

# Practicus

Dansk Selskab for Almen Medicin // DEBAT // UDDANNELSE // FORSKNING // KVALITETSUDVIKLING



December 2023  
46. årgang // 268

A photograph of a woman with dark hair, wearing a dark blue dress with white polka dots, smiling and looking towards a man in a suit and glasses who is wearing a headset microphone. They are in a crowded room, likely a conference or meeting, with other people visible in the background.

## FOKUS PÅ LÆGEDAGE OG WONCA

Bæredygtighed – ryd op i almen praksis, side 7-9

Overdiagnostik, side 14-15, 16-17 og 18-20

FYAM: Det faglige fællesskab er vigtigt, side 44-45

# INDHOLD

## LEDER

- 3 Værdier skabes (også) gennem sproget

## DSAM

- 4 Klumme: Hvad er det, vi behandler med Wegovy?  
6 Klumme: Lægedage 2023  
7 Bæredygtighed – ryd op i almen praksis  
10 Høringer og udpegninger – DSAM har en stærk stemme

## ARTIKLER

- 12 A warm welcome to Turku and NCCP2024!  
14 Selvmonitorering i hjemmet: forebyggelse og den ansvarlige patient  
16 Hvordan håndterer praktiserende læger patienters selvmålte data?  
18 Almen praksis leder an mod overdiagnostik  
21 To yngre læger repræsenterede Danmark ved WONCA World-kongressen i Sydney  
22 General practice is not the problem – it is the solution  
24 Fra Uganda til Odder: Afrika efterlader dig aldrig den samme!  
26 Lægedage 2023: Aktuel sundhedspolitik, nye færdigheder og netværk  
28 Tre yngre lægers refleksioner fra Lægedage 2023  
30 Thomas Gørlén får Mahlerprisen 2023

- 31 Island indførte rutinemæssig skoldkoppevaccine i 2020 – Hvorfor følger vi ikke trop i Danmark?  
34 Studerende bygger bro mellem mennesker og sundhedsvæsenet  
36 Den praktiserende læge er gatekeeper for patienter med senfølger  
39 Grønt tip: Hver rulle sparet lejepapir er 3,5 kg sparet CO2  
40 En dag med praktiserende læge Helge Madsen

## FYAM

- 42 FYAM mener: Om point-of-care-ultralyd i almen praksis  
44 Klumme: Det faglige fællesskab er vigtigt  
46 Mød dit FYAM-udvalg: Nahid, Jakob og Katrine  
48 Vejen fra Panum til almen medicin

## DEBAT

- 49 Tanker fra stolen: Min vej til arbejdsglæde  
50 Lægens bogstaver: [Mis]Trivsel

## OPSLAG

- 52 Podcast: Hverdagens dilemma fra Lægedage



**PRACTICUS UDGIVES SOM MEDLEMSBLAD  
TIL MEDLEMMER AF DSAM**  
Stockholmsgade 55  
2100 København Ø  
Tlf. 7070 7431  
[www.dsam.dk/practicus](http://www.dsam.dk/practicus)

**ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR**  
Ellen Louise Kristensen  
[redaktoer@dsam.dk](mailto:redaktoer@dsam.dk)

**FYAM-REDAKTØR**  
Solvej Videbæk Bueno  
[solvejvidebaek@dsam.dk](mailto:solvejvidebaek@dsam.dk)

**REDAKTIONSSEKRETÆR**  
Annette Scharff Gehrs  
[asg@dsam.dk](mailto:asg@dsam.dk)

**NÆSTE NUMMER**  
Nr. 269  
Frist for artikler: 8. januar 2024  
Udgivelsesuge: 10

Nr. 270  
Frist for artikler: 21. februar 2024  
Udgivelsesuge: 19

**MANUSKRIPTER SENDES TIL**  
[practicus@dsam.dk](mailto:practicus@dsam.dk)

**CITAT**  
Tilladt med kildeangivelse

**FORSIDEFOTO**  
Sophie Løhde på Lægedage  
Foto: Claus Boesen

**LAYOUT/TRYK**  
Jørn Thomsen Elbo A/S  
Essen 24, 6000 Kolding  
[www.jto.dk](http://www.jto.dk)

**OPLAG**  
4.900

ISSN: 0109-2235

 **Dansk  
Selskab for  
Almen  
Medicin**

# Værdier skabes (også) gennem sproget

**J**eg er hoveduddannelseslæge i almen medicin. Jeg blev draget mod almen medicin, fordi jeg mødte nogle af jer derude på min vej. Jeg husker dig, der var HU-læge i almen medicin på akutafdelingen, da jeg var nyudklækket KBU-læge. Du prioriterede at give mig feedback på en svær samtale. Jeg husker også dig, speciallægen i almen medicin på socialmedicinsk afdeling. Du var eminent til at se 'det hele menneske' i den borger, der sad med ved bordet i rehabiliteringssagen hos kommunen. Jeg husker jer, kompagnonerne i min uddannelsespraksis. I havde oparbejdet et arbejdsfællesskab, hvor det var rart at gå på arbejde for både personale og ejere, hvor der var høj faglighed i konsultationerne med patienterne, og hvor I gav hinanden plads til at være engageret i interessearbejde uden for klinikken. I er mine rollemødder, og jeg taler gerne om jer i positive vendinger, når jeg mødes med min 12-mandsgruppe, underviser medicin-studerende eller spiser frokost med mine kollegaer. Men jeg skal øve mig på også at udtrykke min taknemmelighed direkte til jer, f.eks. når vi mødes på Lægedage eller ses til DSAM's årsmøde.

For sprogets magt er enorm. Det gør en forskel, hvordan vi taler om almen praksis – og hvordan vi taler om hinanden. Særligt i disse tider, hvor Sundhedsstrukturkommissionen arbejder på højtryk på et udspil om almen praksis' fremtidige rolle i det danske sundhedsvæsen.

Jeg er drevet af drømmen om at være praktiserende læge i en almen praksis, hvor patienten er den samme,

men sygdommene skifter. Jeg vil gerne have ansvar for sygdomsbehandling fra vugge til grav hos 'mine egne' patienter. Jeg vil gerne være plejehjems-læge, supervisere yngre kollegaer og implementere teknologiske nybrud. Jeg vil gerne være en dynamisk og omstillingsparat medspiller på holdet i det danske sundhedsvæsen. Og jeg er overbevist om, at den gode retorik om almen praksis har stor betydning lige nu. Almen praksis er en holdspiller. Jeg blev rekrutteret gennem mødet med jer på min vej som ung læge; I var med til at spille mig god.

Så en opfordring fra en ung kollega: Tal om almen praksis med omtanke. Tænk over, om du hver dag kan sætte dig et mål om at spille en af dine kollegaer endnu bedre ved at give feedback på noget, du oplever som positivt. Det vil jeg selv øve mig på i det nye år. Det er mit nyt-årsforsæt. //



---

*Lederen skrives på skift af chefredaktør og FYAM-redaktør. Lederen er et udtryk for skribentens holdning og udtrykker ikke nødvendigvis DSAM's holdning.*



## BESTYRELSENS KLUMME:

# Hvad er det, vi behandler med Wegovy?

Som repræsentant for DSAM var jeg inviteret til stormøde, som blev afholdt af Medicin.dk, om behandling af overvægt. I panelet sad også to de endokrinologiske forskere Tina Vilsbøll og Filip Krag Knopp, sundhedsøkonom Jakob Kjellberg, Per Nielsen, formand for Adipositasforeningen, Stinus Lindgren, politiker, samt Majbritt, som lever med svær overvægt. Det var mange forskellige betragtninger. Kan svær overvægt defineret ved BMI over 30 overhovedet kaldes en sygdom? Der er behov for en mere nuanceret debat, og derfor handlede mit oplæg om de refleksioner, jeg har gjort mig i almen praksis i mødet med patienterne. Det er jo trods alt os, som udskriver behandlingen og har ansvaret for patienterne, og erfaringer fra virkeligheden er vigtige at få frem.

**V**i har alle mærket den store efterspørgsel på Wegovy. Mange patienter er glade for behandlingen, men de færreste ønsker livslang behandling. De ser det mere som et skub til at komme i gang med et vægttab. På baggrund af STEP-studierne forventer vi, at de tager den tabte vægt på igen (og i værste fald endnu mere), når de stopper behandlingen. Som bekendt er yo-yo-vægt langt mere sundhedsskadeligt end overvægt.

Flere af mine patienter har kun i begrænset omfang fået omlagt deres vaner. De taber sig i vægt med medicin, men de taber også muskelmasse, når de ikke styrketræner samtidigt. Det er svært at ændre vaner, ved vi fra studier om livsstilsintervention.

Hvad er det, vi behandler? Er det lidelse og funktionstab og reel forebyggelse af hjerte-kar-sygdom? Eller er det kosmetisk? Vi mangler viden om den sundhedsmæssige gavn af vægttab, og hvem vi skal behandle. SELECT-studiet viser effekt på nogle punkter: Det virker forebyggende på hjerte-kar-sygdom hos de overvægtige, som allerede har iskæmisk hjertesygdom. Formentlig har det en plads som sekundær forebyggelse, men vi mangler evidens om brugen som primær forebyggelse hos raske overvægtige uden diabetes og hjerte-kar-sygdom.

Det debatteres, hvorvidt svær overvægt (defineret som BMI > 30) er en kronisk sygdom. Men BMI tager ikke højde for f.eks. kropsbygning, fedtfordeling, muskelmasse og livvidde. Ny

forskning viser, at nogle mennesker har et usundt fedtvæv, hvor cellerne ikke kan rumme fedt, så fedtvævet bliver inflammeret, cellerne flyder over, og fedt aflejres i organer og visceralt væv, som øger risikoen for diabetes, hjerte-kar-sygdom og andre organrelaterede lidelser. Men sundt fedtvæv, som kan ekspandere og er lokaliseret subkutant, er ikke farligt, så fedt på lår og hofter er ikke bekymrende. Det handler primært om, hvor man har fedt, og BMI siger intet om placering. Et ensidigt fokus på BMI er forsimplet og sygeliggør raske mennesker. Vi fremelsker et kropsideal, hvor en slank krop er vigtigere end en sund og stærk krop.

Jeg kan godt forstå patienternes ønske om vægttab. Jeg anerkender, at

svær overvægt kan medføre funktionsstab, og de patienter skal vi hjælpe med Wegovy. Ligesom vi skal behandle de overvægtige, som har øget risiko for hjerte-kar-sygdom. Men jeg anerkender ikke præmissen om, at alle med BMI > 30 er kronisk syge.

Vi har hørt, at overvægt belaster sundhedsvæsenet. Sundhedsøkonomer har fundet en sammenhæng mellem overvægtige og udgifter til hospitalssindlæggelser. At overvægtige tjener mindre og får flere overførselsindkomster. Konklusionen er, at overvægtige koster samfundet dyrt. Sundhedsøkonom Jacob Kjellberg har udregnet, hvor meget hvert BMI-point > 30 koster samfundet – og hvor meget samfundet vil spare, hvis de taber sig 15 %. Men undersøgelserne påviser udelukkende en korrelation og ikke en årsagssammenhæng. Svær overvægt har en social slagside. Ofte medfører psykosociale forhold både overvægt og lav indkomst og flere indlæggelsesdage. Det er en sær og forsimplet konklusion, særligt når det ræsonneres, at disse mennesker med Wegovy skulle udgøre en mindre økonomisk belastning.

Når 900.000 mennesker opfylder indikationen på Wegovy, giver det andre problemer end sygeliggørelse. Det koster vores tid. Men endnu værre: Der er ikke råd til tilskud til de patienter,

som virkelig har behov. En kvinde i vores praksis er svært plaget af overvægt. Hun har et BMI > 50 og er førtidspensioneret. Hun er henvist til gastrisk bypass, men skal tabe sig 18 kg, før man vil operere. Det er ikke lykkedes, og vores ansøgning om tilskud er afvist.

