

Lægen i Midten

2007: 1 2 **3** 4 5 6 7



Side 3:

Aeskulapstaven som lægesymbol

- » Ledelse i almen praksis
- » FAPS i Region Midt
- » Hvad er en tolk?
- » Garantiklinikker
- » Mammografiscreening
- » Psykiatri og genetik
- » Efteruddannelse - hvem betaler?



Lægen i Midten
udgives af Lægekredsforeningen for
Midtjylland
Redaktionens adr.:
Fredens Torv 3 B, 8000 Århus C
Tlf. 87 30 90 31
e-mail: lkf@lkfmidt.dk
www: lkf-midtjylland.dk

Artikler til Lægen i Midten
sendes til:
e-mail: redaktionen@lkfmidt.dk
www: laegenimidten.dk

Kontortid:
Mandag-torsdag 9.00-16.00
Fredag 9.00-13.00

Redaktion:
Haagen Adeler (ansvarsh. redaktør)
Lars Bolvig (FAS)
Claus Vinther Nielsen (FAS)
Henrik Hassing (PLO)
Ole Kraft (PLO)
Gunner Nielsen (PLO)
Gustav Poulsen (YL)
Mads Skipper (YL)
Jacob Brink Laursen (YL)

Redaktionssekretær:
Bodil Borup Rasmussen
Tlf. 87 30 90 31

Lay-out: Bodil Borup Rasmussen
DTP: Danprint, Beder
Tryk: EJ Offset, Beder
Oplag: 5.300

Redaktionens synspunkter er ikke nødven-
digvis udtryk for Lægekredsforeningens.
Lægen i Midten udsendes til alle læger i
Lægekredsforeningen for Midtjylland.
Tilflyttede kolleger kan sikre sig bladet
sendt til ny adresse straks, såfremt flytning
meddeles ved direkte henvendelse til regi-
streringsafdelingen i Lægeforeningen.

Eftertryk kun tilladt med kildeangivelse.

Blad nr.	Deadline	Forv. udgivelse
4	14. maj	19. juni 2007
5	26. juli	28. aug. 2007
6	10. sept.	11. okt. 2007
7	22. okt.	27. nov. 2007

Forsiden:

Aeskulapsnogen i kriseterapi hos psykiater
Erik Otzen Haugaard.
Farvetræsnit af den tyske kunstner
Hermann Huffert.

Årgang 2 - nr. 3

FAPS i Region Midt

Indiske læger

LEDER

Manglen på speciallæger er et tiltagende pro-
blem. Lægeforeningen advarede allerede om
dette forhold for over 25 år siden i forbindelse
med overenskomstændringen i 1981. Politisk set
er dette først åbent erkendt for få år siden, og
der er herefter forsøgt diverse lappeløsninger,
bl.a. rekruttering af speciallæger fra flere EU-
lande - især Polen. Dette med varierende grad
af succes og det har således ikke kunnet løse
speciallægemanglen i Danmark. Desuden savner
vi en evaluering, som ordentligvis bør foregå
efter MTV-principperne (Medicinsk Teknologi
Vurdering).

Region Midtjylland har tilsyneladende valgt at
søge udenfor EU, idet der onsdag d. 4. april 2007
i Århus Stiftstidende kunne læses følgende: »30 indiske læger på vej til midt-
jyske sygehuse«. Dette projekt bør også vurderes ved en MTV.

Umiddelbart kan det virke etisk problematisk, at Danmark trækker uddan-
nelsesressourcer ud af et land, der på det sundhedsmæssige område er bety-
deligt dårligere stillet end Danmark. Hertil kommer, at miseren i Danmark
helt og holdent er selvforskyldt på grund af såvel en dårlig statslig- som
amtskommunal planlægning på uddannelsesområdet.

Ordningen er primært tiltænkt de tværgående specialer anæstesiologi, radio-
logi og patologi. Det er måske fordi nogle tror, at sprogproblemer i disse
specialer er af mindre betydning end for de kliniske specialer. Patologerne
skal ikke tale med deres patienter, de er jo døde, anæstesiologernes patienter
sover, røntgenlæger skal blot lære at sige: »Hold vejret« osv.

De indiske lægers kompetencer skal vurderes på baggrund af tilsendte
ansøgninger samt ansættelsessamtaler, der skal foregå i Indien. Det er en
selvfølge, at dem, der ansættes, skal ha' en prøvetid på f.eks. 3 måneder på
de pågældende afdelinger. Det store problem ligger imidlertid i det forhold,
at lægerne ikke initialt har dansk speciallægeautorisation, dvs. de må kun
arbejde under supervision, og undervisning medfører som bekendt nedsat
produktion.

Det er bemærkelsesværdigt, at de lægefaglige specialeråd ikke er blevet hørt
i forbindelse med ansættelse af indiske læger på trods af, at det vil påvirke de
involverede afdelinger en hel del.

Det må naturligvis forventes, at kvalifikationsvurderingen, herunder mulig-
heden for opnåelse af dansk speciallægeanerkendelse, foretages i henhold til
gældende principper på området, ligesom der forligger en række stillings-
beskrivelser for de vakante stillinger. Ansættelsesproceduren i den enkelte
afdeling foregår efter sædvanlige principper, dvs. opslag og ansættelsesud-
valg. Ved ansættelse i overlægestillinger foretages en §14-vurdering.

Det må være et krav, at de involverede specialeråd deltager i processen - også
i Indien.

I en globaliseret tid er det naturligt, at arbejdskraftens vandring over lande-
grænserne tages i betragtning både som led i den daglige drift og i uddan-
nelses- og udviklingsdelen af sundhedssektoren. Det skal imidlertid ikke ske
på bekostning af hverken afgiver- eller modtagerlandet. Og slet ikke hen over
hovedet på personalet.

De indiske læger skal være velkomne som nye kollegaer, dette forudsætter,
at processen er anstændig for alle parter og ikke blot får karakter af en hver-
veproces under 2. verdenskrig.



Lars Bolvig
Regionsoverlægeråds-
formand

Lars Bolvig
Regionsoverlægerådsformand

Aeskulapstaven som lægesymbol

ORIENTERING

Af speciallæge i almen medicin
Erik Skovenborg, Århus



I 1956 blev Aeskulapstaven udpeget til det officielle lægesymbol ved World Medical Associations 10. generalforsamling i Havana. Ved samme lejlighed blev symbolet standardiseret til en figur i rød farve på hvid baggrund: En vertikal stav med en stiliseret slange slyngende sig rundt om staven med to snoninger til venstre og en snoning til højre for staven. Dette emblem er blevet verdens mest udbredte lægesymbol, men hvor mange husker i vore dage de gamle myter om Aeskulap og hans slangestav? Her er historien illustreret med exlibris (bogejermærker) tilhørende danske læger.

Symboler før og nu

Begrebet symbol stammer fra det græske ord symballein = at sammenføje, passe sammen. Det, der skulle passe sammen, kunne f.eks. være en lertavle brækket i to halvdele som kendetegn mellem to udsendinge. I det gamle Grækenland fungerede den halve lertavle som et symbol på den udsendes lovmæssige status som officiel gesandt. De to stykker, som passede sammen, hed symbola, i ental symbolon. Dette ord vandt allerede i antikken en dybere betydning som en genstand eller et billede, der repræsenterer noget andet, ofte et abstrakt begreb.

I det daglige er vi omgivet af symboler uden at skænke det en tanke, men tolkningen af et symbol kræver en kulturel bagage; uden den kan man ikke regne ud, hvad det betyder. Prøv f.eks. at studere symbolerne på det exlibris, den fynske exlibriskunstner Christian Blæsbjerg tegnede til Axel Liebmann (Ill.1). Uden kendskab til noder som begreb, ville det ikke være muligt at komme på sporet af Dr. Liebmanns yndlingskomponist, Mozart, via de første strofer af sidste sats af »Eine kleine Nachtmusik«. Mange kunne nok gætte, at ejeren af det elegante bogejermærke spiller på tværfløjte, men uden viden om dyrekredsen, den

ældste række levende symboler i verden, vil ingen kunne tyde fløjten som det astrologiske symbol for Stenbukkens tegn. Endelig vil betydningen af den dekorative slange, som bogstaverne i ejerens navn er med til at skabe, gå hen over hovedet på den, hvis kulturelle baggrund ikke rummer Aeskulapslangen som medicinsk symbol. Et symbol får kun den betydning, som tilskueren i kraft af sin opdragelse og sin baggrundsviden tillægger det.



Aeskulapslange med stav

I det officielle læge-emblem er slangen en vigtig figur i myterne fra oldtidens Babylon flere tusind år f.v.t., det primære symbol. Slangen symboliserede klogskab: »Vær derfor snilde som slanger og uden svig som duer«, siger Jesus i Matt.10.16. Slangens evne til at skifte ham vakte håb om genfødsel, foryngelse og dermed et langt liv; slangen, som bider sig selv i halen, er ligefrem blevet et symbol på evigheden. Den vise slange blev ikke alene et symbol på lægeguden; for grækerne var slangen identisk med Asklepios selv. Den slangeart, oldtidens grækere knyttede til guden Asklepios, antages at være aeskulapsnogen (*Coluber aesculapii*), en brunlig-grågul snog med mælkevid bug og to gule pletter i nakken. Den kan blive op til 1½ m lang og er en dygtig klatrer, der med lethed snor sig op ad tynde træstammer. Desværre er det dyr, der mere end noget andet



symboliserer lægestanden, truet af udryddelse i store dele af Europa; en kritisk udvikling for aeskulapsnogen, der her er gået i kriseterapi hos psykiater Erik Otzen Haugaard (Ill.2). Det fornøjelige farvetræsnit er skåret af den tyske kunstner Hermann Huffert.

Aeskulapstaven som lægesymbol . . . fortsat

ORIENTERING

Den knortede stav er den sidst tilkomne del af slangestav-symbolet. I sin oprindelige form er staven en lang, knortet, afkvistet gren med den tykke ende nedad. Den knortede stav var et sindbillede på jordens kraft, vækst og vegetation og dermed et udtryk for det uforgængelige liv, der udsprang af jorden. Slange og stav er dermed et dobbelt symbol for

de egenskaber - genfø-delse, helbredelse og liv - som var kendetegnende for den græske lægegud. Aeskulapstaven som et levende »Livets træ« er smukt og enkelt skildret i det exlibris-motiv, som Gunnar Biilman Petersen tegnede til Arne Portman (Ill.3).



Fra heros til læge-gud

Asklepios omtales første gang i Iliaden (c. 900 f.v.t.) sammen med sine sønner, Podaleiros og Machaon. De følgende århundreder stiger heroen Asklepios' ry som læge til olympiske højder, og omkring år 700 f.v.t.

kunne Hesiod nedskrive myten om Asklepios' guddommelige herkomst: Apollon, solguden, der kunne sende pest over folket men som også havde helbredelsen i sin magt, fik ved Boibeis-søen i Thessalien øje på Coronis, datter af Lapitherkongen Phlegyas, og blev betaget af hende. Han blev hendes elsker, og da han senere drog til Delfi, satte han er hvid krage til at vogte over sin elskede. Men på faderens bud giftede Coronis sig med Ischys, skønt hun allerede bar Apollons barn under sit hjerte. Apollon forbandede kragen, der bragte de dårlige nyheder. Som straf gjorde han den hvide fugl sort, og alle krager har fra den tid båret sorte fjer. Rasende klagede Apollon til sin søster Artemis, der dræbte Coronis med sine pile. Ved synet af sin elskede i ligbålets flammer angrede Apollon, og med historiens første kejser-snit skar han det fuldbårne drengebarn ud af moders liv. Apollon bragte drengen til den vise, lægekyndige kentaur Chiron, hvor han lærte de vilde urters lægekraft at kende. Asklepios bragte hjælp mod sygdom og nød til mange, og hans lægekunst blev med tiden så stor, at han kunne kalde de døde til live.

Den hippokratiske ed

»Idet jeg kalder lægeguden Apollon, Asklepios, Hygiea og Panakeia til vidne samt alle guder og gudinder, sværger jeg at ville holde efter evne og bedste skøn denne ed og kontrakt.« Allerede i de første linier af *Den hippokratiske ed* stifter vi bekendtskab med en stor del af den hellige lægefamilie, der alle har relation til lægefaget: *Epione*, Asklepios' hustru, med tilnavnet »den lindrende«; *Hygiea*, gudinde



for sundhedens bevarelse; *Machaon* udøver kirurgi; *Panakeia* anvender lægende urter; *Podaleiros* er mediciner og *Telesphorus* er gud for rekonvalescensen. Her er nogen af børnene kommet op at ride på Bjørn Wiinblads fornemme aeskulapslange, men ejeren af det søde bogejermærke, Holger Buch, er pædiater, så det er nok snarere hans små patienter vi ser på tegningen (Ill.4).

I mere end 1000 år - fra 500 f.v.t. til 500 e.v.t. - valfartede syge og lidende mennesker til Asklepios' templer for at modtage besøg af guden under tempelsøvnen og i drømme modtage råd og anvisninger om helbredelse af deres sygdom. Asklepios er den hyppigst fremstillede guddom i den antikke kunst, hvor han efter traditionen afbildes i stående stilling, svøbt i en lang kappe (himation), der lader overkroppen fri men tilhyller den venstre arm. Højre skulder og arm støtter sig til en køllelignende stav, om hvilken en slange snor sig. Hans datter Hygiea, gudinde for det gode helbred, afbildes som en ung jomfru, klædt i en løs, folderig dragt i selskab med en slange, der bøjer sit hoved ned mod en skål for at drikke.

Myten om Asklepios

Myten om Asklepios symboliserer de etiske krav til lægerne om integritet, selvopofrelse og medfølelse og demonstrerer lægens pligt til at hjælpe den lidende - uanset den syges position og uanset den risiko, dette måtte indebære for lægen personligt. Asklepios helbreder ved tro og tillid; elementer i læge-patientforholdet som fortsat er afgørende for den konsultation, der bidrager til at gøre den syge rask. Asklepios oplæres i lægekunsten af den vise kentaur Chiron; et symbol på den vigtige mesterlære. Fælles for Chiron og Asklepios er deres sårbarhed - Chiron blev såret af Herakles' pil og Asklepios er halvt dødelig - som bibringer dem en større forståelse for deres medmenneskers nød og lidelser. Aeskulapstaven er et gammelt men livskraftigt symbol på traditioner og kvaliteter i lægekunsten, som fortjener at blive husket og holdt i hævd af nutidens læger.

