller er ledende overlæge ved røntgenafdelingerne på Sygehus Lillebælt, og han deler Malene Roland Pedersens synspunkt.

Jakob Møller fortæller, at Vejle Sygehus allerede i 2007 etablerede muligheden for, at læger kunne henvise

direkte til CT-skanning. På Sygehus Sønderjylland i samme region har de lavet et lignende tiltag, men i mange af de andre danske regioner har praktiserende læger ikke de samme muligheder, når de har en alvorligt syg patient, de gerne vil have udredt med CT, hvor symptomerne ikke placerer patienten naturligt i en af kræftpakkerne.

»Vi arbejder på, at alle praktiserende læger i hele Region Syd skal have den her mulighed, når de står med patienter, som ikke passer ind i nogen af kræftpakkerne. Dem kan man heller ikke lave en specifik kræftpakke til, men man må stole på lægernes mavefornemmelse. Der har også været forslag fremme om, at man skulle gøre det muligt for læger at henvise til CT-skanning af kun thorax, men vi kan i det her studie se, at de patienter, som ender med at få en kræftdiagnose, har kræft alle mulige steder i kroppen, som ikke vil dukke op på en thorax-skanning,« siger Jakob Møller.

Overlægen er også enig i, at studiet peger på, at det at åbne op for henvisninger til CT-skanning fra de praktiserende læger ikke vil lede til, at det vælter ind med patienter på hospitalernes røntgenafdelinger.

»Det er i hvert fald ikke det, som vi har oplevet her i Vejle eller på Sygehus Sønderjylland. Generelt er praktiserende læger nogle dygtige og veluddannede specialister, der har behov for at få udredt en syg patient og derfor bestiller nogle relevante undersøgelser. Nogle gange kommer der en enkelt dårlig henvisning, men det kan vi klare over telefonen. Det bør ikke være nok til, at man ikke stoler på, at lægerne ved, hvad der vil være den mest fornuftige undersøgelse at få foretaget,« siger Jakob Møller. ■



Systematisk efteruddannelse

Hindsgavl Slot

2. december, kl. 08:30-16:00

Patienten med hovedpine

Aktiviteten skal styrke lægens viden om udredning og behandling af de forskellige typer af hovedpine med gennemgang af relevante undersøgelsesteknikker i almen praksis, laboratorietest, eventuel relevant billeddiagnostik samt behandling i almen praksis.

Aktiviteten skal styrke lægens viden om relevant visitation til andre speciallægekollegaer.



Praktisk information

Målgruppe: Praktiserende læger og andre sundhedspersoner med interesse for emnet

Pris: 3.000 kr. ekskl. moms (3.750 kr. inkl. moms) pr. kursusdag. Disse kursuser er godkendt til refusion fra Fonden for Almen praksis.

Tilmelding på dagensmedicin.dk/konferencer, på tlf.: 72 42 34 68 eller mail tira@dagensmedicin.dk



Lasse Borg
hoveduddannelseslæge
i Sydvestjylland

Beliggenhed, beliggenhed... Lasse vil være praktiserende læge i Sydvestjylland

Beliggenhed har stor betydning, når vi skal købe hus. For mange unge almen medicinere har det også betydning for, hvor de kunne tænke sig at have praksis.

Frem mod 2025 bliver der uddannet flere speciallæger i almen medicin i Region Syddanmark, end der går på pension.

Det er positivt, at der er flere, der kommer til end omvendt. Men det betyder også, at der reelt ikke vil være ledige stillinger og praksis til alle nyuddannede almen medicinere i Odenseområdet og i Trekantområdet. Derfor kan en del være nødt til at flytte til andre områder.

En af dem, der allerede er flyttet, er Lasse Borg, hoveduddannelseslæge i Sydvestjylland.

- Jeg kommer fra Aalborg og har læst medicin i Aarhus. Herefter valgte jeg bevidst at søge uddannelse i Region Syddanmark og har nu et ønske om at slå mig ned som praktiserende læge i Sydvestjylland. Alt i alt valgte jeg hoveduddannelse i Region Syddanmark, fordi man her klart har det bedst sammensatte hoveduddannelsesforløb i almen medicin.

Lasse har søgt mod Esbjerg, fordi han var interesseret i et uddannelsesforløb på byens sygehus.

“Jeg valgte at søge til Esbjerg, fordi Sydvestjysk Sygehus (SVS) er et rigtig godt uddannelsessygehus. Evalueringerne taler for sig selv - de er gode. På SVS får man en bred medicinsk/kirurgisk erfaring på knapt så specialiserede funktioner, og det, mener jeg, er godt for en almen mediciner”.



Lasse har oplevet et positivt arbejdsmiljø, hvor der altid er mulighed for at få supervision. Han fremhæver også de individuelt sammensatte uddannelsesforløb, der betyder, at hans forløb er tilpasset det faktum, at han skal være almen mediciner.

Han har haft praktikophold i Varde og ser da også selv, at han slår sig ned i det sydvestjyske.

- Esbjerg er en by, som jeg og min familie gerne vil blive i. Byen er stor, men ikke for stor, og her er et godt studiemiljø. Her er gode muligheder for et godt familieliv med rimelige huspriser og gode (og mange) daginstitutioner, og så er der rigtig gode job- og karrieremuligheder og på sigt rigtig gode muligheder for at finde en god praksis til en realistisk pris, når jeg er færdiguddannet.

Praksiskøb i blinde - det behøver du ikke

Hvis du er kommende speciallæge i almen medicin, og du - ligesom Lasse - kan se fordelene i at rykke væk fra din uddannelsesby, så er der heldigvis mange skønne områder i Region Syddanmark, der byder på gode og attraktive karrieremuligheder.

Unge læger, som søger en praksis, kan kontakte Region Syddanmarks rekrutteringsteam. Vil du gerne vide mere om et område og karrieremulighederne her, er du også velkommen til at kontakte rekrutteringsteamet og til at deltage i de forskellige arrangementer teamet afholder.

Se www.rsyd.dk/rekruttering og Facebook "Rekruttering Almen Praksis".

Skal du finde din afløser eller sælge din praksis?

Hvis du befinder dig i den anden ende af dit arbejdsliv, er du også velkommen til at søge hjælp ved Region Syddanmarks rekrutteringsteam.

Selvom den enkelte læge er den vigtigste medspiller i forhold til at finde afløsere, tilbyder teamet at annoncere ledige stillinger og praksis til salg samt bistå med vejledning og evt. matchmaking med unge læger.



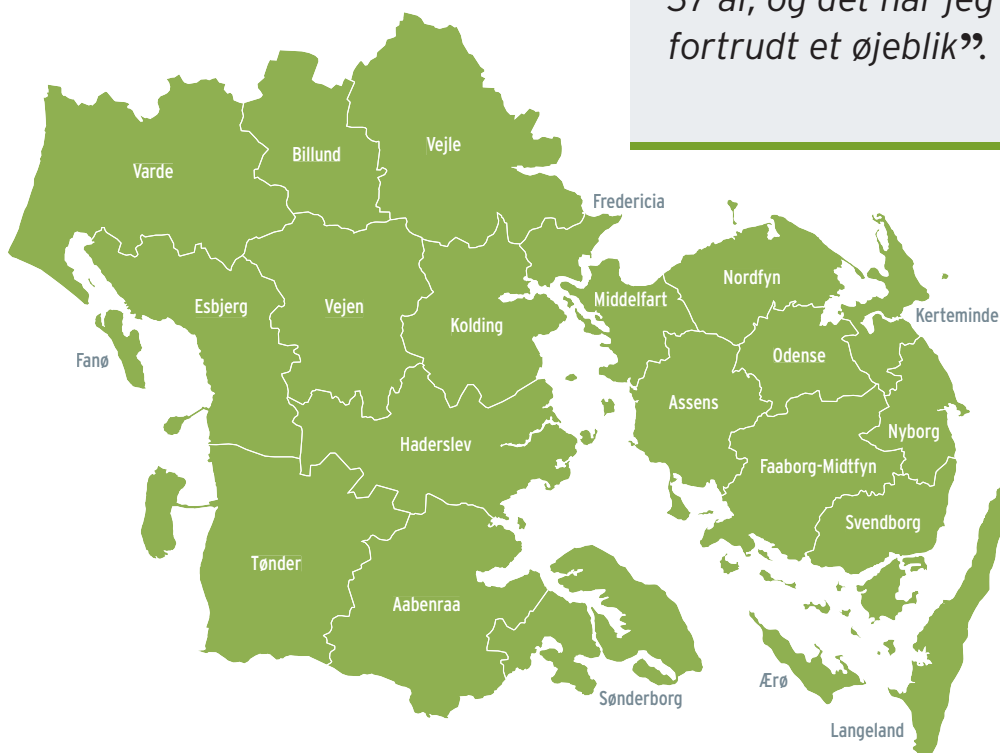
Lauge har været praktiserende læge på Fanø i 37 år

Det er ikke kun kommende almen medicinere som Lasse Borg, der kan se fordelene ved at rykke lidt væk fra mere læge-tætte områder som Odense og Trekantområdet. Nogle kan også bevidne fordelene. Praktiserende læge Lauge Sidelmann har i 37 år boet og arbejdet på Fanø.

“Mit råd til de unge læger er, at de skal tænke sig grundigt om, før de vælger praksis og bosted. Tænk på, at I skal have hele livet til at hænge sammen: Arbejde, familien og alt det sociale. Jeg har boet og arbejdet på Fanø i 37 år, og det har jeg ikke fortrudt et øjeblik”.

- Jeg hører om kolleger, der har svært ved at få enderne til at mødes, som er stressede i deres arbejde, bruger tid på landevejen og ikke får tid til at nyde livet. Den slags sker ikke her. Ikke fordi vi ikke har mange patienter. Vi ligger lidt over landsgennemsnittet, og her kommer rigtig mange feriegæster. Men vi har organiseret os, så vi ikke får stress.

Veluddannet og dygtigt personale og et virkeligt tæt samarbejde med den kommunale sundhedssektor befrier os for mange problemer. I tilgift bor vi på en smuk ferieø, hvor vores feriegæster falder til ro. Her bor rigtig mange iværksættere, og i sommerhalvåret afløser den ene festival den anden. Hvis du ønsker det gode liv for dig og din familie, så flyt da til Fanø.



Find ledige praksis, som annoncerer på Region Syddanmarks hjemmeside: www.rsyd.dk/ledigpraksis



VALGRETORIK. Alternativets Qasam Ahmad, der er formand Region Hovedstadens Udvalg for Forebyggelse og Sammenhæng, erkender, at han gav den for meget gas forud for tirsdagens regionsvalg, da han ene mand tog æren for at have sikret lægedækningen. – Foto: Alternativet

HØSTEDE ÆREN FOR AT SIKRE REGIONENS LÆGEDÆKNING:

Alternativets spidskandidat dementerer valgpral

RV21: Qasam Ahmad, der er udvalgsformand i Region Hovedstaden, må bøje sig i støvet efter sin egen opsigtsvækkende udtalelse. Han indrømmer nu, at det rigtignok var et samarbejde, der vendte udviklingen i regionens lægedækning.

Af **Nick Sturm**

Qasam Ahmad var lidt for hurtig på aftrækkeren.

Ahmad, der er Alternativets spidskandidat til regionsvalget i Hovedstaden, påberåbte sig i oktober ellers det fulde ansvar for det vellykkede arbejde med at vende den faretruende udvikling i lægedækningen, så der i dag ikke længere er behov for at udvide lægekapaciteten i Region Hovedstadens almen praksis.

Citatet faldt til Lægemedellindustriforeningens medlemsblad med., hvor regionalpolitikeren frejdigt påstod, at det var ham, der havde løst den svære opgave:

»I mere end seks år har lægedækningen ikke været god, indtil jeg for nylig fik vendt udviklingen. Dette skal vi nu bibeholde, for at vores borgere føler sig trygge og kan få den rette behandling tæt på deres bopæl,« siger han i bladet.

Qasam Ahmad, der stiller op til regionsvalget 16. november, sidder i dag med knap 3.500 personlige stemmer på Alternativets mandat i Hovedstadens regionsråd og er formand for regionens Udvalg for Forebyggelse og Sammenhæng.

Det var ikke mit mål

Da Dagens Medicin taler med Qasam Ahmad, trækker han i land og indrømmer blankt, at han ikke ene mand stod for at vende udviklingen:

»Selvfølgelig er det et samarbejde. Der er samarbejde i alt, hvad jeg laver i politik. Der er nogle ting, vi kan sætte i gang, men det er gennem samarbejde, vi får det igennem. Jeg beklager, hvis jeg har fået det til at

lyde, som om at jeg har klaret det her som en enmandshær,« siger han.

Hvis udviklingen blev vendt gennem et samarbejde, hvorfor siger du så, at det var dig, der vendte udviklingen?

»Det har ikke været mit mål at give udtryk for, at jeg som enmandshær har vendt udviklingen. Jeg har prøvet på at sige, at jeg har stået i spidsen for arbejdet som udvalgsformand, og at det er lykkedes os at komme i mål med det,« siger han.

Lidt offensivt at tage æren

Som bekendt har udfordringerne med lægedækningen ikke kun plaget Region H, men også landets øvrige regioner.

Qasam Ahmads udtalelse vakte da også undren på borgmesterkontoret i Københavns Kommune, da der for sundheds- og omsorgsborgmester

Sisse Marie Welling (SF) at se er tale om et samarbejde og ikke kun om en enkelt politikers arbejde.

»Jeg synes måske, at det er lidt flot, at Qasam Ahmad tager æren for ene mand at have vendt udviklingen i forhold til lægedækning i regionen, for faktum er, at det har vi været mange om,« siger hun.

Hun bliver suppleret af Peder Reistad, der er formand for PLO Hovedstaden:

»Det er nok lidt offensivt, at han som ene mand påtager sig æren for dette, men valgkamp er valgkamp. Vi mener i øvrigt ikke, at lægedækningsproblematikken er løst. Det er en dynamisk størrelse, som vi arbejder med kontinuerligt sammen med regionen,« siger han.

Drøftelser mellem aktører

Ifølge Sisse Marie Welling har Københavns Kommune bidraget til udviklingen med en strategi fra 2018, hvor kommunen sammen med regionen og PLO vil forbedre mulighederne for etablering af flermandspraksisser blandt yngre læger.

Baggrunden for udformningen af strategien var, at størstedelen af

kommunens praktiserende læger sidder i en solopraksis, mens de yngre læger, der står til at overtage lokalerne, ønsker et kollegialt fællesskab.

Peder Reistad peger på den årlige lægedækningsundersøgelse som et vigtigt redskab. Undersøgelsen fik i 2020 en markant overhaling efter drøftelser mellem PLO, Region H og Københavns Kommune med et større fokus på at identificere den såkaldte lukkegrænse.

»Der gøres et hårdt arbejde med lægedækningsundersøgelsen hvert år, først på sekretariatsniveau mellem region, kommuner og PLO H, derefter i Praksisplanudvalgets Administrative Styregruppe, videre til Praksisplanudvalget og derfra til endelig godkendelse i Udvalg for Forebyggelse og Sammenhæng,« siger han.

Et skridt bag udviklingen

Selvom Qasam Ahmad anerkender, at der ligger en holdpræstation bag den positive udvikling, fastholder han samtidig, at meget af initiativet blev taget fra hans hånd.

»Vi spurgte os selv: Hvad kan vi gøre anderledes? Kan vi ændre noget, eller skal vi bare leve med at være et skridt bag udviklingen?« siger Qasam Ahmad.

Udvalget besluttede at skride til handling, og de første knapper, der blev skruet på, var kapacitetsplanlægning, fokus på rekruttering og fastholdelse.

Flere tiltag fulgte, og i november sidste år rundede regionen en vigtig milepæl, da den kunne konkludere, at der ikke længere var behov for at udvide lægekapaciteten i almen praksis i 2021.

»Vi har i alt fået 50 ekstra lægekapaciteter i perioden 2017-2020, hvilket må siges at være væsentligt. Dertil har vi oprettet en pulje med ti ekstra bufferkapaciteter, som kan tages i anvendelse, hvis der opstår ekstraordinære udfordringer,« siger Qasam Ahmad. ■



Det har ikke været mit mål at give udtryk for, at jeg som enmandshær har vendt udviklingen

Qasam Ahmad, udvalgsformand, Region Hovedstaden



Systematisk efteruddannelse

29. november til 3. december på Hindsgavl Slot

Du kan vælge at deltage i et eller flere af nedenstående kurser og netværke med dine kollegaer



29. november, kl. 8:15-16:00

Patienten med svimmelhed



29. november, kl. 8:30-15:30

Patienten med ledsmerter



29. og 30. november, kl. 8:30-15:00

Patienten med flere samtidige sygdomme



30. november, kl. 8:30-16:30

Ret og pligt – Lægejura



30. november, kl. 8:15-15:45

Patienten med rygsmarter



1. december, kl. 8:15-15:30

Patienten med kroniske smerter



2. og 3. december, kl. 8:30-15:45

Hverdagspsykiatri i almen praksis



2. december, kl. 8:30-16:00

Patienten med hovedpine



3. december, kl. 8:15-15:30

Patienten med søvnforstyrrelse

Praktisk information

Målgruppe: Praktiserende læger og andre sundhedspersoner med interesse for emnet

Pris: 3.000 kr. ekskl. moms (3.750 kr. inkl. moms) pr. kursusdag.

Praktisk information for praktiserende læger: alle kurser er godkendt til refusion fra Fonden for Almen Praksis.

Formålsbeskrivelsen og program for det enkelte kursus kan du læse på dagensmedicin.dk/konferencer

Tilmelding på dagensmedicin.dk/konferencer, på tlf.: 72 42 34 68 eller mail tira@dagensmedicin.dk

Ledelse koster kræfter – og det er ok at få hjælp

Stigende administrative krav og udviklingen mod større praksisser med flere ansatte kræver mere fokus på ledelse i almen praksis end tidligere. Hver anden praktiserende læge lider i dag af udbrændthed, og netop det vil ledelseskonsulent Mikael Elkan imødekomme ved at klæde lægerne bedre på til ledelsesmæssige og organisatoriske opgaver, der ellers kan koste arbejdsglæde i hverdagen.

Af **Britt Lindemann**

Det var via sin hustru, at Mikael Elkan ad tilfældige veje for fem år siden kom i kontakt med en gruppe praktiserende læger, som havde brug for supervision i ledelse, organisation og medarbejderpleje. Den femmandsgruppe mødes han stadig med flere gange om året, og det var én af gruppens læger, som gjorde ham opmærksom på den store mistrivsel inden for faget, der samme år var blevet påvist i en undersøgelse.

Undersøgelsen fra 2016 hed 'Alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed', og den viste, at hver anden praktiserende læge levede op til kriterierne for moderat eller alvorlig grad af udbrændthed. Det fik Mikael Elkan

til at blive nysgerrig på årsagerne og gav ham lyst til at gøre noget ved det. Samme niveau af udbrændthed var tilfældet i en lignende undersøgelse fra 2019.

»Jeg talte med en masse forskellige læger for at få greb om, hvad det var, der gjorde forskellene på praksisser, hvor de havde det godt, og hvor de havde udfordringer. Det førte til, at jeg startede et projekt op, hvor jeg tilbød praktiserende læger hjælp til blandt andet ledelse, organisation og til at sætte ord på visioner og mål. Det var noget af det, jeg gennem samtalerne havde fundet ud af, at lægerne ikke fik gjort nok ud af,« siger Mikael Elkan.

Med udgangspunkt i de to undersøgelser, der viste, at der var arbejdsmiljøproblemer i almen praksis, fik Mikael Elkan i 2020 støtte fra Velliv Foreningen, der beskæftiger sig med arbejdsmiljø og mental trivsel. Siden har han i 15 praksisser gennemført kvalitative forløb i projektet 'Praksis-

hjælp', der skal munde ud i en række samlede erfaringer i slutningen af året.

»Mit udgangspunkt var, at jeg ville se, hvad det specifikt var, der kunne være svært for lægerne, og hvordan man kunne arbejde med det, der gjorde så ondt ude i almen praksis. Det har der været god og positiv respons på, når først kontakten var skabt, men for mange af lægerne har det været gældende, at de ikke op-

søger hjælp, før det gør rigtig ondt. Det er en del af problematikken, som jeg ser det, for lægerne ville være bedre tjent med ledelseskursus tidligt i deres karriere, end med kurser i konflikthåndtering, når det er gået galt,« siger Mikael Elkan.