I modsatte ende af skalaen har vi henvendelser fra postmenopausale kvinder, som har taget på i vægt, hvilket jeg hidtil har set som en normal fysiologisk udvikling. En kvinde på 74 år efterspurgt Wegovy, fordi hun har taget 15 kg på, siden hun fødte sit sidste barn som 40-årig, og hun har nu et BMI på 31. Hun har lidt ondt i knæene, men intet, som begrænser hende, og ingen risikofaktorer for sygdom. Er det unormalt?

Normalindekset for BMI blev i 1972 udregnet på baggrund af 7.000 midaldrende europæiske mænds BMI. Vi har ikke et normalindeks for kvinder, og BMI tager ikke højde for alder eller race.

Hvad gør vi med patienter med tvangsoverspisning (BED)? Ifølge psykiatrisk overlæge Else Marie Olsen er behandling med fokus på vægttab direkte skadeligt ved BED. Hvordan skelner vi præcist mellem overvægtige patienter og dem, som har et tvangspræget forhold til mad? Hvordan hjælper vi vores patienter med BED, når der ikke er et offentligt behandlings-

tilbud til dem? Hvordan rådgiver vi, hvis patienter, som er mistænkt for at have BED, ønsker Wegovy? Vi løser jo ikke deres grundlæggende problem.

Man har fundet et stof, som virker på vægttab. Men det er ikke undersøgt, hvilke patientgrupper der har sundhedsmæssig gevinst af det, før det er udrullet i primærsektoren og er tilgængeligt hos online-læger. Normalt tager man først ny medicin i brug, når specialafdelingerne har foretaget en systematisk vidensopsamling og fået erfaring med lægemidlet. Det er ikke sket her, for lanceringen er gået lynhurtigt.

Det er ikke risikofrit at sætte så mange mennesker i medicinsk behandling med et nyt præparat (ja, det er en ny patientgruppe uden diabetes, og styrken er væsentligt højere end ved Ozempic). Vi risikerer at opdage alvorlige, sjældne bivirkninger for sent, og at de kommer i stor skala, når så mange mennesker får det udskrevet.

Sundhedsvæsenet har et stort fokus på bæredygtighed. Forskning viser, at 40 % af vores behandlinger ikke har nogen sundhedsmæssig værdi eller er direkte skadelige for vores patienter. Lad os minde hinanden om DSAM's pejlemærke: Vi finder og behandler de syge og lader de raske være raske. Det betyder også, at vi skal arbejde bevidst på rettidig diagnostik og undgå overdiagnostik. //

Practicus-redaktionen ønsker alle læsere  
et rigtig godt nytår og et fantastisk 2024

Vi takker for de mange bidrag til bladet, som vi modtog i det forgangne år, og opfordrer alle til at følge trop og byde ind med artikler og debatindlæg. Practicus Podcast vil i det nye år bringe en række portrætter af praktiserende læger med afsæt i 'den dag, du aldrig glemmer'. Skal vi have din historie med?

## KLUMME OM KOMMUNIKATION OG PRESSE I DSAM:

# Lægedage 2023



Årets store fælles begivenhed for almen praksis, Lægedage, er overstået. Det var fem tæt pakkede dage med mere end 2.500 deltagere. Læger og personale fik mulighed for både faglig fordybelse og efteruddannelse, og de kunne deltage i debatten om fremtiden for sundhedsvæsenet og ikke mindst almen praksis.

**F**or en ikke-læge som forfatteren er det fantastisk at opleve, hvordan alle brænder for deres fag og gerne vil være med til at udvikle det til patienternes bedste. Der er en glæde og stolthed, som brænder igennem.

Debatten om fremtidens almen praksis har allerede kørt et stykke tid. DSAM, patientforeninger, hospitaler, universiteter og andre interessenter har sendt bidrag til Sundhedsstrukturkommissionen – og det er sikkert ikke alle bidragene, der peger i den samme retning.

Forude venter svære snakke og debatter, inden kommissionen efter planen kommer med deres udspejling til april. Og snakken om almen praksis fyldte meget under åbningsdebatten til Lægedage, hvor indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde, formand for Danske Regioner Anders Kühnau, sundheds-

og omsorgsborgmester i Københavns Kommune Sisse Marie Welling, som også er formand for KL's sundhedsudvalg, og de to formænd for henholdsvis PLO og DSAM, Jørgen Skadborg og Bolette Friderichsen, deltog.

Der blev lyttet opmærksomt, da Sophie Løhde sagde, at der bliver markant mere brug for de praktiserende læger i fremtiden. Det bliver spændende at følge, hvordan de skal bruges – og til hvad.

Interessant var det i hvert fald bagefter at lytte til snakken blandt deltagerne, hvor meningene var delte. Om tirsdagen havde deltagerne mulighed for at tale yderligere med Jørgen og Bolette. Her blev snakket og diskuteret livligt om almen praksis' fremtid, og flere fremhævede, at man som læge gerne vil have lov til at selv at styre sin klinik, og herudover betyder det meget, at man fortsat er den faste familielæge, som patienten ser efter behov – kendskabet og kontinuiteten giver simpelthen bedre resultater for patienterne.

Debatten fortsætter, og det samme gør lægernes, politikernes og mediernes interesse for området. Og interessen afspejler sig klart i, at DSAM løbende får invitationer til at deltage i debatter om almen praksis' fremtid eller skrive debatindlæg eller tilsvarende om emnet. Tiden står ikke stille i DSAM, og selskabets bestyrelse gør et stort arbejde for at præge debatten til fordel for de praktiserende læger og patienterne. //





# Bæredygtighed

## – ryd op i almen praksis

En workshop på DSAM's årsmøde 2023 satte fokus på bæredygtighed inden for klima, centrale almenmedicinske opgaver og værdier, men også inden for ledelse og organisering af almen praksis. Deltagerne gav mange gode input, og arbejdet skal udmunde i en bæredygtighedspolitik for DSAM.

**K**limaforandringerne har betydning for fremtidens sygdomsmønster, men allerede nu mærker vi konsekvenserne i sundhedsvæsenet: allergier, astma, klimaflygtninge, nye mikroorganismer og resistensproblemer, forurening og fertilitetstab. Accelererende forbrug, tempo og informationsoverload bidrager til den mentale mistrivsel.

Mange brancher og firmaer er begyndt at have en bæredygtighedspolitik, og mange er inspireret af WHO's 17 verdensmål for bæredygtig udvikling, som angiver, at bæredygtighed ikke kun handler om miljøet, men også om social ansvarlighed og god ledelse.

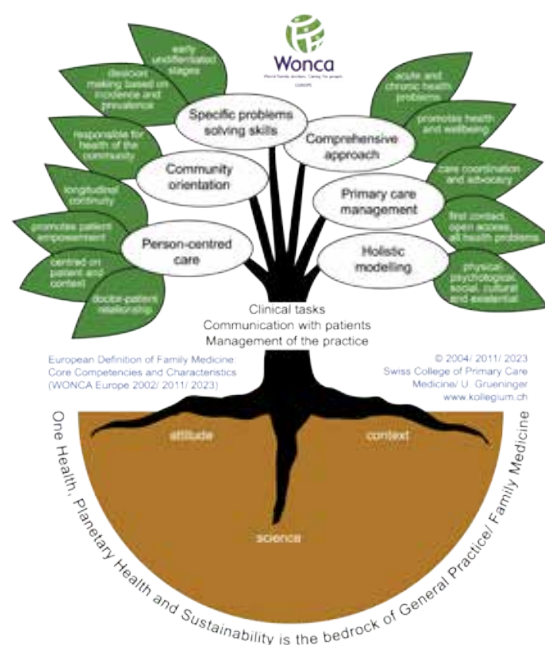
I sundhedsvæsenet må der prioriteres. Der er ikke resourcer til alt det, der i dag er muligt. Mange med ansættelse og interesse i sundhedsvæsenet søger nye svar og prøver at finde nye veje. Også i almen praksis er der initiativer i den retning.

### Bæredygtighedspolitik på vej

Interessegruppen "Grøn Praksis" har allerede arbejdet i flere år med forslag til klima- og miljømæssig bæredygtighed. DSAM's bestyrelse påbegyndte en proces på sit sidste repræsentantskabsmøde, der forhåbentlig udmunder i en officiel DSAM bæredygtighedspolitik.

Også WONCA arbejder med "planetary health" og har netop ændret sit WONCA tree, så bæredygtighed (sustainability) nu ligger som en grundsten for logoet (se figur).

Men almen praksis er faktisk "født bæredygtig". Det ligger i vores DNA: lokal, nær, lavteknologisk, relationsbåren og med fokus på at behandle de syge uden at sygeliggøre de raske. Vi skal bare ikke glemme det undervejs i vores udvikling.



THE WONCA TREE - AS PRODUCED BY THE SWISS COLLEGE OF PRIMARY CARE  
(Revised 2011 and 2023)



Hvad vil det sige at være bæredygtig? Det kom der mange svar på. Foto: Bolette Friderichsen.

På årsmødet afholdt vi en meget vellykket workshop, hvor deltagerne kom frem med mange gode idéer.

### Hvad gjorde vi?

Workshoppen blev indledt med oplæg fra Bolette Friderichsen, Asthildur Arnadottir og John Brandt Brodersen. De blev efterfulgt af gruppearbejde, hvor deltagerne blev opfordret til at komme med deres input til bæredygtighed i almen praksis i egen klinik og på organisationsniveau. Forslagene blev skrevet ned på post-its og hængt op på en tavle og derefter diskuteret i plenum – alt sammen med stort engagement og ivrig diskussionslyst. Der kom i alt 118 forslag.

Der var tilmeldt 54 til workshoppen; ca. halvdelen var speciallæger i almen medicin og den øvrige halvdel var FYAM-medlemmer.

### Hvilke input har kollegaerne til en bæredygtig udvikling i praksis?

Svarene fordeler sig ligeligt mellem forslag, der handler om, hvad læger og praksispersonale selv kan gå hjem at gøre her og nu i deres egne klinikker, og hvad der kan gøres på organisationsniveau i fællesskab.

På klinikniveau handler det især om en rationel tilgang i mødet med

patienten og om ikke-patientrettede aktiviteter i klinikken, f.eks. transport, affaldssortering, brugen af plastik og engangsudstyr og overvejelser om digitalisering.

På organisationsniveau handler det især om tre emner: ønske om opbakning fra organisationer og politikere, forslag rettet mod befolkningen og kulturen, og ønske om, at vores organisationer kommer mere på banen.

### På klinikniveau Rationel klinik

Hvordan sikrer vi, at vi udnytter vores ressourcer til dem, der har det største behov? Og hvordan undgår vi overdiagnostik og overbehandling? Blandt forslagene var afskaffelse af unødvendige årskontroller, kun måling af infektionstal efter ordination, paraklinik samme dag som konsultation, medicinsanering, støtte patienterne i at finde støtte, råd og vejledning i omgivelserne frem for hos lægen og natur frem for medicin.

### Lavere CO2-aftryk: transport, elforbrug, affaldssortering og brug af plast- og engangsudstyr

Der var mange forslag til, hvordan CO2-aftrykket kan reduceres. Reducer unødvendig kørsel i bil for læger,

patienter eller personale (f.eks. cykel til hjemmebesøg, belønning af personale, der cykler til arbejde, skiltning med cykelstativ). Tilrettelæg arbejdet så patienterne ikke behøver at komme flere gange for det samme. Udbred videokonsultation for at begrænse transport. Lægernes efteruddannelse skal lægges i Danmark for at undgå lange flyrejser. Udbyg den lokale gruppebaserede efteruddannelse. Bedre affaldssortering, herunder kompostering. Sluk for printere og lys om natten, og benyt mindre plastik (f.eks. plastikbras til børn). Anvend genbrugsutensilier frem for engangsutensilier.

### Digitalisering – et tveægget sværd

Digitalisering rummer nogle dilemmaer. Digitale løsninger er ikke altid bæredygtige, f.eks. er det ikke ressourcebesparende med en e-mail eller videokonsultation, hvis patienten alligevel skal ses. Flere ønsker, at videokonsultationer fremmes, hvor det giver mening, og at digitale løsninger skal bæres af faglighed. Mange er dog også bevidste om, at digitale løsninger risikerer at styrke de raske og ressourcestærke. Det nævnes også, at kunstig intelligens kun skal benyttes, hvor det er fagligt relevant, og at der skal være opmærksomhed på, at kunstig intelligens også kan have en klimamæssig pris.