Lægekredsforeningens hjemmeside:
www.lkf-midtjylland.dk

Intet kommer af intet, undtaget lommeuld

Ledelse i lægepraksis kommer ikke af sig selv

DEBAT

Af praktiserende læge Lars Foged, Skjern,
Praksisudviklingskonsulent i Region Midtjylland.



Lars Foged, Skjern
Praktiserende læge
Praksisudviklingskonsulent

Med de mange nye opgaver, almen praksis har fået og vil få fremover er det bydende nødvendigt, at man ser de muligheder, der ligger i at turde prioritere og at tage styringen for sin egen praksis, sine egne arbejdsforhold, sine egne fremtidsmuligheder - og patienternes, de ansattes og sit eget ve og vel. Det kan godt være, at det ikke lyder sexet? Det kaldes dog »at udøve ledelse«!

En amorf organisation med et væld af opgaver

Almen praksis set i helikopterperspektiv udgøres af en lang række små og store klinikker med hvert deres indre liv. Klinikernes indre liv formes dels af almen medicin som fag og lægeligt speciale, dels af vores rammer i landsoverenskomsten og ikke mindst af de mennesker, læger og personale, som udgør rygraden i den almenmedicinske hverdag.

Uanset hvor i landet, man befinder sig, er den almenmedicinske kerneydelse, at *patienten møder lægen* - eller dennes ansatte. Mere udpenslet er hovedopgaverne i almen praksis

- at være tilgængelige,
- at kunne diagnosticere,
- at kunne behandle - hvis muligt,
- at kunne visitere - hvis nødvendigt,
- at kunne levere en prognose - og endelig
- at kunne følge og kvalificeret hjælpe de mange mennesker, som må leve med en kronisk tilstand.

At kunne trøste og tale med patienterne - også dem, som ikke fejler noget rent medicinsk - bør aldrig blive umoderne, ligesom forebyggelsen er en integreret del af den almenmedicinske tankegang

Så der er nok at tage fat på i almen praksis, og nu hvor sygehusene - undskyld hospitalerne - specialiseres mere og mere, er det velgørende, at der trods alt er et sted i systemet, der har som speciale at være almene og have det brede overblik. Mangen et godt udskrivningskort ender med sætningen: »Patienten afsluttes i velbefindende til fortsat opfølgning i almen praksis«. På sygehusene er man altid velbefindende, når man udskrives, hvis ikke man er død, og i almen praksis er man aldrig afsluttet!! The never ending story! - Og den opgave tager vi på os!

Ydre pres giver afvikling eller skaber udvikling!

Hvordan løser almen praksis så disse mangfoldige opgaver, alt imens antallet af praktiserende læger stagnerer, og i visse egne mindskes?

- Enten kan man vælge at smide håndklædet i ringen og sige, at det var det - vi nedlægger faget og lukker butikken.
- Eller også kan man som lægefag slå ring om den opgave at løse "almindelige borgeres almindelige sygdomme" sammen med samfundets interesser, som de er repræsenteret i kommuner, regioner, regering og folketing. Alle peger på almen praksis som nøglen til sundhedsvæsenet, som yder efter LEON-princippet (Laveste Effektive Omsorgs-Niveau) og er hovedvisitator ind i det dyre, sekundære sundhedsvæsen.

I det tidligere Ringkøbing Amt og senere i det tidligere Viborg Amt har man for mange år siden - hårdt presset af en truende mangel på praktiserende læger - erkendt, at et seriøst hovedeftersyn af almen praksis, dels som lokal organisation, dels som de mange forskellige klinikker måtte være sagen for at tilføre ny energi og nye løsninger på det stigende pres.

I vagtsammenhæng fik man relativ tidligt integreret lægevagt og skadestue efter princippet om rationel arbejdsdeling, selv om det i starten fra vores egen organisation PLO blev betegnet som en cowboyløsning. Løsningen ser nu ud til at danne skole over hele landet. Man ansatte sygeplejersker i lægevagten til at aflaste og gøre flowet af patienter glidende og tilstrømningen til skadestuen relevant. LEON slog til igen! Cowboymetoden vandt!

Plastikkirurgisk Klinik Århus

BAGVED TEATRET

Jette Kiil

Speciallæge i plastikkirurgi
kosmetisk kirurgi
og rekonstruktiv kirurgi

www.plastikkirurgisklinik.com

Overenskomst med **den offentlige sygesikring**
Godkendt af **Danmark** sygeforsikring
Aftale vedr. frit sygehusvalg

Skolegade 19
8000 Århus C
Tlf. 86 18 04 88



Intet kommer af intet, undtaget lommeuld . . . fortsat

DEBAT

I dagtiden var udfordringen den samme, prioritering af opgaver, uddelegering til relevant hjælpepersonale og samling i større praksisenheder i renoverede eller nye moderne klinikker. Sidstnævnte er for størstedelen foregået på praksislægerne eget initiativ med stor satsning og mental kraft/beredvillig pengepung. Det er dog også sket med amternes mellemkomst i f.eks. Lemvig, Tarm og Thisted. Vi må håbe, at Region Midt og de nye, store kommuner er lige så modige og fremsynede. Og tænk sig hvis storbyernes planlæggere sammen med almen praksis kan tilbyde sololæger i byerne gode bygningsmæssige faciliteter med bevarelse af sololægens identitet? Ja tænk!

»Lægen som Leder« - af egen virksomhed!

Man kan betragte kvalitet som et væsentligt mål for ledelsens succes. Kvalitet er her brugt i allerbredeste forstand, selvfølgelig som en faglig kvalitet, men sandelig også en trivselsmæssig kvalitet for de menneskelige »kombattanter« i praksis - nemlig: Patienterne, personalet, lægerne og de ydre samarbejdspartnere.

I mange sammenhænge sætter vi den faglige kvalitet som hovedpejlemærke, og det er fint nok, men netop skabelsen af den faglige kvalitet fordrer trivsel i relation mellem mennesker, der skal levere »varen«.

Praksisudviklingsarbejdet i Vestjylland har gennem de seneste år fokuseret på at understøtte lægernes lederrolle på alle planer. Vi har arbejdet med ledelsesbegrebet i mange sammenhænge og har set, at lægerne har taget ledelsen på sig, både i retning af at finde sig mål og derefter at styre efter målene. Thi uden ledelse ingen ordentlig organisation!

De fire ledelsesopgaver er at sikre kvalitet på alle niveauer:

Lægens forhold til sig selv

Fra dag 1. i almen praksis skal lægen forstå, at der altid vil være alt for mange opgaver. Det er lægen selv, der skal forstå at prioritere på et fagligt grundlag, men også for at overleve og passe på sig selv. Have tid til at efteruddanne sig, reflektere og udvikle sig selv og sin organisation. Have tid til at tænke i visioner, planlægge og lede sin virksomhed, så faglighed og trivsel i organisationen går hånd i hånd. Have tid til at få og give faglig supervision enten formaliseret eller kollegialt samvær i 12-mandsforeninger m.v.

Det er lederens pligt at give rum for »egenomsorg« for både læger og personale!

ÅRHUS SPECIALLÆGECENTER



10 sengepladser

Helbo Jensen, Reinhold	Anæstesiologi
Larsen, Kaare Brixen	Anæstesiologi
Bjerring, Peter	Dermatologi og laserbehandl.
Præst, Jørgen	Gynækologi
Jensen, Tage	Kardiologi
Laustsen, Jesper	Karkirurgi
Petersen, Jesper N.	Kæbekirurgi
Rytter, Carsten	Onkologi
Fuglsig, Sven	Organkirurgi og urologi
Ditlev Jensen, Anders	Ortopædkirurgi
Revald, Peter	Ortopædkirurgi
Damsgaard, Tine	Plastikkirurgi
Momsen, Ole H.	Plastikkirurgi
Møller-Christensen, T.	Plastikkirurgi
Mojaza, Masoud	Ryg- og neurokirurgi
Olsen, Thomas K.	Øjenkirurgi

Ingen overenskomst med Sygesikringen.
Modtager ventelistepatienter og patienter med sygeforsikring.

Tel: 8741 1111
Skejbyparken 154, 8200 Århus N
www.aarhusspeciallaegecenter.dk

Arkitekttegnestuen
Merete Nielsen
www.arkitektmn.dk

INDRETNING AF LÆGEPRAKSIS

Fremtidens klinik.
Speciale i indretning af lægeklinikker.
Stor erfaring i specielle krav og behov.
Fast pris. Første møde og kørsel uden beregning.

Agerbæksvej 8,0 8240 Risskov tlf. 8618 9188
mn@arkitektmn.dk www.arkitektmn.dk

N Æ S E KIRURGI

kosmetisk & funktionel næsekirurgi
bihulekirurgi. Udredning og behandling af Søvnapnø

LUISA GRYMER

Speciallæge i øre-næse-halssygdomme

Der er indgået samarbejdsaftaler med Amdrårdsforeningen,
Sygeforsikring »Danmark« samt alm. forsikringsselskaber

v/GRYMER PRIVATHOSPITAL SKEJBY
Tueager 5, 8200 Århus N
Tlf. 86 10 80 11

Forholdet mellem læge og patient:

Der skal lægges rammer for det centrale møde mellem læge og patient. Sikringen af tilgængelighed gennem en struktureret dagligdag og god visitation evt. ved dygtige medhjælpere skaber den ydre ramme om kerneydelsen, nemlig hvor lægen samtaler, diagnosticerer og evt. behandler patienten. Erkendelse af patientens tilfredshed eller mangel på samme - med både den perifere og den centrale ydelse - giver muligheder for at korrigere det daglige arbejde. Måling på eksakte tal og parametre om den enkelte klinik og den enkelte læges adfærd f.eks. indenfor forbrug af diagnostik og medicin er en anden vinkel til »faglig forundring« - gerne i en tryk kollegial kreds. Endelig kan man være så fri at måle på patientens ve og vel og blodtryk - eller hvad ved jeg - for at se, om de behandlingsmål, man har sat sig, opnås. Det kan være ganske forfriskende og tankevækkende.

Det er lederens opgave at bringe ovennævnte refleksioner og handlemuligheder i spil.

Forholdet i den indre organisation

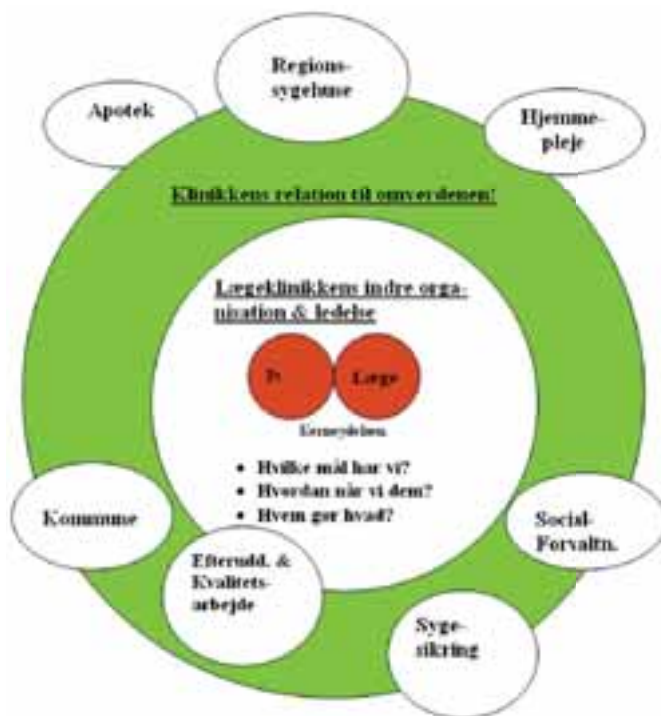
Dagligdagen skal køre i smør. Læger skal samarbejde med læger, læger med personale og personale med personale. Der kan uddelegeres, eller mere moderne sagt: Man kan dele opgaverne i praksis efter givne kompetencer. Så er alle gode kræfter i spil. En strukturering og ansvarsfordeling giver i en hastig dagligdag mulighed for et højt tempo, tilfredse brugere og kaffe med kage til læger og ansatte. Personalemøder, medarbejder-udviklings-samtaler og eksakte arbejdsbeskrivelser er nogle af de kendte redskaber.

Det er lederens opgave at bruge alle ledelsesredskaber og fremme team-følelsen i klinikken. Lederen skal gå forrest, men også svejse og sammenføje!

Forholdet til den ydre verden

Ikke mindst efter kommunalreformen er ledelsen »ud af huset« en kæmpeudfordring. Man kan ikke længere sidde i sin hule og henvise til sygehusene eller kommunen, når hjælp søges. Der skal SAM-arbejdes. Der skal kommunikeres elektronisk og i et tempo og med så mange forskellige, at det er svært at følge med. Det kræver struktur og vilje lokalt. Praksiskonsulenter i relation til hospitaler og kommunerne er en af løsningerne, men hver enkelt læge og hver klinik skal have sine tråde ud i det omgivende samfund. Det er nærmest en betingelse for den faglige ydelse.

Lederen skal have indsigt i det omgivende samfund og de faglige relationers muligheder og kunne spille sammen med sine samarbejdspartnere.



At lede efter og at lede!

Ordet ledelse stammer fra det oldnordiske ord »Leitha« som har to betydninger. Dels at lede efter noget, have en vision, finde et mål - dels at gå forrest efter målet - at lede! En af de syv roller, de kommende speciallæger skal mestre, er lederrollen. For almen praksis er det nærmest liv eller død at kunne fylde rollen ud, specielt i yderområderne. Mange har vist, at de har taget lederkappen på sig og med held. Hatten af for dem og måtte den trend brede sig. Vi vil arbejde aktivt for sagen i den kommende Praksisenhed Holstebro - hvem vil være med?