Rent praktisk har Mikael Elkan gennemført indledende interviews med lægerne i den enkelte praksis og derefter givet et bud på et forløb, der kunne løse nogle af udfordringerne. Det kan indebære forskellige øvelser for at afdække værdier og personlighedsprofiler, arbejde med organisatoriske systemer, og hvordan man leder og samarbejder.

Skal turde at tage konflikterne

Noget af det, Mikael Elkan er stødt på flere steder, er 'vi ved det jo godt', når det kommer til at prioritere ledelse, men at opgaven drukner i hverdagen. Og alligevel har han set, at der har manglet en helt grundlæggende forståelse for, hvordan man for eksempel håndterer konflikter.

»Der er to konstruktive fordele ved at tage fat i konflikter tidligt: Man lærer at snakke om dem og viser hinanden, at man faktisk godt kan tale sammen, og det styrker teamsamarbejdet. Det andet er, at man slipper for, at konflikterne vokser og ender i stress eller udbrændthed. Men læ-



LEDELSE. Med simple værktøjer og øvelser, har ledelseskonsulent Mikael Elkan hjulpet praksisser i hele Danmark med ledelse og organisering. – Foto: Peter Bjerg

gerne ved simpelthen ikke, hvor de skal begynde,« siger Mikael Elkan.

Han har derfor arbejdet med det som en ledelsesopgave at få skabt et rum til at tale om det, der er svært. Først og fremmest handler det om at tale sammen. Det er ikke raketvidenskab, men mange konflikter opstår, fordi man ikke tager den svære snak.

»Hvis man i stedet beslutter, at åbenhed og tryghed skal være udgangspunktet i praksis, så er det meget nemmere at få sat tid af til for eksempel at tale om svære patienter eller om samarbejde.«

Værdier er vigtigere end værdi

Halvdelen af de læger, der har været med i projekt 'Praksishjælp', kommer fra det, Mikael Elkan kalder 'ulykkelige ægteskaber', fordi de fælles værdier har manglet.

»Jeg kan se, at når lægerne er ude at kigge på praksis, så ser de på kontrakten, lokalerne og regnskabet. Kontrakten giver de til en advokat, regnskabet til en revisor, og så tager de selv ud og ser, om de kan se sig selv i lokalerne. Men ligesom når man køber hus, er det en god idé at interessere sig for, hvem man får som nabo. De mangler en stærkere interesse for dem, de skal arbejde sammen med hver dag,« siger Mikael Elkan.

Manglende fælles værdisæt er ifølge ham et grundlæggende problem i de praksisser, der har det svært og oftere kommer i konflikter internt.

»Hvis det først er gået skævt, er det endnu vigtigere at få hjælp udefra af én, som kan stille de rigtige spørgsmål og facilitere processen. De fleste konflikter kan løses og bliver det, hvis man får den rigtige hjælp, men

det kan også være, at værdierne er så forskellige, at de i stedet har brug for hjælp til en lykkelig skilsmisse.« ■

FAKTA

Om projektet

- Mikael Elkan har modtaget 1.112.750 kr. fra Velliv Foreningen til 'en indsats for at styrke praktiserende lægers mentale sundhed'. 15 forskellige lægepraksisser fordelt over hele landet har i løbet af 2020 og 2021 været igennem forløb i organisering, ledelse, værdisæt og personlighedsprofiler for at imødegå udfordringer og styrke den mentale sundhed. Målet har været at undersøge kvalitative indsatser, der kan forbedre arbejdslivet i almen praksis.
- Indsatsen har taget afsæt i rapporter bestilt af PLO og foretaget af Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet, fra henholdsvis 2016, der handler om praktiserende lægers mentale sundhedsudfordringer, og 2019, der handler om alment praktiserende lægers psykiske arbejdsmiljø og jobtilfredshed.
- Mikael Elkan er blandt andet uddannet som coach og konfliktmægler og har sin egen virksomhed, hvor han er konsulent inden for organisationsudvikling, ledelse og teams. Ud over det er han ekstern lektor på CBS og DTU.



Tips fra ledelseskonsulent Mikael Elkan:

Undgå at patienten shopper efter den mest forstående læge i huset: Sig 'vi', når du taler med patienten for at illustrere lægehusets værdier, og at patienten møder en samlet organisation.

Find fælles interne værdier: Del livshistorier med kolleger, så I lærer hinandens værdier at kende og forstår hinanden bedre som mennesker.

**SAMARBEJDE.**

I en nystartet praksis har Rikke Sund (th.) og kollegaen Henrik Rømer lagt et stort arbejde i at tale med personalet om de værdier, der er vigtige for det gode samarbejde. – Foto: Privat

Værdifuld hjælp for ny praksis

De havde begge to forladt deres tidligere praksis i jagten på større arbejdsglæde og ville være sikre på et match. Rikke Sund og hendes praksismakker fik hjælp af Mikael Elkan til blandt andet personlighedsprofiler og kortlægning af fælles værdier, før de sprang ud i deres nye kompagniskab.

Af Britt Lindemann

For et år siden kunne Fredensborg Lægehus slå dørene op for cirka 2.300 patienter, men inden de valgte hinanden, var Rikke Sund og hendes kollega Henrik Rømer igennem et forløb med 'matchmaking' hos ledelseskonsulent Mikael Elkan.

De to læger havde uafhængigt af hinanden opsagt deres tidligere praksis, før de fandt ud af, at de havde lyst til at starte noget sammen. Rikke Sund savnede arbejdsglæden i hverdagen og fælles værdier at arbejde ud fra.

»Vi ville gerne have hjælp til at få trykket hinanden på maverne og få stillet de rigtige spørgsmål, før vi indgik i et arbejdsfællesskab – og det kunne vi ikke selv. Så det fik vi Mikael til at hjælpe os med,« siger Rikke Sund.

Egentlig troede de to læger, at de kendte hinanden ret godt, fordi de tidligere havde arbejdet sammen som henholdsvis kommunal praksiskonsulent og formand for PLO i kommunen, men da Mikael Elkan begyndte at stille helt simple spørgsmål, kom de hurtigt til kort.

»Vi er begge to optagede af gode samarbejdsrelationer og har indgået

i forskellige faglige fællesskaber, hvor vi har haft mange gode snakke. Men så spurgte Mikael: 'Rikke, har Henrik søskende?' og 'Henrik, hvor er Rikke født?' Og så blev vi tavse, for vi kendte måske alligevel ikke hinanden ret godt. Men det fandt vi så ud af var ret væsentligt for os, at vi skulle,« siger Rikke Sund.

De to læger fik blandt andet stillet to opgaver af Mikael Elkan: De skulle fortælle hinanden deres livshistorier. Og de skulle lave en tidslinje over forløbet for den nye praksis.

Værdifortælling via livshistorier

En hel lørdag brugte de to læger på at fortælle deres livshistorier til hinanden, og det er viden, de halvandet år senere stadig bruger i det daglige samarbejde.

»Jeg har en forståelse for, hvorfor Henrik reagerer, som han gør, og især i pressede situationer er det en værdifuld indsigt. Vi har været på udkig efter en tredje kompagnon, og ved Mikael's hjælp er vi blevet sporet ind på, hvad der var vigtigt i forhold til en ny kollega. Vi lavede en aftale med Charlotte, og i jagten på at blive klogere på hinanden havde vi også en hel dag med hende, hvor vi fortalte livshistorier,« siger Rikke Sund.

Den relativt simple øvelse betyder, at lægerne har fået sat ord på de værdier, der ellers kan være svære at slette ud på kommando.

»Alle har en lang historie, og det giver nogle helt andre nuancer, at man hører en historie fortalt af den, der har oplevet den. Det giver en mulighed for, at de andre kan forstå handle-mønstre og dynamikker, og man kan hver især fortælle de oplevelser, man synes er vigtigt, at de andre skal vide,« siger Rikke Sund.

Selvom de to læger måske ikke kendte hinanden så godt, som de troede, så viste øvelserne dem alligevel, at de ligner hinanden meget – men også her havde Mikael Elkan indsigter.

»Han havde for eksempel lagt mærke til, at det var mig, som huskede at byde på kaffe, og at Henrik ofte fik en masse idéer til noget nyt. Han sagde også: 'Jeg kan høre, I er gode til at blive inspirerede af hinanden, men I skal huske at holde fokus i stedet for at løbe i alle retninger', og det har vi virkelig taget med videre,« siger Rikke Sund og fortsætter:

»Vi har et arbejdsliv, hvor der hele tiden bliver stillet nye krav, og det er vigtigt, at vi holder fast i kernen og ikke bliver overmandet af alt det andet, vi også gerne vil.«

Organiseret fællesskab

De fleste vil måske ikke intuitivt forbinde organisation og ledelsesstil med vejen til arbejdsglæde, men sådan er det gået for kompagniskabet i Fredensborg. Rikke Sund peger på, at de har opbygget en organisation

af det daglige arbejde, der understøtter fællesskabet. Hver dag begynder de med et morgenmøde på 15 minutter, fordi det er vigtigt for lægerne, at personalet er orienteret om planerne for praksis.

»Vi mødes og taler om, hvad der brænder på, hvem har brug for at få hjælp, og hvem der kan tage en ekstra tørn. Vi hjælper hinanden. Der går ikke en dag, uden at vi griner sammen, simpelthen fordi vi har det godt,« siger Rikke Sund.

Ud over morgenmøderne spiser de altid frokost sammen, holder ledermøder og holder daglig supervision, hvis der er brug for det.

»Alle i vores praksis kan hver dag gå hjem fra arbejde og sige, at de har talt med deres kollegaer i løbet af dagen.«

FAKTA

Om praksis

► De to læger kom med hvert deres ydernummer, og siden har de overtaget yderligere to ydernumre, så de i alt har fire og ca. 4.700 patienter med en overvægt af ældre patienter med kroniske lidelser. I klinikken i Fredensborg har de endnu en læge ansat med henblik på kompagniskab, tre sygeplejersker, en uddannelseslæge og to medicinstuderende. Desuden leder de lige nu efter en vikarlæge og en sekretær.

LÆS MERE
NÆSTE SIDE

Skab fælles visioner: Fortæl hinanden historien om, hvorfor I blev læger og om jeres praksis, og lav en fælles tidslinje, som I kan bruge som afsæt for en snak om de ting, der har været svære undervejs – og så I kan blive enige om en retning for fremtiden.

Styrk samarbejdet: Udfyld personlighedstest som f.eks. DISC-profiler, så I bliver mere opmærksomme på hinandens præferencer og styrker.

Personlighedsprofiler gør samarbejdet bedre

I den lille kompagniskabspraksis var der brug for hjælp til mere klar kommunikation og til at skabe et teamwork med bedre forståelse for hinanden. Hjælpen til bedre personaleledelse fik de udefra.

Af Britt Lindemann

Efter ti år i praksis havde Bolaji Balslev og hendes kompagnon brug for friske øjne på, hvordan samarbejdet i klinikken kunne optimeres. Efter en årrække med en del udskiftning i personalet havde de samlet det rigtige hold, men savnede en stærkere forståelse af hinanden i teamet.

»Vi havde ikke lyst til hele tiden at skulle ud i micromanagement, så vi fik hjælp af Mikael til at se, hvordan vi kunne få det bedste ud af personalet og hinanden,« siger Bolaji Balslev.

Deres praksis var ellers velfungerende, og arbejdet 'buldrede derudad', men de havde brug for mere tydelig kommunikation og hjælp til at 'fjerne små sten i skoen' i kompagniskabet på Østerbro.

Selvom lægerne havde været på ledelseskurser hver især, manglede de den sidste forståelse af, hvordan de kunne være gode ledere på mange fronter: at skulle lede en forretning, have et personale, der er tilfreds, udvikler sig og giver sit bedste til praksis og de andre i praksis samt samarbejde på ledelsesniveau.

»Man lærer ikke rigtig noget om personaleledelse under studiet, så det var svært at finde ind i den rigtige rolle over for vores personale. Man skal have mange bolde i luften, når man er selvstændig, og personaleledelse og -udvikling er noget, der kan være udfordrende, når man ikke har de rette ledelsesværktøjer,« siger Bolaji Balslev.

Personlighedsprofiler som værktøj

Bolaji Balslev beskriver sig selv som en 'type, der har mange bolde i luften og sætter en masse projekter og dermed opgaver i gang', og der var der brug for en forståelse af, hvad der skete hos de andre, når hun gjorde det.

»Det nyttede jo ikke noget, at jeg syntes, jeg kastede en masse spændende arbejdsopgaver op i luften, når jeg ikke forstod reaktionerne fra de personer, der skulle gribe boldene. Så landede en masse idéer på gulvet, og jeg kunne måske blive lidt ked af det og desillusioneret,« siger Bolaji Balslev.

Mikael Elkan hjalp kompagniskabet igennem en proces, hvor alle i praksis tog en test og fik kortlagt deres DISC-profil. DISC er en anerkendt metode til at beskrive personlighedstyper og står for dominans, indflydelse, stabilitet og competencesøgende

»Det har været helt fantastisk. Vi har været igennem to workshops, hvor vi både har talt om, hvad der udfordrede i hverdagen, og hvad man kan bruge den viden til. Og da vi plottede profilerne ind på en planche, var der en hel masse omkring dynamikker i vores samarbejde, der pludselig gav mening.

Og profilerne kan ikke kun bruges til samarbejdet i klinikken, men også i relationer til patienterne,« siger Bolaji Balslev.

I første omgang føltes det lidt sårbart, fordi personlighedsprofilen er meget privat, men hver person fik kun sin egen profil og kunne selv vælge, hvor meget de havde lyst til at dele med resten af teamet.

»Profilerne betød, at vi fik sat nogle ord på, hvordan vores dagligdag fungerer sammen, og hvordan vi hver især gerne vil kommunikere og løse både store og små udfordringer. Det er et helt konkret værktøj til, hvordan vi bedst kan kommunikere med hinanden,« siger Bolaji Balslev.

Som ledere har de også kunnet bruge personlighedsprofilerne til at spotte, hvornår de skaber udfordringer for hinanden, og hvordan de hver især arbejder bedst. Det betyder, at de for eksempel griber nye initiativer an ved at tage dem i små bidder. Men også få fremhævet hvad der faktisk fungerer rigtig godt. For eksempel få hørt hvad de andre syntes om de bolde der bliver kastet op.

Åben dialog

Når konflikter opstår, er det nemt at blive optaget af, hvem der har ret, og hvem der tager fejl, men med personlighedsprofilerne i bagagen har praksissens personale kunnet tale om det med et nyt perspektiv.

»Vi har kunnet tale åbent om tingene uden at pakke det ind, fordi vi har fået en fælles forståelse for, hvordan vi hver især arbejder bedst. Det betyder, at vi kan tale om ting, som man ellers kunne være bange for ville blive opfattet som personangreb, men som nu bliver vendt til: hvordan kan vi spille hinanden bedre og stadig grine og smile bagefter,« siger Bolaji Balslev.

Selvom der egentlig ikke var de store overraskelser i de flere sider lange personlighedsprofiler, har de med workshoppene fået nye og helt konkrete værktøjer til at håndtere hverdagen, samarbejdet og de patienter, som kan føles vanskelige for nogle.

»Det var et meget trygt miljø at arbejde med det i sammen, og vi fik hver især gode råd til, hvordan vi kunne gøre det lettere for os selv. Vi fik for eksempel gode råd til, hvordan man kunne få det bedste ud af samarbejdet på tværs af profilerne, at ingen profil er forkert, og at vi alle har samme mål for øje, netop at få arbejdsplads, hvor alle trives og sikre en god arbejdsdag for alle. Det har gjort en stor forskel.«

FAKTA

Om praksis

► Bolaji Balslev og hendes mand har været i kompagniskab i ti år og har 3.250 patienter, der er en god blandet population. I klinikken på Østerbro har de ansat en sygeplejerske, en jordemoder, en social- og sundhedsassistent, der er sekretær, samt en uddannelseslæge



Tips fra ...:

Sortér i travlheden: Lav lister over opgaver, du kan ændre, og opgaver, du ikke kan ændre, så du ikke drukner i frustrationer, men i stedet får løst 'skal-opgaver' på den bedste måde for praksis.

Se annonce side 21

Forkortet produktinformation for ENERZAIR® BREEZHALER® (INDACATEROL/GLYCOPYRRONIUM/MOMETASONFUROAT) 114 mikrogram/46 mikrogram/136 mikrogram, inhalationspulver, hårde kapsler.

Indikation: Enerzair Breezhaler er indiceret som vedligeholdelsesbehandling ved astma hos voksne patienter, som ikke er tilstrækkeligt kontrolleret med en vedligeholdelseskombination af en langtidsvirkende beta₂-agonist og en høj dosis af et inhalationssteroid, og som har oplevet en eller flere astma-eksacerbationer i det forudgående år. **Dosering:** Den anbefalede dosis er én kapsel, hvor indholdet skal inhaleres én gang dagligt ved hjælp af Enerzair Breezhaler inhalatoren. Behandlingen bør administreres på samme tidspunkt af dagen hver dag. Hvis en dosis glemmes, skal den tages så hurtigt som muligt. **Overdosering:** Det er sandsynligt, at en overdosis vil give tegn, symptomer eller bivirkninger relateret til de individuelle komponenters farmakologiske aktivitet (fx takykardi, tremor, palpitationer, hovedpine, kvalme, opkastning, døsighed, ventrikulære arytmier, metabolisk acidose, hypokaliæmi, hyperglykæmi, undertrykkelse af HPA-aksens funktion). Brug af kardioselektive betablokkere kan overvejes til at behandle beta₂-adrenerge virkninger, men kun under lægeovervågning og med ekstrem forsigtighed, da brugen af beta-adrenerge blokkere kan udløse bronkospasme. I alvorlige tilfælde skal patienten behandles på hospitalet. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for de aktive stoffer eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Bivirkninger:** *Meget almindelige (≥1/10):* Nasofaryngitis, astma (eksacerbation). *Almindelige (≥1/100 til <1/10):* Øvre luftvejsinfektion, candidiasis, urinvejsinfektion, overfølsomhed, hovedpine, takykardi, orofaryngeale smerter, hoste, dysfoni, gastroenteritis, muskuloskeletale smerter, muskelspasme, pyreksi. *Ikke almindelige (≥1/1.000 til <1/100):* Hyperglykæmi, katarakt, mundtørhed, udslæt, kløe, dysuri. **Interaktioner:** Samtidig hypokaliæmisk behandling med methylxanthin-derivater, steroider eller ikke-kaliumbesparende diuretika kan øge den mulige hypokaliæmiske effekt af beta₂-adrenerge agonister. Bør ikke gives sammen med beta-adrenerge blokkere, medmindre der er tvingende årsager hertil, da beta-adrenerge blokkere kan svække eller modvirke effekten af beta₂-adrenerge agonister. Administration sammen med andre lægemidler, der indeholder langtidsvirkende beta₂-adrenerge agonister er ikke undersøgt og anbefales derfor ikke. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Bør ikke anvendes til behandling af akutte astmasymptomer, herunder akutte tilfælde af bronkospasme. Det anbefales at behandling med dette lægemiddel ikke stoppes brat. Pludselig og tiltagende forværring af astmasymptomerne er potentielt livstruende og patienten skal øjeblikkeligt tilses af en læge. Der er observeret øjeblikkelige overfølsomhedsreaktioner efter administration af dette lægemiddel. Inhalationsbehandlinger resultere i paradoksalt bronkospasme, hvilket kan være livstruende. Skal anvendes med forsigtighed hos patienter med kardiovaskulære sygdomme (koronar hjertesygdom, akut myokardieinfarkt, hjertearytmier, hypertension), konvulsive sygdomme eller tyrotoksikose og hos patienter, der reagerer i usædvanlig høj grad på beta₂-adrenerge agonister. Bør anvendes med forsigtighed hos patienter med kendt eller mistænkt forlænget QT-interval eller som behandles med med lægemidler som påvirker QT-intervallet. Inhalation af høje doser beta₂-adrenerge agonister og kortikosteroider kan medføre forhøjet blodsukker. Skal dette anvendes med forsigtighed hos patienter med snærvinklet glaukom eller urinretention. For patienter med svært nedsat nyrefunktion (estimeret glomerulær filtreringshastighed under 30 ml/min/1,73 m²), herunder patienter med nyresygdom i slutstadiet, som kræver dialyse skal der udvises forsigtighed. Der er risiko for orofaryngeal candida-infektion, som kan reduceres, når patienter vejledes til at skylle munden eller gurgle med vand uden at synke eller børste tænder efter inhalation af den ordinerede dosis. Der kan forekomme systemiske virkninger af inhalationssteroider, særligt ved høje doser ordineret i længerevarende perioder. Dette lægemiddel bør anvendes med forsigtighed hos patienter med pulmonal tuberkulose eller hos patienter med kroniske eller ubehandlede infektioner. Bør ikke anvendes til patienter med hereditær galactoseintolerans, total lactasemangel eller glucose/galactosemalabsorption. **Virkning på evnen til at føre motorkøretøj eller betjene maskiner:** Påvirker ikke eller kun i ubetydelig grad evnen til at føre motorkøretøj og betjene maskiner. **Graviditet og amning:** Må kun anvendes under graviditet, hvis den forventede fordel for patienten opvejer den potentielle risiko for fosteret. Det skal beslutes, om amning skal ophøre, eller om behandlingen skal seponeres, idet der tages højde for fordelene ved amning for barnet i forhold til de terapeutiske fordele for moderen. **Udleveringsgruppe: B.** Tilskudsberettiget. **Pakninger:** 114 mikrogram/46 mikrogram/136 mikrogram, inhalationspulver i hårde kapsler, Vnr: 58 07 13, 30 stk; Vnr: 49 87 26, 30 stk + sensor. Vnr: 39 82 65, 90 stk. Dagsaktuel pris kan findes på www.medicinpriser.dk.