### På organisationsniveau

#### Opbakning til bæredygtige valg og støtte til at sige 'nej'

Der er behov for opbakning til at stå fast på gode, bæredygtige og klinisk rationelle beslutninger. Det kan bestå i politiske tilkendegivelser, der respekterer faglig dømmekraft, og at bæredygtighed indbygges i de praksisrelevante nationale retningslinjer, vejledninger, forløbsplaner og basislister. Man kunne også fjerne praksis' mulighed for at tage specifikke blodprø-

ver eller scanninger, der har vist sig uhensigtsmæssige.

Der er forslag om at ulovliggøre private sundhedsforsikringer. De kan medføre overaktivitet og forhindre solidarisk ressourceforbrug. Der kunne oprettes et "sundhedsborgerting", hvor borgere skal bidrage med idéer og prioriteringer, der støtter bæredygtighed.

### Raske mennesker skal ikke ind i sundhedsvæsenet

Mange oplever et tiltagende pres fra en befolkning, der forventer hurtig indgriben ved ubehag. Det opleves svært at sige nej til en patient, der ønsker en given undersøgelse, selvom den ikke er relevant, og selvom vi ved, at der er en risiko for sygeliggørelse eller overdiagnostik. Der er forslag om borgerrettet oplysning, kampagner fra SST og en forventningsafstemning, så man som borger bedre kan vide, hvad man kan få fra det offentlige.

Flere nævnte, at der er problemstillinger, der havner på lægens bord, som måske ville blive bedre håndteret andre steder. Det kan f.eks. være sociale problemer, stresshåndtering, rygsmerter og trivselsproblemer hos børn. Alle problemer kan ikke fikses. Vi må hjælpe befolkningen med at forstå og acceptere, at "livet kan gøre ondt".

### Vores egne organisationer skal mere på banen

Det er blevet foreslået, at der etableres en tænketank, som kan samle idéer og videregive dem til relevante instanser – måske en elektronisk forslagskasse hos DSAM.

I overenskomstaftalen skal honorarstrukturen ses efter i sømmene. Der er også forslag om at afskaffe de mange forskellige ydelser, at indføre mere populationsbaseret differentiering (på basishonorar, individuelt økonomiloft og normtal) og at gøre det mere attraktivt at klare flere af pa-



Anne Møller, praktiserende læge og tidligere lægefaglig konsulent i DSAM, samlede alle de gode idéer til senere kategorisering. Foto: Bolette Friderichsen.

tientens problemer på én gang. Andre muligheder er at afskaffe 2- og 3-års undersøgelsen og at fremme det tværsektorielle samarbejde.

### Diskussion

Workshopen viste, at lægerne er fulde af gode idéer, og vi kan frigøre et stort potentiale af kreativitet, når vi inddrager bæredygtighed i udviklingen af vores fag. Deltagerne var selvfølgelig særligt interesserede i emnet, og vi kan ikke vide, hvor repræsentative de er. Vi ved heller ikke, hvor mange af deltagerne der var klar til at gå hjem og ændre noget i klinikken. Men styrken til at sige nej til urimelige krav og uhensigtsmæssige forventninger fra samfund og patienter – den finder vi i den almenmedicinske faglighed med støtte gennem vores forskellige kollegiale fællesskaber, herunder vores organisationer.

Vi ønsker ikke at påbegynde dyre sundhedsydelser af lav kvalitet, der medfører en masse spild og skade, men vi behøver den kollegiale samtale for at stå imod – og mere støtte fra sundhedsmyndighederne. Når vores organisationer sætter det på dagsordenen i DSAM/PLO og måske i klyngeregion, kan vi dele de gode idéer til at mindske klima- og miljøaftrykket ved genbrug og ved at anvende mere bæredygtig transport og bedre utensilier. Og viden om, hvordan vi får mest sundhed globalt for de ressourcer, der er, den opbygger vi i fællesskab og i vores faglige miljøer. Sammen og hver for sig må vi prøve at påvirke beslutningstagere på alle niveauer, så sundhedsvæsenet ikke forbruger mere, end at der også er nok til næste generation. //



# Høringer og udpegninger

## – DSAM har en stærk stemme

**D**u kan give din mening til kende om et bestemt emne på mange måder. En af dem er ved at svare på høringer. En anden er ved at blive repræsentant i forskellige nævn og udvalg, der skal arbejde med et bestemt emne.

Mange kender det måske fra egen hverdag, hvor f.eks. kommunen kan sende en lokalplan eller et budget i høring blandt kommunens borgere.

### HØRINGSOVERSIGT

Du kan på dsam.dk under Presse & holdninger → Høringssvar se en oversigt over de høringssvar, som DSAM har afgivet de seneste år. Primo oktober har DSAM afgivet knap 30 høringssvar i år.



På samme måde kan offentlige institutioner som f.eks. styrelser og ministerier sende forslag i høring, inden de skal vedtages endeligt politisk. Det er en måde for beslutningstagerne at inddrage dem, der ved noget om et emne eller bliver særligt berørt af det.

Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) bliver bedt om at give sin mening til kende i forskellige fora, hvor det kan være relevant. Det kan være ved høringer eller ved udpegninger, hvor en DSAM-repræsentant deltager i f.eks. en arbejdsgruppe under et ministerium eller en styrelse.

### Organiseringen i DSAM

I DSAM er det lægefaglig konsulent Anne Holm, der sammen med Dorthe Pedersen fra sekretariatet, står for arbejdet med høringer og udpegninger til nævn og arbejdsgrupper. Vi afgiver ikke svar i alle de høringer, som vi modtager, men alle de høringer, som vi modtager, skal alligevel registreres og gennemlæses. I starten af oktober

2023 havde vi indtil videre afgivet omkring 30 svar.

DSAM er altså ofte høringsberettiget i diverse lovforslag, ændringer til vejledninger m.v. Sekretariatet vurderer hver enkelt høringssag og beslutter, om den pågældende sag skal behandles på et bestyrelsesmøde.

For Anne Holm, der er lægefaglig konsulent i DSAM og ansvarlig for udpegninger og høringer, er det en vigtig

### DSAM'S RESSOURCEDATABASE

DSAM har en resourcedatabase over en række medlemmer, der har en særlig viden eller kompetence inden for et bestemt emne. Hvis man som DSAM-medlem vurderer, at man har en særlig viden eller interesse for et givent emne, må man meget gerne kontakte Anne Holm på ah@dsam.dk for at høre mere.

tig kerneopgave for DSAM, at selskabet giver sin mening til kende.

”Jeg oplever, at DSAM’s holdning og viden er efterspurgt, og vi bliver ofte inviteret med til at give vores mening til kende eller på anden måde bidrage med noget af vores store viden om sundhed og almen praksis. Det er min oplevelse, at vores samarbejdspartnere lytter til os, og at de kan bruge det, som vi leverer,” siger Anne Holm.

Ud over høringerne bliver DSAM’s faglige ekspertise inden for almen praksis også efterspurgt i andre sammenhænge. Det kan være fra Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patient-sikkerhed, andre faglige selskaber, interesseorganisationer og mange flere. I 2022 var der 101 registrerede henvendelser, hvor ekspertise om almen praksis blev efterspurgt.

## Arbejdsgangen

Typisk foregår det sådan, at DSAM får tilsendt f.eks. et forslag til en ny retningslinje, en bekendtgørelse eller et lovforslag, hvor DSAM sammen med andre parter bliver bedt om at komme med en kommentar. Ofte har man en til to måneder til at udarbejde sit svar.

”Når vi har fået et udkast til en bekendtgørelse ind, vurderer vi, hvem der ved noget om emnet, og hvem som måske kan hjælpe os med faglige input til vores svar. Og her gør vi ofte brug af vores ressourcedatabase, hvor vi har samlet en lang række af DSAM’s medlemmer, der på et tidspunkt har givet udtryk for, at de har en særlig viden eller kompetence inden for et emne – dem kan vi så trække på for eksempel i en høring”, forklarer Anne.

Uanset om det er et høringssvar, eller om man deltager i en arbejdsgruppe på vegne af DSAM, så er opgaven at sikre, at de forskellige holdninger til et givent forslag eller en op-

## HØRINGER OG UDPEGNINGER I 2018-2023 (MEDIO OKTOBER 2023)

|                    | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 |
|--------------------|------|------|------|------|------|------|
| <b>Høringer</b>    |      |      |      |      |      |      |
| Antal registreret  | 134  | 114  | 87   | 99   | 65   | 65   |
| Antal besvaret     | 57   | 64   | 55   | 39   | 29   | 29   |
| <b>Udpegninger</b> |      |      |      |      |      |      |
| Antal henvendelser | 97   | 86   | 77   | 69   | 101  | 79   |

gave bliver hørt. Det er her, at ens faglighed og viden kommer i spil.

”Det handler om, at man som DSAM’s repræsentant skal være med til at holde fagets pejlemærker højt og lægge de overordnede linjer. Nogle gange er et forslag mere kontroversielt end andre gange, og her vil der være et tæt samarbejde med formandskabet i DSAM,” fortæller Anne.

Nogle gange er der et emne, der spænder så bredt, at der er flere interessenter, som er inviteret med til at komme med et høringssvar. Her er det ikke unormalt, at man nogle gange udveksler holdninger undervejs i arbejdet, hvis man måske har en idé om, at man mener det samme, som nogle andre organisationer.

Det er en vigtig opgave for DSAM at formidle selskabets holdning til beslutningstagerne, og på den måde påvirke en beslutning.

Uanset hvad, er det en vigtig opgave for DSAM at formidle selskabets holdning til beslutningstagerne og på den måde påvirke en beslutning.

”Høringssvar er en vigtig opgave for os. Det tager tid, men det er vigtigt. Heldigvis oplever vi også, at vi får ros for vores svar og kvaliteten af

dem, så vi håber, at vi med vores arbejde kan være med til at påvirke beslutningerne og holde fagligheden højt,” slutter Anne Holm.

## Udpegninger

Ud over høringssvar er der også mulighed for, at DSAM kan lade sig repræsentere i forskellige faglige fora, arbejdsgrupper med videre. På DSAM’s hjemmeside findes en oversigt over de forskellige udpegninger, men grupperne og arbejdet spænder vidt. DSAM har f.eks. udpeget medlemmer til forskningsudvalget i Danmarks Lungefor- enings Fond, Dansk Selskab for Pa- tientsikkerhed, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og Sundhedsstyrelsens Udvalg for Psykiatri.

Typisk modtager DSAM flere henvendelser om udpegninger, end der kan honoreres. Alene i år (medio oktober) er der kommet 79 henvendelser om udpegninger.

Også her gælder, at DSAM’s arbej- de roses for sin kvalitet, oplyser Anne Holm. //

### DSAM'S REPRÆSENTANTER

Du kan se, hvem DSAM har udpeget til at sidde i eksterne udvalg på dsam.

dk under Om DSAM →

Organisationen →

Udvalg, interessegrup- per og udpegninger.





Af: Jaana Franch, Clinical teacher, General Practice, University of Turku, Chair of the NCGP2024 Organizing Committee, og  
Päivi Korhonen, Professor, General Practice, University of Turku, Chair of the NCGP2024 Scientific Committee - jaafra@utu.fi

# A warm welcome to Turku and NCGP2024!

Abstract submission and registration is open.  
Check important dates at [www.ncgp.fi](http://www.ncgp.fi).

**T**he 23<sup>rd</sup> Nordic Congress of General Practice (NCGP) will be held in Turku, Finland, on 11<sup>th</sup> to 14<sup>th</sup> of June 2024. The organizers invite young and experienced GPs, GP researchers and educators to Turku to meet new and familiar faces and to explore the most recent innovations and research in the field of primary health care.

## Biennial scientific congress

The NCGP is a biennial scientific congress, which has been arranged since 1979. The five Nordic countries host these highly appreciated congresses on a rotational basis. The previous congresses in Aalborg (2019) and Stavanger (2022) are still remembered for the excellent scientific programs and many enthusiastic conversations between Nordic colleagues.