Maigaard
FERTILITETSKLINIK



v/Speciallægerne Svend Maigaard og John Kirk

- Behandling af barnløshed
- Ægtransplantation (IVF), Microinsemination (ICSI)
- Insemination, Sædundersøgelse
- Operativ udtagning af sædceller

Ringgade Centret, Jens Baggesens Vej 88H, 8200 Århus N
Tlf: 8610 1388, Fax: 8610 1327
e-mail: mail@maigaard.dk
www.maigaard.dk

Hvad sker der i Regionen?

ORIENTERING

Af Britt Tommerup, speciallæge, Holstebro



Britt Tommerup (FAPS)
Speciallæge, Holstebro

Der har i 2006 været afholdt to forberedende samarbejdsudvalgsmøder på speciallægeområdet i Region Midtjylland.

Dette udvalg består bl.a. af 4 speciallæger, hvoraf de tre er tidligere formænd for speciallægesamarbejdsudvalget i de tidligere amter, således repræsenterer øjenlæge Torben Sørensen, Århus Amt, hudlæge Kim Brocks Viborg amt og ørelæge Britt Tommerup Ringkøbing amt. Det fjerde medlem blev valgt således, at man tog hensyn til speciale og den geografiske beliggenhed af vedkommende speciale.

Dette forslag blev vedtaget af FAPS-bestyrelse og Mads Lythje (chef-konsulent, cand.jur.). Valget faldt derfor på Ulla Bagger, der er pædiater i Horsens.

Rygdækningsudvalg

Man har i FAPS vedtaget, at der skal udpeges et rygdækningsudvalg, der rådgiver og drøfter de sager, der skal behandles på de efterfølgende møder for speciallæger i samarbejdsudvalget, og hvordan man skal forholde sig til dem.

Det første møde i rygdækningsudvalget blev holdt den 2. oktober i Viborg.

De fleste specialer var repræsenteret, og jeg bad alle om at finde en suppleant i tilfælde af forfald. Her i regionen udgør vi 4 i speciallægesamarbejdsudvalget de tre store praksisspecialer og pædiatri, resten af medlemmerne blev valgt ved at forespørge formændene af de enkelte specialer.

Det forberedende speciallægesamarbejdsudvalg

Der har indtil nu været afholdt to møder i det forberedende speciallægesamarbejdsudvalg i Region Midtjylland. Det første var den 4. oktober 2006. Dette møde havde mest karakter af en konstituering. Selve udvalget består, udover vi 4 fra speciallægepraksis, af 4 medlemmer fra politikerne, en fra kommunalkontaktrådet, Litten Møgelvang fra Lægekredsforeningen og 3 fra Region Midtjyllands afdeling for Primær Sundhedstjeneste og en fra Planlægningsafdelingen.

Formandskabet går på skift således, at det hver anden gang er Leif Mørch og hver anden gang FAPS formand i regionen.

Man aftalte en mødekadence på ca. 4-5 møder årligt.

Derefter orienterede jeg om, hvad der kendetegner speciallægepraksis.

Der er nogle nøgleord, der karakteriserer os som speciallæger:

Velkommen til en kvalitetsoplevelse på Ciconia Aarhus Privathospital



På Ciconia Aarhus Privathospital kender vi følelsen af frustration ved unødvendig lang ventetid. Vi lader ikke vente på os og tilbyder omgående undersøgelse og behandling til alle vores patienter - både patienter der selv betaler, patienter der benytter sig af det udvidede frie sygehusvalg, samt patienter med sundhedsforsikring.

Patienten er i centrum hos Ciconia Aarhus Privathospital. Fra indledende kontakt og første konsultation til behandlingsforløbs afslutning er patienten vores gæst. I moderne trygge omgivelser med menneskelig omsorg og en altid tæt dialog mellem patient og personale.

Gynækologi · Fertilitet · Mammografi · Bryst- og organkirurgi · Øre-, næse- og halskirurgi · Plastikkirurgi · Kar-kirurgi · Ortopædkirurgi · Tumorkirurgi · Idrætsklinik · Andrologi · Ultralydsscanning, røntgen og MR · Rygcenter



Saralyst Allé 50 · 8270 Højbjerg · Tlf. 8627 7626 · aarhus@ciconia.dk · www.ciconia.dk

- Faglighed
- Kvalitet
- Troværdighed
- Konkurrencedygtighed og
- Tillid.

Endvidere fortalte jeg om det store patientflow, der er i speciallægepraksis (i blot Århus og Ringkøbing Amter, blev der i 2005 udført 262.999 førstegangs konsultationer for alle specialer), jeg orienterede om, at vi er parat til at påtage os nye opgaver, det er vi både rustet og uddannet til.

Arbejdsgruppe vedr. lokale aftaler og praksisplan for speciallægepraksis

Der blev nedsat en arbejdsgruppe vedrørende lokale aftaler, og der blev ligeledes nedsat en arbejdsgruppe vedrørende praksisplan for speciallægepraksis.

Disse to grupper blev sammenfaldende og møderne derfor samlet.

Arbejdsgruppen består af 5 embedsmænd fra regionen (primær Sundhed- og planlægningsafdelingen) og de 4 FAPS medlemmer i samarbejdsudvalget på speciallægeområdet.

Praksisplanen opdeles i 4 hovedområder: rekruttering og fastholdelse, opgaveflytning fra den sekundære sundheds-tjeneste til den primære og stillingtagen til eksisterende §3- og ramme-aftaler.

Styrkelse af primærsektoren

Ifølge den politiske aftale om budget 2007 fra Region Midtjylland skal der udarbejdes forslag til en styrkelse af primærsektoren (praktiserende almenlæger og praktiserende speciallæger) mhp. at øge mulighederne for at flytte opgaver fra sygehusenes ambulatorier til speciallægepraksis. Styrkelsen af primærsektoren kan også ske ved at øge mulighederne for at inddrage andre faggrupper i arbejdet.

Disse forslag til styrkelse af primærsektoren tænkes udarbejdet i praksisplanen.

Arbejdsgruppen påbegyndte arbejdet i januar måned 2007, hvor man startede med følgende specialer:

- Øjenlæger
- Ørelæger
- Dermatologer
- Psykiatri
- Børne- og ungdomspsykiatri og
- Børnelæger.

Det forventes, at praksisplanen for disse områder er udarbejdet i løbet af andet kvartal 2007. Senest når disse specialer er færdiggjorte fortsættes med de øvrige specialer.

Det skal dog bemærkes, at man skal have en samlet plan for rekruttering/fastholdelse for alle specialer klar i andet kvartal 2007.

Knækgrænser - §3-aftaler

Ved mødet den 29. november i samarbejdsudvalget på speciallægeområdet blev der vedtaget en forlængelse af knækgrænserne i det tidligere sydlige Viborg Amt.

Der er endvidere indkommet en række ansøgninger og interesseudvekslinger om §3-aftale m.v. - det blev vedtaget, at tage det op ved gennemgangen af de enkelte specialer.

Kommende møde

Det kommende møde i samarbejdsudvalget på speciallægeområdet i Region Midtjylland er den 9.maj 2007 i speciallægepraksis (Britt Tommerup, Gartnervej 5 i Holstebro).

Det er et udtalt ønske fra medlemmerne af speciallægesamarbejdsudvalget at komme rundt og se nogle forskellige praksis i regionen. Er der nogle, der vil lægge hus til?

OBS!

2 ledige vagtlæge-ydernumre ønskes besat snarest

To vagtlæge-ydernumre til lægevagtdistrikt Randers, Region Midtjylland opslås hermed ledig til besættelse snarest.

Stillingerne forventes besat med speciallæger i almen medicin eller ansøgere under uddannelse hertil.

Ansøgning bedes sendt **senest 15. maj** til:

Vagtschef Stig Axelsen, Tjurvej 13, Assentoft, 8900 Randers

Tlf.: 86 43 25 00 / 86 49 60 60

Hvad er en tolk?

ORIENTERING

Af antropolog Stina Lou, Center for Folkesundhed, Region Midtjylland



Stina Lou
Antropolog

»Lægerne skal huske, at tolken er et vigtigt redskab, som de bruger i deres arbejde, men også et menneske. Ikke bare en genstand.«

(Tyrkisk tolk, kvinde)

Ovenstående citat stammer fra et af en række interviews med tolke, sundhedsprofessionelle og etniske minoritetspatienter om deres oplevelser med tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet. Interviewene er en del af et større udviklingsprojekt om tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet, som Center for Folkesundhed, Region Midtjylland har iværksat i samarbejde med Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet (se faktaboks 1).

Selv om der er meget forskel på, hvor ofte den praktiserende læge i Århus V og overlægen på Regionshospitalet Tarm møder etniske minoritetspatienter, så er etniske minoriteter en voksende del af det danske sundhedsvæsen, og en del af disse patienter taler enten slet ikke eller kun i meget begrænset omfang dansk. I mødet med disse patienter må man forsøge at overkomme sprogbarrieren ved hjælp af en tolk - enten en professionel tolk bestilt via et bureau eller en dansktalende ledsager, som patienten medbringer. I denne artikel vil jeg diskutere et par af de problemstillinger, som opstår, når man er afhængig af en tredjeperson i en samtale, der normalt er forbeholdt læge og patient. Det særlige ved denne tredjeperson - tolken - er, at han/hun er den eneste, der har overblik over, hvad der faktisk siges i konsultationen.

Neutral oversættelse og kulturel formidling

Både sundhedsprofessionelle og tolke fremhæver den neutrale og værdifri oversættelse som det, der kendetegner god, professionel tolkning. Som en praktiserende læge udbrød under en samtale med mig: *»Jamen, tolken skal bare oversætte det jeg siger. Længere er den ikke.«*

I den daglige praksis opstår der imidlertid en række situationer, som udfordrer dette ideal. Det sker bl.a., fordi læger også er tosprogede - de taler dansk og de taler 'medicin' - og lægers udsagn kræver derfor ofte en dobbeltoversættelse: Først til patientens modersmål og så til et sprog, som patienten kan forstå. Disse patienter er ofte ukendte med den vestlige opfattelse af krop, sygdom og sundhed, og derfor er det nødvendigt med en kulturel formidling, hvor tolken bruger sine mellemmenneskelige kompetencer og sit kendskab til patientens sproglige og kulturelle baggrund til at gøre lægens udsagn forståelige. De samme redskaber og kompetencer bruger tolken selvfølgelig også, når patientens udsagn oversættes til lægen.

Selv om den neutrale oversættelse tilstræbes, foregår der altså en sideløbende kulturel formidling. For at gøre dialogen meningsfuld for både læge og patient vil tolken ofte være nødt til at foretage nogle vurderinger og valg i sin formidling af parternes udsagn. Måske er der vendinger, der skal omformuleres for at kunne oversættes, eller måske er der et ord, der skal have en forklaring med på vejen for at give mening på et andet sprog.



Privathospitalet Dalgas

- Gynækologi
- Karkirurgi inkl. åreknuder
- Kirurgi (bl.a. galdeoperationer)
- Neuropsykologi
- Ortopædkirurgi
- Plastikkirurgi
- Psykiatri
- Psykologi
- Reumatologi
- Rygkirurgi
- Urologi (bl.a. TUR-P)
- Øjenkirurgi

Behandling uden ventetid
Samarbejdsaftale med Amdsrådsforeningen
Godkendt af Sygeforsikringen »danmark«

Jens Baggesensvej 88 F, 8200 Århus N
Tietgensgade 5, 7400 Herning
Tlf. 9627 5000
Hjemmeside: www.dalgas.nu

ORIENTERING

Da tolkens valg og vurderinger kan være afgørende for parternes forståelse af patientens problem, er det vigtigt at skabe åbenhed omkring oversættelsen, så både læge og patient kan følge med i og gennemskue tolkningen. Lægen kan skabe rammerne for denne gennemskuelighed ved indledningsvist at forklare, at han/hun forventer, at alting oversættes, og at begge dialogparter skal underrettes, hvis der er noget, tolken er nødt til at uddybe eller forklare for lægen eller patienten under tolkningen.

Professionelle og familiære tolke?

I daglig praksis anvendes to typer af tolke i sundhedsvæsenet: De familiære tolke og de professionelle tolke. Mange professionelle tolke trækker på en solid erfaring med tolke-rollen og med rollen som kommunikationsmediator i mødet mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet, men det er faktisk de færreste, der har en decideret tolkeuddannelse. Også selv om de kommer fra et tolkebureau. Det er ikke ensbetydende med, at tolkene er uuddannede - jeg kender både ingeniører og tandlæger, der tolker. Men der findes ingen officiel tolkeuddannelse og intet krav om certificering, hvilket betyder, at man ikke automatisk kan gå ud fra, at tolken har et indgående kendskab til f.eks. medicinske termer. Til gengæld er det sandsynligt, at den professionelle tolk vil tilstræbe neutralitet og er opmærksom på parternes behov for, at samtalen og oversættelsen er gennemskuelig. I informationsmateriale om tolkede samtaler frarådes det som regel, at man anvender familiemedlemmer som tolke.

Dette er sjældent muligt helt at undgå i hverdagen, hvor de familiære tolke ofte er den eneste mulige løsning, når en professionel tolk enten ikke er til rådighed eller, når patienten insisterer på at bruge et familiemedlem som tolk. Både internationale undersøgelser og nogle af interviewene i vores undersøgelse peger dog på, at familiære tolke også kan betragtes som en ressource og ikke kun som et nødvendigt, men u hensigtsmæssigt onde. For mange patienter opleves det nemlig som meget trygt at have et familiemedlem med som tolk. En årsag er, at patienten føler sig mere sikker på, at tavshedspligten overholdes, og patientens problemer holdes inden for familien. En anden årsag kan være, at patienten måske bliver nervøs eller usikker i sit møde med sundhedsvæsenet og derfor er glad for at have et dansktalende familiemedlem med som støtte. Et familiemedlem som også efterfølgende kan hjælpe patienten med at huske, hvad der er blevet sagt i konsultationen. Som sundhedsprofessionel skal man dog hele tiden være opmærksom på, at den familiære tolk er en pårørende og ikke en neutral person - heller ikke selv om vedkommende har påtaget sig tolkerollen. Det er derfor lægens ansvar at indlede konsultationen med kort at forklare, hvad man forventer sig af den pårørende, nu hvor vedkommende også skal optræde som tolk. Det drejer sig bl.a. om vigtigheden af, at *alt* oversættes. Når familiær tolk og patient fører en længere samtale, som ikke oversættes, er det ofte fordi de simpelthen ikke tænker på, at det kunne være relevant for lægen at vide, hvad der diskuteres. Ved konsultationer, hvor der bruges

ER VENDEVÆRELSET LIDT STØVET?