Produktinformationen er forkortet i forhold til det godkendte produktresumé. Forkortet produktinformation version 2 baseret på gældende produktresumé.

Indehaver af markedsføringstilladelsen:

Novartis Europharm Ltd. Produktresuméet kan vederlagsfrit rekvireres fra den danske repræsentant:

Novartis Healthcare A/S,
Edvard Thomsens Vej 14,
2300 København S,
tlf. 39168400.



1 INHALATION DAGLIGT

ENERZAIR® BREEZHALER® plus Sensor*

- eneste triple-behandling** af astma med 1 inhalation dagligt¹

En mulighed for dig til at hjælpe dine astmapatienter med at skabe gode vaner og leve bedre med deres astma^{1,2}



PÅVIST EFFEKT & INFLAMMATIONSKONTROL^{1,3}



BEKRÆFTET DOSIS MED GENNEMSIGTIGE KAPSLER¹



MEDICIN 'REMINDER', BEKRÆFTELSE AF INHALATION OG ADGANG TIL EGNE DATA²

ENERZAIR® BREEZHALER® er indiceret som vedligeholdelsesbehandling ved astma hos voksne patienter, som ikke er tilstrækkeligt kontrolleret med en vedligeholdelseskombination af en langtidsvirkende beta₂ agonist og en høj dosis af et inhalationssteroid, og som har oplevet en eller flere astma-eksacerbationer i det forudgående år.¹

Scan og bestil
ENERZAIR® BREEZHALER®
lægemiddelprøve



EN GANG DAGLIGT

**ENERZAIR®
breezhaler®**

indacaterol / glycopyrronium / mometasonfuroat
inhalationspulver



medhub
www.medhub.dk/enerzair

*Propeller®-sensor til BREEZHALER® device og Propeller®-smartphoneappen tilhører Propeller Health®.
**LABA: Indacaterol LAMA: Glycopyrronium ICS: Mometason

Referencer: 1. ENERZAIR® BREEZHALER® gældende produktresumé. 2. Propeller Health®, QR Rationale for EU Classification-2017-B 2019-07-24 Update. 3. Kerstjens H et al. Lancet Respir Med. 2020;S2213-2600(20)30190-9).

 **NOVARTIS**

Se produktresumé side 20

DK210258339 OKT2021

Shingrix**(herpes zoster vaccine (rekombinant, adjuveret))****Indikation(er)*:** Shingrix er indiceret til forebyggelse af herpes zoster (HZ) og postherpetisk neuralgi (PHN) hos voksne i alderen 50 år eller ældre samt til voksne i alderen 18 år eller ældre med øget risiko for HZ.**Dosering*:** Det primære vaccinationsprogram består af to doser på 0,5 ml hver: en initialdosis efterfulgt af endnu en dosis 2 måneder senere. Hvis der er behov for fleksibilitet i vaccinationsprogrammet, så kan den anden dosis administreres mellem 2 og 6 måneder efter den første dosis. For personer som er, eller kan forventes at blive, immundeficiente eller immunsupprimerede og som vil have gavn af et kortere vaccinationsprogram, kan den anden dosis gives 1 til 2 måneder efter den initiale dosis. Shingrix er kun til intramuskulær injektion, fortrinsvis i deltoidmusklen.**Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. **Forsigtighedsregler*:** Shingrix skal anvendes med forsigtighed til personer med trombocytopeni eller koagulationsforstyrrelser, da blødninger kan forekomme efter intramuskulær administration til disse personer. Der findes ingen data om sikkerhed, immunogenicitet eller virkning, som understøtter udskiftning af en dosis Shingrix med en dosis af en anden HZ-vaccine. Der er begrænsede data til at understøtte brugen af Shingrix hos personer med HZ i anamnesen.**Interaktioner*:** Shingrix kan gives samtidig med ikke adjuveret, inaktiveret sæsoninfluenzavaccine, 23-valent pneumokokpolysaccharidvaccine (PPV23) eller reduceret antigen difteri-tetanus-acellulær pertussis vaccine (dTpa). Samtidig brug med andre vacciner anbefales ikke på grund af manglende data.**Graviditet og amning*:** Der foreligger ingen data fra anvendelse af Shingrix til gravide kvinder. Som forholdsregel foretrækkes det at undgå anvendelse af Shingrix under graviditet. Indvirkningen på ammede spædbørn ved administration af Shingrix til deres mødre er ikke undersøgt.**Bivirkninger*:** *Meget almindelig:* Hovedpine, gastrointestinale symptomer (inklusive kvalme, opkastning, diarré og/eller abdominalsmerter), myalgi, reaktioner på indstiksstedet (såsom smerte, rødme, hævelse), træthed, kulderystelser, feber. *Almindelig:* Pruritus på indstiksstedet, utilpashed. Ikke almindelig: Lymfadenopati. *Sjælden:* Overfølsomhedsreaktioner, herunder udslet, urticaria, angioødem. **Overdosering:** Der er ikke rapporteret tilfælde af overdosering. **Udlevering:** B. Ikke tilskud.**De med * mærkede afsnit er omskrevet og/eller forkortet i forhold til det af EMA godkendte produktresumé. Fuldt produktresumé kan vederlagsfrit rekvireres hos GlaxoSmithKline Pharma A/S, Postboks 3, 2610 Rødovre.****Bivirkninger, både kendte og nyopdagede, bedes indberettet hurtigst muligt til Lægemiddelstyrelsen (www.meldenbivirkning.dk) eller GlaxoSmithKline (dk-info@gsk.com).****Shingrix findes i følgende pakninger:**

Vnr 176947 Pulver og suspension til injektionsvæske, suspension, 1x1 dosis (0.5 ml)

Dagsaktuelle priser findes på www.medicinpriser.dk

Vi er tilsluttet
etisk nævn
 for lægemiddelindustrien

© 2021 GSK Group of Companies or its licensor.
 Trademarks are owned by or licensed to the GSK Group of Companies
 PM-DK-SGX-ADVT-210001. 08.10.2021



Delta Park 37
 DK-2665 Vallensbæk Strand
 T +45 36 35 91 00
 F +45 36 35 91 01
www.glaxosmithkline.dk

22 PRAKSIS/OBESITY WEEK

dagensmedicin.dk

DAGENS MEDICIN NR. 18 FREDAG 12. NOVEMBER 2021

Kongressen Obesity Week – Her er, hvad vi lærte

Den amerikanske fedmekongres Obesity Week sluttede 1. november, og Dagens Medicin gør her status over nogle af de højdepunkter, som er blevet præsenteret på kongressen.

Af Kristian Sjögren

På Dagens Medicin har vi i år for første gang dækket den årlige fedmekongres Obesity Week, hvor den nyeste forskning inden for fedme og relaterede sygdomme blev præsenteret. Årets kongres var på grund af den igangværende pandemiflyttet online, men det har ikke afholdt Dagens Medicins 'udsendte' reporter fra at holde fingeren på pulsen i forhold til det forskning, som blev præsenteret.

På kongressen blev der blandt andet fremlagt resultater med nye og eksperimentelle lægemidler, der enten alene eller i kombination med andre måske kan blive til nye behandlinger i fremtiden. Det bliver spændende at følge fremadrettet.

Der blev også lagt data på bordet, hvor efterhånden etablerede behandlinger som semaglutid har vist, at behandlingen også kan bestå prøven på den lange bane.

Derudover har vi siddet på første parket til præsentationer af forskning i effekten af COVID-19 på helbredet blandt svært overvægtige mennesker, og hvordan søvn har stor betydning for vægten hos både børn og voksne.

Her kommer en oversigt over nogle af de highlights, som vi har valgt at fremhæve.

1. Kombinationsbehandling viser stor effekt på vægttab

Skal vi starte med et rent dansk perspektiv, så var Zealand Pharma troppet op på Obesity Week med resultater fra et rotteforsøg med deres eksperimentelle fedmemiddel ZP8396, som de afprøvede i kombination med semaglutid. ZP8396 er en amylinanalog, som i det præsenterede studie viste sig at næsten fordoble vægttabet fra semaglutid. Med kun semaglutid tabte rotterne 10,2 pct. af kropsvægten, mens kombinationsbehandlingen ledte til et vægttab på 19,5 pct. af kropsvægten. Resultaterne fra forsøget har fået Zealand Pharma til at skubbe udviklingen af ZP8396 videre til de kliniske studier, hvor den danske lægemiddelvirkning lige nu rekrutterer til det første forsøg med mennesker.

2. STEP-studier bekræfter igen semaglutids evne til at reducere vægt

Mens vi er ved semaglutid, blev der på Obesity Week også fremlagt resultater fra flere af STEP-studierne. Det drejede sig om resultater fra STEP 1, 2, 4, 5 og 8, der alle undersøgte den helbredsmæssige gevinst ved behandling med semaglutid. STEP 5-studiet kunne vise, at i løbet af to år tabte forsøgsparticipanterne 15,3 pct. af kropsvægten mod kun 2,6 pct. i placebo-gruppen. Ydermere viste data fra STEP 5, at behandlingen med semaglutid også mindske forsøgsparticipanternes lyst til at 'snacke'. STEP 8 viste til gengæld, at semaglutid 2,4 mg leder til et større vægttab end liraglutid 3,0 mg. Helt præcist

tabte forsøgsparticipanterne i semaglutidgruppen 15,8 pct. af kropsvægten, mens tallet blot var 6,4 pct. i liraglutidgruppen.

3. COVID-19 har ramt overvægtige børn hårdt

Som tingene ser ud i øjeblikket, kan man heller ikke afholde en medicinsk kongres uden at nævne COVID-19. Sådan var det også på Obesity Week. To studier på kongressen viste, at pandemien især har ramt overvægtige børn hårdt. De er blevet mere overvægtige, efter skoler, idrætsfaciliteter og legepladser har været lukket ned. I det ene studie, hvor 145 børn i alderen 3 til 14 år deltog, havde børnene gennemsnitligt taget 0,73 kilo på om måneden, hvilket er langt over det normale. Andelen af ekstremt overvægtige børn var i undersøgelsen også steget fra 25 pct. før pandemien til nu 33 pct. I det andet studie, som var et registerstudie med data på mere end 2,3 mio. børn, kunne forskere ligeledes vise, at andelen af overvægtige børn, som var blevet tilset på Cincinnati Children's Hospital, var steget fra 36,8 pct. af alle børn før pandemien til 39,3 pct. under pandemien. Den største stigning blev set hos børn med højeste BMI-værdier.

4. Søvnlængde betyder meget for børns risiko for overvægt

Skal man gøre noget ved børns overvægt, er fokus på søvnen måske et godt skridt at tage. I hvert fald viste et studie på Obesity Week, at søvnlængden har stor indflydelse på, hvor stor risiko børn har for at tage på. Forskerne undersøgte, om søvnkvalitet, tidspunktet for søvnen og søvnlængde havde nogen indflydelse på blandt andet børns BMI og livvægt. Her fandt de, at specielt søvnlængden er kraftigt associeret til forhøjet risiko for at være overvægtig. Et andet studie kunne ligeledes vise, at søvnkvalitet er omvendt associeret med lysten til at 'snacke'. Det gjaldt både for børn og voksne.

5. Studier af kalorieindhold i fastfood og plantenæringsstoffer

Der blev på Obesity Week også præsenteret resultater, der peger i retning af, hvordan risikoen for fedme og relaterede sygdomme kan reduceres. Ét studie viste blandt andet, at amerikanske restauranter ser ud til at have haft fokus på indholdet af kalorier i nye retter på menuen. Kalorieindholdet er nemlig faldet ret dramatisk fra gennemsnitligt 400 kalorier pr. ret til under 300 kalorier. Skal man have kalorier indenbords, viser to af de præsenterede studier også, at det kan være en god idé, hvis de kommer fra pekannødder og mad med et højt indhold af plantenæringsstoffer. De to kan nemlig reducere risikoen for inflammation og kardiovaskulær sygdom samt sænke indholdet af fedtstoffer i blodet. ■

NORDIC MEDICARE:

Region Sjællands lønpres tvinger os til at lukke to lægeklinikker på Lolland

Nordic Medicare har besluttet at lukke sine lægeklinikker i Horslunde og Rødby. Det sker som en direkte konsekvens af, at Region Sjælland presser priserne på ansatte læger i almen praksis op, lyder kritikken fra virksomheden.

Af **Thor Melbye**

3.500 borgere på Lolland skal inden længe se sig om efter en ny læge.

Det står klart, efter at virksomheden Nordic Medicare har meddelt Region Sjælland, at den ikke agter at fortsætte samarbejdet om to udbudsklinikker i Horslunde og Rødby, som virksomheden har drevet på kontrakter med regionen siden 2016 og 2018. Årsagen er ifølge Nordic Medicare det lønpres, som Region Sjælland selv har skabt i markedet.

»Flere af vores læger har henvendt sig med krav om langt højere løn, nu de ved, at Region Sjælland fakturerer op til 1.621 kr. i timen. Men det har vi ganske enkelt ikke mulighed for at honorere med den økonomi, som ligger i de kontrakter, vi selv har indgået med Region Sjælland,« siger Christian P. Riewerts Eriksen, adm. direktør i Nordic Medicare.

Klinikken i Horslunde lukker 30. april, mens klinikken i Rødby holder åbent indtil 1. oktober næste år.

Lønningerne presses op

Dagens Medicin beskrev 22. oktober i en række artikler, hvordan Region

Sjælland kæmper en desperat kamp for at rekruttere læger til sine egne regionsklinikker, som de seneste år er skudt op flere steder i regionen.

Manglen på læger har været så kritisk, at nogle patienter i perioder er blevet anbragt på ventelister, hvis de har ønsket en ikke-akut tid, og det har fået regionen til at skruer kraftigt op for lønniveauet.

Hvor det i 2020 kostede Region Sjælland 5.705 kr. pr. dag at have en læge gående i en af sine regionsklinikker, så er udgiften i dag steget til 7.718 kr. i gennemsnit, og Region Sjælland betaler vikarbureauer op til 1.621 kr. i timen for at sikre, at der er en læge på arbejde.

»Der er ikke tale om priser, som ligger 5 til 10 pct. over markedet. Niveauet ligger markant over markedsprisen, uanset om vi sammenligner med almindelige PLO-læger eller udbudsklinikker,« siger Christian P. Riewerts Eriksen.

Et synspunkt som også Lyng Munch, en af Nakskovs sidste tilbageværende PLO-læger, fremførte i kommentarsporet på Dagens Medicin i forgårs:

»Som praktiserende læge i Nakskov er et forsigtigt gæt, at 80 pct. af konsultationerne er multifaktorielle problematikker, som er ganske tidskrævende og omfattende at tage hånd om, hvilket alt andet lige påvirker indtjeningen negativt. Jeg skal gerne vedgå, at jeg og min kollega flere gange har diskuteret, om ikke det ville være et bedre liv at opsiges praksis og være vikar i stedet.«

Handler om risikoafdækning

Ifølge den adm. direktør i Nordic Medicare har opsigelsen ikke noget med det nært forestående regionsvalg at gøre. Der er tale om en ny og større risiko i markedet, som virksomheden bliver nødt til at forholde sig til.

»Når vi driver udbudsklinikker, så har vi ansvaret for at sikre lægebemandingen. Ifølge vores kontrakt har vi et halvt års opsigelsesvarsel, og derfor føler vi os nødsaget til at opsiges lægeklinikkerne nu, inden problemerne vokser sig større,« siger Christian P. Riewerts Eriksen.

Gennem de senere år har Nordic Medicare været en vigtig samarbejdspartner for Region Sjælland, der kæmper med den største mangel på praktiserende læger i landet.

I de tilfælde, hvor praktiserende læger ikke har ønsket at overtage de ledige ydernumre i regionen, har Region Sjælland de seneste år sendt opgaven i udbud, og her har Nordic Medicare været en af få virksomheder, der har budt ind på opgaven.

I dag er 41.000 borgere i Region Sjælland tilmeldt Nordic Medicares lægehuse, oplyser Nordic Medicare til Dagens Medicin. Patienterne er



UDBUDSKLINIKKER. Nordic Medicare driver otte udbudsklinikker i Region Sjælland. Den største er beliggende i Nakskov. – Foto: PR

fordelt på otte udbudsklinikker og tre partnerskabsklinikker.

»Der er for få læger«

Heino Knudsen (S), regionsrådsformand i Region Sjælland, er ikke enig i, at Region Sjælland er med til at presse priserne op i markedet. Det siger han til Folketidende.

»Det er ikke korrekt. Det er ikke os, der aflønner lægerne, men de firmaer

vi har til det. Og de priser, firmaerne får, er ikke lønnen. Men jeg synes også, at de priser er høje. Det er bare ikke os, der presser de priser op, det er markedet, og det er afgjort efter udbud. Jeg ville da gerne have, at det var billigere. Men det er et udtryk for, at der er for få læger. Derfor stiger priserne desværre. Og det vigtigste for mig er, at borgerne har et lægetilbud i nærområdet,« siger Heino Knudsen. ■



MED OS SOM SAMARBEJDSPARTNER FÅR DU

- ✓ Dygtige konsulenter der forstår din hverdag og har en bred sundhedsfaglig viden
- ✓ En partner der tager medansvar for dit personales videreuddannelse via *Mediq Learning Lab*
- ✓ Et økonomisk bevidst sortiment
- ✓ Mulighed for at spare tid og optimere din klinik
- ✓ Fokus på din indtjening

3637 9110
@ klifik@mediq.com



www.mediqdanmark.dk



NICKIE LARSEN
Praktiserende læger
Region Hovedstaden



TIINA THOMSEN
Intern salgskonsulent
Praktiserende læger



HELLE VISTI BRINK
Speciallæger og privathospitaler
Jylland/Fyn



LOUISE RANDA
Praktiserende læger
Region Midt- & Nordjylland.



KENNETH FAURBY FROM
Praktiserende læger
Region Syddanmark



KARINA LORENTZEN
Praktiserende læger og speciallæger
Region Sjælland/Hovedstaden



JONAS REINER LARSEN
Praktiserende læger
Region Sjælland og dele af Hovedstaden



SIMONE SOFIE KRISTENSEN
Praktiserende læger
Region Midt- og Nordjylland



BIRGITTE BAY
Speciallæger og privathospitaler
Region Hovedstaden og Sjælland

FAKTA

Fem kliniktyper

- **PLO-klinik:** En traditionel lægepraksis. En praktiserende læge køber et ydernummer af regionen, som er forbeholdt speciallæger i almen medicin og driver lægeklinikken enten alene eller sammen med andre praktiserende læger.
- **Udbudsklinik:** Hvis det ikke lykkes at opnå aftale med en PLO-læge, gennemfører regionen et offentligt udbud. Herefter indgås kontrakt med en privat leverandør om drift af lægeklinikken for en midlertidig periode (typisk fire år).
- **Regionsklinik:** Regionen har her selv ansvaret for at skaffe lægeressourcer og drive lægeklinikken. Modellen kræver dispensation fra Sundhedsministeriet, da opgaven som udgangspunkt skal sendes i udbud.
- **Partnerskabsklinik:** En speciallæge i almen medicin ejer ydernummeret, men indgår et partnerskab med en tredjepart, der står for enten hele eller dele af arbejdet med lægeklinikken.
- **Licensklinik:** Et ydernummer kan tildeles en læge personligt uden mulighed for videresalg. Muligheden betegnes 'ydernumre på licens'. Regionen kan gøre brug af muligheden, når en kommune og/eller region stiller klinik til rådighed for lægen.