According to the Nordic Federation of General Practice, the main purpose of the congress is “*to strengthen the network and identity among Nordic general practitioners, and to facilitate research, teaching and quality development*”.

As the main theme of the NCGP2024 in Turku is “General practice – the bedrock of healthcare; respecting the core values”, the program will highlight the very basis of

general practice through the Nordic core values and principles published in 2020 by the NFGP.

## Keynote lectures on core values

The keynote lectures will each focus on one of the core values, starting with the presentation of **Anna Stavdal**, who is currently president of WONCA World. Her topic is “*We promote continuity of doctor-patient relationships as a central organizing principle*”. Another keynote speaker is





Before the main congress, a pre-congress for young GPs will be held on 10th to 11th June, also in Turku. The theme is "Dare to be the change!"

**Mogens Vestergaard** from Aarhus University. His topic is "*Securing sustainable services: Future challenges and core values in general practice*".

### Clinical workshops and symposia

Participants will also find interesting workshops and symposia on clinical themes, specifically topics such as research, education, culture and GP wellbeing.

Before the main congress, a pre-congress for young GPs will be held on 10<sup>th</sup> to 11<sup>th</sup> June, also in Turku. The theme is "Dare to be the change!" More information on the pre-congress can be found at the website of the main congress.

### Focus on sustainability

Sustainable solutions will be given special attention by the organizers. The city of Turku is easily reached by train and boat if participants would like to go by other means than airplane. Moreover, recycled materials and local food items will be used throughout the congress.

### Lots of sights

Besides the congress, there are lots of sights to be seen in Turku! Being the first capital of Finland, the lovely summer city has a long and interesting history. The congress delegates will be able to enjoy wonderful cultural events

and excellent restaurants. The river Aura, flowing through the center, is the heart of the city. It can easily be followed to the sea on foot or bike. As delegates will have free access to the regional buses (city buses and water bus) of Turku during the congress, an excursion to the Finnish Archipelago or Moomin World in the neighboring town of Naantali will surely enchant visitors.

### Keep updated

Would you like to be updated on congress preparations? Follow the NCGP2024 at Facebook or Instagram, or sign up for the newsletter at the congress website.

Hope to see you in Turku! //





Af: Olivia Spalletta, videnskabelig assistent, og Sara Green, lektor, Sektion for Videnskabshistorie og Videnskabsteori, Institut for Naturfagernes Didaktik, KU - olivia.spalletta@ind.ku.dk



# Selvmonitorering i hjemmet: forebyggelse og den ansvarlige patient

Vil selvmonitoreringsteknologier føre til bedre forebyggelse eller nye udfordringer i almen praksis? Det er ikke let at omsætte data fra wearables til sundhedsfremme i praksis. Alligevel er brugen af selvmonitoreringsteknologier stigende. Vi giver her et bud på hvorfor.

**E**n eftermiddag, mens Anne vuggede sin nyfødte søn, mærkede hun, at hans lille krop blev slap. Det var, som om han havde glemt at trække vejret. Inden for få sekunder lykkedes det Anne at vække ham. Men hun var rystet. Hvad hvis det skete igen? Hvad hvis hun ikke havde været der? Anne søgte på internettet efter babyalarmer, som kan mere end blot at advare om, at babyen græder. Her opdagede hun en digital sok med pulsoximeter til hjemmebrug, designet til spædbørn og børn i alderen 0-5 år.

Ifølge firmaets hjemmeside giver den digitale sok forældre mere kontrol og bedre søvn. Som de udtrykker det, "Ro i sindet gennem alle de vigtige øjeblikke. Når de hviler trygt, kan du gøre det samme." Den digitale sok

måler hjerterytme, gennemsnitlig iltmætning samt bevægelse, og den tilhørende app alarmerer, hvis barnets puls eller iltmætning når under et bestemt niveau. Producentens hjemmeside fremhæver beretninger fra kunder som Anne, som fortæller, hvordan den digitale sok har ændret deres liv.

## Ingen regulering dokumentation

For bekymrede forældre er det formentlig ikke afgørende, at sokken "ikke [er] beregnet til at matche medicinsk udstyr eller videnskabelige måleenheder". Men i praksis betyder den manglende regulering, at wellnessindustrien selv fastsætter grænseværdierne for det "normale", og der er ikke krav om dokumentation for klinisk anvendelighed. Ikke desto mindre sælger producenterne bag den digitale sok og lignende teknologier en forestilling om tryghed, pakket ind i en kappe af medicinsk sprog.

Men som nogle forældre allerede har oplevet, kan falske alarmer og forbindelsesproblemer betyde, at den digitale sok i stedet resulterer i panisk bekymring og ekstra besøg hos lægen. Selvom det kan være fristende at afvise sokken som et dårligt produkt eller "medicinsk underholdning" (entertainment medicine), så er salget af wellness-teknologier i hastig vækst. Det er derfor værd at spørge, hvordan

og hvorfor sådanne teknologier i stigende grad finder vej ind i borgernes hjem, og hvordan de påvirker brugen af sundhedsvæsenet.

## Den ansvarlige patient

Generelt er vores opmærksomhed på sygdomstegn en socialt indskrevet adfærd, som vi lærer gennem observationer og fortællinger. Som børn overhører vi bekymrede forældre ringe til lægen for at rapportere vores symptomer. Som voksne læser vi måske i et nyhedsmagasin om en aktiv ung mand, som ignorerede blod i afføringen, indtil det var for sent, og han blev diagnosticeret med uhelbredelig tarmkræft. Eller vi hører patientforeninger fremhæve, hvordan vi kan bidrage til at forebygge kræft, hvis vi rettidigt reagerer på mistænkelige modernærker eller knuder i brystet. Disse historier følger en fortælleform, som vi kan kalde fortællingen om den ansvarlige patient. Fortællinger, ofte i form af lignelser og beretninger fra andre, er historisk set en meget udbredt sproglig strategi, som vi kender fra religiøse tekster, børnebøger og nyhederne. Gennem fortællingerne lærer vi, hvordan vi burde opføre os. De appellerer til nogle fælles sociale værdier og normer, som de samtidig er med til at forme.



Forfatterne står bag projektet  
Philosophy of Personalized Medicine  
in Practice, PROMISE  
[https://www.ind.ku.dk/english/  
projects/promise/](https://www.ind.ku.dk/english/projects/promise/)

Fortællingen om den ansvarlige patient lærer os en adfærd, som er vigtig for, hvordan sundhedssystemet fungerer – nemlig at reagere hurtigt på symptomer og søge råd hos lægen. Indvævet i denne fortælling er et implicit og vigtigt budskab: at almindelige mennesker ikke selv kan tyde betydningen af alle de mulige tegn og symptomer på sygdom. Til det har man brug for en læge. Men som de fleste ansvarlige patienter også ved, er ikke alle symptomer alvorlige, og man bør ikke kontakte lægen unødigt. Det betyder, at mange borgere og patienter i dag foretager en slags selvtriagering ved at overveje eller diskutere med andre: Hvad vil gå over af sig selv? Og hvad er egentlig et tegn på, at der er noget galt? Dette grænsefelt af ansvar for egen sundhed og usikkerhed udnytter den type digitale selvmonitoreringsteknologier (måske utilsigtet) ved at måle og kvantificere flere kropslige tegn og symptomer.

### Vores forskningsprojekt

I vores forskningsprojekt har vi interviewet danske og amerikanske praktiserende læger om deres syn på og erfaringer med personlig medicin i almen praksis. Her nævnte mange af lægerne, at raske personer – nogle gange omtalt som "the worried well" – kommer til lægen med data fra wearables og selvtests. Wellness teknologier sælges med en opfordring om at spørge en læge til råds, hvis man er i tvivl om eller er bekymret for, hvad tallene viser. Dette er et lovkrav for

produkter som den digitale sok. Men opfordringen antyder også, at de indsamlede data – udover at være relevante for ens helbred – vil være forståelige og vigtige for lægen. Mens forældre uden digitale hjælpemidler måske bruger nogle timer på at observere deres barn for tegn på helbredsproblemer, er data fra sokken nogle, som kræver en læges fortolkning. For den ansvarlige patient efterlader dette kun én mulighed: Ring til lægen.

### Kilde til bekymring

Flere af de praktiserende læger i vores undersøgelse påpegede, at selvmonitorering kunne have mange fordele, f.eks. anbefalede flere af dem selvmonitoreringsteknologier til overvågning og håndtering af kronisk sygdom. Selv hos raske brugere kunne spørgsmål om data fra wearables være en kærtkommen anledning til en konsultation, som kunne føre til afklaring af en (normalt ikke-relateret) medicinsk bekymring. Alligevel var lægerne skeptiske over for den ukritiske antagelse om, at borgerskabte data i sig selv har stor værdi for almen praksis. Ofte var lægerne i tvivl om, hvordan de skulle bruge disse data, og om de var relevante. Det skyldtes til dels, at de ikke stolede på datakvaliteten og de manglede guidelines for brugen af dem, men de oplevede også ofte teknologierne som "en ekstra årsag til bekymring" hos patienterne, snarere end kilde til øget sikkerhed og kontrol.

### Data fordrer flere data

Interessant nok fører usikkerheder om datakvalitet og teknologiernes gavn ofte til opfordringer om at indsamle endnu mere data. På den måde kan validiteten øges på sigt, og teknologiernes fulde potentiale kan udnyttes. Fra politikernes og konsulenternes skriveborde udtrykkes forventninger om en fremtid, hvor selvvalgte sundhedsdata optimerer tidlig opspo-

ring og sygdomsforebyggelse, reducerer udgifterne til sundhedsvæsenet, samtidig med at datadeling skaber nye muligheder for biomedicinsk forskning og innovation. Wellnessindustrien signalerer ligeledes, at den ansvarlige borger og patient bidrager til at indsamle så mange data som muligt. Dette gælder også de raske – for der er ingen øvre grænse for forebyggelse og sundhedsoptimering. Måske er det derfor, at den digitale sok markedsføres til børn op til fem år, længe efter at risikoen for vuggedød er væk. Hvem kan modstå tilbuddet om fortsat at sikre sig, at deres barn har det fint? Eller rettere: Hvilke forældre vil le risikere ikke at få den viden?

### En form for forsøg

Digitale selvmonitoreringsteknologier giver de fleste forældre forsikring om, at alt er i orden. Producenten har da også god grund til at tro, at de kan indfri dette løfte: Statistisk set vil de fleste spædbørn, som er født ind i en husstand, der har råd til en sok til 3.000 kroner, ikke spontant stoppe med at trække vejret. Men hvad de ikke ved – hvad ingen ved – er, hvor varieret spektret af "normal" iltmætning er på tværs af millioner af raske spædbørn.

Dette spørgsmål vil muligvis blive besvaret gennem forskning på de data, som den digitale sok og andre teknologier indsamler. Men i mellemtiden påtager de nuværende brugere sig – ubevidst og ufrivilligt – rollen som forsøgsdeltagere.

Først senere – hvis overhovedet – kan forskere bruge disse data til bedre at vurdere, om kontinuerlig overvågning af raske spædbørn mere præcist kan skelne mellem naturlig variation og patologiske tilfælde, som kræver behandling. Indtil da fortsætter disse enheder med at producere usikre tegn, som ansvarlige patienter – og deres læger – kan føle sig tvunget til at reagere på. //



# Hvordan håndterer praktiserende læger patienters selvmålte data?



Praktiserende læger præsenteres i stigende grad for patienternes selvmålte data. Forventningen er, at vi skal bruge dem. Produkterne er sjældent baseret på evidens eller godkendt til at kunne diagnosticere. Hvordan kan vi anvende dem – og til hvad?

**D**ata og digitalisering skal spille en endnu større rolle i fremtidens almen praksis. Det er den klare politiske ambition, og det skal ske hurtigt. Ét af indsatsområderne er øget inklusion af borgernes selvmålte data fra selvmonitoreringsteknologier såsom wearables og online tests.