20 års erfaring i kvalitetsbevidst individuel indretning med udgangspunkt i den enkelte kliniks arbejdsgange.
Uforpligtende 1. møde.
Fast tid og pris tilbydes.

TRE ARKITEKTER

ARKITEKTUR INDRETNING DESIGN

Sams, Riis & Nielsen ApS Arkitekter MAA
Museumsgade 24B DK 8000 Aarhus C Tlf. 86 20 24 66

ADVOKAT SØREN THYGESEN

Juridisk rådgivning i f.m.

- samarbejdskontrakter
- køb og salg af praksis
- samarbejdsformer
- samarbejds etablering

KAALUND & PARTNERE

Vestergade 2, 8600 Silkeborg . Tlf. 87 22 80 80
Mobil +45 40 45 29 99 . E-mail: thygesen@kaalund.dk

Erik Dupont

Speciallæge i neurologi
Praksis udenfor sygesikringen

For følgende patientgrupper: Parkinsons sygdom, atypisk parkinsonisme (»parkinson-plus«), rysten, dystoni, dyskinesi, ataksi, gangforstyrrelser, chorea, restless legs, myoklonier og tics.

Konsultation onsdage kl. 8.30-14

Tidsbestilling og kontakt: tirsdage kl. 9.30-10.30, tlf. 26548050; erikdupont@dadlnet.dk

Konsultationsadresse:
Elgårdsmunde 65, Søften, 8382 Hinnerup
Vejledning: www.erikdupont.dk
Postforsendelser: Lollandsgade 21, 8000 Århus C

familiære tolke, skal lægen endvidere være opmærksom på, om tolk og patient har forstået lægens budskaber og måske bruge ekstra tid på at sikre sig, at det er tilfældet. Netop fordi den familiære tolk er et familiemedlem og ikke en neutral person, må lægen i særlig grad være opmærksom på, om den familiære tolk begrænser patientens oprigtighed og mulighed for at udtrykke sig.

Patientens bisidder og lægens assistent

I en konsultation er der normalt tre roller, nemlig: Sundhedsprofessionel, patient og pårørende. Til disse roller hører et sæt af normer, forventninger og handlemåder, som parterne på forskellig vis forholder sig til og formulerer sammen. Når tolken træder ind i konsultationen, kan der opstå forvirring om disse roller og om, hvad tolkens rolle kan og skal være.

Tolkene i vores interviews definerer sig som lægens samarbejdspartner og ønsker at blive taget alvorligt som en del af sundhedsvæsenet. Altså at indtage en rolle som den sundhedsprofessionelles assistent. Samtidig erkender de dog, at det kan være svært at opretholde rollen eksempelvis, når de bliver sat til at vente sammen med patienten i venteværelset, hvor patienten indvier tolken i sine smerter og trængsler, og konsultationen således reelt starter, uden lægen er til stede. For mange patienter er tolken en ressourceperson, som de ønsker at skabe en relation til. De vil altså arbejde på at definere tolken som en, der er på patientens side. Som en tilnærmelsesvis pårørende eller en bisidder.

Lægen er nok mere uafklaret i sin håndtering af tolkens rolle. Når lægen lader tolk og patient vente sammen, bidrager han/hun til at definere tolken som patientens bisidder. På den anden side udtrykker de interviewede læger tilfredshed med, at tolken ind imellem hjælper med at holde patienten fast på det ene problem, der er angivet som henvendelsesårsag og måske hjælper med at få samtalen afsluttet, når tiden er gået. I disse sammenhænge optræder tolken som lægens assistent og indretter sin tolkning efter lægens behov.

Jeg mener, at meget af denne implicitte forhandling om tolkens rolle skyldes, at vi ikke har en defineret rolle i sundhedsvæsenet, som tolken passer ind i. Det forbliver derfor uklart, hvilke forventninger og forpligtigelser læge og patient kan møde tolken med, og i forlængelse heraf oplever parterne forvirring omkring håndtering af den tolkede konsultation.

For at imødekomme denne usikkerhed kan lægen overveje, om det er hensigtsmæssigt at lade tolk og patient vente sammen inden konsultationen? Man bør i hvert fald være klar over, at det har visse konsekvenser. En sådan praksis trækker tolk og patient tættere sammen og gør det sværere for tolken at opretholde sin neutralitet og rolle som professionel. Alternativt kan tolken vente i frokoststuen, og på hospitalerne kan man endvidere signalere, at tolken er sundhedspersonalets assistent ved at lade tolken bære et navneskilt, hvor der fx blot står »tolk«. I konsultationen introduceres tolk og patient for hinanden af lægen, som i ►



Ortopædisk Hospital Aarhus a/s

Et professionelt privathospital

Ortopædisk Hospital Aarhus a/s er et nyt og moderne privathospital, der beskæftiger sig med alle former for ortopædisk kirurgi. Hospitalets læger er alle meget erfarne og højt specialiserede indenfor deres felt. Patienten får derfor den højeste faglige kvalitet på Ortopædisk Hospital Aarhus a/s.

Hospitalets moderne indretning og den nyeste teknologi indenfor operationsstuer og anæstesi sikrer de bedste forhold for patientens behandling. Rummelige og moderne sengestuer skaber en positiv ramme om indlæggelsen, og rekreationsstuen giver ro efter den ambulante operation. Hospitalets personale yder deres bedste for at give patienten en god oplevelse, og har fokus på netop

patientens behov. Hospitalet er nyindrettet i lækre lokaler, og er centralt placeret i Scandinavian Center midt i Århus. I centret ligger også Hotel Radisson SAS Scandinavia, der står for hospitalets catering, og som giver mulighed for overnatning for pårørende.

Ortopædisk Hospital Aarhus a/s samarbejder med Amdrætsforeningen og forsikringselskaberne.

Kontakt:

Ortopædisk Hospital Aarhus a/s
Margrethepladsen 3 • Scandinavian Center
8000 Århus C • www.oh.dk
email: oh@oh.dk • Tel. 86 12 11 86
Tidsbestilling: booking@oh.dk

Rygkirurgi

Overlæge, Ph.d., Peter Helmig
Overlæge, Peter Duel

Skulder-albue kirurgi

Overlæge, Jens Ole Søjbjerg

Håndkirurgi

Afdelingslæge Michael Davidsen

Idrætskirurgi

Overlæge, Peter Faunø

Knæ- og hofteprotesekirurgi

Professor, dr. med., Ivan Hvid
Overlæge, Per Kjærsgaard-Andersen

Fod-ankel kirurgi, Børneortopædi

Afdelingslæge Michael Davidsen
Professor, dr. med., Ivan Hvid

Rådgivere

Professor, dr. med., Cody Bünger (rygkirurgi)
Overlæge Claus Möger (håndkirurgi)

 Ortopædisk Hospital
Aarhus a/s

Hvad er en tolk? . . . fortsat

ORIENTERING

forlængelse heraf præsenterer tolken som en neutral person med tavshedspligt. Herved bidrager lægen til at italesætte tolkens rolle som professionel og lægger afstand til en forståelse af tolken som patientens semi-pårørende.

En god investering

Med alle disse små manøvrer kan lægen bidrage til at tage ansvaret for tolkningen og definere tolken som en del af

sundhedsvæsenets tilbud til ikke-dansktalende patienter. Ovenstående forslag kræver selvfølgelig, at lægen bruger noget af sin sparsomme tid på at definere nogle rammer for den tolkede samtale. Den tid kan dog vise sig at være en god investering i forhold til lægens mulighed for at bevare overblikket over og kontrollen med den tolkede samtale og tolkens rolle.

Faktaboks 1:

Projektet Tolkningens vilkår og betydning i kommunikationen mellem etniske minoriteter og sundhedsvæsenet udspringer af et ønske om at skabe et bedre fundament for den tolkede samtale.

Formålet er at give et overblik over, hvordan tolkning rekvireres, praktiseres og evalueres i møderne mellem patienter med dårlige danskundskaber og sundhedsprofessionelle. Målet er at komme med konkrete og relevante løsningsforslag til, hvordan kommunikationen kvalificeres inden for de givne rammer.

Første fase var et litteraturstudie til belysning af allerede eksisterende viden om tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet. Resultaterne er samlet i en rapport. Herefter udarbejdedes et spørgeskema, der kortlægger praksis omkring tolkeanvendelse i sundhedsvæsenet. Skemaet blev sendt til 157 lægepraksis og 8 hospitalsafdelinger i Region Midtjylland. Svarprocenten var 62% i almen praksis og 42% på hospitalerne (varierende fra 39% til 72% på de deltagende afdelinger).

Der er sideløbende med og i forlængelse af undersøgelsen gennemført kvalitative interviews med sundhedspersonale fra almen praksis og hospitaler, med tolke og med etniske minoritetspatienter. Der er endvidere gennemført deltagerobservation i almen praksis.

Undersøgelsens samlede resultater sammenfattes i en rapport, der forventes offentliggjort i april/maj 2007.

Hvis hospitalsafdelinger eller almen praksis/tolvmands-grupper er interesserede i et oplæg og i at diskutere tolkeanvendelse, kan projektkoordinator, antropolog Stina Lou kontaktes på tlf. 87 28 47 16 eller på e-mail: stina.lou@stab.rm.dk



PATIENTEN I CENTRUM



Minimal Invasiv Rygkirurgi

Discusprolaps . Spinalstenose . Stivgørende rygoperation

Alle rygkirurgiske indgreb udføres røntgenvejledt med minimal invasiv teknik og avanceret Zeiss Mikroskop.



Frederik Busch
speciallæge i neurokirurgi



Mogens Bach Pedersen
speciallæge i neurokirurgi



PRIVATHOSPITALET
MØLHOLM A/S

RygCenter Mølholm

Brummersvej 1 . 7100 Vejle . Tlf. 75 83 20 99 . www.molholm.dk

Offentlige garantiklinikker i Region Midtjylland

DEBAT

Af afdelingschef Lars Dahl Pedersen,
Sundhedsplanlægning, Region Midtjylland



Lars Dahl Pedersen
Afdelingschef

I 2005 var regningerne fra privathospitaler for de amter, der indgår i Region Midtjylland, på 100 mio. kr. Regninger, der kunne undgås, hvis de offentlige hospitaler for alle behandlinger kunne tilbyde patienterne behandling indenfor 2 måneder. 100 mio. kr., der kunne gøre rigtig god gavn på de offentlige hospitaler. 100 mio. kr., der kunne sikre langt flere patienter behandling på de offentlige hospitaler end på de private hospitaler, hvor udgiften for en behandling typisk svarer til 100% af DRG-taksten.

Et enigt regionsråd i Region Midtjylland har besluttet at skærpe kampen mod for lange ventetider til hospitalsbehandling. På tværs af partiskel er der fuld opbakning til, at de offentlige hospitaler får driftsvilkår, der sikrer, at patienterne bliver tilbudt behandling inden for ventetidsgarantien.

Filosofien er enkel. Ved at bruge pengene på at behandle flere patienter på de offentlige hospitaler mindskes ventetiderne og dermed antallet af patienter, der skal sendes til behandling på privathospitaler som følge af det udvidede frie sygehusvalg.

Hvad er en garantiklinik?

En garantiklinik er ikke en egentlig klinik med eget personale og særlige fysiske rammer. Det er derimod en aftalt udvidelse af et offentligt hospitals behandlingskapacitet, integreret i den øvrige drift. Men det er ikke det samme som et ventelisteprojekt. At være garantiklinik for en given behandling forudsætter, at hospitalet garanterer at kunne tilbyde alle henviste patienter en tid indenfor behandlingsgarantien.

Patienterne mærker ikke nogen forskel på at blive behandlet som garantipatient. Ud over at være sikret behandling inden for ventetidsgarantien. Til gengæld kan de ikke vælge at blive behandlet under det udvidede frie sygehusvalg, da de jo er blevet tilbudt behandling på et offentligt hospital. Garantiklinikkerne dækker over to modeller. I den ene model har hospitalet for en periode forpligtet sig til at behandle et på forhånd fastsat antal patienter inden for et afgrænset område. Den fastsatte meraktivitet udløser 55% af DRG-taksten, som også er den generelle takst for meraktivitet i Region Midtjylland.

I den anden model forpligter hospitalet sig til at agere bagstopper over for alle de patienter, der hidtil er blevet behandlet på privathospitaler inden for et afgrænset område. I den model er hospitalet således forpligtet til at sikre, at alle regionens patienter inden for et specifikt behandlingsområde behandles inden for ventetidsgarantien og dermed ikke kan benytte sig af det udvidede frie sygehusvalg. Hvis hospitalerne påtager sig denne model, afregnes de med 75% af DRG-taksten. Men så skal de også betale for merudgiften, hvis regningen til privathospitalerne fortsætter med at stige.

For begge modeller gælder, at hospitalerne er forpligtet til at overholde ventetidsgarantien inden for de områder, hvor de har meldt sig som garantiklinik. Dog kan garantiklinikken i kortere perioder »lukkes« ned for garantiklinikpatienter, hvis udefrakommende forhold for en tid gør det umuligt for hospitalet at imødekomme efterspørgslen.