NY VACCINE MOD HELVEDESILD



**SHINGRIX KAN FOREBYGGE >90 % AF
TILFÆLDENE AF HELVEDESILD FOR
VOKSNE PÅ 50 ÅR ELLER ÆLDRE.¹**



SHINGRIX

- Er den første og eneste[†] rekombinante vaccine, der kan anvendes til voksne ≥ 50 år og voksne ≥ 18 år med øget risiko for helvedesild.¹
- Har dokumenteret forebyggende effekt mod helvedesild på >90 % for voksne 50+.¹

Shingrix er indiceret til forebyggelse af herpes zoster (HZ) og postherpetisk neuralgi (PHN) hos voksne i alderen 50 år eller ældre, samt til voksne i alderen 18 år eller ældre med øget risiko for HZ.¹

Hyppigst rapporterede bivirkninger:¹
Smerter ved injektionsstedet, træthed og hovedpine.
De fleste af disse bivirkninger var ikke langvarige
(median varighed på 2 til 3 dage).¹

[†] Zostavax²

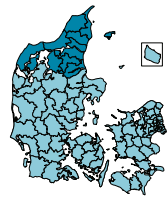
Referencer: 1. SmPC for Shingrix. 2. SmPC for Zostavax
PM-DK-SGX-ADVT-210001. 08.10.2021

Vi er tilsluttet
 **Egetisk nævn**
for lægemiddelindustrien



SHINGRIX
(HERPES ZOSTER VACCINE
REKOMBINANT, ADJUVERET)

RV2021



Blå kandidater presser Astman i Nordjylland

ANALYSE Den blå opposition stiller med to stærke formandskandidater, der kæmper for at ændre flertallet i regionsrådet. Ulla Astman (S) ser dog stadig ud til at genvinde formandsposten.

Af **Katrine Pinborg**

Danmarks mindst befolkede region kæmper. Der er et sygehusbyggeri i Aalborg, der både er forsinket og blevet betydeligt dyrere, og de har svært ved at skaffe nok personale til både sygehuse og almen praksis i udkantsområderne.

Et eksempel fra den seneste valgperiode er degraderingen af lægevagten, hvor et lavere antal praksislæger og et uændret antal konsultationssteder har gjort bemandingen sværere og sværere. Resultatet blev, at små konsultationssteder blev lukket, og at antallet af konsultationssteder gik fra 9 til 5, så nogle borgere har 40 km til nærmeste lægevagt. Flere borgmestre blev sure, mens de praktiserende læger var glade.

Tidligere PLO-formand Christian

Freitag sagde sågar: »Det her er en lille aftale volumenmæssigt. Men i mine øjne er det den bedste aftale i min tid som formand.«

Indbegrebet af regionen

15 pct. af vælgerne i Nordjylland satte i 2017 kryds ud for socialdemokraten Ulla Astman, som genvandt posten som regionsrådsformand. Rød blok fik 22 pladser i regionsrådet, mens blå blok fik 19 ud af de 41 pladser. 51-årige Ulla Astman er for mange indbegrebet af Region Nordjylland efter at have siddet på formandsposten siden 2007.

To mænd mener dog, at det er tid til at vælge det røde flertal. Både Mads Duedahl (V) og Per Larsen (K) går ligesom Ulla Astman efter posten som regionsformand.

Mads Duedahl er i øjeblikket råd-

mand i Aalborg Kommune med ansvaret for sundhed og kultur. Han meldte tidligt ud, at han vil skippe kommunalpolitik for i stedet at forsøge at bringe Venstre i spidsen for regionsrådet.

Han er ny i regionspolitik, men er kendt i Aalborg, hvor der er mange vigtige stemmer på spil. 37-årige Duedahl fik tredjeflest personlige stemmer ved kommunalvalget i 2017, og han er i stærkere opposition til Astman end tidligere V-spidskandidater. Det virker til, at Venstre med Duedahl virkelig gør, hvad de kan for at hive formandsposten hjem.

Konservativ kendispower

De konservatives Per Larsen, 56 år, har også meldt sit kandidatur. Han har siddet i regionsrådet siden oprettelsen i 2007, og efter det seneste Folketingsvalg blev han de konservatives sundhedsordfører. Per Larsen vil formentlig kunne tiltrække stemmer på den kendisstatus, han har fået som partiets corona-frontfigur. Ved seneste regionsvalg fik han

næsten 11.000 personlige stemmer, hvilket var næstflest kun overgået af Astmans massive knap 49.000 stemmer.

Det bliver interessant at se, hvordan den blå kamp om stemmerne kommer til at gå. Venstre har fået en stærkere spidskandidat med mulighed for at hive især flere aalborgensiske stemmer hjem, mens Per Larsen samtidig er blevet en stærkere kandidat siden seneste valg.

Spørgsmålet er hvilket borgerligt parti, der klarer sig bedst, og om gentleman-aftalen om at bakke op om den blå kandidat med flest vælgere bag sig holder.

Selvom blå blok stiller med to markante kandidater, er det svært at se, at de kan få skovlen under Ulla Astman. Udover at dominere sin hjemregion er hun også så stærkt et kort, at det er realistisk, at hun kan skifte titlen som næstformand i Danske Regioner ud med titlen som formand. ■

KANDIDAT I NORDJYLLAND:

»Vi skal sikre et hospitalsvæsen, der kommunikerer i øjenhøjde med borgerne«

KBU-lægen Søren Valgreen Knudsen vil i regionsrådet i Nordjylland for Socialdemokratiet for at implementere sundhedsaftale og psykiatriplan og for at lave tiltag til sårbare borgere.

Af **Katrine Pinborg**

Samfundsmedicin eller psykiater?

Læge Søren Valgreen Knudsen er endnu ikke sikker på, hvilken lægekarriere han skal vælge, men han ved, at han gerne vil bruge sin sundhedsfaglige baggrund til at gøre det nordjyske sundhedsvæsen bedre.

Søren Valgreen Knudsen stiller op til regionsrådsvalget i Nordjylland for Socialdemokratiet, og hvis han bliver valgt ind, vil han kæmpe for at få gjort noget ved ulighed i sundhed.

»Vi skal sikre et hospitalsvæsen, der kommunikerer i øjenhøjde med borgerne. Indgangen til sundhedsvæsenet skal være lettere, det gælder især dem uden så mange ressourcer,« siger Søren Valgreen Knudsen.

Han er i gang med anden del af sin KBU, hvor han er i en almen praksis. Første del foregik i akutmodtagelsen på Aalborg Universitetshospital.

Inden da skrev han ph.d. om ulighed i sundhed – et projekt han for-

håbentligt skal forsvare til januar. Afhandlingen kredser om, at selvom hospitalsansatte tror, at de behandler patienterne ens, så er der markante forskelle på den kvalitet, som patienterne får. Og det skaber en ny social ulighed på hospitalet.

»Når vi i sundhedsvæsenet identificerer sårbare borgere, skal vi forsøge os med nogle mere håndholdte indsatser, så de sårbare får bedre mulighed for at få den rette hjælp. Forskning viser yderligere, at bedre håndholdte indsatser giver en enorm hurtig økonomisk effekt, fordi indsatserne får folk til at klare sig selv bedre, eller får dem til at vende tilbage til arbejdsmarkedet,« siger han.

Derudover mener Søren Valgreen Knudsen, at der bør investeres mere i udgående funktioner. Målet med det er både at aflaste et hospitalsvæsen, der er under et stort arbejds-pres, og at forebygge mere.

»Vi kan spare en masse penge ved at få lavet tidligere indsatser bl.a. på

bosteder og ældrepleje med udgående funktioner, så vi kan gribe ind, inden de skal ind i akutmodtagelsen og vurderes,« lyder det fra KBU-lægen.

Tidligere folketingskandidat

Ved Folketingsvalget i 2019 var Søren Valgreen Knudsen også at finde på stemmesedlerne.

Her fik han næsten 4.000 personlige stemmer, men det var ikke nok til at blive valgt. Den socialdemokratiske læge har nu kun regionsrådet i Nordjylland for øje.

»Regionspolitik er noget helt andet, hvor det ikke er hovedparten af ens beskæftigelse. Jeg er blevet rigtig glad for at arbejde som læge, så jeg har ikke lyst til at tilsidesætte det helt for politik. Jeg ville i Folketinget for at lave sundhedsreform og 10 årsplan for psykiatrien, men nu går jeg efter at få lov til at implementere de politiske udspil og gøre det konkret for de nordjyske borgere. Her tror jeg, at det bliver ekstremt vigtigt, at vi sundhedsfaglige får vores indspark med i den politiske proces,« siger han.

»Jeg har stoppet mit folketingskandidatur, for nu prioriterer jeg regionspolitik,« fastslår han. ■

MÆRKESAG. Indgangen til sundhedsvæsenet skal være lettere, mener Søren V. Knudsen. – Foto: Privat

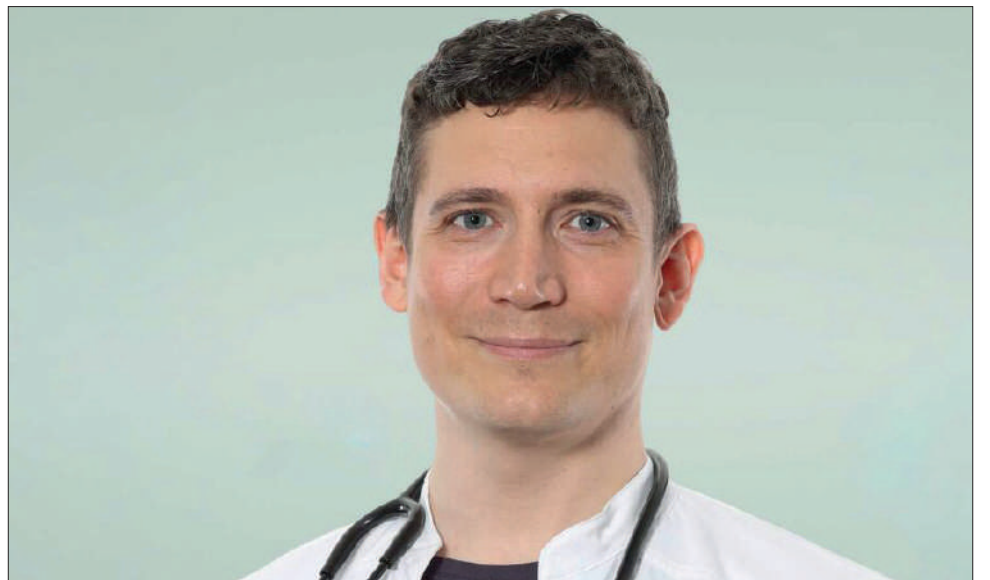
BLÅBOG

Søren Valgreen Knudsen, 37 år

- 2021: KBU-læge, akutmodtagelsen på Aalborg Universitetshospital og almen praksis
- 2018-2021: Ph.d.-studerende, Psykiatrien i Nordjylland, AAU
- 2017-2021: Klinisk Assistent, Psykiatrien i Nordjylland
- 2017-2021: Yngre Læger, Repræsentantskabet
- 2017: Uddannet læge, Aalborg Universitet
- 2015-2016: Aalborg Universitet, Politisk ordfører for de studerende
- 2013-2015: Aalborg Universitet, medlem af universitetsbestyrelsen
- 2014-2015: FADL, Aarhus Kredsforening, næstformand
- 2013-2014: IMCC, bestyrelsesmedlem
- 2009-2010: Sociology, MSc, Auckland University
- 2004-2009: Sociologi, BSc., Københavns Universitet

Privat:

- Bor i Aalborg med sin hustru Sana. I sin fritid kan han godt lide at dyrke sport og læse bøger, selvom han må indrømme at med familie, arbejde, forskning og politik er de interesser mest henlagt til ferierne.



MODSTAND.

Aktivisternes i protestbevægelsen Men in Black er blandt de grupper i samfundet, der mest højlydt har protesteret mod bl.a. lockdowns og restriktioner i forbindelse med COVID-19.

Her demonstreres der på Christiansborg Slotsplads i København, lørdag 11. september 2021.

– Foto: Philip Davali/Ritzau Scanpix



Danske COVID-19-eksperter lever med trusler

Rollen som ekspert i COVID-19 har haft store personlige konsekvenser for nogle af de danske forskere, der er blevet offentligt eje under COVID-19-pandemien.

Af Niels-Bjørn Albinus

Kritik, uenighed og faglige diskussioner er en naturlig del af forskeres hverdag. Men når uenighed udarter sig til intimidering, personlig chikane, trusler og deciderede dødstrusler, kan konsekvensen blive, at forskerne trækker sig fra den offentlige debat.

Og det kan have betydelige samfundsmæssige konsekvenser, påpeger professor Michael Bang Petersen, Aarhus Universitet, der står i spidsen for det såkaldte HOPE-projekt.

Ét af hovedformålene med HOPE-projektet er at undersøge, hvordan demokratier reagerer på og håndterer en krise som den aktuelle COVID-19-pandemi.

»Fra vores forskning kan vi se, at COVID-19 skaber mere radikaliserede tendenser blandt de personer, der føler sig presset af sanktionerne, og det øger tilskyndelsen til at bruge trusler om vold. De fleste forskere er ikke vant til at blive intimideret, og intimideringen kan i nogle tilfælde have den ønskede effekt – at forskeren holder mund. Videnskaben skal bruges til at løse problemerne, så hvis videnskabsfolkene mister lysten til at bidrage til at løse problemerne, så har vi et stort samfundsmæssigt og demokratisk problem. Trusler kan med andre ord reducere vores muligheder som samfund for at løse de problemer, vi står overfor,« siger Michael Bang Petersen.

Minder om krimiplot

For en gruppe af danske forskere har deres bidrag til den offentlige debat om COVID-19 ændret deres liv, frem-

går det af de interview, som Dagens Medicin bringer i dag.

Eksemplerne på de trusler og chikanerier, som forskerne har været udsat for, lyder næsten som plottet til en krimi: Telefonopkald med dødstrusler og beskyldninger om at være landsforræder, der skal stilles for retten. Mails, breve og opringninger fra personer, der truer forskerne på deres faglighed, deres person, køn eller alder. Beskyldninger om at være 'i det ondes tjeneste', købt og betalt af WHO, Bill Gates og vaccineproducenterne.

»De kommentarer og trusler, som forskerne i COVID-19 udsættes for, er karakteriseret ved at være meget personrettede og ved at forsøge at intimidere forskerne. Deres omdømme beklækkes på en irrelevant måde, og kommentarer strækker sig fra de mere subtile til deciderede trusler og egentlig vold. Formålet er at få forskerne til at trække sig fra debatten af frygt for konsekvenserne ved ikke at gøre det,« siger Michael Bang Petersen.

Hemmelige adresser

Flere af de sundhedsfaglige eksperter, der har været toneangivende i den hjemlige, offentlige debat om COVID-19, lever i dag på hemmelige adresser og med hemmelige telefonnumre. Fremtrædende faglige eksperter, der baseret på årtiers videnskabeligt arbejde har bidraget til den kollektive viden om COVID-19, er pludselig forsvundet fra den offentlige agenda.

Svarene fra de danske COVID-19-eksperter, som Dagens Medicin har kontaktet, ligger i tråd med resultaterne fra en spørgeskemaunders-

søgelse, som tidsskriftet Nature for nylig offentliggjorde.

Her var 300 internationale forskere blevet spurgt om, hvorvidt det havde haft konsekvenser for dem – og i givet fald hvilke – at de havde udtalt sig offentligt om COVID-19.

30 pct. havde ingen negative erfaringer, mens 15 pct. havde fået dødstrusler, 22 pct. var blevet truet med fysisk eller seksuel vold, 2 pct. havde oplevet egentlige fysiske angreb, og næsten 60 pct. havde oplevet forsøg på at tilsværte deres professionelle omdømme.

Konsekvenserne af trusler, chikane og angreb var, at mange af forskerne efterfølgende var mindre villige til at udtale sig offentligt om COVID-19, eller helt trak sig fra den offentlige debat.

Pligt og ret til at deltage

Men selv om konsekvenserne ved at optræde offentligt med budskaber om COVID-19 kan være alvorlige, betoner flere danske forskere vigtigheden af ikke at lade sig kue af trusler og personlig chikane. Det gælder f.eks. for Hans Jørn Kolmos, der er professor i mikrobiologi ved Syddansk Universitet.

»Som fagmand skal jeg stille min viden til rådighed for offentligheden. Også når det kan have negative konsekvenser. Som forsker og universitetsansat er det både min ret og min pligt at delagtiggøre andre mennesker i mine synspunkter,« siger Hans Jørn Kolmos.

Én af de hyppigst eksponerede sundhedsfaglige eksperter under pandemien, professor i infektionsmedicin ved Københavns Universitet Jens Lundgren, har i perioder levet med chikane, som rakte helt ind på familiens ejendom. Det har ikke stoppet ham.

»Hvis truslerne får den conse-

kvens, at jeg og andre forskere holder kæft, så har de vundet. De skal ikke få lov til at lægge bånd på vores ret til at udtrykke vores holdninger,« siger Jens Lundgren, der samtidig anerkender, at truslerne i nogle tilfælde kan være så svært intimiderende, at de pågældende forskere vælger at trække sig fra den offentlige debat.

Intimidering af modstandere

Når truslerne er spidset til, har flere af de forskere, som Dagens Medicin har talt med, søgt assistance hos deres arbejdsplads og/eller politiet. Alligevel går det igen i svarene, at forskerne ofte føler, at de står meget alene med truslerne.

Selvom arbejdsgiveren udtrykker forståelse for forskerens situation og måske har rådet vedkommende til at kontakte politiet, så er politiets handlemuligheder ofte begrænsede.

Eller som Hans Jørn Kolmos formulerer det:

»Det er som at få stjålet sin cykel. Du får ikke noget ud af at anmelde det, så du ender med at stå alene, når truslerne bliver personlige.«

Michael Bang Petersen har et bud på, hvorfor COVID-19-forskere og -eksperter er blevet skydeskiver for trusler og chikaner.

»COVID-19 handler om videnskab. Videnskab er en central kilde til information om sygdommen. Det er blevet det domæne, som skaber viden på et område, hvor der ikke var viden i forvejen. I og med at de fleste videnskabsfolk har sagt, at vi som samfund er nødt til at reagere og tage relativt vidtgående forholdsregler for at imødegå pandemien i brug, og at løsningen i høj grad er baseret på vacciner, så bliver videnskabsfolkene dine modstandere, hvis du er uenig. Og i en ophedet debat for og imod er intimidering af 'modstanderen' desværre hyppigt brugt.« ■

EKSPERTER I COVID-19 NÆGTER AT HOLDE MUND:

»Hvis truslerne får den konsekvens, at jeg og andre forskere holder kæft, så har de vundet«

For nylig offentliggjorde tidsskriftet Nature en undersøgelse blandt 300 internationale forskere, der var blevet spurgt om, hvorvidt det havde haft konsekvenser for dem, at de havde udtalt sig offentligt om COVID-19. Her svarede 30 pct., at de ikke havde haft negative erfaringer, mens 15 pct. havde fået dødstrusler, 22 pct. var blevet truet med fysisk eller seksuel vold, 2 pct. havde oplevet egentlige fysiske angreb, og knap 60 pct. havde oplevet forsøg på at tilsværte deres professionelle omdømme. Dagens Medicin har interviewet danske eksperter, der offentligt har udtalt sig om COVID-19, om deres erfaringer med at stå frem i medierne med deres viden.

Af Niels-Bjørn Albinus



TRUSLER. Jens Lundgren er en af de danske eksperter, der oplever chikane og trusler i forbindelse med, at han udtaler sig om COVID-19. Nu fortæller flere af hans ekspertkolleger om lignende chikanerier. – Foto: Joachim Rode

»Du er et usmageligt, ondt, modbydeligt og dybt kriminelt menneske«

Ovenstående rubrik er et citat fra en af de mange hadefulde mails, som **Jens Lundgren**, professor ved Afdeling for Infektionssygdomme på Rigshospitalet og Københavns Universitet, har modtaget, fordi han har udtalt sig om COVID-19. Han har i snart to år levet med grove verbale og skriftlige trusler og chikanerier. Alligevel er han ikke i tvivl om, at han har pligt til at ytre sig offentligt om COVID-19.