Wearables er mobile teknologier, såsom ure og telefoner, der foretager fysiologiske målinger af brugerne, og disse data kan nemt deles med andre. Det kan være alt fra puls, EKG og iltmætning til ovulationsfaser, søvnfaser, stressniveau og træningsparathed. Ved online tests giver algoritmer risikovurderinger eller potentielle diagnoser som f.eks. type 2-diabetes, osteoporose, angst og depression.

## Stærke kræfter i spil

Der er stærke kræfter i spil for at øge brugen af selvmonitoreringsteknologier. Politisk, kommercielt og for den enkelte borger forventes det, at vi læger i almen praksis står klar, hvis data fra disse teknologier indikerer et behov for sundhedsfaglig vurdering.

Tre spørgsmål rejser sig imidlertid: Hvordan håndterer alment praktiserende læger data fra selvmonitoreringsteknologier? Hvordan bør lægerne håndtere data? Og hvordan stiller svarene på disse spørgsmål os læger, når vi politisk, kommercielt og fra borgere bliver konfronteret med forventningen om i højere grad at benytte disse data?

## Hvordan håndterer vi selvmonitoreringsteknologier?

Videnskabelige studier med kvalitative interviews viser, at danske alment praktiserende læger ofte har lille interesse for og svært ved at bruge data fra wearables og online tests. Årsagerne er mange. For det første beskriver læger at have meget svært ved at vurdere kvaliteten af data. For det andet, selv hvis data antages at være korrekte, skal de stadig analyseres ift. den aktuelle kontekst – den potentielle diagnose, den specifikke patient,

de ydre omstændigheder, osv. Måler en tilfældig app på en telefon, der ligger i sengen om natten, f.eks. korrekt mængde REM-søvn? Hvilken diagnostisk betydning har det i så fald? Og hvilken praktisk konsekvens kan det have? Endelig beskriver lægerne, at de ikke har tid til alle disse overvejelser. Derfor foretrækker de oftest et velafprøvet alternativ: de eksisterende velkendte kliniske arbejdsgange og metoder.

## Data sidestilles med symptomer

Men hvad gør mange af os læger så, når patienter nu engang bringer nye data i spil? Kort fortalt sidestiller vi data med symptomer. Dermed bliver data afhængige af kontekst, ligesom symptomer er afhængige af kontekst: Betydningen af hoste som symptom afhænger af den specifikke patient, og ligeså afhænger data af den specifikke patient. Læger sidestiller data med symptomer i en sådan grad, at de ofte ikke engang ser på data, men blot hører om dem fra patienterne. Derved undgår læger at blive dikteret af data, som de ikke kender.

Overordnet forholder læger sig til patienternes selvmålte data på tre måder i tråd med symptomer: som alter-

nativ til sanse- og følelsesindtryk (patienten fortæller at have målt EKG i stedet for at fortælle om en følelse af hjertebanken), som bekymringer (patienten fortæller om svar på en online test for depression i stedet for at fortælle om en frygt for depression) og som baggrundsstøj (patienten fortæller om diverse målinger af naturlige variationer i stedet for at fortælle om symptomer på diverse variationer).

### Hvordan bør selvmålte data håndteres?

Det kan lyde indlysende, at data skal analyseres i forhold til den specifikke kontekst. Men denne forståelse og brug af data står i skarp kontrast til de politiske og kommercielle forståelser af og forventninger til data. Oftest anses data intuitivt som langt mere objektive og uafhængige af kontekst, end hvad der er tilfældet i klinikken. Politisk forventes det, at sundhedsvæsenet kan spare tid og ressourcer ved databrug, fordi vi læger forventes automatisk at kunne reagere på dem. Ud fra dette perspektiv burde vi håndtere disse data anderledes, end hvad vi gør.

### Begrænset evidens

Men lægers beskrevne vanskeligheder ved at analysere disse data er reelle. Markedet for selvmonitoreringsteknologier er enormt og i høj grad ureguleret. Langt de fleste produkter er ikke baseret på den mindste evidens. Selv det mest kendte wearable, Apple Watch, er kun begrænset undersøgt. Det er ikke godkendt til at diagnosticere, men til at måle folk og tilråde dem at gå til lægen. Lægen forventes derimod at skulle diagnosticere folk korrekt. Uret er ikke blevet undersøgt for vigtige kliniske effekter, såsom død, apopleksi og transitorisk cerebral iskæmi (TCI). Derudover er uret blevet undersøgt ved at måle på folk, der enten helt oplagt har atrieflimren eller helt oplagt ikke har atrieflimren. Det medfører en risiko for

spektrumbias: De fleste folk vil med tiden prøve at befinde sig imellem disse to ekstremer, da mange f.eks. kan opleve paroxysmisk atrieflimren.

### Uspecificeret screeningsværktøj

Selv hvis uret måler korrekt, fungerer det som uspecificeret screeningsværktøj, hvilket European Society of Cardiology og the US Preventive Services Task Force advarer imod. Med andre ord, selv hvis vi antager, at data er korrekte – eller bliver korrekte – så skal konteksten stadigvæk inddrages. Men disse produkter er ikke undersøgt i en dansk kontekst. Ej heller i en almenmedicinsk kontekst. Hvad er præ-test-sandsynligheden og dermed risikoen for falsk positive/negative svar for den mistænkte sygdom for denne brugergruppe? Risikoen for overdiagnostik og overbehandling? Øger vi social ulighed i sundhed, fordi vi bruger de begrænsede ressourcer på at behandle og henvise de forkerte patienter?

### Forslag til guide

Styrelsen for Patientsikkerhed har for nylig udgivet en guide til digital sundhedsfaglig behandling. Inspireret af de danske studier på området og litteraturen inden for evidensbaseret medicin vurderer jeg, at der nu findes en klinisk anvendelig og realiserbar metode, som lægen kan bruge, når patienten medbringer data fra wearables i konsultationen, se boks 1.

### Mangel på faglig datasupport

Data har bidraget og vil bidrage positivt i sundhedsvæsenet og i almen praksis. Men forskning og kritiske undersøgelser kan ikke følge med den aktuelle dataudvikling, som i høj grad fremmes af kommercielle interesser og politisk optimisme.

Alment praktiserende læger har beskrevet den manglende faglige datasupport som et problem. Og det er et problem. Det er imidlertid værd at huske på, at det grundlæggende ikke

er lægens problem, når andre initierer brugen af nye dataformer i sundhedsvæsenet.

Patienter og politikere skal ikke forvente, at vi læger ukritisk bruger data, som ikke er ordentligt undersøgt i den kliniske praksis. Derimod kan de forvente, at vi bruger data, som vi er uddannet til, trænet i, godkendt til og anerkendt for, og som faktisk har vist sig at gavne patienter og samfund. //

#### BOKS 1: NÅR PATIENTEN MEDBRINGER DATA FRA WEARABLES

1. Bed om at se data. Ifald du ikke kan se data, kan du så sandsynliggøre, at patienten forstår data og gengiver dem efter hensigten? Eller skal patienten komme igen med data?
2. Når du ser data eller accepterer fortællingen om dem, overvej da, om data er korrekte angående:
  - a. Dataproduktets evne til at måle korrekt og relevant.
  - b. Patientens evne til at bruge produktet korrekt.  
Hvordan vil du begrunde, at data er korrekte? Vurder f.eks. patientens viden om produkt og måling.
3. Hvis du mener, at data er korrekte: Beslut, om du kan anvende dem ift.:
  - a. Diagnostik, inkl. differentialdiagnostik og kontrol.
  - b. Patienttype, både individuelt og som gruppe.
  - c. Andre omstændigheder, f.eks. behandling, henvisning, gavnlige/skadelige konsekvenser for patient og sundhedsvæsen.
4. Hvis du anvender data: Overvej, i hvor høj grad din respons adskiller sig fra din normale metode. Hvis du ikke anvender data eller er i tvivl: Overvej, om det er bedre at følge de sædvanlige procedurer eller retningslinjer uafhængig af de nye data.



Af: John Brandt Brodersen, praktiserende læge, professor, Forskningsenheden for Almen Praksis, København, og Alexandra Brandt Ryborg Jønsen, lektor, Institut for mennesker og teknologi, sundhedsfremme og sundhedsstrategier - jobr@sund.ku.dk



# Almen praksis leder an mod overdiagnostik

Sundhedskulturen har skabt et overdrevent fokus på sundhed. Mantraet om at tage ansvar for egen sundhed får de stærkeste til at få tjekket uregelmæssigheder for en sikkerheds skyld. Men det medfører også unødvendig overaktivitet. Almenmedicinere spiller en central rolle i kampen mod overdiagnostik. Mange deltog i POD23.

**D**er er sket meget det seneste år. Fra at være et lidt excentrisk emne, som få kendte til, er overdiagnostik kommet på alles læber. Politikere, interesseorganisationer, fagfolk, undervisere og sågar patienter taler om, at der skal gøres mindre i sundhedsvæsenet, uden at det skader patienterne. Men der er særligt én faggruppe som leder an: almenmedicinere.

I vores bog "Snart er vi alle patienter" fra september 2022 beskriver vi med den almenmedicinske læge og antropologens blik, hvordan sundhedskulturen i Danmark og de fleste andre lande er med til at skabe et overdrevent fokus på sundhed og en illusion om at kunne fjerne risiko fuldstændigt. Vi er alle en del af sundhedskulturen; patienten og lægen, men for praktiserende læger, der qua kontinuitet har et bredere og dybere kendskab til patienten, kan sundhedskulturen forstås som det professor Johann Sigurdsson i 2005 beskrev som "den tredje partner i konsultationen" i Månedsskriftet. Og det er særligt rele-

vant, når vi diskuterer, hvordan overdiagnostik kan undgås i en klinisk hverdag.

## En syg sundhedskultur

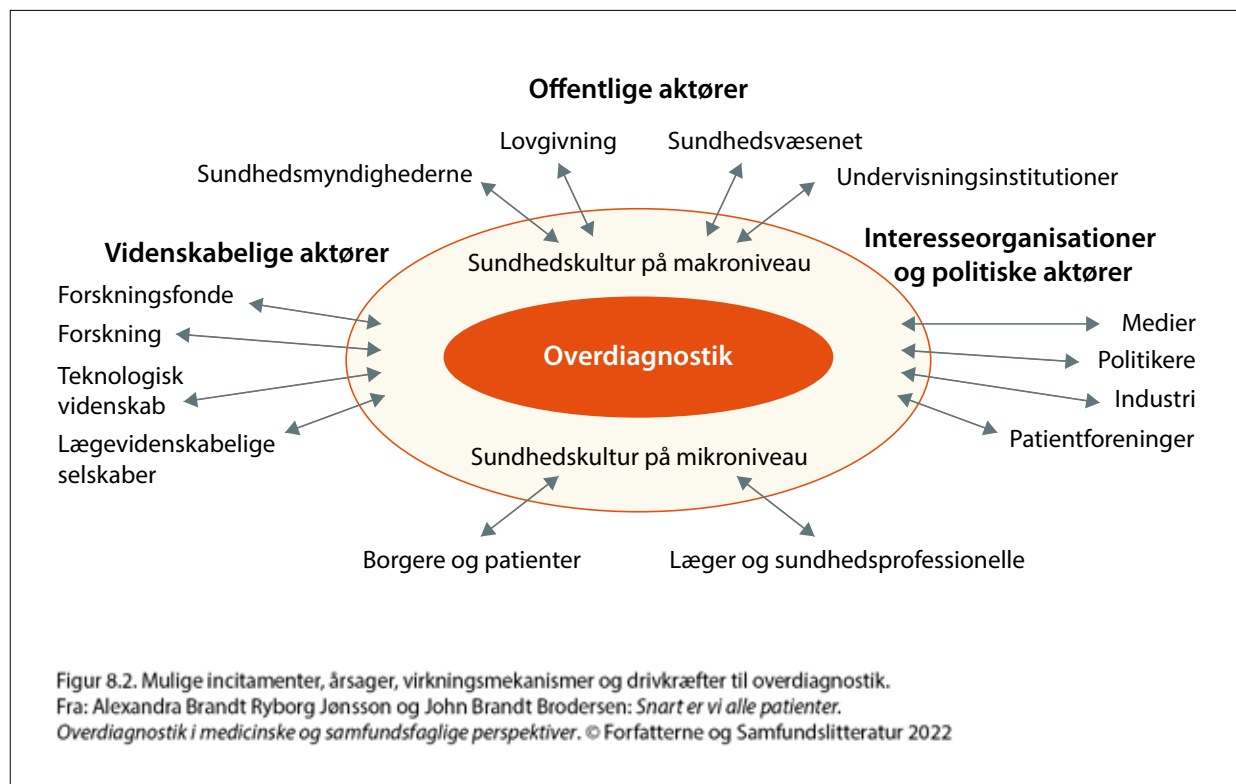
Som befolkning er vi opdraget til, at det er godt at tage ansvar for egen sundhed. Vi er vant til at få råd og vejledning fra myndigheder og andre aktører om en bred vifte af emner: hvordan vi bør opdrage vores børn, hvor meget og hvordan vi skal motionere, hvor meget alkohol vi må drikke, hvordan vores kost bør sammensættes osv. Vi er samtidig kendt for at have en meget høj tiltro til autoriteter (hvilket blandt andet skyldes et sikkert samfund med meget lav grad af bestikkelse). De fleste af os tror på, at sundhedsmyndighederne vil os det godt, når vi tilbydes f.eks. vacciner og screeninger. Så langt så godt.