Ud over taksten er det også muligt ved indgåelse af aftalen at få dækket såkaldte flaskehalsudgifter. Det kan f.eks. være til diagnostisk udstyr såsom ultralydsudstyr. ►

Hørecenter Århus

Skejbycenteret, 8200 Århus N
Tlf. 86 78 23 28, fax. 86 23 11 13

Undersøgelse, salg og tilpasning
af høreapparater
Tilskud fra amtet på 5.000 kr. pr. høreapparat

Arne M. Eike

speciallæge i ØNH-sygdomme
Besøg os på internettet: www.hca.dk



JYSK CENTER FOR KONFLIKTLØSNING
v/ mediator og psykolog Søren Braskov

Hvis samarbejdet skranter!

Se artikel fra Månedsskriftet på
www.jcfk.dk (erhverv→info→artikler)

Vestergade 35F · 8600 Silkeborg
www.jcfk.dk · Tlf 8680 4315 · sb@jcfk.dk

Offentlige garantiklinikker i Region Midtjylland . . . fortsat

DEBAT

Besparelser, nej Effektiv ressourceudnyttelse, ja

Mange af regionens hospitaler er indenfor de økonomiske rammer, de er tildelt i budgettet, presset til randen. Uden en økonomisk indsprøjtning til at kunne etablere ekstra kapacitet har det ikke været muligt at følge med en stadigt voksende efterspørgsel efter hospitalsbehandling.

Hospitalerne i Region Midtjylland har gennem efteråret hver især meldt ind på de behandlingsområder, hvor der er mulighed for at etablere garantiklinik-aktivitet ved at udvide kapaciteten. På denne måde er der oprettet garantiklinik-kapacitet på mange af de venteliste-tunge områder. Det gælder blandt andet indenfor dermatologi, øjenområdet samt øre-næse-halsområdet.

I 2005 blev cirka 12.000 patienter behandlet på privat-hospitaler. Til 100% af DRG-taksten. Hvis 100 mio. kr. i stedet blev brugt til behandling af patienter på regionens offentlige hospitaler, ville beløbet kunne dække behandling af op mod næsten dobbelt så mange patienter på regionens egne hospitaler.

Selv om regionens hospitaler i forvejen er presset på kapaciteten, er det indtil videre i 2007 lykkedes at få garantiklinikaftaler, der svarer til mellem 50-60% af den aktivitet, der i 2005 var på privathospitalerne. Hvilket jo er ganske imponerende.

Men der er stadig en række behandlingsområder, hvor det endnu ikke er lykkedes at få en garantiklinikaftale. Så der er fortsat plads til, at afdelinger kan byde sig til.

Hvorfor er taksten på garantiklinikker lavere end 100% af DRG?

DRG-taksten dækker - ideelt set - gennemsnittet af alle driftsomkostninger ved en given behandling. Derfor er der indregnet en række omkostninger til tværgående kliniske afdelinger, servicefunktioner og andre fællesomkostninger såsom vedligeholdelse, lys, vand og varme. En betydelig del af disse fællesudgifter er uafhængige af, hvor mange patienter, der behandles. Derfor kan der på de fleste afdelinger præsteres meraktivitet uden, at det udløser merudgifter på 100% af DRG-taksten. Derfor afregnes ekstra aktivitet som udgangspunkt med 55% af DRG-taksten.

Det svarer i øvrigt til den takst, der i flere år har været på Friklinikken i Brødstrup, der på mange måder kan sammenlignes med konceptet for garantiklinikkerne i Region Midtjylland. I Brødstrup er det lykkedes at få behandlet rigtig mange patienter med meget høj effektivitet og til en honorering, som har været så attraktiv, at det har været muligt at rekruttere speciallæger og andre faggrupper til at dække en række forskellige behandlingstyper.

Behandlingstilbud til patienter med moderat til svær depression ved Forskningsafdeling for Affektive Sygdomme i Risskov (GENDEP) til juli 2007



- patienten skal være imellem 18-65 år og lide af moderat til svær depression
- være af kaukasisk (hvid) europæisk afstamning til og med forældrene
- være uden antidepressiv medikamentel behandling eller være i antidepressiv medikamentel behandling med ønske om eller behov for præparatskift
- være bosat i Århus Amt

Vi vil gerne se patienten så tidligt i sygdomsforløbet som muligt og meget gerne inden antidepressiv behandling er påbegyndt.

Behandlingen følger de vanlige retningslinjer for medikamentel behandling af moderat til svær depression, idet patienterne randomiseres til henholdsvis Cipraleks eller Noritren. Behandlingen indeholder også støttende samtaler og psykoedukation. Patienterne følges med ugentlige samtaler i 12 uger af en speciallæge i psykiatri og en psykolog. Ved manglende behandlingsrespons skiftes patienterne om muligt over til det andet antidepressive middel og følges i yderligere 12 uger.

Formålet med undersøgelsen er at identificere gener af betydning for behandlingseffekt og bivirkninger for to forskellige antidepressive lægemidler (Cipraleks og Noritren).

Ønsker du at henvise en patient, vil vi bede dig om at sende os en henvisningsblanket, et brev eller en fax eller ringe og oplyse os om navn, adresse og telefonnummer på vedkommende, som vi herefter vil kontakte så hurtigt som muligt.

Ole Mors, professor, overlæge, ph.d.
Rasmus W. Licht, specialeansvarlig overlæge, ph.d.

Lisbeth Jørgensen, psykolog
Anne Schinkel Stamp, psykolog

Postadresse: Forskningsafdeling for Affektive Sygdomme, Skovagervej 2, 8240 Risskov. Tlf: 7789 3850,
Fax: 7789 3859. Hjemmeside: www.depressionsforskning.dk (GENDEP)

Hvordan udmøntes midlerne til garantiklinikker?

Aftaler om garantiklinikker indgås mellem hospitalsledelsen og Region Midtjylland. Netop fordi det skal indpasses i den drift, der er på det pågældende hospital. Det er således en ledelsesbeslutning på det enkelte hospital, hvordan midlerne fordeles internt på hospitalet. Erfaringen er da også, at det er meget forskelligt fra afdeling til afdeling og fra hospital til hospital, hvem der får del i midlerne, og hvordan de udmøntes. Men det er klart, at det koster noget at udvide arbejdstiden, at lave lørdagsambulatorium eller at åbne en ekstra operationsgang. Så en betydelig del af midlerne går naturligvis til en ekstra honorering for den ekstra indsats.

Hvad har et hospital ud af at få status som garantiklinik?

For et hospital giver konceptet med garantiklinikker mulighed for at øge specialiseringen inden for specifikke områder på hospitalet. Flere patienter inden for en specifik behandling betyder, at personalet kan udvikle spidskompetencer inden for netop disse områder. Hertil kommer, at det kan være med til at understrege både overfor patienter og personale, at der er en vision med hospitalet som garant for, at patienter altid kan tilbydes behandling indenfor ventetidsgarantien.

Hvorfor skal jeg tage overarbejde på offentligt hospital frem for på privathospital?

Det er klart, at der på nogle privathospitaler kan tilbydes lønninger, som de offentlige hospitaler hverken kan eller vil konkurrere med. Men ud over en pæn ekstra honorering kan de offentlige garantiklinikker tilbyde en række andre fordele, som de private klinikker ikke altid kan hamle op med. For det første foregår aktiviteten i vante omgivelser, med et kendt hjælpepersonale og med kendt udstyr. For det andet kan der laves en meget effektiv planlægning af aktiviteten, da hospitalet i forvejen har et stort patientvolumen. Mange sætter pris på, at der er sat et passende antal patienter til behandling. Endelig slipper man som læge også for meget af det praktiske bøvvl.

Er garantiklinikker vejen frem?

Det er endnu for tidligt at vurdere garantiklinikkernes skæbne. Hertil er vi stadig i indkøringsperioden. Modellen med garantiklinikker bliver udsat for et massivt pres, når ventetidsgarantien på en måned indføres fra 1. oktober 2007. Med de driftsvilkår, privathospitalerne er underlagt, er garantiklinikkerne under alle omstændigheder sikret en behård konkurrence om lægernes og patienternes gunst.



Revisionsfirmaet Langballe Jensen

Klamsagervej 27-29, 8230 Åbyhøj
Tlf. 86 25 90 77, Telefax 86 25 93 11

Bliv betjent af et mindre revisionsfirma, som sætter personlig rådgivning og service i højsædet.

Ring for et uforbindende møde med en erfaren revisor

KLINIK FOR PSYKOTERAPI

Kriser, samlivsproblemer, psykosomatik, angst,
depression - eller blot når livet gør ondt

Erik Paulli

Speciallæge i almen medicin

Inger Hansen

Psykokoterapeut

»Bangholm«

Aarhusvej 30, Ugelbølle, 8410 Rønde
Tlf. 8791 0050 . Ma - Fr kl. 8.00 - 9.00

Ingen overenskomst med sygesikringen

G R Y M E R PRIVATHOSPITAL S K E J B Y

Tueager 5, Skejby, 8200 Århus N

Tlf. 86 10 80 11

e-mail: grymer@grymer.dk

Hjemmeside: www.grymer.dk

Klinikken tilbyder plastikkirurgi,
rekonstruktiv kirurgi og
kosmetiske operationer

Overenskomst med den offentlige sygesikring.
Godkendt af sygeforsikringen »danmark«.
Samarbejdsaftale med amtsrådsforeningen.

Mammografiscreening i Region Midtjylland - nu på vej

ORIENTERING

Af Niels Lund Biskjær, ledende overlæge, Billeddiagnostisk afdeling. Regionshospitalet Randers



Niels Lund Biskjær
Ledende overlæge

1. januar 2007 trådte den nye Sundhedslov i kraft, hvori det præciseres i §86, at Regionsrådet hvert andet år skal tilbyde brystundersøgelse til kvinder, som er mellem 50 og 69 år. Det er regeringens holdning, at mammografiscreeningen bør indføres snarest muligt og senest inden udgangen af 2007.

Opgaven er omfattende, da antallet af kvinder i aldersgruppen 50-69 år er på over 150.000. Med en forventet deltagelsesprocent på 90 vil det dreje sig om over 67.500 screeninger årligt. Omregnet på 220 årlige arbejdsdage vil dette give over 300 screeningsundersøgelser pr. dag. Til organisering af opgaven blev der nedsat en planlægningsgruppe primært bestående af hospitalsledelsesrepræsentanter. Desuden blev en speciel administrativ enhed kaldet Brystkræftanalyseenheden Region Midtjylland (BARM) nedsat, ligesom der blev ansat en daglig leder, som efter opslag blev besat med læge Lisbeth Kallestrup. Det blev desuden vedtaget, at denne administrative funktion skulle placeres på Regionshospitalet Randers.

Der er lagt op til, at screeningsoptagelserne skal finde sted på 4 eventuelt 5 faste enheder, formodentlig placeret i hhv. Århus, Randers, Viborg, Holstebro samt eventuelt Horsens. Der forventes i første omgang ikke suppleret med en mobil enhed. Det er ligeledes anbefalet, at hvert apparat bemandes med et fotograferende personale bestående af 4-5. Der foretages 2 optagelser af hvert bryst på digitalt mammografiudstyr. Når disse optagelser foreligger, sendes de

til en beskriveenhed, hvor samtlige optagelser skal dobbelt granskes af kvalificeret lægeligt personel. Omfangsmæssigt forventes det, at hvert mammografiapparat vil kunne screene 10 kvinder/klienter i timen på stationært apparatur.

Til granskningen viser internationale tal, at der skal afsættes et speciallægeforbrug på ca. 1-2 minutter per kvinde.

Det forventes - også ud fra internationale tal - at ca. 5% af de screenede kvinder/klienter vil gå videre til en egentlig klinisk mammografi under første screeningsrunde (såkaldt prævalensfase), idet der ved disse vil være tumormistanke. Dette behov skal derfor indregnes i den kapacitet, der er til rådighed ved klinisk mammografi. Når der opnås »steady state« (den såkaldte incidensfase), vil ca. 2,5% af de screenede kvinder henvises til klinisk mammografi.

Det fremgår således af ovenstående, at personaleforbruget dels på fotograferende personel (mammografiassistenter) samt granskende speciallæger vil være ganske omfattende.

Nødvendigt at tænke i nye baner

Til imødekommelse af disse krav blev det hurtigt indset, at det var nødvendigt at tænke i nye baner. Dette skete i form af i første omgang 2 opgaveglidningsprojekter. Det ene projekt bestod i oplæring af ikke radiografer/røntgensygeplejersker til billedoptagelsen samt for det andets vedkommende uddannelse af såkaldt billedsorterende (»beskrivende«) radiografer. Meningen var, at disse skulle kunne oplæres til at foretage den ene granskning. Dette projekt er imidlertid blevet skrinlagt. Tilbage står det første projekt med oplæring af personel til billedoptagelse. Der blev, i det daværende Århus Amt, nedsat en arbejdsgruppe, som skulle komme med forslag og indstilling til dette. Resultatet blev en anbefaling af, at social- og sundhedsassistenter (SOSU) skulle kunne oplæres til denne opgave og den nedsatte arbejdsgruppe har til denne uddannelse udarbejdet et undervisningsprogram med tilhørende undervisningsforløb og praktisk oplæring. Denne uddannelse skulle finde sted under Regionens uddannelsesregi. Da det drejede sig om en ny faggruppe til varetagelse af røntgenundersøgelse og en ny uddannelse, var planen til høring i Sundhedsstyrelsen. Det første svar fra Sundhedsstyrelsen var efter det daværende regionale overgangsråds mening ikke tilfredsstillende, idet kravene fandtes både for store og urealistiske. Der blev derfor i høringsfasen gjort indsigelse imod det, således at der ved den senest udsendte vejledning fra Sundhedsstyrelsen nu er åbnet mulighed for, at personer med minimum 2 års praktisk erfaring indenfor sundhedsområdet ville kunne søge disse stillinger, som mammografiassistenter. Region Midtjylland har i denne forbindelse vedtaget, at man som målgruppe vil have social- og sundhedsassistenter, således at det er disse, der uddannes til opgaven. Imidlertid har Sundhedsstyrelsen gjort vejledningens gyldighed tidsbegrænset til udgangen af 2010, hvorefter Sundhedsstyrelsen vurderer behovet for en ny gyldighedsperiode (dvs. i tilfælde af stor arbejdsløshed inden for radiografifaget forlænges vejledningen ikke). Også denne begrænsning har Regionen gjort indsigelse imod. Afklaring af dette foreligger endnu ikke.