»Det mest overraskende for mig er, at 30 pct. (i Natures undersøgelse, red.) siger, at de ikke er blevet chikaneret. Er det virkelig rigtigt? Man kan diskutere graden af alvorlighed af chikanerierne, men trusler og chikane er desværre en sædvanlig præmis, når man som jeg har udtalt sig i medierne om COVID-19.

Problemet er ikke at blive kritiseret for sine holdninger og synspunkter, når du deltager i den offentlige debat. Kritik, uenighed og faglige diskussioner har jeg ingen problemer med at forholde mig til. Problemet er, at diskussionen mange gange bliver præget af, at den bliver ekstremt personlig. Og personliggørelsen af kritikken kan blive meget voldsom. Jeg er blevet truet med alt muligt og kaldt alverdens ting: 'Lille hjerneskadede nar', 'landsforræder', 'du medvirker til folkedrab', 'du er et usmageligt, ondt, modbydeligt og dybt kriminelt menneske', 'du bliver dømt. Du bliver henrettet', og folk har kastet ting ind i vores have.

For mange vil det givet virke svært intimiderende i en grad, så de ikke længere stiller op offentligt. Jeg har

efter bedste evne forsøgt at ignorere de chikanerier og trusler, jeg har været udsat for, men selvfølgelig har det gjort indtryk. Det er klart, at det har påvirket mig, at jeg og min familie er blevet truet. Når jeg udtalte mig i medierne om COVID-19, har jeg da også nogle gange overvejet, om emnet var vigtigt nok til, at jeg bagefter var klar til at stå på mål for chikanerne.

Det er ikke fremmede for ens lyst til at blande sig i den offentlige debat. Men samtidig mener jeg, at jeg har en pligt til at udtale mig under en omfattende samfunds Krise, der skyldes forhold, som jeg har viden om. Så må jeg tage de hademails med, som følger. Hvis truslerne får den konsekvens, at jeg og andre forskere holder kæft, så har de vundet.

De skal ikke få lov til at lægge bånd på vores ret til at udtrykke vores holdninger. Men der er andre velansete danske forskere, der har trukket sig fra debatten.

Når truslerne er blevet meget alvorlige, har jeg spurgt min arbejdsgiver til råds og er blevet opfordret til at blokere dem fra min mailboks og at kontakte politiet. En politianmeldelse er en kompleks og tidskrævende affære, og så har jeg været nødt til at gøre op med mig selv, hvad det egentlig var, jeg troede, politiet kunne hjælpe mig med. Jeg og andre har ganske vist fået en formel støtte fra rektor på Københavns Universitet, og det er jeg glad for. Men ellers har jeg stået ret alene med disse trusler og chikanerier.«

»Som fagmand skal jeg stille min viden til rådighed for offentligheden. Også når det kan have negative konsekvenser«

Forskere har ret og pligt til at dele deres vurderinger af vigtige sundhedsfaglige emner, mener **Hans Jørn Kolmos**, professor i mikrobiologi, Syddansk Universitet.

»Da vi første gang bliver konfronteret med COVID-19, bliver det hurtigt klart, at det er en undtagelsestilstand, vi er i. En krig uden våben, hvor man må smide, hvad man har i hænderne og fokusere på COVID-19. Jeg er 73 år og har trukket mig tilbage fra mange af mine tidligere arbejdsopgaver, så jeg kunne med god samvittighed sige, at den opgave ikke var min. Det har jeg ikke gjort. Som fagmand skal jeg stille min viden til rådighed for offentligheden. Også når det kan have

negative konsekvenser. Som forsker og universitetsansat er det både min ret og min pligt at delagtiggøre andre mennesker i mine synspunkter.

Konsekvensen af mine udtalelser har været, at jeg i breve, e-mails og telefonopkald har fået ubehagelige henvendelser. Jeg er blevet kaldt 'en landsforræder', der vil blive stillet til ansvar for mine udtalelser, og ansvarlig for at begå folkemord og lignende. Det har ikke skræmt mig, men selvfølgelig bliver den type chikane siddende i kroppen et stykke tid. Enkelte gange har jeg overvejet at anmelde truslerne til politiet, men det er blevet ved overvejelserne. Det er som at få stjålet sin cykel: Du får ikke noget ud af at anmelde det, så

du ender med at stå alene, når truslerne bliver personlige.

De letteste telefonopkald er dem, hvor folk starter med at skælde ud. Det er nemt at forholde sig til, og samtalerne kan som regel afsluttes hurtigt. Tackler du sagen professionelt, er det som en vanskelig samtale med en patient. De værste henvendelser er de personer, der udspekuleret, intimiderende og nærmest befamlende sniger sig forbi dig og trænger ind i din privatsfære. Den type henvendelser gør mig vred. De ringer f.eks. en lørdag formiddag, hvor du er optaget af private opgaver. I starten er de venlige, og du bliver langsomt vævet ind i en dialog, det er svært at komme ud af igen.

Som samtalen skrider frem, bliver det klart, at personens virkelighedsopfattelse er så langt fra din egen, at der ikke er et fælles grundlag for samtalen.

De, der skriver ordentligt til mig, har krav på et svar, og det får de. Jeg bruger ikke tid på de vrede.« ■

LÆS FLERE INTERVIEW MED COVID-19-EKSPERTER, DER ER BLEVET CHIKANERET, PÅ DAGENS MEDICIN.DK

TO UD AF TRE PSYKIATRISKE PATIENTER GENINDLÆGGES I REGION MIDT:

»Vi er selv ikke tilfredse med nuværende kvalitet af behandlingen«

En tværregional opgørelse, som Dagens Medicin har foretaget, viser, at genindlæggelsesfrekvensen er markant større i Region Midtjylland end i de øvrige regioner. Formand for regionens psykiatri- og socialudvalg erkender, at regionen ikke har levet op til dens ansvar. Både Lægeforeningen og SIND siger, at alt for mange patienter bliver udskrevet for tidligt.

Af Tobias Bonde Simonsen

Risikoen for, at patienter i psykiatrien bliver akut indlagt inden for 30 dage efter udskrivelse, er vidt forskellig fra region til region. Det viser de seneste opgørelser over andelen af akutte psykiatriske indlæggelser, som Dagens Medicin har indhentet fra de fem regioner.

Og der er særligt én region, som springer i øjnene: Region Midtjylland, hvor mere end hver tredje indlagte patient i 2. kvartal blev akut genindlagt fra fire timer til 30 dage efter udskrivningen fra sygehus. Til sammenligning var det nationale gennemsnit knap 25 pct. i samme kvartal.

Netop derfor er området et særligt opmærksomhedspunkt for regionen, oplyser formand for regionens psykiatri- og socialudvalg Jacob Isøe Klærke (SF):

»Vores regionale ansvar er at levere god nok kvalitet i hospitalspsykiatrien. Og vi er ikke selv tilfredse med den nuværende behandlingskvalitet, vi kan tilbyde, og vi arbejder derfor på at styrke den,« forklarer han og fortsætter:

»Vi kan selv gøre det bedre ved at udvide antallet af pladser, de udgående teams og ved at styrke vores ambulatorier. Alt sammen for at forbedre behandlingen, og dermed kan vi forhindre genindlæggelser, men også forhindre tvang. Men vi har også brug for et øget fokus på socialpsykiatrien i kommunerne, fordi systemet hænger sammen, og det fungerer ikke i dag. Patienterne får ikke tilstrækkelig støtte, når de er færdigbehandlet – det ender i flere genindlæggelser, uanset hvor godt behandlet de er, når de går ud ad døren.«

Mens både Region Hovedstaden, Sjælland og Syddanmark i samme periode havde en genindlæggelsesfrekvens på omkring det nationale gennemsnit, havde Region Nordjylland et gennemsnit på 16,7 pct. Ifølge tal fra Landspatientregisteret er risikoen for genindlæggelser i psykiatrien på nationalt plan steget fra 20,5 i 2014 til 23,2 pct. i 2020. En stigning, som dog skal tages med forbehold som følge af overgangen til en ny version af registeret i 2019.

Mangler kapacitet og pladser

Færre psykiatriske genindlæggelser har i årevis været en central indikator for regeringens, regionernes og kommunernes mål om at sikre et bedre sammenhængende forløb for

danske patienter. Det blev forankret i den dertilhørende årlige statusrapport tilbage i 2018, og området har derfor været nøje overvåget siden da. Ifølge den seneste opgørelse fra 2021 havde Region Midtjylland en genindlæggelsesfrekvens på 25,6 pct. i 2020, hvilket også var højere end de øvrige regioner.

I regionen, hvor det især er borgere med adresse i Holstebro Kommune, som bliver genindlagt, har psykiatriudvalget dog ingen forklaringer på, hvorfor netop Midtjylland adskiller sig fra de øvrige landsdele.

»Når vi taler om hele arbejdet med 10-årsplanen, så gør vi på regionalt plan meget ud af at sætte fokus på, at området består af forbundne kar. Man kan ikke svare med én ting på, hvorfor netop Region Midtjylland ligger højt,« siger Jacob Isøe Klærke.

»En del af problemet er, at vi stadig mangler kapacitet og pladser i psykiatrien. Vores belægningsprocenter ligger i gennemsnit på 99 pct. Den skal gerne være under 90 pct., så vi får mere fleksibilitet og ikke bliver presset til at udskrive patienter før tid. Det arbejder vi på. Den anden del af problemet ligger i socialpsykiatrien, som er ude af vores hænder,« fortsætter Jacob Isøe Klærke, der påpeger, at årsagen til genindlæggelser primært skyldes 'uhensigtsmæssige behandlingsforløb.'

»Det er vores klare opfattelse.«

Patienter og læger er magtesløse

Samme opfattelse findes også hos Lægeforeningen og Landsforeningen for psykisk sundhed (SIND).

»Vi oplever, at mennesker bliver for tidligt udskrevet, og derfor bliver mange af dem genindlagt, fordi de ikke når at få den nødvendige behandling, mens de er indlagt,« påpeger formanden for SIND, Mia Kristina Hansen.

Hun oplever i sit virke som socialpædagog, at psykiatriske patienter føler sig helt magtesløse under behandlingen.

»De har brug for hjælp, men får den ikke, og de er nervøse for, hvad de kan finde på at gøre ved sig selv, når de er blevet udskrevet. Og når de så bliver indlagt igen, frygter de endnu en gang at blive udskrevet før tid. Jeg oplever også, at nogle patienter går så vidt, at de agerer på en uhensigtsmæssig måde, fordi de er bange for at fremstå for raske og dermed blive udskrevet for tidligt.«

Lægeforeningen foretog i maj en



ÅRSAG. Jacob Isøe Klærke mener, at årsagen til genindlæggelser primært er uhensigtsmæssige behandlingsforløb. – Foto: Region Midtjylland

undersøgelse blandt læger ansat i psykiatrien, der konkluderede, at 62 pct. af lægerne dagligt eller ugentligt oplevede, at de var nødsaget til at udskrive patienter, som ud fra et lægefagligt synspunkt ville have gavn af en længere indlæggelse.

»Psykiatere oplever, at de er nødsaget til at udskrive patienter for tidligt for at gøre plads til andre. Det fører naturligvis – blandt andet – til flere genindlæggelser. Og når pendulet svinger så meget, som det gør, så risikerer vi forværrede tilstande for patienten og mere tvang,« siger formanden for Lægeforeningen, Camilla Noelle Rathcke.

Er det ikke et brud på jeres løfte, når I udskriver patienter, som I selv ikke mener er klar til det?

»Vi læger står med ansvaret for, at patienter udskrives, og det skal vi gerne kunne stå på mål for. Men vi står også på mål for at behandle patienter på vej ind ad døren, som også har behov for vores hjælp. Og i dag står vi ikke en situation, hvor læger i psykiatrien altid er sikre på, at patienten er stabil nok til at blive udskrevet og blive sendt tilbage til deres bosted. Det problem ville vi ikke have, hvis vi havde de sengepladser, vi skulle bruge.«

10-årsplan skal tackle problemerne

Dagens Medicin har tidligere beskrevet, at mere end hver tredje person med skizofreni i 2020 blev genindlagt inden for 30 dage efter at have afsluttet en psykiatrisk indlæggelse – i 2005 gjorde det sig gældende for 28 pct. – og en ny opgørelse fra Momentum under Kommunernes Landsforening peger på, at det gør sig gældende for hele 40 pct. af skizofrene, der bor i et botilbud og har været indlagt i behandlingspsykiatrien. I samme forbindelse erkendte Sund-



Vores regionale ansvar er at levere god nok kvalitet i hospitalspsykiatrien. Og vi er ikke selv tilfredse med den nuværende behandlingskvalitet, vi kan tilbyde, og vi arbejder derfor på at styrke den

Jacob Isøe Klærke (SF), formand for Region Midtjyllands psykiatri- og socialudvalg

hedsministeriet, at kapaciteten og ressourcerne til psykiatrien ikke har fulgt med resten af sundhedsvæsenet.

»For få sengepladser og mangel på hænder har desværre betydet, at nogle patienter er blevet udskrevet for tidligt – og med det følger risiko for genindlæggelse eller forværring af sygdommen,« skrev sundhedsminister Magnus Heunicke i en mail til Dagens Medicin.

Samtidig påpegede han, at regeringen ville tage fat i alle dele af området i det kommende udspil til den længe ventede 10-årsplan for psykiatrien. Et udspil, som forventes at blive fremlagt inden udgangen af 2021.

»Problemerne opstår i min optik oppefra på Christiansborg og forplanter sig ned i regionerne og kommunerne. Vi går og venter på 10-årsplanen, som skal sætte hele tonen for den fremtidige psykiatri,« siger SIND-formand Mia Kristina Hansen, som har høje forventninger til planen:

»Det er helt centralt, at den tager højde for, at mennesker ikke skal sættes i kasser. Vi kan alle sammen risikere at blive psykisk syge, og vi er alle sammen forskellige og kommer fra forskellige vilkår. Derfor er det nødvendigt, at behandlingen lærer at tage højde for den enkelte.« ■

FAKTA

Akutte psykiatriske genindlæggelser inden for 30 dage efter udskrivelse i de fem regioner (2. kvartal 2021)

- Region Nordjylland: 16,7 pct.
- Region Midtjylland: 34,1 pct.
- Region Syddanmark: 23,5 pct.
- Region Sjælland: 25 pct.
- Region Hovedstaden: 25,1 pct.

Mere omfattende hjertestopsdatabase kan være med til at redde flere liv

Selvom Danmark er blandt de lande, hvor der er størst chance for at overleve et hjertestop, er der stadig potentiale for at forbedre indsats og behandling. En mere omfattende database, der også indsamler data fra behandling på hjertecentre, kan give værdifuld viden.

Af **Britt Lindemann**

Når en patient med hjertestop ankom til et hjertecenter, standse al indsamling af detaljeret data. Det undrede læge og ph.d.-studerende Sivagowry Rasalingam Mørk fra Aarhus Universitet. Den undren og en samtale med professor i hjertestop Christian Juhl Terkelsen fra Aarhus Universitetshospital har i et samarbejde med samtlige øvrige hjertecentre ført til, at Danmark nu har en hjertestopsdatabase, der både dækker det præhospitale og den behandling, der foregår på selve hospitalet. I Danmark er der omkring 5.000 tilfælde af hjertestop årligt.

»Det nationale hjertestopregister, der har eksisteret siden 2001, har en virkelig stor datakomplethed. Men der bliver kun registreret, hvad der foregår inden patienten kommer ind på hospitalet, og patientens status over overlevelse,« siger Sivagowry Rasalingam Mørk, som arbejder på en ph.d. om visitation og behandling af hjertestop. Hun fortsætter:

»Vi mangler således informationer om alt det, der sker undervejs: Bliver de tilkoblet en hjertelungemaskine, hvor længe er de indlagt, er det en akut blodprop, og hvis det er, behandler man så eller indstilles behandlingen? Efter mange års arbejde med manuelt at forsøge at genskabe forløbene ud fra journalerne besluttede vi sammen med de øvrige hjertecentre at etablere en 'in hospital' hjertestopsdatabase, der havde alle data.«

Datakomplethed er vigtigt, fordi det giver forskningsmuligheder, som kan indsamle ny viden og optimere nuværende behandling. Og netop registerforskning er noget, som Danmark har lang tradition for at anvende grundet de adskillige veludviklede digitale registre.

»Det er vigtigt, at vi får samlet data fra hele forløbet, for det giver os mulighed for at monitorere kvaliteten af det, vi gør. Vi bruger mange ressourcer i form af hjertelungemaskine, indlæggelse på intensiv og brug af katetre og operationsstue.

Men hvis vi ikke ved, om det giver bedre overlevelse, så er det jo meningsløst. At samle al data i én database i stedet for at skulle trække dem fra flere registre og samkøre, eller lede efter dem i prosatekst i journalerne, er en kæmpe hjælp i forhold til den forskning, Danmark er så kendt for,« siger Sivagowry Rasalingam Mørk.

I Aarhus, hvor de har været i gang i længst tid, er PCI-lægerne nu så rutinerede, at de kan indtaste data på fem minutter pr. patient. Sygeplejerskerne og det præhospitale personale har taget noter undervejs, imens patienten transporteres i ambulancen og sidenhen ligger på lejet, så data kan blive tastet, når det akutte arbejde er gjort.

Flere overlevende

Danmark er nogle af de førende internationalt i forhold til hjertestop, fortæller Sivagowry Rasalingam Mørk. Her i landet har man firedoblet 30-dagesoverlevelsen efter hjertestop uden for hospital fra 3,9 pct. i 2001 til 14 pct. i 2020. Men det ændrer ikke på ambitionerne om at gøre det endnu bedre.

For at kunne skabe bedre behandling i fremtiden er man nødt til at se på data for behandlingen tidligere. I ti år har man brugt hjertelungemaskiner til refraktært hjertestop, og det har gjort en afgørende forskel, viser registerforskning.

»Dem, som kommer på hjertelungemaskinen og overlever, er nogle, der tidligere ikke fik muligheden. Men i dag bliver der gjort en indsats for at identificere de patienter, som potentielt kan få gavn af denne behandling. I år har et nationalt forskningsprojekt vist, at vi i Danmark er gode til at selekttere og behandle patienter med refraktært hjertestop med gode chancer for overlevelse og med et godt neurologisk udfald. Det er værdifuld viden, som vi kan bygge videre på,« siger Sivagowry Rasalingam Mørk.

Hun peger på, at mens der en år-række er taget mange initiativer i den præhospitale indsats for at sikre



INITIATIV. En undren og en samtale med professor i hjertestop Christian Juhl Terkelsen fik læge og ph.d.-studerende Sivagowry Rasalingam Mørk til at tage initiativ til en udvidelse af databasen i samarbejde med landets hjertecentre. – Foto: privat

højere overlevelse, så er der et uudnyttet forbedringspotentiale i behandlingen på hospitalerne.

»Men for at kunne forbedre det er vi nødt til at have en samlet statistik og data, vi kan bruge til noget. Det kræver, at vi forfiner de informationer, vi får, hele vejen fra patienten får hjertestop og kommer ind på et center, til de er på intensiv og bliver udskrevet. Og også registrering af deres livskvalitet efterfølgende,« siger Sivagowry Rasalingam Mørk.

Håb om nye standarder

Geografiske forskelle på optageområder betyder, at det kan være svært at trække nationale standarder ud af databasen.

»Tidligere studier har vist regionale forskelle i visitation og behandling af hjertestop på hjertecentre. Nogle steder i landet visiterer man flere end andre, og der kan være specifikke kriterier og arbejdsgange for, hvordan man visiterer og håndterer patienterne,« siger Sivagowry Rasalingam Mørk.

Et kriterie kan være, at hvis der er for lang transporttid til hjertecen-

tret, så visiterer man til lokalt sygehus.

»Men i Region Midtjylland har vi jo borgere, der bor 170 km fra hjertecentret, og hvis vi brugte det kriterie, ville vestjyder aldrig få samme avancerede behandling som dem, der bor i Aarhus. Og vores data viser, at dem, der bor i Vestjylland overlever lige så godt som dem inde i Aarhus på trods af lang transporttid,« siger Sivagowry Rasalingam Mørk.

Den slags informationer er bare ét eksempel på, hvad man kan lære af at trække data ud, men Sivagowry Rasalingam Mørk håber, at databasen kan være med til at danne grundlag for nye nationale standarder.