Men det at tage ansvar for egen sundhed har efterhånden udviklet sig til at være proaktiv og opsøgende; at få tjekket uregelmæssigheder for en sikkerheds skyld eller at gå til lægen uden symptomer – for at være sikker

på, at alt (såsom vitaminstatus) er, som det skal være. Det at være sund har altså bevæget sig fra at betyde, "at man er rask og ikke behøver gå til læge eller tage medicin" til "at man går regelmæssigt til læge, tager kosttilskud og medicin og monitorerer sin krop". Det er naturligvis sat på spidsen, men pointen er, at det i dag anses som fornuftigt at bede sin læge om en undersøgelse, uagtet om lægen finder denne klinisk relevant. Samtidig er der en uheldig bivirkning til mantraet om at tage ansvar for egen sundhed. I sig selv er det jo fornuftigt nok, men det skaber alligevel et usynligt moralsk skel mellem dem, som gør det 'rigtige', og dem, som ikke kan – eller vil. Samtidig skaber det også hos nogle en unødvendig overaktivitet. Lad os komme med et eksempel, som er omskrevet fra Alexandras etnografiske observationer af forskellige konsultationer i almen praksis.

## "Det er godt at vide besked"

Et ofte diskuteret emne er PSA-testen. En mand i 60'erne kommer op i prak-



sis. Hans kollega har fået konstateret prostatakræft, men er med egne ord blevet reddet, fordi det blev fundet 'tidligt'. Manden ønsker derfor en undersøgelse. Lægen taler med ham: Er han særligt bange for kræft? Har han oplevet nogle symptomer? Har nogen i familien prostatakræft? Manden er ikke specielt bange og har ingen symptomer og heller ingen kendte familiære dispositioner. Lægen fortæller derefter manden om ulemperne ved PSA-testen og om konsekvenserne, hvis man finder noget, og at mange mænd dør med og ikke af prostatakræft. Manden forstår dilemmaerne, men han vil alligevel gerne have testen, fordi han mener, at "det er godt at vide besked". Lægen forklarer, at han ikke vil tage en PSA-test, fordi den kun skader og ingen gavn har. Derefter bliver manden først vred, men han falder ned igen, da lægen roser ham for at være opmærksom på sin krop, og de aftaler, at de kan tale sammen om en PSA-test om et år.

Vi kan ikke bebrejde manden. Han tager jo faktisk ansvar for sin egen sundhed og agerer proaktivt, og i mandens og hans omgangskreds' optik, gør han det rigtige. Derfor fylder sundhedskulturen i konsultationen, men lægen kender manden og bruger den gode relation til at undgå – eller i hvert fald udskyde – testen. Lægen forklarer desuden Alexandra efterfølgende, at manden er god til at undersøge evidens selv og formentlig vil ende med ikke at ønske en PSA-test, så længe han ikke har symptomer.

### Almen praksis leder an

På Preventing Overdiagnosis-konferencen i København i august 2023 kommenterede flere af de internationale deltagere på, hvor mange danske almenmedicinske læger som deltog. Det er særligt, fordi overdiagnostik i de fleste andre lande er et forsknings-tema, som ligger mere eller mindre fjernt fra klinikken. Men i Danmark ses overdiagnostik i almen praksis

ikke som en kritik af faget, men som en præmis, der tager for meget af lægens tid, skader patienterne, og måske ligefrem også påvirker ens arbejdsglæde negativt. Det vil mange læger gerne ændre, og de ønsker inspiration til, hvordan man kan arbejde for at mindske overdiagnostik i sin kliniske hverdag.

Hvorfor er almen praksis så særlig? Først og fremmest er der opbakning fra Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM), som i sine pejlemærker understreger, at den praktiserende læger bør give mest til dem, som trænger mest. Det er også en af vejene til at mindske ulighed i sundhed. En anden ting er kontinuiteten i almen praksis, som giver et helhedskendskab til patienten, som ikke ses andre steder i sundhedsvæsenet. Endelig findes der en stor portion mod blandt unge som ældre praktiserende læger til at tale om de strukturer, der kan fremme overdiagnostik – ikke mindst, hvordan defensiv medicin, frygten for en

## I Danmark ses overdiagnostik i almen praksis ikke som en kritik af faget, men som en præmie, der tager for meget af lægens tid...

klage eller for at overse noget alvorligt kan gøre, at man tager en ekstra prøve eller sender en ekstra henvisning, selvom det egentlig ikke skønnes klinisk relevant. Det er vigtigt – ikke for at pege fingre – men for netop at blive klogere på, hvordan vi kan mindske overdiagnostik, når så mange andre faktorer også spiller ind. En af hovedpointerne i vores bog er derfor også, at det ikke er lægens eller patientens ansvar alene at tage færre test, sige nej til undersøgelser osv. Overdiagnostik skal tværtimod løses ved også at inddrage lovgivning, guidelines, faglige og kommercielle interessenter, politikere osv. I figur 8.2 fra vores bog har vi netop forsøgt at tegne alle de mulige drivkræfter til overdiagnostik, som skal medtænkes.

### Bogen, der gjorde en forskel

Som vi indledte med, er overdiagnostik gået fra at være et ukendt begreb for mange til at være et italesat problem. For eksempel anbefalede Robusthedskommissionen, at unødvendige og skadelige undersøgelser og

behandlinger skal fjernes, og de refererer til vores bog. Bogen er en lærebog til fortrinsvis universitetsstuderende. Den baserer sig på forskning og evidens, og den har aldrig været tænkt som et udgangspunkt for folkelig og politisk diskussion. At den alligevel er blevet det, skyldes nok først og fremmest, at sundhedsvæsenet er ved at brænde sammen, og vi bliver nødt til at ændre noget ved den måde, som vi har tænkt og organiseret sundhedsvæsenet.

Som forfattere har vi holdt oplæg for blandt andre rigsrevisorer og statsrevisorer, hospitalsledelser, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og faglige selskaber. Vi har også været inviteret som keynote speakers på blandt andet WONCA Europe i juni 2023 og ved Sundhedsstrukturkommissionens sundhedstopmøde. For nogle af disse vil det ikke være ønsket om at mindske overdiagnostik, men behovet for at spare penge, der får dem til at lytte. Vi har måttet se hinanden i øjnene og beslutte, at vi vælger at gøre, hvad vi kan, for at mindske skaden på individer, samfund og klima, også selvom det nogle steder forklædes som en sparedagsorden. Men lad os slå fast. Det handler ikke om ikke at give behandling. Det handler om at undgå at gøre mennesker unødvendigt til patienter. Alle patienter med symptomer, eller hvor lægen skønner det fagligt relevant, skal naturligvis undersøges og eventuelt diagnosticeres og behandles.

### En fælles indsats

Vi oplever lige nu et momentum, en interesse fra samfund og fagfolk for at lære om og mindske overdiagnostik. Det har vi og andre forskere naturligvis en forpligtelse til at handle på ved at formidle vores og andres forskningsresultater. Men det sidste år har vi også oplevet en stor interes-

se fra klynger, DGE-grupper og individuelle læger. Og det er godt, for almen praksis har potentialet til både at mindske overdiagnostik i sin kliniske praksis og til at tage samtalen med patienterne om, at mere ikke altid er bedre, at tidligere nogle gange er for tidligt, og at det ikke nødvendigvis gør noget godt at vide besked. Viden kan faktisk skade.

En stor del af den politiske og offentlige interesse for at mindske overdiagnostik skyldes derfor også det stigende antal praktiserende læger, som offentligt, i en klynge eller i sin praksis tænker over og diskuterer overdiagnostik, skriver om det og viser vejen. Ingen nævnt ingen glemt, men uden almenmedicinernes opbakning og forståelse kommer vi ingen vegne. //

#### Om forfatterne

- John Brandt Brodersen er en af de mest anerkendte forskere inden for overdiagnostik. Som vært og formand for den videnskabelige komite var han en af hovedkræfterne bag dette års Preventing Overdiagnosis-konference i København.
- Alexandra Brandt Ryborg Jønsson er medicinsk antropolog med fokus på overdiagnostik og ulighed i sundhed. Hun var en af hovedtalerne på konferencen med sin keynote om, hvordan sundhedskultur er med til at skabe overdiagnostik.
- Konferencen trak deltagere fra hele verden, i alt 27 lande var repræsenteret, og som noget særligt var almen praksis stærkt repræsenteret både forskningsmæssigt og ved klinikere.

## Sundhedskulturen kan forstås [...] som "den tredje partner i konsultationen"



Af: Anne Søbjerg, og Ina Grønkjær Laugesen, begge HU-læger i almen medicin og aktuelt ph.d.-studerende ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus og på udveksling i Melbourne - annsoj@ph.au.dk



# To yngre læger repræsenterede Danmark ved WONCA World-kongressen i Sydney

**D**ette års WONCA World-kongres blev afholdt i Sydney, Australien, den 26-29. oktober 2023. **Recovery, reconnection and revival – a celebration of primary care:** En potpourri af workshops, posterpræsentationer, mundtlige oplæg og keynotes, bl.a. med Trish Greenhalgh (UK), Iona Heath (UK) og Anna Stav-

dal (Norge) – sidstnævnte er siddende præsident for WONCA World.

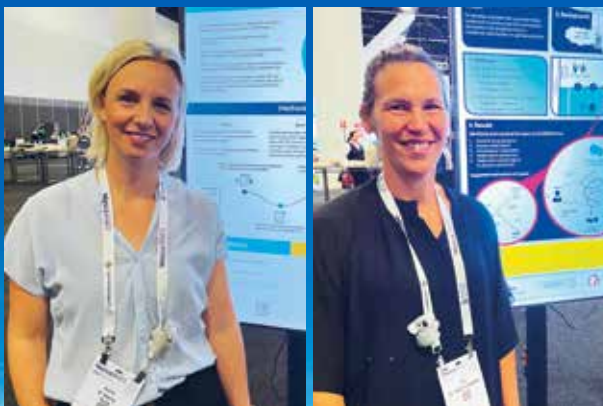
Covid-pandemien og de forskellige landes håndtering heraf blev diskuteret og sammenlignet ivrigt. Ens for alle lande var, at primærsektoren gennem hele pandemien har spillet en afgørende rolle i forbindelse med formidling, forebyggelse og behandling. Myndighedernes anerkendelse af dette arbejde varierede dog meget, hvilket også afspejlede sig i det andet emne, som blev hyppigt diskuteret: fremtidens organisering af sundhedsvæsenet, og hvorledes almen praksis' fundamen-

tale rolle kan videreformidles til politikere og lovgivere verden over.