Det forventes, at uddannelsen udbydes i 2007, således at mammografiassistenterne kan være klar sidst i 2007 - først i 2008. Det forventede antal uddannelsespladser er anslået til mellem 20 og 25, idet det umiddelbare behov skønnes at være 20, men der er i denne forbindelse ikke taget højde for frafald m.v.

Indkøb af digitale mammografiapparater

I forbindelse med oprettelsen af brystanalyseenheden (BARM) for Region Midtjylland er nedsat en faglig følge-gruppe bestående af repræsentanter fra de 4 hospitaler med mammacentre samt praktiserende læger. Disse repræsentanter indgår også i den indkøbsgruppe, som skal forestå indkøbet af de i første omgang 5 stationære digitale mammografiapparater.

Dobbeltgranskning skal foretages af kvalificerede speciallæger

Vedrørende dobbeltgranskningen af de mammografiske optagelser skal disse foretages af kvalificerede speciallæger. Disse forventes rekrutteret blandt Regionens egne radiologiske speciallæger, som til daglig beskæftiger sig med klinisk mammografi. Imidlertid har opgaven et sådant omfang, at Regionens egne speciallæger kun forventes ved ekstraarbejde, at kunne påtage sig den ene granskning. Det er således vedtaget, at udlicitere den anden granskning, hvor blandt andet Odense er blevet spurgt om kapacitet til at foretage den anden granskning.

Imidlertid har opgaven et sådant omfang, at Regionens egne speciallæger kun forventes ved ekstraarbejde, at kunne påtage sig den ene granskning

Den speciallægelige vurdering af mammografioptagelserne forventes understøttet af et computerassisteret diagnoseprogram kaldet CAD (computer assisted diagnosis). Dette program forventes at blive en stor hjælp i vurderingen af billederne.

»Pukkeldannelse«

Som tidligere nævnt forventes 5% af de screenede kvinder/klienter at skulle viderehenvises til en egentlig klinisk mammografi. Denne ekstra belastning samt en ikke ubetydelig ekstra belastning, der tilføres dels de kirurgiske afdelinger med et betydelig øget antal operationer samt de patologiske afdelinger med et betydeligt øget antal prøver forventes udført af Regionens bestående dels kirurgiske, dels billeddiagnostiske, dels patologiske og onkologiske enheder. I denne forbindelse forventes i indkøringsfasen en yderligere øget »pukkeldannelse«, som vil reduceres, når systemet går i »steady state«.

Deltagelsesprocenten skal være mindst 75

Erfaringer fra allerede eksisterende screeningsenheder dels indenlands dels udenlands viser, at en fornuftig cost-benefit i forbindelse med screening kræver en høj deltagelsesprocent. De fleste tal viser i den forbindelse, at deltagelsesprocenten skal være 75 eller derover for at opnå en egentlig gevinst. Fremtiden vil vise, hvordan deltagelsesprocenten vil være i Region Midt. Viser det sig, at yderområder vil være underrepræsenteret, vil der være mulighed for at kunne supplere med en mobil screeningsenhed efter princippet vil Mohammed ikke komme til bjerget må bjerget komme til Mohammed.

Det fremgår således af ovenstående korte redegørelse at et ganske stort apparat er sat i sving for at imødekomme regeringskravet om mammografiscreening. Jeg har i ovenstående forsøgt at orientere om de overvejelser og tiltag, der har dannet grundlag for den regionale håndtering af indførelse af mammografiscreening.

Psyriske lidelser - fra gen til klinik?

ORIENTERING

Af Ole Mors, professor, overlæge, ph.d. Center for Psykiatrisk Forskning, Århus Universitetshospital, Risskov og Anders Børqlum, professor, ph.d., institutleder, Institut for Human Genetik, Aarhus Universitet



Ole Mors



Anders Børqlum

En kombination af familie, tvillinge og adoptionsstudier over de sidste 30 år har overbevisende dokumenteret, at der er en betydelig genetisk komponent i ætiologien for psyriske lidelser som autisme, skizofreni, bipolar affektiv sindslidelse og periodisk depression. Imidlertid har det været meget vanskeligt at komme videre fra denne generelle genetisk epidemiologiske viden til en identifikation af risikogener for de pågældende lidelser. I dag ved vi hvorfor.

I jagten på sygdomsgenerne har forskningsstrategierne udnyttet de muligheder, som den molekylærbiologiske teknologiske udvikling løbende har stillet til rådighed, og den psykiatriske genetiske forskning er på ingen måde haltet bag efter den tilsvarende forskning inden for andre komplekse sygdomme som for eksempel diabetes, astma og inflammatoriske tarmsygdomme. Der har således i de sidste 20 år internationalt været udført mange molekylærgenetiske familieundersøgelser, men uden at man har kunnet finde de monogene varianter, som man havde håbet. Heldigvis er der fundet adskillige spændende kandidatgener, især for skizofreni og bipolar affektiv sindslidelse, som nu undersøges i meget store patientmaterialer. Vi ved derfor nu, at den genetiske baggrund for psyriske sygdomme er kompleks, og at der er tale om svagt virkende risikogener, som hver især kun bidrager med en lav relativ risiko på måske 1,5 til 2. Samtidig forventer vi, at der både er interaktion mellem de enkelte risikogener og med endnu ukendte miljøfaktorer, så der er endnu et stykke vej til direkte klinisk anvendelse af den genetiske viden.

International forskning inden for psykiatrisk genetik

Der fokuseres i dag især på fire områder: kandidatgenstudier; casekontrolundersøgelser, hvor hele arvemassen scannes; identifikation af genmiljø interaktioner samt farmakogenetiske undersøgelser. Perspektiverne for disse undersøgelser er blandt andet at få et indblik i patogenesen med mulighed for nye angrebepunkter for fremtidig terapi.

Kandidatgenstudier

I de senere år har der været flere gennembrud med identifikation af mulige risikogener for især skizofreni og bipolar sygdom, f.eks. Neuregulin, DISC1, Dysbindin, GPR24, BRD1 og Slynar. Flere af generne synes involveret i både skizofreni og bipolar sindslidelse, hvilket peger på, at den biologiske disposition i nogle tilfælde er den samme for de to sygdomme eller har betydning for bestemte symptomkomplekser, som findes hos både personer med skizofreni eller bipolar affektiv lidelse. I øjeblikket foregår adskillige studier af kandidatgener i meget omfattende patient og kontrolmaterialer for at eftervise sygdomsassociationen, bestemme hvor udbredt kandidatgenets betydning er i den givne befolkning og præcisere sammenhængen med sygdom eller specifikke symptomkomplekser.



Dagkirurgisk
Hospital Viborg

- Plastikkirurgi
- Ortopædkirurgi
- Åreknude-/Karkirurgi
- Sportsskadekirurgi
- Shockbølgebehandling

Ingen ventetid



Aftale med Amtsrådsforeningen og
sygeforsikringen »danmark«.



Viborg Stadion · Overdamsvej 8, 2. etage · 8800 Viborg · post@dagkirurgisk.dk
www.dagkirurgisk.dk

www.fs.dk



Kandidatgenerne undersøges også detaljeret ved ekspressionsstudier af genprodukterne i hjernevæv bl.a. fra afdøde patienter samt ved molekylærbiologiske funktionelle studier af cellelinier og dyremodeller. Herved søges de patofysiologiske mekanismer og involverede pathways afdækket.

Ved karakteristisk af kandidatgenet i patientmaterialer og ved funktionelle undersøgelser er det overordnede mål således at få indblik i den præcise biologiske årsag til sygdomsudviklingen og at identificere nye mål molekyler for en terapeutisk intervention, der er skræddersyet til den enkelte person (eller genotypegruppe) og direkte kausalt rettet.

Casecontrolstudier med total scanning af genomet

Den teknologiske udvikling inden for genotypnings platforme gør det nu økonomisk og praktisk muligt med en hidtil uset styrke at kunne identificere risikogener gennem en total genom scanning under anvendelse af 500.000 DNAMarkører på flere tusinde cases og kontroller. Vi forventer, at resultater fra de første af denne type undersøgelser vil blive publiceret i løbet af 2007. Der er meget store forventninger til dette, ikke mindst efter at tilsvarende undersøgelser har givet spændende resultater for Crohns sygdom og type 2 diabetes.

Genmiljø interaktionsstudier

En række studier begynder nu at identificere samspillet mellem konkrete gener og miljøfaktorer, især i udvikling af depression. Det har længe været kendt, at belastende livsbegivenheder generelt er en risikofaktor for udvikling af depression, men nu er der begyndende evidens for en konkret genetisk betinget sårbarhed overfor belastende livsbegivenheder hos nogle personer.

Farmakogenetiske studier: lægemiddelrespons og udvikling af bivirkninger

Læsere af »Lægen i Midten« vil i de sidste 2 år forhåbent-

MEDLEMSMØDE MED LÆGERNES PENSIONS KASSE

ONSDAG DEN 16. MAJ KL. 19.00
Villa Medici, Fredens Torv 3 B, Århus C

EMNER

- Din dækning, hvis du bliver syg
- Din sikring af dine nærmeste i tilfælde af dødsfald
- Planlægning af din pensionisttilværelse
- Nye muligheder for at supplere dine pensionsforhold
- Kan pensionen tages med til udlandet
- Dine egne spørgsmål til Pensionskassen

**Pensionskassen vil gerne holde et tilsvarende møde
et sted mere i Region Midtjylland.
Sekretariatet kan formidle kontakt herom**

KONTAKT TIL FORMANDEN FOR Yngre Læger i Region Midtjylland YLRM

Henvendelse til formanden for YLRM
Læge Mads Skipper
kan ske på mail: ylrm@lkfmidt.dk

På samme måde kan der evt. aftales
møde med YLRM-formanden



NY NEUROLOG I REGIONEN

Einar Bech M.D. PhD

Overdamsvej 14
DK-8800 Viborg

tlf: 86 611141
ydernr: 285897

ET SPROG FOR DET SEKSUELLE

Et kursus for psykologer, læger, psykoterapeuter, der arbejder med par.
Undervisere: Cand.mag. *Neel Fasting*
og cand.psych. specialist og supervisor i psykoterapi *Helle Jensen*.

Se kursustekst på www.neelfasting.dk
eller www.psykologhellejensen.dk

Elbjerg Kursuscenter

Ormedamsvej 3 · Tejstrup · 8660 Skanderborg · Tlf. 86 53 83 59



Psyriske lidelser - fra gen til klinik? . . . fortsat

ORIENTERING

lig have lagt mærke til en ½ sides annonce for GENDEP-projektet, hvor vi (fortsat!) søger patienter med moderat til svær depression til et behandlingsforløb med enten et serotonergt eller noradrenerg virkende antidepressivum med det formål at identificere gener for behandlingsrespons og for udvikling af bivirkninger. Projektet er en EU undersøgelse, og der er nu samlet op mod 1000 patienter. Håbet er selvfølgelig at kunne udvikle en gentest eller anden blodprøve baseret test, som kan forudsige behandlingsrespons og udvikling af svære bivirkninger, og som derfor kan blive en del af beslutningsgrundlaget for behandlingsvalg. Der er meget store menneskelige og økonomiske gevinster, hvis dette kunne lykkes. En stor del af den psykofarmakologiske behandling er ikke effektiv - og pengene derfor spildt, og den menneskelige lidelse uændret - eller også udvikles der måske meget betydelige bivirkninger som for eksempel betydelig overvægt og medfølgende risiko for udvikling af metabolsk syndrom.

Andre lignende studier er undervejs, som for eksempel diagnostiske gentest til at kunne bedømme risikoen for udvikling af agranulocytose ved behandling med Clozapin (Leponex). Der kan allerede købes diagnostiske gentest for at kunne vurdere respons på antipsykotisk medicinsk behandling - så individualiseret medicinsk behandling baseret på genetisk viden er allerede i sin vorden, selv om den ikke endnu har fundet vej til rutineanvendelse i psykiatrien.

Præsymptomatisk gentest for psyriske lidelser?

Dette ligger ikke lige for, da der netop er tale om risikogener, hvor det vil blive meget vanskeligt at forudsige en konkret risiko for den enkelte person.

Psykiatrisk genetisk forskning ved Aarhus Universitet

Aarhus Universitet står nationalt og internationalt ganske stærkt i denne type forskning gennem et årelangt samarbejde mellem Center for Psykiatrisk Forskning, Århus Universitetshospital, Risskov, Institut for Human Genetik og Center for Registerforskning, Aarhus Universitet.

De tre enheder behersker i fællesskab den nødvendige psykiatriske, genetisk epidemiologiske og molekylærbiologiske ekspertise, og vi arbejder målrettet på fortsat at bidrage med mere viden om det humane genoms interaktion med miljøet i den bredeste forstand.

Der er ingen tvivl om, at den psykiatrisk genetiske forskning vil føre til bedre patientbehandling i en ikke fjern fremtid.

Mette Bjerg

A U T . C A N D . P S Y C H .

Psykoanalytisk psykoterapeut, DSPP, FIPP
Sygesikringsordning

Ryesgade 29, 2 th. 8000 Århus C
Telefon 86 12 18 24 . Mail: bjerg@tdcspc.dk
www.psykologmettebjerg.dk

Medlem af Dansk Psykolog Forening

EKSEMSKOLE PÅ DERMATOLOGISK AFDELING

Marselisborg Centret, P.P. Ørumsgade 11,
Århus Sygehus

Der afholdes igen eksemsskole for forældre til børn med atopisk dermatitis. Eksemsskolen forløber over 2 aftener:

mandag den 30.04.07 og mandag den 07.05.07,
begge aftener fra kl. 19.00-21.00.