»Det er sådanne informationer, vi hele tiden reviderer på. Vi kigger fem år tilbage og ser, hvor vi har klaret os godt, og hvor vi skal iværksætte tiltag for at hæve kvaliteten. Det, vi gør, er ikke anderledes end den eksisterende database, vi får bare nye data nu. Der sker hele tiden noget nyt på området, og vi vil få øje på nye mønstre, når vi taster data. Det kommer til at højne kvaliteten af behandlingen.« ■

FAKTA

Databasen har været flere år undervejs

- I 2017 satte læger fra de fire hjertecentre i Danmark (Aalborg Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital, Odense Universitetshospital og Rigshospitalet) sig sammen for at udveksle erfaringer. Sammen med input fra andre specialer har det dannet baggrund for, hvilke data der bliver indsamlet i det nye register.
- Holdet bag havde søgt om at få etableret databasen i RKKP-regi som national kvalitetsdatabase, men fik afslag, bl.a. fordi den havde karakter af en behandlingsdatabase, hvor man detaljeret beskriver behandlingen af patienten. Derfor har databasen fået hjem under Vestdansk Hjertedatabase, der i forvejen er en behandlingsdatabase, og som indsamler data på alle invasive procedurer som f.eks. koronar angiografi og dækker Aalborg, Aarhus og Odense. Østdanmark har valgt også at indrapportere deres hjertestop i Vestdansk Hjertedatabase.
- Hjertecentre i Odense, Aarhus, København og Aalborg kan taste data ind direkte. I praksis foregår det på den måde, at når patienten kommer ind på et hjertecenter, så det den PCI-læge, der modtager patienten og eventuelt laver kranspuislåreundersøgelse eller ballonudvidelse, der har ansvaret for at registrere data. Og det er mange oplysninger, fra hjertestoppet indtræffer, til patienten udskrives, som f.eks.: CPR, køn, alder, rygevaner, hvor lang tid der gik, før man ringede 112, og til ambulancen kom. Senere indtaster projektsygeplejersker alle de manglende data, de kan. Det er f.eks., om patienten bliver indlagt på intensiv, hvor længe de er der, hvornår de bliver udskrevet fra hospital, bliver de overhovedet udskrevet, dødsdato eller -årsag som f.eks. hjerneblødning.
- Første registrering begyndte i oktober 2020, men der er løbende blevet justeret, så det er blevet mere intuitivt at indtaste oplysninger. Rigshospitalet er kommet med i databasen i 2020, men hele opstartsfasen er blevet forsinket af COVID-19-pandemien.
- Siden oktober 2020 er der nationalt registreret data på 326 hjertestop modtaget på kardiologisk laboratorium på de fire hjertecentre i Danmark.

debat

STIKPILLEN

Når jagtsæsonen går ind

Jeg opdagede i går, at jagtsæsonen er gået ind. Der vandrede jægere rundt på markerne, og der var skud i det fjerne. Min regel nummer 1 er at holde øje konstant og så dukke hovedet ved tegn på skud. Så går det nok over, som det plejer, og roen kan atter sænke sig over landet.

Det samme gælder, når valgkampe går ind. Der kommer mange forslag, som alle virker gode på papiret, men hvis chance for at ændre noget i dagligdagen kan sidestilles med et skud forbi byttet. Der kommer ingen suppe af det kød.

Der mangler noget i de politiske udspil, nemlig det vigtigste. Det er i hvert fald chokerende for mig, at nogle danskere ikke har råd til at købe medicin. Jeg arbejder i et tværfagligt smertecenter. Her oplever jeg ganske hyppigt, at patienter ikke har råd til almindelig smertestillende medicin. Patienter, der har arbejdet hårdt det meste af deres liv, er på grund af sygdom og manglende arbejdsevne så fattige, at pengene ikke rækker til medicin. Når vi snakker om ulighed i sundhed, handler det om at give mennesker et værdigt liv. Ikke om, hvorvidt vi skal kalde det sundhedshuse eller nærhospitalet. Det interesserer ikke ret mange mennesker – de fleste er optaget af, om vi har et anstændigt sikkerhedsnet for hinanden, når vi bliver syge.

De to store partier er kommet med udspil, der ligner hinanden til forveksling. Det vigtigste hovedtema er for begge partier, at vi skal styre det nære sundhedsvæsen. Et mantra, som vi har hørt gentaget i rigtig mange år uden de store forandringer i dagligdagen. Det går nærmest modsat: dårligere dag for dag. Og det er der flere grunde til, men en vigtig grund er, at de selv samme partier har prioriteret en voldsom stigning i antal læger på hospitalerne, og da man kun kan bruge en læge én gang, er der blevet tilsvarende færre i almen praksis. En prioritering, man i den grad kan mærke i provinsen. Et forslag om, at der skal komme 1.700 flere praktiserende læger lyder rigtig flot, men hvordan? Nåh nej, det var jo først i 2035. Godt nok tager det lang tid at uddanne en speciallæge, men det ville være rart med nogle detaljer om, hvordan det er tænkt. At prioritere almen praksis er både rigtigt og nødvendigt, men det kommer til at koste på andre områder, og her er der rungende tavshed.

Socialdemokratiets udspil har fået megen opmærksomhed på grund af brugen af ordet 'nærhospitalet'. Hvad det præcist betyder, er for mig helt uklart. Bortset fra, at man ikke kan blive indlagt på nærhospitalet. Og godt for det. Men vi har i dag fremragende nære behandlinger og muligheder for røntgenundersøgelser, jordemoderkontrol m.m. i de nedlagte hospitaler rundt omkring. Hvis man vil se et godt eksempel, vil jeg foreslå Nakskov, men udvalget er stort. Det hedder et sundhedscenter, og hvorfor ændre det?

Ovenstående er kun et lille udpluk, men jeg har endnu til gode til at se, at de aktuelle sundhedsudspil vil ændre noget som helst for menneskers dagligdag.



Torben Mogensen
Formand for
Lungeforeningen



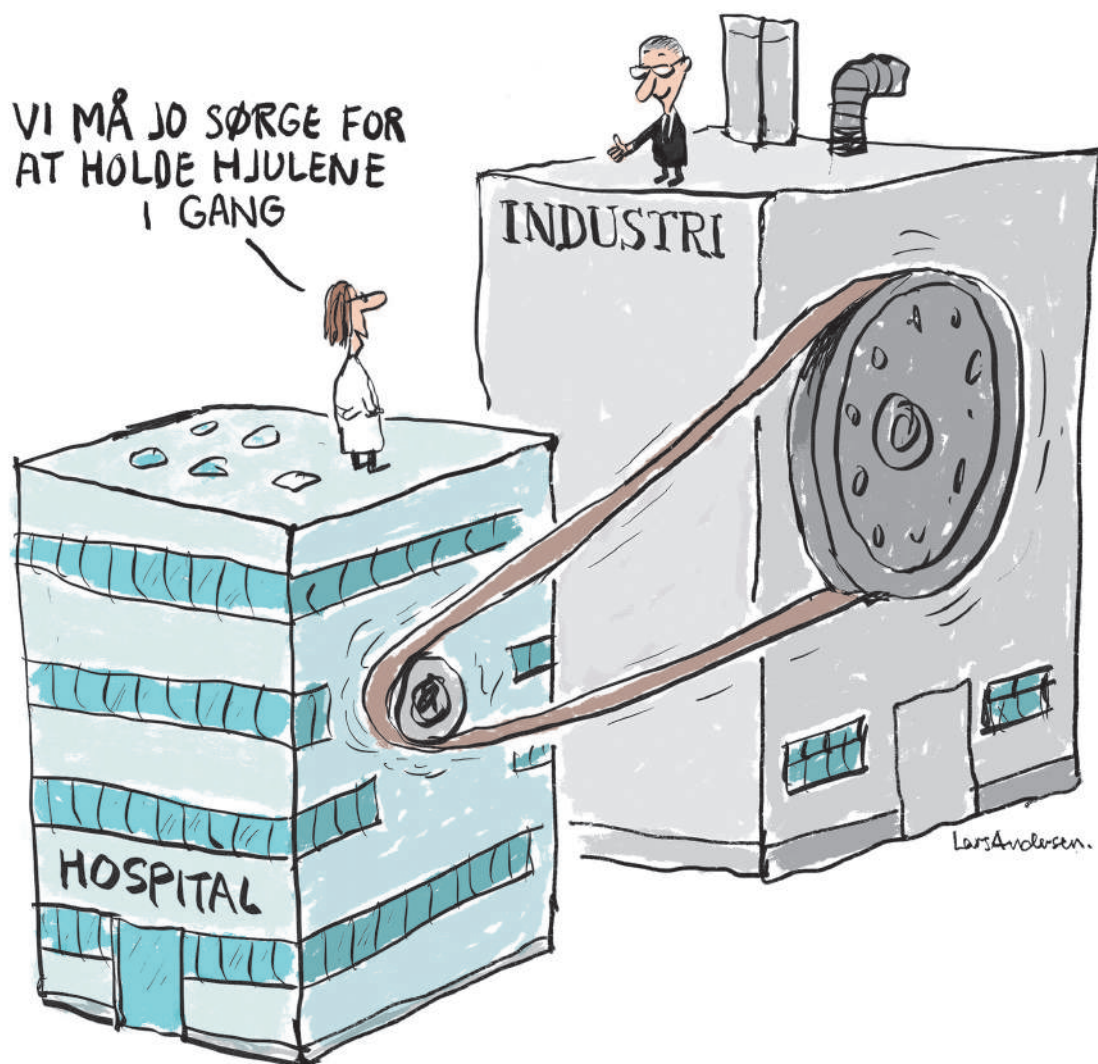
Det går
nærmest
modsat:
dårligere
dag for dag

Af Allan Linneberg
centerchef,
professor

Peter Bentsen
centerchef, adjungeret professor,
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden

OM DAGENS MEDICINS DEBAT

- Debatten redigeres af chefredaktør Rikke Esbjerg, tlf. 22 64 29 37. Debatindlæg sendes til: debat@dagensmedicin.dk.
- Et debatindlæg må være på maks. 4.000 anslag inkl. mellemrum, og redaktionen forbeholder sig ret til at redigere. Vedhæft gerne foto.
- Alle indlæg lægges på dagensmedicin.dk.
- Dagens Medicin optager ikke indlæg, som også er sendt til andre medier.



TEGNING: LARS ANDERSEN

Regioner og hospitaler som drivkraft i det danske life science-økosystem

Det er viden og mennesker, der driver udviklingen, og vi bør derfor have større regionale miljøer, der kan uddanne, tiltrække og fastholde sundhedsfagprofessionelle og forskere for at skabe det optimale styrkeforhold mellem offentlig og privat forskning i det danske life science-økosystem.

Det står mere og mere klart, at life science og udvikling af nye sundheds- og velfærdsløsninger vil få en stigende betydning i Danmark. Life science fylder mere og mere i det danske bruttonationalprodukt, og regeringen lancerede i maj en life science-strategi.

I vores øjne kommer de store regionale akuthospitaler til at blive vigtige motorer og drivkraft i den forskning og innovation, som skal drive life science-udviklingen. Hospitalerne er her helt centrale.

Ofte taler man om de tre ben:

forskning, uddannelse og behandling. Den største del af den danske offentlige sundhedsforskning foregår i sundhedsvæsenet, der også uddanner de sundheds- og fagprofessionelle i samarbejde med videns- og undervisningsinstitutionerne.

Endelig har hospitalerne patienterne, som er dem, det drejer sig om. Hospitalerne er også i høj grad med til at uddanne forskere og fagprofessionelle, der flyder ud i industrien, offentlige virksomheder og videns- og undervisningsinstitutioner, og her bidrager med forskning, udvikling og innovation.

Brændstoffet er uddannelse

Denne videns- og uddannelsesproduktion er afgørende brændstof for life science-industrien. Novo Nordisk er om nogen blevet et lokomotiv for dansk erhvervsliv og en stor og vigtig bidragsyder til dansk offentlig forskning gennem Novo Nordisk Fonden. Men ville Novo Nordisk have eksisteret i dag uden offentlig forskning og offentlig uddannelse af kvalificerede kandidater?

Vi tror det ikke, og det samme

kan siges om mange andre danske virksomheder.

Denne udvikling og dette fokus på hospitaler som vigtige omdrejningspunkter i life science-økosystemet ses også internationalt, bl.a. i USA med hospitaler som innovationshubs og i England med Academic Health Science Partners, hvor hospitalerne spiller en ledende rolle i at samle de relevante aktører inden for forskning, innovation, uddannelse og klinisk praksis.

Ressourcer 'flyder' også tilbage igen, enten som medarbejdere med ny viden eller i form af forsknings-samarbejder, nye teknologier og be-



Ville Novo Nordisk have eksisteret i dag uden offentlig forskning og offentlig uddannelse af kvalificerede kandidater?

handlinger eller som finansiering af offentlig forskning.

En del af økosystem

På denne måde er hospitalerne en del af et økosystem, der driver life science-udviklingen og er helt afgørende for udviklingen nu og i fremtiden. At vi i Danmark har et relativt nemt flow og tradition for godt samarbejde på tværs i dette økosystem, kan være en del af hemmeligheden bag den danske succes.

Det er her vigtigt at indtænke primærsektoren, ikke mindst i lyset af den igangværende opblødning af grænserne mellem primærsektor – praktiserende læger, hjemmepleje og kommuner – og sekundær sektor, dvs. hospitalerne. Der er brug for forskning og innovation i begge sektorer.

Måske er det her, de store landvindinger kommer i fremtiden. Data er meget afgørende for udviklingen.

Her tænkes f.eks. på de nationale danske registre som en unik ressource. Men der er også brug for datasystemer med kliniske data, der

kan fungere på tværs af sektorer – f.eks. praktiserende læger, kommuner og regioner – og geografi, dvs. mellem kommuner, regioner og sundhedsklynger.

Regioner som drivkraft

Hospitalerne drives af regionerne, og det er vigtigt, at regionerne udnytter deres gunstige position. Regionerne har også som opgave at sikre regional udvikling.

Dermed er de fem regioner helt centrale interessenter. Regionerne skal sikre borgernes interesser, og at life science-udviklingen kommer borgerne og samfundet til gode.

Regionerne bør overveje at styrke den tværfaglige sundhedsforskning. Styrke, samle og systematisere den kliniske forskning, især den del, der initieres og drives af de sundhedsfagprofessionelle – og som forbedrer klinisk praksis. Danske Regioner har f.eks. foreslået, at der bør oprettes fem strategiske forskningscentre for folkesundhed, ét i hver region.

Selvom industrien gerne indtager en drivende rolle i life science-



Selvom industrien gerne indtager en drivende rolle i life science-udviklingen, er det ikke sikkert, at den i alle tilfælde vil varetage danskernes interesser og helheden

udviklingen, er det ikke sikkert, at den i alle tilfælde vil varetage danskernes interesser og helheden.

Måske har vi i forhold til en given sundhedsudfordring mere brug for effektive løsninger og systemer til at kunne ændre borgernes sundhedsadfærd, livsstil og levevilkår end for udvikling af en ny type medicin? Der er også behov for forskning og udvikling i ikke-kliniske, non-farmakologiske og forebyggende løsninger.

En exceptionel position

Regionerne og hospitalerne har en

exceptionel position. De har patienterne, unikke sundhedsdata, de dygtige sundhedsfagprofessionelle medarbejdere og forskere, der sammen med undervisningsinstitutionerne driver størstedelen af den offentlige forskning i sundhed og sygdom. Der er brug for en større bevidsthed om denne gunstige position, og at den udnyttes mere proaktivt.

Hvordan kan man gøre dette?

Vi mener, at et vigtigt skridt er at styrke den regionale forskningsinfrastruktur, f.eks. gennem regionale forskningscentre for folkesundhed, sundhedstjenesteforskning, klinisk forskning m.m. Ellers risikerer man at miste styringen.

Det er viden og mennesker, der driver udviklingen, og vi bør have større regionale miljøer, der kan uddanne, tiltrække og fastholde de dygtigste sundhedsfagprofessionelle medarbejdere og forskere for at skabe det optimale styrkeforhold mellem offentlig og privat forskning i det danske life science-økosystem. ■




Systematisk efteruddannelse

Hindsgavl Slot

29. november, kl. 08:15-16:00

Patienten med svimmelhed



Aktiviteten skal styrke lægens viden om udredning af de forskellige typer af svimmelhed med gennemgang af relevante undersøgelsesteknikker i almen praksis, laboratorietest samt relevant billede diagnostik.

Aktiviteten skal styrke lægens viden om relevant visitation til andre speciallægekollegaer.

2. december, kl. 08:30-16:00

Patienten med hovedpine



Aktiviteten skal styrke lægens viden om udredning og behandling af de forskellige typer af hovedpine med gennemgang af relevante undersøgelsesteknikker i almen praksis, laboratorietest, eventuel relevant billeddiagnostik samt behandling i almen praksis.

Aktiviteten skal styrke lægens viden om relevant visitation til andre speciallægekollegaer.

Praktisk information

Målgruppe: Praktiserende læger og andre sundhedspersoner med interesse for emnet

Pris: 3.000 kr. ekskl. moms (3.750 kr. inkl. moms) pr. kursusdag. Disse kursuser er godkendt til refusion fra Fonden for Almen praksis.

Tilmelding på dagensmedicin.dk/konferencer, på tlf.: 72 42 34 68 eller mail tira@dagensmedicin.dk

Inkompetence er tilgiveligt, men ignorering af gentagne korrektioner er utilgiveligt

Af **Ulrich Fredberg**

Tidligere ledende overlæge og medlem af regionsrådet i Region Midtjylland for Venstre

Koncernledelsen i Region Midtjylland har i sagen om lavdosis CT-skanninger begået så mange fejl mod bedrevidende og trukket så mange lungekræftpatienter med i faldet, at det kun er et spørgsmål om, hvilke konsekvenser det skal have for de ansvarlige, skriver Ulrich Fredberg, tidligere ledende overlæge på Diagnostisk Center i Silkeborg, der blev fyret som følge af sagen.

Ulrich Fredberg er kandidat til regionsrådsvalget 2021 i Midtjylland for Venstre.

Der er i øjeblikket et betydeligt fokus på at forbedre de praktiserende lægers mulighed for at stille hurtigere diagnoser ved kræft ved at give dem bedre muligheder for at henvise til de relevante og nødvendige undersøgelser på sygehusene.

Den officielle forskningsinstitution VIVE omtaler dette i en kronik i Dagens Medicin 29. oktober og konkluderer, at der er lang vej fra vision til virkelighed.

Hurtigere diagnoser giver bedre prognose og reducerer ressourceforbruget på sygehusene.

Flere steder i landet, bl.a. i Silkeborg, fik de praktiserende læger som led i den tidligere regerings 'Jo før – jo bedre'-plan mulighed for at henvise patienter til en lavdosis CT-skanning i stedet for den usikre røntgen af lungerne, der overser alt for mange af de tidlige lungekræfttilfælde, som kan helbredes.

Resultaterne var så gode, at ordningen på landsplan kunne redde flere hundrede lungekræftpatienters liv hvert år.

Tilbud stoppet af koncernledelse
I 2020 stoppede hospitalsledelsen i Viborg (dvs. Claus Brøckner, Thomas Balle og Mette Fjord) med

opbakning fra koncerndirektør Ole Thomsen og regionsrådsformanden Anders Kühnau (S) tilbuddet med begrundelsen, at 'alle med selv mindste mistanke om lungekræft skal henvises til lungekræftpakken med en CT-skanning med kontrast' (der er langt mere ressourcekrævende og med en ca. ti gange forøget risiko for strålingsbetinget kræft).

Ledelsen anså det derfor for en brist i patientsikkerheden, at der blev anvendt lavdosis CT i stedet for røntgen som tidligere.

Ekspert og praktiserende læger påpegede straks, at en minimal mistanke om lungekræft er til stede hos alle rygere og hos folk med hverdagssymptomer som hoste, åndenød, skuldersmerter og meget mere, og at de naturligvis ikke alle skal i lungekræftpakkeforløb. Koncerndirektørens fortolkning var en åbenlys misforståelse.

'Minimal mistanke'

Koncerndirektøren vendte imidlertid det døve øre til de mange advarsler og genindkaldte uden faglig grund mere end 100 patienter til en ekstra CT-skanning, skønt sandsynligheden for at finde lungekræft var den samme som risikoen for at påføre en strålingsbetinget kræft. Det sidste blev patienterne ikke informeret om.

En ledende røntgenoverlæge i Randers påviste, at for over 50 pct. af alle henviste til røntgen af lungerne var der 'en minimal mistanke om lungekræft', hvilket blev bekræftet af andre læger på flere af de øvrige sygehuse.