Vi drager hjem fra Sydney med kufferten fuld af spændende indsigt og mange indtryk fra vores møder med kollegaer fra hele verden – og med en følelse af, at det danske sundhedssystem virkelig er værd at kæmpe for. Selvom vi også herhjemme er udfordret af travlhed, mangel på sundhedsfaglig arbejdskraft og demografiske ændringer, er det danske sundhedssystem – med vores øjne – ét af de bedste i verden. Vi skal værne om det. Nu og i fremtiden... //

## Om WONCA

- WONCA er akronym for World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians.
- Organisationen blev etableret i 1972 og har nu 500.000 medlemmer.
- Det er en paraplyorganisation med 132 medlemsorganisationer fra 110 forskellige lande.
- Årets WONCA World-kongres samlede i alt 4.434 deltagere.



Vi (Anne t.v. og Ina t.h.) præsenterede vores egne forskningsprojekter på konferencen. På den måde fik vi mulighed for at give deltagerne indblik i dansk interventionsforskning og dansk almen praksis. Fotos: privat.

Udsigten til Operahuset i Sydney fra en båd tur, som var arrangeret i forbindelse med kongressen. Foto: privat.





# Tanker efter WONCA World i Sydney: "General practice is not the problem — it is the solution"

Som regional PLO-formand har de seneste år under covid-pandemien været travle med medlemsfokus, beredskabsmøder og udfærdigelse af pixi-udgaver af bekendtgørelser – og efter covid-pandemien har der været konstant fokus på lobbyisme. Så forventningen til min deltagelse i WONCA World i dejlige Sydney var at tage en pause fra fagpolitik og opdatere min faglige viden. Men jeg havde ikke helt taget højde for, at WONCA i virkeligheden ikke adskiller sig meget fra de danske Lægedage – med et lægetorv af udstillere, sessioner til træning af praktiske færdigheder og forelæsnings-er enten i storsal eller i mere workshop lignende opsætninger og et program, der rummer såvel fagligt som fagpolitisk indhold.

Jeg har som udvekslingsstuderende for år tilbage været omfattet af det australske Medicare (sygesikrings)system. Jeg har fulgt venners vej som patienter gennem et system, hvor selv kræftpatienter forventes på egen hånd at navigere gennem offentlige og pri-

vate tilbud – hvor en praktiserende læge godt nok skriver henvisningerne, men hvor ventetiden i det offentlige sender dem, der har mulighed derfor i retning af private speciallæger, der så koordinerer med kolleger og hjælpepersonale for så at booke sig ind på operationsstuer i det offentlige. Bureaukratiet i forbindelse med dette synes at antage groteske proportioner. Simple opgaver, som i Danmark ret let ekspederes i almen praksis (f.eks. invalideparkeringskort), kan medføre, at patienter flere gange må møde frem på et sygehus, for at den relevante speciallæge kan udfylde og underskrive – igen en proces, der kræver, at patienten selv er tovholder.

## Fælles værdier i almen praksis

Tilbage på WONCA nåede jeg ikke at læse langt ned i programmet, før jeg blev fanget – både af åbningsceremoniens fokus på de værdier, vi tydeligvis universelt deler i almen praksis, og de mange sessioner med fokus på lighed i sundhed, fokus på de positive konsekvenser af styrkelse af primær-

sektoren, behovet for politisk støtte til en bæredygtig praksissektor, workshops med læger fra det største offentlige sundhedssystem i Australien, NSW, der forsøger at lægge planer for lobbyisme og alliancer for at opnå større patientkontinuitet og gatekeeperfunktion.

Adspurgte australske kolleger gættede på, at de selv færdigbehandlede 40-60 %. Vores danske tilsvarende tal på ca. 90 % fremstod for dem som fantastisk. På tværs af nationaliteter hørte jeg frustration over den manglende anerkendelse, som almen praksis oplever fra politisk side – og måske også fra kolleger i sygehusverdenen. Men begrebet "afviste henvisninger/patienter" var helt ukendt for de australske praktiserende læger på konferencen; de forstod simpelthen ikke, hvad jeg mente, eller hvordan det kunne accepteres.

## Hæmper med rekruttering

Vores udfordringer med lægedæknings-truede områder blegnede til gengæld i forhold til de australske "rural/remote

areas”, som kæmper med rekruttering og fastholdelse i en virkelighed, hvor de geografiske afstande er næsten umulige at forholde sig til og med en lokalbefolkning, der har større helbredsmæssige udfordringer end på Lolland (mit eget lokalområde).

Australiens oprindelige befolkning er en helt særlig patientgruppe. Men helt derude, hvor kragerne vender, er de lægelige udfordringer til at tage og føle på – allerede før kulturelle, samfundsmæssige og misbrugsrelaterede aspekter inddrages. Måske ikke overraskende synes mange nyuddannede (og erfarne) læger, at det er for stor en udfordring – specielt når økonomien ikke hænger sammen med opgavernes omfang, samtidig med at det kan være svært at finde job til ægtefælle og god skolegang til lægebørnene. Scenariet synes bekendt, men i udkanten af Australien står udfordringerne virkelig bøjet i neon!

Mange lægepraksis – også i byzoner – har svært ved at rekruttere. En del klinikker ejes af 1-2 læger med ansatte læger, uddannelseslæger og praksispersonale, men der er behov for at trække på udenlandsk lægearbejdskraft, hvor sprog og uddannelsesniveau (som i Danmark) er en udfordring. Godkendelse og tildeling af autorisation går for langsomt ifølge nogle kolleger, mens andre er bekymrede for de faglige og sproglige kvalifikationer.

## Udbrændte læger

Begrebet ”udbrændte læger” er ikke ukendt i Australien. Der er arbejde til flere læger end dem, der er til rådighed. Arbejdsgangene og bureaukratiet hæmmer arbejdsglæden, og udfordringerne med drift, økonomi og jura tager tid fra patienterne. For mig var det tankevækkende, at de kolleger, som jeg talte med, havde ca. 1.000 patienter pr. fuldtidslæge – altså langt under det danske gennemsnit på 1.681 (2023-tal).

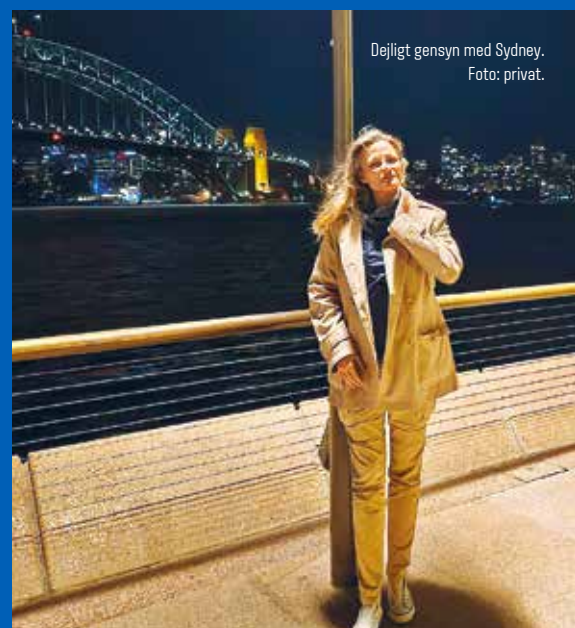
Som nævnt er de fleste klinikker ejet af en til flere ejerlæger, der har et vist antal læger og andet personale ansat. Nogle tilbyder også fysioterapeuter og speciallæger, der kan aflaste lægen, selvom økonomien her synes at dele patienterne i A- og B-hold i forhold til, hvad der dækkes af Medicare.

Men trods variation af kliniktyper blev der udtrykt bekymring for ”corporate clinics”, dvs. lægeklinikker, som er ejet af koncerner, der af kollegerne blev mistænkt for at sætte forretning over lægefaglighed. Hvor kollegerne på WONCA udtrykte en målsætning om kontinuitet og gatekeeperfunktion, var det tydeligt, at tilliden til, at ”corporate clinics” havde de samme mål, var lille – og frygten for, at unge kolleger på længere sigt ikke økonomisk ville have mulighed for at købe en praksis på et marked, som var domineret af disse lægevirksomheder, var stor.

## Ingen videokonsultationer

I Danmark indførte vi videokonsultationer under covid-pandemien, men i Australien er det endnu et ubeskrevet område medico-juridisk, så ikke alle ansvarsforsikringer dækker dette tilbud. I den sammenhæng gik det op for mig, hvor godt vi er stillet med et PLO, der fik forhandlet og beskrevet en aftale om videokonsultationer, sammen med et DSAM, der kan beskrive det lægefaglige indhold og understrege, at det må være lægens vurdering, der afgør, hvilken konsultationsform der tilbydes.

Når der er penge mellem læge og patient, opstår der for os ukendte udfordringer med behandlingspres, vægren mod at se an med en kontroltid og f.eks. ønske om den billigste konsultationsform. Samtidig kan den for alle praktiserende læger så velkendte medbragte problemliste være lang, når patienten vil være sikker på at få valuta for pengene!



Dejligt gensyn med Sydney.  
Foto: privat.

## Hjem med styrket faglig stolthed

Forventningen om at tage en pause fra fagpolitik ved at deltage i WONCA blev tydeligvis ikke opfyldt. Men jeg kom til gengæld derfra med en styrket faglig stolthed – både på fagets vegne, men ikke mindst på vegne af den danske version af almen praksis.

Sundhedsøkonom Kjeld Møller Petersen spurgte retorisk i sin bog ”Sundhedspolitik”, om vi har verdens bedste almen praksis, og han konstaterede på vestjysk, at ”det ikke er så ringe endda”. Efter at have kunnet sammenligne det danske system med andre landes almen praksis er jeg tilbøjelig til at give ham ret – i lyset af den høje faglige standard, i lyset af den omstillingsparathed, jeg har oplevet under covid-pandemien, og ikke mindst i lyset af det fundament og støtteapparat, som DSAM og PLO i fællesskab skaber for de praktiserende læger.

Et bæredygtigt sundhedsvæsen med bæredygtige sygehuse kræver en bæredygtig praksissektor. Almen praksis er – som mange af vores udenlandske kolleger udtalte på WONCA – ikke problemet i sundhedsvæsenet, men er derimod løsningen. //



# Fra Uganda til Odder: Afrika efterlader dig aldrig den samme!

Lægelivet i Uganda er givende på mange måder. Hvis du har lyst til at prøve det selv, kan du gøre det via Partners in Practice.

**J**eg har været praktiserende læge siden 2003. Aktuelt er jeg ansat som §24-læge i Lægeklinikken i Odder, hvor mine søde kollegaer har givet mig frihed til at kunne tage til Uganda ca. 1 måned to gange årligt. Jeg er taknemmelig. Det giver mig lov til at have et meningsfuldt liv begge steder, og jeg føler mig hjemme begge steder. Jeg har en søn på efterskole i Danmark.

Jeg troede, at man skulle være kirurg for at være nyttig i Afrika. Derfor startede jeg med intro i kirurgi, som var spændende, men jeg fandt ud af, at jeg var mere tilpas som praktiserende læge. Og Afrika har mange dygtige kirurger – men få praktiserende læger, som vi kender det.

## De første projekter

I 2007 var min daværende mand og jeg sammen med gode venner med på det første besøg i Uganda og Tanzania. Vi besøgte lokale venner og var

på safari. Da ferien var ovre, erfarede jeg: Afrika efterlader dig aldrig den samme! Noget er sat i gang. Du kan se muligheder, relationer. Så vi kom igen og igen. Flere venner kom med og blev involveret. Vi startede en lille dansk forening, "Hope Danmark": [www.hope.ug](http://www.hope.ug)

Første nedslag blev et fadderskabsprojekt, hvor primært danske faddere understøtter skolegang til de mest sårbare børn i et af Ugandas 134 distrikter, Kamuli. Børnene bor oftest hos gamle bedstemødre, hvor de er efterladt af mange årsager. Fadderbidrag giver børnene mulighed for at få en uddannelse, samtidig med at de bibeholder familierelationen. Der er ansat lokale socialarbejdere og en administrator.