Tilmelding kan ske til sekretær Kate Johansen
i Hudklinikken på telefon 8949 1858
i tidsrummet mellem 8.00-12.00,
(undtagen fredag).

Tilmelding kan ske løbende og indtil senest 1 uge
før kursus' start. Vi kontakter selv familierne,
når en ny eksemsskole afholdes.

Ledende overlæge, dr. med. Mette Deleuran,
oversygeplejerske Susanne Konnerup og
praksiskonsulent Jette Dam-Hansen

Nyt tilbud på Grymer Privathospital Skejby

Speciallægeklinik for mammadiagnostik og mammakirurgi
v. speciallæge Joan Ravnsbæk

• mammografi, ultralydsscanning, nålebiopsi
• kirurgisk behandling af benigne og maligne marmasvgerdomme
(incl. sentinel node diagnostik)

INGEN VENTETID


mammaklinikken Århus
BREAST CARE CLINIC

mail@mammaklinikken.dk
www.mammaklinikken.dk

Tueager 5, Skejby
DK-8200 Århus N
Tlf. 70 20 13 99
Fax. 86 22 12 99

Refleksioner over hjælp til kolleger i misbrug

ORIENTERING

Af Hans Henrik Godt. fhv. psykiatrisk overlæge

Jeg blev forleden kontaktet af en kollega, der er bekendt med, at jeg i årenes løb har forsøgt at hjælpe læger, når disse bad om hjælpen og undertiden andre, som i hvert fald i begyndelsen fik hjælpen delvist påtvunget.

Samtalen drejede sig om, hvorvidt jeg ville skrive en lille artikel om dette emne til vort nye regionsblad. Efter nogen betænkningstid har jeg indvilget.

Det hele startede vel med, at jeg under min reservelægetid på psykiatriske afdelinger i 1960'erne forbavsedes over at møde et relativt stort antal læger i patientkredsen. De blev vist i almindelighed anset for »vanskelige«, og dette var måske én af grundene til, at jeg ydede en lille ekstra indsats her, idet udfordringen måtte afprøves.

Et stort antal af disse læger havde et blandet misbrug, især morfinpræparater og alkohol med deraf følgende faglige, sociale, familiære og naturligvis psykiatriske problemer.

Flere gange oplevede jeg, at tilsyneladende håbløse situationer kunne bedres i nogen grad og undertiden endda ret meget. Min interesse var vakt!

Da jeg siden blev ledende overlæge ved et af de daværende store psykiatriske hospitaler og i en periode ligeledes lægekredsforeningsformand, var kontakten til en ganske stor kollegakreds etableret. Omstændighederne medførte naturligt mulighed for og undertiden næsten krav om at yde kollegial assistance, fortsat ikke sjældent omkring misbrugsproblemer.

Siden etablering af netværksfunktionen blev dette en naturlig basis for fortsat indsats på området frem til pensionsalderen. Jeg mente det hermed passende at ophøre, mest fordi jeg ville miste muligheden for disposition over passende indlæggelsesmuligheder.

Jeg har aldrig lavet opgørelser over antal personer eller hjemsteder, men med et løseligt skøn over et forløb på ca. 30 år vil antallet vel nærme sig 100, måske flere.

Da de fleste nok søgte støtten i overkommelig afstand fra bopæl og arbejdssted, svarer dette såmænd meget godt til vor nye regions område med flydende grænser i nord.

Hvordan håndterer man en sådan situation?

Det er nok lidt svært at svare på for én selv. Groft sagt kan man vel sige, at man skal have flair og interesse. Jeg prøvede almindeligvis at optræde så lidt professionelt som muligt og forsøgte så vidt muligt også at undgå mere nærtstående kolleger, selv om dette viste sig ganske vanskeligt.

Hvilke personlige egenskaber skal der til for at varetage opgaven?

Et bud fra min side skal være en betydelig grad af stædighed, en rimelig grad af optimisme og ikke mindst en positiv holdning til et ret stort tidsforbrug.

Kan der peges på en metode?

Næppe! Men for mig var de to vigtigste elementer kontakt og kontrol. Begge altid i meget let tilgængelig form.

Ud fra generel vurdering og nu ikke mindst dagspressen kan der ikke herske tvivl om det fortsatte behov. Jeg håber, at kolleger fortsat vil støtte hinanden. De positive oplevelser i forbindelse hermed har i mine overvejelser altid overskygget de negative.

SUNDrådgivning



www.vestjyskbank.dk

Jeg har specialiseret mig i at "tage blodtrykket" på økonomien indenfor lægeverdenen.

Gi' mig bare én chance for at bevise det – så kvitterer jeg med en god flaske rødvin.

Ulla Overgaard · Erhvervsrådgiver
Direkte 96 63 30 23 · uo@vestjyskbank.dk

 **vestjysk BANK**
Solidt engagement

vestjyskBANK · Store Voldgade 4 · 8900 Randers

NÆRVÆR - KOMPETENCE - DYNAMIK

www.bureaufrylensberg.dk · 24628 · 0107

Den rigtige pille i den rigtige mund til den rigtige pris

DEBAT

Af praktiserende læge Esben M. Iversen, Bjerringbro



Esben M. Iversen
Praktiserende læge

Det er givetvis svært for politikerne at tage de rigtige beslutninger. De er omgivet af rådgivere, som alle har de bedste intentioner, men de ser det alle ud fra en begrænset synsvinkel, nemlig deres egen. Vi vil alle sammen have så meget ud af sundhedskronerne som muligt, det er helt legitimt.

Som praktiserende læge ser jeg nogle ting i egne og andres rækker, som jeg mener kan bidrage til det. Der har været fikseret meget på medicinpriser - helt naturligt - for det er en stor post. Den rigtige pille i den rigtige mund til den rigtige pris. Hvordan opnår vi det?

Efter min mening gives der medicinalindustrien alt for megen plads til at lancere dyre præparater, der ikke er evident bedre end gamle kendte præparater.

Vi læger skal give afkald på »den fri ordinationsret«. Vi skal lave et organ af læger, farmaceuter, politikere og medicinalindustri, der bestemmer, hvad der er lege artis behandling, en videreudvikling af institut for rationel farmakoterapi. De finder frem til »gold standard« præparater, til de vigtigste lidelser. De skaffes så billigst muligt.

Det samme organ skal også koordinere, hvilke medicinske forsøg og medicinafprøvninger der skal iværksættes. Som det er nu, er det markedskræfternes frie spil og meget dyrt for sundhedssystemet.

Det er i dag sådan, at medicinalindustrien gerne vil referere til en medicinafprøvning, der er gennemført på en universitetsafdeling. Kan firmaerne ikke komme igennem med undersøgelser der, prøver de på andre hospitaler, hvor medicinsk afprøvning mere har karakter af lad os kalde det »pseudovidenskabelig medicin-lancering«.

Nødvendigt at forske, men hvem betaler?

Det er nødvendigt at forske, det er lidt fint og det lugter altid lidt af fisk at være med i et forsøg. Det gælder på alle niveauer fra patient over sygeplejersker, læger til medicinalindustri, ja selv politikere tror jeg. Men det er dyrt! Medicinalindustrien betaler i første omgang for, at forsøgene gennemføres og får senere pengene ind ved, at patienterne fortsætter med at bruge præparaterne.

Der bliver bl.a. oprettet hypertensionsklinikker og hjerteinsuficiensklinikker, KOL-ambulatorier mm. på sygehuset, drevet af mange sygeplejersker og læger. De sikrer, der er en ensartet bestand af patienter, hvor medicinen kan lanceres. Firmaerne går ind i multicenterundersøgelse, der kører en lind strøm af taxaer til og fra sygehuset med patienter. De får så medicin og kontrolleres hyppigt. Afdelingen fremstår som meget aktiv, og det præmieres økonomisk af Lars Lykke Rasmussen. Mon de nye kommuner, der skal til at betale for denne trafik, synes det er en god idé?

Det viser sig ofte at være en medicin, der er udmærket, og de fortsætter med den nye medicin efter ophør af forsøget i årevis. Her får medicinalindustrien pengene ind igen, hvem betaler? Patienter og sundhedsbudgetter. For at karrusellen kører, skal der så afholdes en konference før og efter forsøget, evt. i udlandet. Der indgår måske også til afdelingens forskningskonto, et beløb for hver patient, der kommer igennem. De midler kan så bruges til kongresser og anden efteruddannelse af læger.

Så er det, I tænker: »De er sure rønnebærrene«. Nej, jeg deltager skam også i det samme. Der foregår det samme ude i praksis. Forskellige »forsøg« for at vænne os til at bruge ny medicin. Vi får også penge og kongresser. Men det er dyrt for samfundet. Vi har alle sammen gode intentioner.

Set fra praksis, vil jeg gerne have et nært samarbejde med speciallæger på sygehuset, med en hurtig dialog om behandlingsændringer, uden patienten nødvendigvis kom på sygehuset mere end højest nødvendig. Men det er ikke



ENDOSKOPI
KLINIKKEN

Speciallægeklinik i
Gastroenterologi & Urologi

- Mavearmsygdomme og vandladningsproblemer.
- Gastroskopi - sigmoideoskopi og koloskopi.
- Udredning af vandladningsproblemer
- cystoskopi og prostatabiopsi.
- Ingen ventetid – modtager selvbetalere, ventelistepatienter samt patienter med sundhedsforsikring.

Jens Baggesens Vej 88E · 8200 Århus N · Tlf. 86 13 08 46
Email: adm@endoskopiklinikken.dk · www.endoskopiklinikken.dk

muligt, de har jo travlt med deres overfyldte ambulatorier. De kan jo ikke afslutte patienterne, da de jo indgår i forskellige forsøg, eller kan komme til det senere. For at få en vurdering, er vi derfor ofte henvist til at henvise dem akut, eller benytte en privat praktiserende speciallæge. Her kan jeg godt lide de principper, ortopædkirurger kører efter. Effektiv færdigbehandling og afslutning. Så kan de genhenvises, hvis der kommer problemer. Der er vist også penge at hente, hvis hele sygehussystemet indførte denne tankemåde!

Set i mit kalajdoskop er der følgende for beslutningstagerne at iværksætte:

- 1) Afskaf den fri ordinationsret. Eller i det mindste begræns medicintilskuddet til de præparater der er billigst i de standarder nedenstående (2) tværfaglige råd anbefaler.
- 2) Lav et tværfagligt råd med repræsentanter fra læger, apoteker, medicinalindustri, politikere og sundhedsadministration. Få skabt nogle evidensbaserede behandlingsstandarder for de store sygdomme og skaf medicin til en rimelig pris til at opfylde disse.
- 3) Afvikle de pseudovidenskabelige småambulatorier på hospitaler, hvor medicinalsekskaberne har boltret sig med »lancerings-videnskab«.
- 4) Etabler et råd med lignende sammensætning som ovenfor, der kan enes om mere banebrydende, medicinske forsøg, der mere kan fremme nytænk-

ning og tilfredsstille den nye medicinalindustri, der er etableret omkring Ørestaden. Hvor var vi uden nye lægemidler?

Det er ok med medicinprøvning på hospitaler, men det er ikke i orden, at det stort set er medicinalindustrien, der sætter dagsordenen.

- 5) Brug de frigjorte speciallæger på sygehuset til en daglig hotline kontakttid til praktiserende læger. Eller alternativt lad privatpraktiserende speciallæger lave noget lignende.
- 6) Brug nogle af de sparede penge fra nedsatte medicinudgifter, nedsatte personaleudgifter på sygehuset og reducerede taxaregninger til at lave efteruddannelse for læger i alle søjler, der er uafhængig af medicinalindustrien. Det er nødvendigt, at det beløb, der allerede nu anvendes, øges med et beløb, der nogenlunde svarer til det, medicinalindustrien i dag bruger. Medicinalindustrien laver såmænd i dag udmærkede kurser, men er det ikke mere rimeligt, at det koordineres i et lægeligt efteruddannelsesudvalg?

Mange vil nok påstå, at jeg - ligesom Lord Nelson - har holdt kikkerten for det blinde øje, når jeg betragter hospitalsvæsenet. Men det skulle da være mærkeligt, om vi lige netop nu har ramt den optimale måde at drive sundhedsvæsenet på. Alle gør et godt arbejde set ud fra de taburetter, de sidder på. Men er det den rigtige måde, vi gør det på, set ud fra en samfundsbetragtning?

Nyt receptpligtigt lægemiddel
CHAMPIX®
VARENICLIN
Styrken til at stoppe

Forkortet produktinformation for Champix® (vareniclintratar)

Filmovertrukne tabletter, 0,5 mg og 1 mg

Indikationer: Rygeophør hos voksne.

Dosering: Behandlingen startes efter følgende skema: Dag 1-3: 0,5 mg 1 gang dagligt. Dag 4-7: 0,5 mg 2 gange dagligt. Dag 8 - resten af behandlingen 1 mg 2 gange dagligt. Den samlede behandlingsperiode er 12 uger. Nedsat nyrefunktion: Mild til moderat nedsat nyrefunktion: Dosisjustering ikke nødvendig. Svært nedsat nyrefunktion: 1 mg 1 gang dagligt efter 3 dages dosistitrering (0,5 mg 1 gang dagligt). Nedsat leverfunktion: Dosisjustering ikke nødvendig. Ældre: Dosisjustering ikke nødvendig. Børn: Anbefales ikke til børn og unge under 18 år.

Kontraindikationer: Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne.

Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedr. brugen: Dosisjustering kan være nødvendig hos patienter, der samtidig anvender theophyllin, warfarin og insulin. Der bør udvises forsigtighed ved behandling af patienter med psykiatiske lidelser (f.eks. depression), da rygeophør kan resultere i exacerbation af lidelsen. Der er ingen klinisk erfaring med behandling af patienter med epilepsi med Champix. Lægen bør informere patienten om, at man kan opleve irritabilitet, rygetrang, depression og/eller søvnløshed efter endt behandling og lægen bør overveje nødvendigheden af aftrapning.

Interaktioner: Der er ikke set lægemiddelinteraktioner af klinisk betydning.