Det ville betyde, at titusindvis af patienter skulle genindkaldes, hvilket naturligvis var helt urealistisk, da det ville kræve et stort tocifret antal ekstra CT-skannere. Randers-overlægen blev efterfølgende fyret, så ingen af de øvrige læger ønskede at stå offentligt frem med resultaterne fra de andre sygehuse.

Koncerndirektøren havde rådført sig med en specialist, der flere måneder senere anførte, at han var 'blevet misforstået' og 'kun kendte til sagen fra aviserne', og at 'ikke alle med mindste mistanke om lun-



FOTO: REGION MIDTJYLLAND

gekræft skulle henvises til lungekræftpakken'.

Det samme pointerede Sundhedsstyrelsen og Søren Brostrøm i Morgenavisen Jyllands-Posten 5. august:

»Men vores undersøgelseskapacitet er presset, og vi kan ikke bare åbne sluserne for f.eks. CT-skanninger, som er både dyre og på grund af en høj dosis stråling potentielt udsætter patienten for en risiko,« sagde Brostrøm til avisen, hvilket den fyrede røntgenoverlæge fra Randers jo allerede havde dokumenteret.

Kan naturligvis gradbøjes

Så alle argumenterne for at stoppe det succesrige tilbud til de praktiserende læger om at erstatte røntgen af lungerne med lavdosis-CT efter individuel vurdering er faldet helt til jorden: Mistanke kan naturligvis gradbøjes. Og alle med mindste mistanke skal naturligvis ikke henvises til lungekræftpakken.

Der er hverken kapacitet til, faglig indikation for eller sund fornuft i at henvise alle 'med mindste mistanke om lungekræft' til lungekræftpakken med CT-skanning med høj stråledosis.

Førende internationale eksperter anbefaler, at henvisning til lavdosis CT sker efter patientens egen læge

har lavet en individuel helhedsvurdering af patienten på baggrund af lægens undersøgelse og kendskab.

Foruden rygerstatus og alder indgår der i vurderingen også andre sygdomme, restlevetid, dispositioner for lungekræft, psykisk status og flere andre relevante parametre.

Skandale bør have konsekvenser

Det er derfor uden for enhver tvivl, at der i løbet af kortere tid vil blive indført lavdosis CT-skanninger i langt større omfang i Danmark – i lighed med alle andre verdensdele i øvrigt.

Inkompetence er tilgiveligt. Ignorering af gentagne korrektioner af inkompetencerne er til gengæld utilgiveligt.

Denne forvaltningsskandale forstærkes af, at den med overvældende sandsynlighed har kostet adskillige patienter livet.

Anders Kühnau gik pga. inkompetent rådgivning og trods utallige advarsler fra lokale fagfolk og nogle af verdens førende eksperter om, at isen ikke kunne bære, alligevel ud på isen. Og gik igennem.

Desværre trak han flere lungekræftpatienter med sig i faldet.

Det eneste spørgsmål der står tilbage er: Hvilke konsekvenser skal det have for de ansvarlige? ■



Denne forvaltningsskandale forstærkes af, at den med overvældende sandsynlighed har kostet adskillige patienter livet

Strategisk innovation kan hjælpe et presset sundhedsvæsen



Af Bjarne Dahler-Eriksen

lægelig direktør,
Odense Universi-
tetshospital

De politiske ønsker, se-
nest regeringens udspil
om nærhospitaler, om at
bringe sygehusbehandling
tættere på borgeren er en
ambition, vi deler. Med in-
novation og digitale tilbud
kan vi rykke behandlingen
helt tæt på – i mange
tilfælde helt hjem til den
enkelte borger. Men det
kræver investeringer i in-
novation og risikovillighed
til at gå nye veje, skriver
Bjarne Dahler-Eriksen, læ-
gelig direktør på OUH.

Vi har i Danmark et enormt kom-
petent, veluddannet og på mange
måder toptunet sundhedsvæsen
– og høje ambitioner, så vi også i
fremtiden har et sundhedsvæsen i
topklasse. Men der er også pres på.

Vi mangler plejepersonale, og vi
ser ind i en fremtid med flere ældre
patienter og flere borgere, der lever

længere med kroniske sygdomme.
Strategisk innovation og sundheds-
teknologi er en del af løsningen på
den tilsyneladende gordiske knude.

Innovation ikke automatisk

På OUH og i Region Syddanmark
har vi en solid portefølje af innova-
tionsprojekter, der er blevet en del
af daglig drift på et eller flere hospi-
taler i Syddanmark, nogle endda i
hele Danmark.

For eksempel har vi i Region Syd-
danmark den fælles app 'Mit Syge-
hus' for alle hospitaler og forløb i
regionen. Det betyder, at patienter
og personale kun skal forholde sig
til én teknologi, og vi kan under-
støtte den administrativt i forhold
til drift og support. Et andet eksem-
pel er Sundhedsstyrelsens nye app
'Mine knogler' til folk med osteopo-
rose, som er en videreudvikling af
Pernille Ravn Jakobsens ph.d.-pro-
jekt på OUH.

Det er gode eksempler på, at det
kan lykkes at udbrede og opskalere
vellykket innovation og forskning.

Men det er ikke noget, der sker af
sig selv, og alt for ofte kæmper for-
skere og innovatører for at komme
videre fra projektstadiet. Vi skal

holde hånden under dem og hjælpe
de gode projekter videre, så vi også
i fremtiden har et sundhedsvæsen i
topklasse.

Det gør vi blandt andet ved at
give nogle rammer for projekter, en
strategisk retning og ikke mindst
muligheden for at få hjælp til alt fra
fundraising og projektledelse til eva-
luering og implementering. Og så har
vi mod. Mod til at investere tid og
ressourcer og ikke mindst mod til at
fejle. For vi må acceptere, at ikke alt
lykkes i første hug, når vi arbejder
med at transformere vores service.

Til gengæld får vi et hospital og
et sundhedsvæsen, der sætter pa-
tienten først. Et sundhedsvæsen,
som udnytter potentialet i ny tek-
nologi og den høje grad af digitali-
sering, som vi har i Danmark.

Man skal fejre sine succeser

På Odense Universitetshospital
arbejder vi på højtryk for at vide-
reudvikle vores tilbud, og vores
personale gør et stort arbejde for at
udvikle daglig drift med innovative
ideer og nye løsninger, så patien-
terne til stadighed oplever bedre
behandling i tråd med den teknolo-
giske udvikling.

Man skal fejre sine succeser, og
vi holder hvert år en Innovations-
dag for at fejre de mange ideer, som
sættes i søen på sygehuset. På Inno-
vationsdagen fejrer vi de gode ideer,
nye projekter og ihærdige medar-
bejdere, der stræber efter at finde
nye løsninger og arbejdsgange, der
gør det lidt lettere at være patient.

I år er ingen undtagelse, og 1.
november havde vi endnu en gang
fornøjelsen af at se eksempler på in-
novation fra hele hospitalet, blandt
andet en digital tilmeldingsplat-
form til fertilitetsbehandling, en
app til onboarding og kompeten-
ceudvikling, sanseoplevelse ved
opvågnen efter operation og selvad-
ministration af kræftbehandling.

Gode ideer har vi nok af, og vi
hilser ambitioner og investeringer
om sundhed og behandling tættere
på borgerne velkommen. Men vi
kan ikke tilbyde behandling tæt på
patientens hjem og i den nuværende
høje kvalitet ved hjælp af nye byg-
ninger og fysisk nærhed alene. At
bevare et sundhedsvæsen i topklas-
se kræver investeringer i strategisk
innovation og ny teknologi. ■

Lægedækning

Fordelingen af uddannelsesstillinger bør være fleksibel

Af Søren Prins
praktiserende
læge og postgra-
duat klinisk lektor

Nej tak til topstyringen i
regeringens udspil, men ja
tak til ideen om nærhospi-
taler med attraktive fag-
lige miljøer, skriver Søren
Prins, praktiserende læge i
Silkeborg.

Alle er enige om, at vi skal have
løst problemet med, at der er for få
praktiserende læger i visse områ-
der.

Regeringens udspil 'Tættere på
II' rummer flere gode tiltag, men
desværre også en gentagelse af til-
tag, som tidligere har virket stik
imod hensigten. Samtidig er dele af
forslaget, som omhandler special-
lægeuddannelsen i almen medi-
cin, indrammet i en kedelig tone af
tvang.

Specielt skal man være varsom
med at tro, at en flytning af ud-
dannelsespladser fra mere popu-
lære områder til områder langt
fra universitetsbyerne i sig selv vil
medføre flere læger i udkantsområ-
derne, idet erfaringen viser, at det
kan ende med, at vi bare får færre
speciallæger i almen medicin.

I konkurrence med andre

I Region Midtjylland havde vi en
længere årrække fra 2007 til midt i
10'erne en meget skæv fordeling af
uddannelsesstillinger, så der – set i
forhold til befolkningstallet – blev

opslået langt flere uddannelsesstil-
linger i almen medicin i Vest- og
Midtjylland sammenlignet med
Østjylland og specielt Aarhus.

Men selvom vi år efter år sad
med to-tre gange så mange ansø-
gere, som der var stillinger, var der
alligevel ved hvert opslag ubesatte
stillinger i Vestjylland.

Hvorfor? Fordi mange af lægerne
fandt det lige så attraktivt at være i
et andet speciale end almen medicin
og derfor søgte det fremfor at skulle
flytte familien langt væk til noget,
som de ikke fandt attraktivt nok.

Resultatet blev en kæmpe pukkel
af ubesatte stillinger, og den samle-
de produktion af speciallæger i regi-
onen blev for lille, så lægemanglen
bredte sig til Østjylland og helt ind
i centrum af Randers og Horsens.
Her ville det ellers ikke have været
noget problem at få besat uddannel-
sesstillinger, hvis vi havde valgt en
mere ligelig fordeling set i forhold
til befolkningsgrundlaget.

Andre muligheder end tvang

Forsøg på at tvinge lægerne til Vest-
jylland ved at gøre det svært at få
en uddannelsesstilling i Aarhus vil
derfor givetvis slå fejl.

Men heldigvis er der andre tiltag
i værktøjskassen.

Det, vi ved fra undersøgelser om
lægers specialevalg, er, at jo læn-
gere tid man bruger i almen praksis
under lægestudiet, og jo tidligere
det sker, jo større er sandsynlighe-
den for, at lægerne vælger specia-



I Region Midtjylland er vi tæt på at kunne
besætte 100 pct. af uddannelsesstillin-
gerne i almen medicin i hele regionen

let. Og jo mere og tidligere man får
kendskab til sundhedsvæsenet i de
mindre byer, jo større bliver appe-
titten på at flytte dertil, især hvis
man møder inspirerende faglige
miljøer og attraktive forhold.

Derfor er det glædeligt, at re-
geringen har sat penge af til de
såkaldte nærhospitaler, som for-
håbentlig kan bruges til at skabe
attraktive faglige miljøer i tæt sam-
arbejde med lokale kræfter med det
formål at understøtte familielæger-
nes arbejde for patienterne.

Fleksibilitet er vejen frem

Men det er lige så afgørende at
huske, at de fleste læger har en fa-
milie, som skal flytte med og trives,
hvis det skal lykkes, så hjælp til
bolig, børnepasning, jobmuligheder
til ægtefæller mv. skal der være styr
på, hvilket kræver en koordineret
indsats med kommunerne og andre
aktører.

I Region Midtjylland er vi tæt på at
kunne besætte 100 pct. af uddan-
nelsesstillingerne i almen medicin
i hele regionen, men det resultat er
ikke opnået ved brug af tvang.

I stedet for en firkantet model
med at opslå stillinger, som der med
stor sikkerhed ikke er nogen ansø-
gere til, er der behov for en fleksibel
model, hvor man i den enkelte re-
gion hurtigt kan flytte uddannel-
sespladser til udkantsområderne og
evt. oprette ekstra pladser, så snart
der er udsigt til at få dem besat.

Målet skal være, at vi altid kan
tilbyde kvalificerede ansøgere en
uddannelsesstilling i de lægedæk-
ningstruede områder, uden at det
medfører en større nedgang i det
samlede antal nye speciallæger.

Det kræver en fleksibel ordning,
hvor dem, der er tæt på udviklin-
gen, kan justere placeringen løben-
de. ■

karriere & kultur

»Spørg mig om hvad som helst, så den coping mechanism, jeg har op



Selvfølgelig har der været momenter, hvor jeg har været glad, men der har også været mange aftener, hvor jeg var ked af det og frustreret, fordi der var for meget larm inde i lejligheden

Cecilie Refsager, læge



Foto: Joachim Rode

Cecilie Refsager er ved at uddanne sig som praktiserende læge, hun er mor, teaterentusiast, hustru, og så er hun autist. Hele livet har hun følt sig anderledes, men først i forsommeren blev hun som 38-årig diagnosticeret, og nu vil hun bryde tabuet og stigmatiseringen. Ikke kun for sin egen skyld eller for at rydde vejen for sin søn, der har samme diagnose. Men også for alle dem, der gerne vil være mere åbne, men bliver holdt tilbage af frygt for fordomme.

Af Britt Lindemann

På reposen uden for den lille lejlighed på 4. sal på Nørrebro har Cecilie Refsager tilbragt mange aftener opløst i gråd. Splittet mellem sit eget behov for ro og samværet med familien. For da først en søn og siden en datter kom til og larmede og skabte den slags kaos, som kun børn kan, blev hendes tålmodighed strakt alt for tynd.

»Jeg var ikke glad i mange år ... Nu siger jeg, 'siden min søn blev født', og det lyder rigtig grimt. Men det har været nogle svære år for mig og for os som familie. Selvfølgelig har der været momenter, hvor jeg har været glad, men der har også været mange aftener, hvor jeg var ked af det og frustreret,

fordi der var for meget larm inde i lejligheden, og jeg skulle have ro i hovedet. Og så sad jeg ude i trappeopgangen alene og græd om aftenen i stedet for at være sammen med min familie. Jeg synes heldigvis, at det er blevet meget bedre,« siger Cecilie Refsager.

Hun er blevet klogere på sig selv og sine reaktioner på verden, og nu vil hun gerne gøre verden klogere på dem, der ikke er helt ligesom alle de andre. Derfor står aftabuivering øverst på den mentale prioriteringsliste, da hun inviterer Dagens Medicin indenfor til en snak.

Gemte sig bag søns diagnose

Til hverdag er hun uddannelseslæge i fase tre, og hun bliver færdiguddan-

net som speciallæge i almen medicin i slutningen af 2022. Hun har været lidt længere tid undervejs end de fleste, fordi hun for nogle år siden søgte om og fik bevilget at kunne fortsætte sit uddannelsesforløb på deltid. Officielt, fordi hendes hendes førstefødte er diagnosticeret med autisme og har særlige behov.

»Men jeg kan jo godt se, at det også var mit behov at få mere plads til mig selv, så jeg ikke skulle ende mine aftener ude på trappeopgangen,« siger Cecilie Refsager.

Hun beskriver sig selv, som en 'pige med det højeste snit i gymnaset', og selvom hun altid har haft brug for at kompensere for følelsen af at være lidt anderledes end de andre, stiller hun tårnhøje krav til sig selv. Det var svært at skulle indrømme, at hun ikke kunne klare både hoveduddannelse og familieliv på fuld tid.

»Men så havde jeg jo min søn at hænge det op på, ik'? Det var jo også det, jeg sagde til folk: 'Det er, fordi jeg har en søn derhjemme, der er autist'. Og det var sådan set ikke forkert, men senere har jeg måttet indse og indrømme, at det lige så meget handlede om mit eget behov,« siger Cecilie Refsager.

Og det behov er der flere gode grunde til: I forsommeren fik Cecilie Refsager nemlig sat navn på lydfølsomheden, det store behov for hvile, alle sine mange systemer og udfordringerne med at trives i det kaos, som en børnefamilie kan være: autisme.

Altid anderledes

Det kan lyde som en kliche, men Cecilie Refsager har altid følt sig anderledes. Tidligere tilskrev hun sit behov for at sortere alting i kasser sin opvækst i en kristen familie med tilknytning til en frikirke. Det var en helt naturlig forklaring på, at sociale sammenhænge ofte drænedes hende, og at hun havde så svært ved at forstå spillereglerne, for hun var jo vant til, at ikke-kristne var noget, man 'skulle passe lidt på, fordi de kunne finde på at være uforudsigelige og lidt farlige'.

I skolen var Cecilie Refsager at finde med næsen begravet i en bog, mens de andre børn indtog skolegården. Hun trivedes fagligt, så det var først, da hun som 24-årig begyndte på medicinstudiet, at hun oplevede at skulle kæmpe med sin natur.

har jeg et system. Det er en del af bygget for at kunne håndtere livet»

»Jeg syntes, at det sociale var svært. De andre kendte hinanden, da jeg startede, fordi de havde været på en rustur, som jeg ikke kunne overskue at deltage i. Det var svært at finde ud af, hvor jeg kunne passe ind, og jeg var ikke rigtig med i basisgrupperne. Jeg ville bare gerne det faglige, så jeg kom til forelæsnin-gerne, og så tog jeg hjem igen,« siger Cecilie Refsager.

Undervejs fandt hun dog sammen med en lille gruppe, der blev venner. Men medicinstudiet var ikke den oplevelse af at finde sin plads i ver- den, som andre omkring hende hav- de. Hun gjorde ikke væsen af sig på gangene, og hun sad altid ved bordet længst væk i et hjørne af læsesalen for at få mest mulig ro.

»Jeg syntes ikke, at det var let at finde min plads. Det var ikke, for- di jeg mistrivedes, det var bare ikke ... jeg var nok lidt ved siden af alle de andre. Sådan følte jeg det i hvert fald,« si- ger hun.

For første gang i sit liv oplevede Cecilie Refsager, at det faglige ikke bare kastede 10- og 12-taller af sig, men i stedet gav sved på panden, inklusiv det allerførste 2-tal. Det var ikke kun det sociale, der var en udfordring.

»Fagligt blev jeg udfordret helt ekstremt meget, og jeg havde meget travlt med at læse. Jeg har aldrig no- gensinde haft svært ved at tilegne mig stof på den måde, så selvom jeg klarede den uden at skulle til re-eks-amen, var det hårdt,« siger Cecilie Refsager.

Det var stolthed og de patienter, der ventede efter bacheloren, der på Københavns Universitet er meget fo- kuseret på det akademiske, der fik hende igennem alligevel.

Ikke det logiske valg

Cecilie Refsager siger selv, at almen medicin måske ikke er det mest in- tuitive valg for en læge med autisme, men som det ofte går, kom det til at handle om tilfældigheder.

BLÅ BOG

Cecilie Refsager, 38 år

- Bor i en lejlighed på Nørrebro sammen med sin mand, Michael, en datter på 5 år og en søn på 10 år.
- Arbejder 25 timer om ugen i praksis. Synger i kor, interes- serer sig for teater og har en Instagram-profil, hvor hun deler livet som læge, mor og tanker om autisme

»Egentlig havde jeg *fuldstændigt* afskrevet almen praksis, fordi jeg havde været et rigtig dårligt sted, da vi havde to uger i praksis på kan- didaten. Men så kom jeg i KBU i en praksis i Kokkedal, og derude ople- vede jeg så, hvordan almen medicin også kan være. At have de samme patienter og se dem flere gange af forskellige årsager. Det syntes jeg var vildt fedt, og jeg oplevede, at jeg var god til det og havde en ret god kontakt med patienterne. Den me- get firkantede ramme, hvor jeg vid- ste, hvad jeg skulle lave hver dag, møde kl. 8 og gå hjem kl. 16. Det var virkelig rart. Gode arbejdsforhold og en patientkontakt, jeg også var rigtig glad for,« siger Cecilie Refsager.



Jeg syntes, at det sociale var svært. De andre kendte hinanden, da jeg startede, fordi de havde været på en rustur, som jeg ikke kunne overskue at deltage i

Cecilie Refsager, læge

Du siger ‘firkantede rammer’, men i almen praksis skal man jo kunne lidt af det hele, og man ved aldrig, hvad patientens mavesmerte bety- der, så hvordan håndterer du det?

»Jeg laver systemer for alting. Spørg mig om hvad som helst, så har jeg et system – det er en del af den coping mechanism, jeg har opbygget for at kunne håndtere livet. Det har jeg også i forhold til patienterne, og det jo alligevel ret firkantet, for når man har taget anamnesen, peger det jo i en retning. Så er det rigtig nok, at patienterne tit har dørhåndtags- spørgsmål, hvor de på vej ud af dø- ren også lige spørger, men de fleste ting i almen praksis kan godt vente to eller tre uger, så jeg synes egentlig, at det *er* firkantet.«

Hvad ved patientkontakten er anderledes end andre ‘sociale’ sam- menhænge?