Graviditet og amning: Champix bør ikke anvendes under graviditet. Det vides ikke om vareniclin udskilles i modermælk hos mennesker. Beslutningen om hvorvidt amning skal fortsættes/standses eller hvorvidt behandling med Champix skal fortsættes/standses bør tage højde for fordele for barnet ved amning sammenlignet med rygeophør for moderen.

Trafikfarlighed: Champix kan i mindre eller moderat grad påvirke evnen til at føre bil eller betjene maskiner, da der kan forekomme svimmelhed eller søvnighed under behandlingen.

Bivirkninger: Rygeophør er, hvad enten det gennemføres med eller uden behandling, forbundet med forskellige symptomer, f.eks.: dysfori og nedsat sindstilstand, søvnløshed, irritabilitet, frustration, angst, koncentrationsbesvær, rast-

løshed, nedsat hjerterytme, øget appetit og vægtøgning. I de kliniske forsøg er der ikke skelnet mellem hvorvidt bivirkningerne var forbundet med nikotinophør eller den anvendte forsøgsmedicin. Kliniske forsøg omfatter omkring 4.000 patienter, der blev behandlet med Champix i op til 1 år. Bivirkningerne var milde til moderate og forekom typisk inden for den første uge af behandlingen. Meget almindelige bivirkninger ($\geq 10\%$): Kvalme, hovedpine, drømmeforstyrrelser, søvnløshed. Almindelige bivirkninger ($\geq 1\%$ og $\leq 10\%$): Øget appetit, søvnighed, svimmelhed, dysgeusi, opkastning, forstoppelse, diarré, udspilet abdomen, maveubehag, dyspepsi, flatulens, mundtørhed, træthed. Der kan desuden i usædvanlige tilfælde ($\geq 0,1\%$ og $\leq 1\%$) forekomme atrieflimren og brystmerter.

Overdosering: Understøttende behandling efter behov.

Priser og pakninger ekskl. recepturgebyr (AUP) pr. 23. april 2007: Vnr. 057978, Filmovertrukne tabletter 0,5 mg og 1 mg, 11 + 14 stk. (blistre), Kr. 343,45. Vnr. 057987, Filmovertrukne tabletter 1 mg, 28 stk. (blistre), kr. 384,70. Vnr. 057996, Filmovertrukne tabletter 1 mg, 56 stk. (blistre), Kr. 769,35.

Udlævering: B.

Tilskud: Nej. Forkortet produktinformation er baseret på det fuldstændige produktresumé dateret 26. september 2006, som kan rekvireres hos den danske repræsentant for indehaveren af markedsføringstilladelsen, Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup.

Referencer: 1. Gonzales D et al. Varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):47-55 2. Jorenby DE et al. Efficacy of varenicline, an $\alpha 4\beta 2$ nicotinic acetylcholine receptor partial agonist, vs sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):56-63 3. Tonstad S et al. Effect of maintenance therapy with varenicline on smoking cessation. A randomized controlled trial. JAMA 2006; 296(1):64-71 4. Jarvis MJ, Why people smoke. BMJ 2004; 328 (7434): 277-79 5. Champix produktinformation.



Kollegialt netværk i Region Midt

ORIENTERING

Det kollegiale »Netværk for Læger« rådgiver kolleger, der oplever kriser eller har problemer, der truer deres arbejdsevne. Læger kan gennem netværket få en samtale om alle typer af personlige problemer, som det er svært at klare alene. Alle henvendelser til netværket er fortrolige. Rådgiverne er kolleger, der alle har meldt sig frivilligt til arbejdet.

Ringkøbing:

Jan Eriksen

Overlæge på medicinsk afdeling,
Herning Sygehus
99 27 20 33 (arbejde)
97 21 26 15 (privat)

Lise Forsom

Praktiserende læge i Sunds
96 29 21 00 (arbejde)
97 14 24 29 (privat)

Ellen Ramskov

Praktiserende læge i Struer
97 85 12 33 (arbejde)
97 84 00 04 (privat)

Lars Høst

Reservelæge, Kirurgisk Afd.
Holstebro Sygehus
99 12 50 00 (arbejde)
97 41 33 81 (privat)

Viborg

Inge Munk Møller

Overlæge
89 27 33 00 (arbejde)
88 88 60 05 (privat)

Lilli Kirkeskov Jensen

Overlæge
89 27 27 27 (arbejde)
97 52 76 70 (privat)

Hans Theilgaard

Pens. prakt. læge
Skive
97 52 40 56

Århus

Mogens Brødsgaard

Praktiserende psykiater
86 13 55 85 (arbejde)
86 51 00 68 (privat)

Jørgen Hansen

Praktiserende læge, Juelsminde
75 69 36 88 (arbejde)
75 69 39 52 (privat)

Johanne Heilskov

Praktiserende læge
86 15 76 77 (arbejde)
86 17 61 92 (privat)

Egon Juul-Andersen

Praktiserende læge
86 26 07 22 (arbejde)
86 26 35 04 (privat)

Ole Kromann Hansen

Overlæge i hjertekirurgi
89 49 54 04 (arbejde)
86 22 21 19 (privat)

Kirsten Wisborg

Kursusres.læge i pædiatri
86 93 83 70 (privat)

Sten Lyager Nielsen

Afdelingslæge
89 49 55 66 (arbejde)
86 11 76 12 (privat)

Tove Lausen

Overlæge gerontopsykiatri
77 89 20 00 (arbejde)
86 10 24 58 (privat)

**Vi står klar til at hjælpe DIG
Hvis DU skulle komme i vanskeligheder
pga. en klagesag, misbrug, kollegiale- eller sociale
problemer.**

**Henvend DIG inden problemerne bliver uoverskuelige.
Din henvendelse bliver ikke registreret
eller journaliseret**

Har du brug for at få anbefalet en rådgiver, kan du gå på
www.laeger.dk (arbejdsliv)

Mellem kl. 9 og 15 er der mulighed for at ringe til LF
3538 8951 - spørg efter Susanne Holsaae.

Bliver du impliceret i en KLAGESAG, kan du også
få hjælp ved at henvende dig til:

LÆGEFORENINGENS LÆGEANSVARSUDVALG
Trondhjmsgade 9, 2100 København Ø - Tlf. 35 44 85 00

FAS/Overlægeforeningens lokalrepræsentanter i Region Midt

Ved overgangen til de nye regioner er FAS' amtsrepræsentanter nu erstattet af »lokalrepræsentanter«. I Region Midt er valgt følgende 3 repræsentanter:

Valgkreds 1:

Viborg (inkl. psyk.) og Skive sygehuse

Overlæge Lene S. Mortensen

Med. Afd., Regionshosp. Viborg
Tlf. 89 27 36 73
Mail-adr.: lene.mortensen@sygehusviborg.dk

Valgkreds 2:

Sygehusene i Ringkjøbing Amt

Overlæge Niels Hald

Kir. Afd., Regionshosp. Holstebro
Tlf. 99 12 53 03
Mail-adr.: hecnh@ringamt.dk

Valgkreds 3:

Århus Sygehus, Skejby Sygehus og
Psykiatrihospitalet i Århus samt
Horsens, Brædstrup, Odder,
Silkeborg og Randers sygehuse

Overlæge Jens Frandsen

Med. Afd., Regionshosp. Randers
Tlf.: fredage 87 30 90 39
Mail-adr.: fasar@lkfmidt.dk

Praktiserende speciallæger i Region Midtjylland

ANNONCER

Allergi, lungesygdomme, intern medicin:

Anne Buus
Allergi og Lungeklinikken Århus
Ryesgade 31, 4.tv.
8000 Århus C
Konsultation efter aftale
Tlf. 87 54 54 00
Fax 87 54 54 04
e-mail: info@annebuus.dk
www.lungeklinikken.com

Lars Haugaard og Birger Larsen
Allergi og Lungeklinikken
Østergade 22 st.
8600 Silkeborg
Konsultation efter aftale
Mandag - onsdag
Tlf. 86 80 02 55
Fax 86 80 47 67
www.allergi-lungeklinikken.dk

Anæsthesiologi:

Poul Hansen
Anæstesi- og Smerteklinikken
Speciallægerne Hus, Prismet
Viborgvej 3, 8000 Århus C
Tlf. 86 19 89 55
Fax 86 19 87 13

Gastroenterologi og Urologi:

Endoskopiklinikken
Jens Baggesens Vej 88E
8200 Århus N.
Speciallægerne:
Gerner Fly, Jørgen Agnholt,
Søren Lyhne og Torben Dørflinger
Tlf. 86 13 08 46
Fax. 86 13 08 26
Kikkertundersøgelser af mave
og tarm. Cystoskopi, Flow og
Res.urin, prostatabiopsier.
Kons. og us. efter aftale.
Ingen overenskomst med
sygesikringen.
Aftale med Amtsrådsforeningen

Gynækologi og obstetrik:

Britt Ljungström
Kvindeklinik Papirfabrikken
Papirfabrikken 36D
8600 Silkeborg
Tlf. 86 81 05 22
Lokationsnr.: 5790000143177
Ydernr.: 278483
Almen gyn. udredning og behand-
ling inkl. ultralyd, hysteroskopi,
kolposkopi, HSU, insemination,
evacuatio ...
Se: www.kvindeklinik.dk

Erik Holk Poulsen
Burschesgade 12, 8900 Randers
Tlf. 86 42 15 50
Konsultation efter aftale.
Ultralydsscanning.
Hysteroskopi/cystoskopi
Diagnostik/behandling
af cervixdysplasi.
Donor/homolog
inseminationsbehandling
Abortus provokatus

Hudsygdomme:

Henrik Egekvist
Klostergade 20-22, 8000 Århus C
Konsultation efter aftale
Tlf. 86 13 22 80
Tlf. 86 13 22 70 (læge)
Fax 86 13 22 87

Finn Kjær Jacobsen
Christian Grønhøj
Store Torv 5, 8000 Århus C
Konsultation efter aftale
Tlf. 86 12 18 88
Fax 86 12 18 89
www.hudlaeger.dk

Ulla Søderberg
Strøget, Ryesgade 31, 3.tv.
8000 Århus C
Konsultation efter aftale
Tlf. 86 12 22 02
Fax. 86 12 24 62

Idrætsmedicin:

Stadionklinikken, Atletion,
Idrættens Hus Vest, Århus Stadion
www.stadionklinikken.dk
Idrætsskader & ultralydsscanning
Overlægerne
Ulrich Fredberg & Lars Bolvig
Konsultation efter aftale.
Tidsbestilling tlf. 86 24 15 24
Ingen overenskomst med
sygesikringen

Lungesygdomme, allergi, infektions- og tropemedicin, intern medicin:

Torben Seefeldt
Medicinsk Speciallægeklinik
Søren Frichsvej 40 G st. mf.
8230 Åbyhøj
Tidsbestilling dagligt fra kl. 9-12
Tlf. 86 75 29 09
Fax. 86 75 29 69
Mail: torben.seefeldt@dadlnet.dk
www.mslk.dk

Ortopædkirurgi:

Ortopædklinikken
Lystrupvej 20, 8240 Risskov
Hofte- og knælidelser
Hånd- og fodkirurgi
Idrætsskader og varicebehandling
Overlæge Carsten Juhl Terkelsen
Tlf.-tid annonceres på tlf.-svarer
Tlf. 87 30 31 32
Fax 87 30 31 33
Overenskomst med den
off. Sygesikring. Godkendt af syge-
forsikringen Danmark

Psykiatri:

Jette Rask Nielsen
Overlæge, speciallæge i psykiatri
Hestehavevej 2 B, 8270 Højbjerg
Konsultation efter aftale
tlf. 86 27 79 00
E-mail: jrn@dadlnet.dk
Specielt: Psykoanalytisk psykote-
rapi, Gruppeanalytisk terapi,
Psykiatrisk us. og behandling.
Ingen overenskomst med sygesik-
ringen.

Pædiatri:

Ulla Bagger og Annette Bache
Børnelægeklinikken
J. Chr. Juliusensvej 9, 1. tv.
8700 Horsens
Tlf. tid: kl. 8.30-11
Tlf. 76 26 93 00
Fax 76 26 93 01

Kirsten Storm
Speciallægerne Hus
Morten Børupsgade 10,
8000 Århus C
Tlf.tid: kl. 8-14
Tlf. 86 19 59 00
Fax 86 19 59 94

Røntgendiagnostik:

Frands Illum
Røntgenklinikken
Speciallægerne Hus
Morten Børupsgade 10
8000 Århus C
Tlf. 86 19 84 22

Urologi og kirurgi:

Hans Ø. Oluf
Professor, dr. med.
Kirurgisk Urologisk Klinik
Åboulevarden 3, 2.sal
8000 Århus C
Konsultation efter aftale
Tidsbestilling:
Hverdage kl. 18-19
på tlf. 86 27 03 27
Specielt: erektil dysfunktion,
refertilisation, indgreb på penis
og scrotum

Øjenssygdomme:

Thorleif Hoppe
Speciallæge i øjenssygdomme
Adelgade 78, 8660 Skanderborg
Tlf. 86 52 27 21 og 86 52 28 33
Specielt: Kosmetisk kirurgi i
øjnomgivelse

Plads til din annonce?

Ønsker du at annoncere under praktiserende speciallæger på denne side,
er du velkommen til at kontakte red.sekr.
Bodil B. Rasmussen, Tlf. 87 30 90 31, e-mail: redaktionen@lkfmidt.dk

LÆGERS & TANDLÆGERS REVISIONSKONTOR

Brian Bruun Falkner
Registreret Revisor
Telefon 86 43 45 00
Telefax 86 43 45 94



Steen Blichers Gade 5
8900 Randers
www.ltr.dk
ltr@ltr.dk

- * **Bogfør på Deres eget EDB-system eller overlad den regnskabsmæssige registrering til os**
- * **Assistance ved valg af EDB-løsning**
- * **Årsregnskaber og selvangivelser**
- * **Budgetter og økonomisk rådgivning**
- * **Praksisoverdragelser**

Erfaring med lægeregnskaber siden 1947

Ring for et uforbindende personligt møde.