»Det er mig, der styrer. Jeg har an- svaret for konsultationsprocessen, jeg ved, hvor vi skal hen, og jeg kan sige farvel og slutte af. Så jeg kan sagtens sidde med en patient og have en god samtale uden nogen proble- mer, så længe jeg har min struktur: en indledning, en anamnese og en afslutning. Til gengæld kan jeg godt have det svært nogle gange, når vi skal spise frokost, for der er den so- ciale sammenhæng lidt mere løs, og der bliver talt om mange forskellige ting i forskellige samtaler på hver sin side af bordet. Så zoomer jeg nogle gange lidt ud.«

Cecilie Refsager har et helt livs er-

faringer med at opbygge systemer, der får hendes hverdag til at hænge sammen. Alle scenarier er gennem- spillet i hovedet, og det er hende, der altid kommer en halv time for tid- ligt, fordi ét af systemerne er, at hun altid skal have tid til at håndtere det uforudsete.

Valgte at stå frem

Da diagnosen endelig blev stillet, var Cecilie Refsager også forberedt, selvom det var noget af et kontroltab undervejs.

»Jeg har altid haft et billede af mig selv som den, der holdt sammen på familien, men det kan man jo ikke, hvis man er autist? Men der blev jeg klogere, og det med at holde sammen på familien handler nok i virkeligheden mest om mit behov for kontrol, kan jeg se i dag,« siger Cecilie Refsager.

Hendes blik strejfer det store ur på køkkenvæg- gen for tredje gang på lige så mange minutter. Det er sikkert ubevidst, men et af hendes systemer er blevet aktiveret, for om en time kommer hendes søn hjem, og selvom hun har sat god tid af til interviewet, er hun opmærksom på det.

Og med sine systemer har hun fået en hverdag stykket sammen, så de fleste bliver overrasket, når hun for- tæller, at hun er autist.

Hun havde ikke behovet at sige det til nogen, men alligevel satte hun sig en septemberdag til tastaturet og skrev på sin Instagram-profil, ‘dok- tormor’, hvor hun har 634 følgere og en åben profil, som alle kan læse med på:

»Der er sket noget nyt og stort i mit liv, som jeg gerne vil fortælle om. Det er lidt med bævrende hånd, at jeg skriver dette opslag, for lige så snart jeg fortæller, hvad det handler om, vil der myldre en masse fordom- me frem, uanset om man vil eller ej. Sagen er den, at jeg er autist ...«

Vil bryde tabuer

Selvom diagnosen stadig er ny for Cecilie Refsager, er fordommene og stigmatiseringen det ikke. Både mennesker med psykiatiske lidelser og dem, der med et lidt udskældt ord er neurodivgerende, møder dem hele tiden. Det vil hun gerne gøre sit til at ændre.

»Det stereotype billede af en autist er ofte en infantil autist uden sprog med lav intelligens og uden so- ciale færdigheder, og det billede kan jeg godt være nervøs for. Også ved at stille op til det her interview. For stereotypen lever i bedste velgæn- de, også hos læger og psykiatere, der måske ikke interesserer sig særlig meget for autisme. Det er vigtigt for

mig at bryde tabuet og starte samta- len, for det skal være okay at tale om og okay, at der for eksempel bliver taget særlige hensyn,« siger Cecilie Refsager.

Er du bange for konsekvenserne ved at stå frem med din diagnose?

»Ja, det er jeg da helt sikkert ... Men jeg er ikke så bange, at jeg ikke har lyst til at snakke om det.«

Hvad er det værste, der kan ske, når denne her artikel udkommer?

»Det værste, jeg kunne forestille mig, der sker, er, at jeg bliver fravalgt til et arbejde pga. min diagnose. Men så tænker jeg også, at hvis det sker, så var det måske heller ikke et sted, jeg havde lyst til at arbejde.«

Og hvad med de patienter, der nu kan google sig frem til det?

»Jeg har selvfølgelig tænkt over det. Men patienterne må sådan set gerne finde ud af det, det er jeg ikke bange for. Jeg er ikke bange for at tale med folk om det. Og hvis de først har mødt mig, og vi har skabt en re- lation, tror jeg ikke, at problemet vil være særlig stort. For nogle kan det endda være relationsfremmende, at de ved, at de kommer op til en læge, der forstår, hvordan det er at være anderledes.«

»Der kan være nogle situationer i almen praksis, hvor jeg oplever, at kommunikationen bliver svær, hvis jeg ikke får greb om problemstil- lingen. Og af og til går noget skævt, uden at jeg forstår, hvad der er sket. Det har jeg da tænkt nok skyldes autismen, men så taler jeg med mine kolleger og så viser det sig, at nøjag- tigt det samme sker for dem. Man kan sagtens være autist og en god læge.«

FAKTA

Cecilies ønsker til omverdenen:

- Vær ikke bange for at spørge ind til autisme eller andre psy- kiatiske diagnoser.
- Vær nysgerrig og åben over for, hvad det kan give af både fordele og ulemper hos din kollega, ven, studiekammerat, eller hvem du end møder, der er ‘neurodivgerende’.
- Vær opmærksom på, at autisme er et spektrum og ikke en lineær skala, hvor man er enten ‘meget’ eller ‘lidt’ autist. Det er en cirkel, hvor man kan slå ud på forskellige måder på forskel- lige tidspunkter alt efter situa- tion og overskud.
- Vær rummelig og find ud af, hvordan andre fungerer bedst, hvad enten det handler om sociale eller arbejdsmæssige sammenhænge.

Indryk ferieboligannoncer: ferieservice@dagensmedicin.dk

ANDALUSIEN: Maurisk palacette i Granadaprovinsen med bjergudsigt 5. km fra Middelhavet. En enestående oplevelse venter i en uforstyrret spansk pueblo når man indlogerer sig i Det Blå Skærs Hus. I alt 450 m², der er som taget ud af 1001 nats eventyr. Udendørs kan man nyde ophold i en Hammam med rindende springvand og duft fra hængende haver. Nyd en uddybende gennemgang på www.andalucia.dk eller i TV-serien Mit Luxushus på Tv2-Plus. Priser fra 1300 €/uge Kontakt: morten@frb-vinhandel.dk Tel:28342029

ser). Er beliggende i hyggeligt og roligt område på Samsø, med blot 150 m til havet. 4 soveværelser, 2 badeværelser, tv og wifi. Slutrengøring er inkluderet i pris. 9000 kr. pr. uge. Kontakt vdr. nærmere information : 40782616 eller lppl@dadlnet.dk

Vesterhavet, Svinkløv/Jammerbugten. Skønt stort stråttækt sommerhus i lyngklædt natur tæt ved havet udlejes. 8 sovepladser (4 værelser), spise og pejsestue. Huset rummer alle moderne faciliteter. Adgang til fælles indendørs og udendørs pool, tennisbaner, legeplads m.m. Se huset på www.bj-sommerhus-udlejning.dk. Huset udlejes i ugerne: 15-28. Priser fra 5000-11.000kr. pr. uge. E-mail: jensa@post.tele.dk, Tlf. 21760988

Sydfrankrig/Provence ved middelhavskysten. Veludstyret 3 værelses lejlighed i Ste. Maxime/Les Issambres udlejes. Swimmingpool og børnepool. Gåafstand til middelhavet (400m t sandstrand). Roligt, børnevenligt område med bedste beliggenhed på kyststrækningen mellem St Tropez/Ste. Maxime og St. Raphaël/Frejus. Pris pr uge 2500-5650kr inkl. gratis Wifi. Kontakt: John Tygesen, 40301511 eller john.tygesen@dadlnet.dk

Lækkert sommerhus, Samsø. Stort og lækkert arkitekttegnet sommerhus med plads til 2 familier (8-9 soveplad-

tygesen@dadlnet.dk LEDIGE UGER 26-27-28 OG I AUGUST M.M.www.lejlighedisydfrankrig.dk

Udlejes: Hus i Sydfrankrig. Charming 3 etagers hus i landsby ved foden af Pyrenæerne udlejes. 8 sovepladser, fuldt udstyret køkken, to badeværelser, tagterrasse med bruser og grill. Beliggende 1,5 times kørsel fra Girona lufthavn i Paziols, en lille landsby med veludstyret dagligvarebutik, vinhandel. Hyggeligt badebassin (flod) i gåafstand. Gode muligheder for vandreture, cykelture (cykler til fri benyttelse). Se billeder på www.paziols-rue-longue.com. Henvendelse 40304121/27622248

Feriehus ved Venø bugt. Plads til 8 prs. 3 dobbeltsenge og 2 enkeltssenge. 65+20 kvm på en stor 2800 kvm lukket grund. 500 m til stranden. Opvaskemaskine + vaskemaskine. Pris: 3000 kr. pr uge ekskl. el og vand. Ikke ledigt uge 30-33. Tlf.: +4540124818 eller pbn@dadlnet.dk

Nyistandsat og autentisk sommerhus i Lild Strand med panoramaudsigt over havet og klitterne. Fantastisk beliggenhed kun 200 meter fra Vesterhavet. Perfekt til sommerferien i Danmark med flot natur, friske fisk og en unik beliggenhed. Huset har 4 værelser, 2 badeværelser, to rummelige stuer samt køkken. Der er en stor terrasse med udsigt over havet. Maximum 8 personer. Pris 10.000 DKK - 12.000 DKK. Kontakt 40791514, abv@godmail.dk

Luksusommerhus i Ebeltoft med panorama havudsigt. Nybygget moderne sommerhus med fantastisk beliggenhed ud til vandet og i gåafstand til indkøb og Ebeltoft. Perfekt til sommerferien i Danmark. Huset har 5 værelser, 3 badeværelser, stor og rummelig stue med køkken og sofabgruppe, bryggers og en hems med et mindre værelse og stue. Der er en stor terrasse med udsigt over havet samt mindre solterrasser. Maximum 10-12 personer. Pris 15.000 - 20.000 DKK pr. uge. Kontakt 40791514, abv@godmail.dk

Fanø Feriehus. 1800m² let kuperet naturgrund. Petanque, bålsted, grill. 70m² terrasse/12m² overdækket, P v/huset. 130m² hus fra 2000. 2 værelser m/dobb seng, 1 værelse m/2 enk seng + barneseng 2 badeværelser+sauna. Bryggers, køkken alrum. Alle moderne hj.midler. Store stue arealer, brændeovn, varmepumpe + solvarme. Klinkegulve m/varme. TV/DVD/CD/Wi Fi. Golfbane/fin sandstrand: 1,2 km, Færge: 1,7 km. ingen rygning/husdyr, Pris Kr 600-1200/dag excl forbrug. Incl. slutreng. Henv. ingridlut@gmail.com /30267252



Du kan ikke blive læge på Fejø.... Men du kan blive nabolæge i Horslunde

I 2020 rekrutterede Region Sjælland ved stor mediebevågenhed et lægepar til Fejø.

Funktionen som ø-læge kan vi derfor ikke tilbyde, men vi kan til gengæld tilbyde dig at blive nabolæge i Horslunde.

Horslunde ligger på det nordvestlige Lolland kun 10 min i bil fra færgelejet til Fejø. Der er dermed mulighed for at få et lægeliv, hvor du gør en verden til forskel for dine patienter og samtidig kan du bo billigt og idyllisk i nærområdet.

Den faglige sparring kan du få ved at etablere kompagniskab eller delepraksis, men også ved samarbejde med områdets øvrige læger.

Fakta om mulighederne i Horslunde:

- Der kan 1. maj 2022 overtages 2 kapaciteter og ca. 2.000 patienter
- Der kan etableres delepraksis uden ansøgning, så I kan være op til fire læger, der deler 2 kapaciteter
- Regionen yder hjælp til etablering

- Der gives ekstra honorering grundet differentieret basis-honorar
- Der er et godt kollegaskab blandt områdets læger
- Der er mulighed for at leje eksisterende kliniklokaler

Vi kan ikke få alt med i denne annonce, så kontakt Bente Christiansen 51 71 50 77 / bc@regionsjaelland.dk, eller Pia Drostgaard 93 57 03 60 / pdo@regionsjaelland.dk, hvis du har spørgsmål eller brug for sparring i forhold til etablering og organisering.

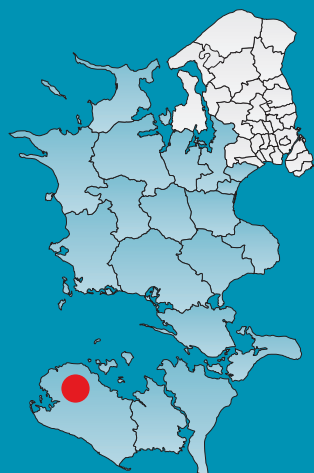
I Region Sjælland strækker vi os langt for at imødekomme jeres ønsker om det gode lægeliv.

Ved valg mellem flere ansøgere vil der blandt andet blive lagt vægt på kontinuitet i patientbehandlingen, og de andre principper for tildeling af lægekapaciteter, som er vedtaget Praksisplanudvalget.

Ved ansøgning om kapaciteterne bedes anvendt skema på hjemmesiden detgodelaeliv.dk, og samme sted er der information om principper for tildeling af lægekapaciteter.

Ansøgning sendes til dnsv@regionsjaelland.dk

Ansøgningsfrist:
Mandag den 13. december 2021



REGION
SJÆLLAND
- vi er til for dig

INSTITUTLEDER TIL INSTITUT FOR MEDICIN OG SUNDHEDSTEKNOLOGI

Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Aalborg Universitet, søger en erfaren og ambitiøs institutleder, der skal stå i spidsen for Institut for Medicin og Sundhedsteknologi. En leder der kan få instituttets fagligheder til at spille sammen og vil være med til at forme nutidens og fremtidens sundhedsvidenskabelige eksperter til gavn for det omgivende samfund.

I 2030 vil Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet være førende i digital health og kendt for læger og civilingeniører i sundhedsteknologi, der finder løsninger sammen. Som institutleder vil du i samarbejde med resten af fakultetsledelsen spille en afgørende rolle i realiseringen af denne vision. Visionen fordrer et inspirerende studie-, forsknings- og arbejdsmiljø, så vi kan tiltrække de bedste medarbejdere, studerende og samarbejdspartnere, nationalt og internationalt.

TILTRÆDELSE: 1. MARTS 2022
ANSØGNINGSFRIST 5. DECEMBER 2021

SE HELE
OPSLAGET PÅ
AAU.DK



DET SUNDHEDSVIDENSKABELIGE
FAKULTET
AALBORG
UNIVERSITET

Ledende overlæge til medicinsk afdeling



Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg søger pr. 1. januar 2022 en ambitiøs ledende overlæge, der vil lede og udvikle et stærkt team af medarbejdere.

Er du speciallæge i et af de medicinske specialer - mave- og tarmsygdomme, gigt og bindevæv, blodsygdomme eller onkologi og har du ledelseserfaring, kunne denne stilling være noget for dig?

Afdelingsledelsen skal lede afdelingen med innovation som et nøglebegreb, ligesom du og den ledende oversygeplejerske i samarbejde skal sikre drift, forskning, uddannelse og udvikling inden for jeres økonomiske rammer.

Vores forventninger til dig

Vi tør godt stille krav til vores medarbejdere, og vi forventer, at du har en ambition om at sikre smidige og effektive patientforløb af høj kvalitet og være en del af et veldrevet og ambitiøst sygehus.

Som person er du engageret og visionær, og du er en stærk forandringsleder, der ikke er bange for udvikling og implementering.

Om afdelingen

Afdelingen indeholder specialerne: medicinske mave- og tarmsygdomme, gigt og bindevæv, blodsygdomme samt et palliativt team.

Den daglige ledelse af specialerne i medicinsk afdeling foretages af en afsnitsledende sygeplejerske og en specialeansvarlig overlæge. Sparring og ledelse af disse lederteams er højt prioriteret.

Læs mere og søg stillingen

På job.regionsyddanmark.dk, jobnr. 218115. Ansøgningsfristen udløber den 3. december.



**Sydvestjysk
Sygehus**

Teknologi og samarbejde Det er mit job



Rasmus Blechingberg Friis, Læge, ph.d-studerende

Jeg driver et forskningsprojekt, hvor lungekræftpatienter i hele landet hver uge udfylder et spørgeskema om deres symptomer på internettet. Hvis vi kan opfange eventuelle forværringer i deres sygdom før deres kvartalslige CTskanning, kan vi gribe ind og forhåbentlig forlænge deres liv.

Find dit job eller læs hele Rasmus' historie på midtjob.dk.

Netop nu har vi mere end 350 ledige jobs, blandt andet:

Overlæge med særlige kompetencer indenfor hjerteklapsygdom og ekkokardiografi

Hjertesygdomme, Herning, Hospitalsenheden Vest
Ansøgningsfrist 21/11/2021

JobId 32926

Klinikansvarlig overlæge i almen medicin

Klinik for almen medicin, Lemvig Hospitalsenheden Vest, Lægepraksis i Region Midtjylland
Ansøgningsfrist 21/11/21

JobId 33022

Afdelingslæge til Akutafdelingen

Akutafdelingen
Regionshospitalet Horsens

Ansøgningsfrist 21/11/21

JobId 33059

Reservelæge/1. reservelæge til vagtfri stilling

Sengeafsnit for psykotiske lidelser, Regionspsykiatrien Midt
Ansøgningsfrist 21/11/21

JobId 33076

Afdelingslæge, Urinvejskirurgisk Afdeling

Regionshospitalet Holstebro, Hospitalsenheden Vest

Ansøgningsfrist 22/11/2021

JobId 33007

Ledende overlæge

Lever-, Mave- og Tarmsygdomme, Aarhus Universitetshospital

Ansøgningsfrist 23/11/21

JobId 32978

Er du overlægen vi mangler?

Røntgen og Scanning, Regionshospitalet Horsens

Ansøgningsfrist 23/11/21

JobId 33222

Overlæge søges til lukket psykiatrisk sengeafsnit

O2, Regionspsykiatrien Horsens

Ansøgningsfrist 26/11/21

JobId 33203

Afdelingslæge

Røntgen og Scanning, Aarhus Universitetshospital

Ansøgningsfrist 28/11/21

JobId 33104

Overlæge

Vestdansk Center for Rygmarvsskade, Neurologi, Regionshospitalet Viborg

Ansøgningsfrist 28/11/21

JobId 33174

Afdelingslæge søges til fod/ankel-kirurgisk sektor

Ortopædkirurgi, Regionshospitalet Viborg

Ansøgningsfrist 30/11/21

JobId 32678

Overlæge

Urinvejskirurgisk afdeling, Holstebro, Hospitalsenheden Vest

Ansøgningsfrist 30/11/21

JobId 33184

I Region Midtjylland er vi cirka 30.000 kolleger i Region Midtjylland, der sammen tager ansvar for at skabe sundhed, vækst og trivsel for regionens 1,3 millioner borgere.

Søg et job med hjerne og hjerte på midtjob.dk

midt
regionmidtjylland

KØBENHAVNS UNIVERSITET
DET SUNDHEDSVIDENSKABELIGE FAKULTET



TRANSLATIONAL EXCELLENCE PROGRAMME



BRIDGE

– søger mentor teams og 14 postdocs til at bygge bro mellem universitet, klinik og lægemiddelindustri.

Læs mere på bridge.ku.dk

novo
nordisk
fonden

BRIDGE
TRANSLATIONAL
EXCELLENCE PROGRAMME

@UCPH_BRIDGE



HUSK®

PSYLLIUM · MAVEBALANCE

KOSTTILSKUD

HOLD DIN MAVE I BALANCE

UANSET HVAD DAGEN BYDER PÅ

Orkla Care anvender varmebehandling af psyllium frøskallerne som led i kvalitetssikringen af HUSK® Psyllium Mavebalance. Varmebehandlingen giver psyllium frøskallerne en lidt mørkere farve. Farven på psyllium frøskallerne kan variere fra produktion til produktion. Læs mere på husk.dk

- ✓ Godt for fordøjelsen
- ✓ Regulerer tarmen
- ✓ Hjælper mod træg mave
- ✓ Indeholder 85% kostfibre
- ✓ Naturligt fri for gluten
- ✓ Pulveret kan anvendes til børn fra 6

Psyllium frøskaller bidrager til en normal fordøjelse og tarmfunktion samt bidrager til tarmregelmæssighed og til at blødgøre afføring.

VARME-
BEHANDLEDE
PSYLLIUM
FRØSKALLER