## Samarbejde med samfundsråd

Næste nedslag blev samarbejdet med en lokal civilsamfundsorganisation, der arbejdede med udvikling af selvstændige samfundsråd på landsbyniveau. De ønskede, at vores samarbejde skulle dreje sig om ikke-smitsomme sygdomme, non-communicable diseases (NCDs), i særdeleshed diabetes og hypertension.

Dette samarbejde var meget frugtbart i en lang periode, hvor vi gennem

Civilsamfund i Udvikling (CISU) gennemførte fire projekter fra 2015 til 2022. De 8 samfundsråd i første projekt blev til 35 samfundsråd i fjerde projekt, hvor hvert råd selv udvalgte 2-5 sundhedsarbejdere, der blev uddannet og udstyret med apparater til at måle blodtryk og blodsukker. De startede med at undersøge 1.000 voksne > 18 år som baseline. Her fandt vi – ikke overraskende – næsten samme forekomst af hypertension som herhjemme (en prævalens på 21 %). Den fundne prævalens af diabetes på 13 % havde den store bias, at undersøgelsen var gratis, så der var flere med kendt diabetes, der søgte en gratis måling, men det blev dog klart, at forekomsten af diabetes var markant.

## Fondsmidler til igangsætning

De fire CISU-projekter søgte samtidig at uddanne og kapacitetsopbygge de lokale samfundsråd i fortalervirksomhed. Rådene holdt møder med både ledere i "subcounty" og distriktet, hvor de søgte at opmuntre og fastholde lederne til at tage ansvar og prioritere NCDs i budgetterne. I alt 10 ud af 13 "subcounties" underskrev kontrakter mhp. at prioritere NCDs i deres budgetter, men budgetrammen var låst af distriktet. Og di-

striktets budget, ja det var ram-  
melagt fra nationalt hold.

Da vi i det fjerde og sidste CI-SU-projekt havde en paneldebat med sundhedsministeriet om dette, svarede de – mens de kiggede dybt i øjnene på de tre eneste hvide mennesker i det ellers fyldte lokale: "We lack funding!" Man kan spørge, hvor offermentaliteten kommer fra? Har kolonitiden skabt den? Har vi i NGO-verdenen med projekternes pengestrøm efterspurgt den?

### Korruption skal håndteres

Hvorom alting er, så gik vi i gang med at etablere NCD-klinikker på flere af de 14 offentlige sundhedsklinikker i Kamuli-distriktet. Med distriktslægens tilladelse. Og uden budget. Samtidig blev der etableret patientgrupper ved hver sundhedsklinik, som er organiseret af patienterne selv, hvor alle betaler en smule, så der altid er et velfungerende apparat til at måle blodtryk og strips til at måle blodsukker, når de kommer.

Problemet med manglende medicin på de offentlige klinikker har nogle fundet vej igennem, ved at patienterne har givet lidt penge til den medicinske leder af klinikken, der så har købt medicin med mængderabat. Samarbejde, respekt og lokalt engagement kommer man langt med, men vi savner endnu at nå de mere lukrative og korruptionsfristede lag i det offentlige system.

### Video flytter viden

Undervejs lavede vi først tre korte undervisningsvideoer med lokale aktører, som vi brugte i landsbyerne. Senere søgte og fik vi en bevilling fra sygeplejerskernes missionsråd til at lave tre "edutainment"-videoer, også på lokalt sprog, om forebyggelse af livsstilssygdomme.

Det var en sjov opgave, der blev professionelt udført lokalt, og hvor resultatet blev distribueret på USB-sticks, så de kunne blive vist rundt om i lands-



Postkort fra Uganda. Foto: privat.



byer, på sundhedsklinikker og i venteværelser. Patienternes egen viden og eget ansvar søges og opmuntres.

### Vi får, mens vi giver

Aktuelt har vi også et projekt i Kamuli. Det drejer sig om en klassisk EFG-lignende skole for primært sårbare unge, der er faldet ud af uddannelsessystemet. Her undervises de i frisørlære, bagerlære, tømmerlære, IT og iværksætteri. Sundhed har altid været afhængig af uddannelse og økonomisk formåen.

Gennem årene har vi forsøgt at minimere brugen af ordet "hjælpe". I stedet bestræber vi os på at benytte ord som "samarbejde", "erfaringsudveksle" og "følges ad" – ord, der fremhæver gensidigheden og den indbyrdes afhængighed i relationen på forskellige niveauer. Samtidig understreger det erkendelsen af, hvor meget vi selv får, mens vi giver.

### Partners in Practice

I ugerne 16 og 17 i april 2024 søger vi i samarbejde med Partners in Practice (PiP) at finde 2-4 danske praktiserende læger, som kunne have lyst til at komme til Uganda i to uger.

Planen er, at de danske læger kommer med rundt på større lokale sundhedsklinikker og hospitalsambulatorier for at dele deres viden om og erfaring med særligt diabetes mellitus og hypertension. Det foregår bl.a. på morgenmøder i regi af Continued Medical Education (CME). Desuden afholdes der møder med engagerede lokale praktiserende læger.

Vi håber, at der efterfølgende kan

blive basis for at iværksætte online læringsgrupper.

### Er det noget for dig?

Har du lyst til at vide mere om samarbejdet? Kunne du overveje at deltage i turen? Så kontakt gerne PIP eller forfatteren direkte.

Du er velkommen igen og igen... //

#### Eksempel på undervisnings- og "edutainment"-videoer



#### Om Partners in Practice (PiP)

- Organisationen opstod som en interessegruppe under DSAM.
- Senere blev PiP et selvstændigt selskab, som kan indgå i forpligtende relationer.
- Fokus er på udvikling af det primære sundhedssystem gennem internationale udvekslingsophold.
- PiP udvikler, faciliterer og implementerer udviklingsprojekter inden for almen praksis.
- Læs om PiP på dsam.dk under fanen Internationalt → Udveksling.



# Lægedage 2023:

## Aktuel sundhedspolitik, nye færdigheder og netværk

**L**ægedage 2023 blev en begivenhed, som var præget af spændende diskussioner, ny viden og netværksmuligheder. I alt 2.538 personer fra almen

praksis i hele landet lagde vejen forbi i efteruddannelsesugen. Heraf var 1.255 læger og 1.133 klinikpersonale, mens de øvrige var bestyrelsesmedlemmer i PLO og DSAM og gæster til åbningen.

Programmet for Lægedage 2023 reflekterede de betydningsfulde ændringer, der er sket siden sidste år, og tog samtidig fat på de aktuelle udfordringer og visioner for fremtidens almen

Foruden en masse kurser bød Lægedage 2023 på livlig aktivitet, færdighedsværksteder og to glade formænd for hhv. DSAM og PLO. Fotos: Claus Boesen



praksis, som fylder. Visionerne er især til stede i den aktuelle Sundhedsstrukturkommission, og kommissionens medlemmer fik da også rig mulighed for at komme til orde i både åbningsdebatten og temasessionen, som kan ses på Lægedages hjemmeside: <https://www.tilmeld.dk/9019923/live-streaming>.

## Arvesølv og nybrud

Årets tema, "Arvesølv og nybrud – hvad tager vi med ind i en bæredygtig fremtid for almen praksis?", satte fokus på at bevare det værdifulde "arvesølv" i relationen mellem læge og patient. Samtidig blev det diskuteret, hvordan man kan omfavne og integrere "nybrud" i form af nye praksisformer, organisatoriske tiltag, opgavefordeling, ledelsesredskaber og ikke mindst ny teknologi. Begge dele prægede også velkomsttalen af Jørgen Skadborg, der er formand for PLO. Talens indledning relaterede sig til 'nybrud' og lød sådan her:

At være praktiserende læge er at bruge sin erfaring i mødet med patienten. Men det er også at være åben for nyt:

- Nye behandlingsmuligheder, som mere eller mindre pludseligt dukker op.
- Nye sygdomme og symptom billeder, som dukker op fra udlandet eller gror ud af vores tid og kultur.
- Nye kliniske vejledninger fra DSAM.
- Nye måder at indsamle og anvende sundhedsdata.
- Ny forskning, som fører ny medicin og nye metoder med sig.
- Ny IT og nye arbejdsgange som f.eks. videokonsultationer, der i dag kan rumme både de bekymrede småbørnsforældre og patienten på 92 år.
- Og ikke mindst ny viden fra et efteruddannelseskursus, f.eks. et af de 126 kurser her på Lægedage 2023!

Med andre ord er vi praktiserende læger vant til nyt. Glade for nyt. Derfor er vi begejstrede for, at der i øjeblikket er et fornyet fokus på almen praksis bl.a. i regi af Sundhedsstrukturkommissionen.

## Målet om de 5.000 praktiserende læger

En central udfordring i det nære sundhedsvæsen er målet om at have 5.000 praktiserende læger i Danmark inden 2035, hvilket indebærer en stigning på ca. 1.500 læger sammenlignet med nuværende tal. Diskussionerne på Lægedage 2023 – herunder den politiske debat med deltagelse fra Sundhedsstrukturkommissionen, KL og Danske Regioner – satte da også fokus på, hvordan målet bliver til virkelighed, og hvordan arbejdet i klinikkerne organiseres indtil da.

Blandt de centrale spørgsmål var, hvilke opgaver der

bør forblive hos lægerne, og hvilke der kan uddelegeres på en hensigtsmæssig måde. Her blev der også lagt vægt på at bevare den vigtige relation mellem læge og patient i en tid med forandring og innovation.

## DOC-Talks og færdighedsværksteder

På Lægedage er der altid gang i at udvikle både de praktiske og de faktuelle kompetencer. Lægedage er jo en fagfestival, hvor almen praksis hyldes, og faglig udvikling dyrkes på flere områder. I år fandt et nyt koncept vej til Lægedage: en morgenforelæsning kl. 8.00-8.45 efter inspiration fra TED Talks. I alt 240 havde tilmeldt sig oplægget "Modangreb på perfektionskulturen", hvor praktiserende læge og tidligere formand for PLO Christian Freitag fortalte om sit liv som praktiserende læge, hvordan vi bliver set på udefra, og hvad vi selv kan gøre for ikke at brænde ud. Hans overskrift var: Hvad er det værste, der kan ske?

Efter nogle år med covid-19 vendte færdighedsværkstederne tilbage og tilbød kurser som ultralydsskanning, spirometri, småkirurgi og tympanometri. De har været savnet, og mange deltagere har kvitteret positivt for, at de igen har mulighed for at øve færdigheder både i pauser og som egentligt færdighedskursus.

Også det sociale er prioriteret: Efter kurserne var der arrangeret netværksbarer. Tirsdag kunne deltagere møde formændene fra PLO og DSAM og stille spørgsmål under mere uformelle og afslappede former.

## Hvad så herfra?

En opfordring til deltagerne på Lægedage 2023 har været at overveje at arrangere aktiviteter eller opfølgninger med kolleger efter kurset, hvor den nye viden kan omsættes til konkrete handlinger. Kursusledere blev opfordret til at opsummere de tre vigtigste pointer fra deres kurser, hvilket fungerede som en praktisk guide for deltagerne til at tage meningsfuld viden med hjem. En effektiv måde at fastholde og forankre ny viden er ved at dele den med andre. Derfor blev deltagerne også opmuntret til at indgå aftaler om at dele deres oplevelser og læring, når de vender tilbage til klinikken. Denne form for videndeling skaber ikke kun et læringsmiljø, men bidrager også til at styrke praksisfællesskaber.

PLO-E står til rådighed for dem, der ønsker rådgivning og sparring om at implementere den nye viden i deres daglige praksis. Her kan man søge rådgivning om alt fra planlægning af personalemøder, hvor viden fra Lægedage deles og omsættes i praksis, til personlige initiativer, hvor den opnåede inspiration kan anvendes til at forbedre arbejdsprocesser. //



# Tre yngre lægers refleksioner fra Lægedage 2023

Lægedage blev i år afholdt den 13. – 17. november i Bella Center i København.  
Her kan du møde tre kollegaer, der deltog tirsdag.

## CASPER OVERGAARD POULSEN, SPECIALLÆGE I ALMEN MEDICIN VED LÆGERNE BJERAGER OG JUEL I RØNDE

### Hvem er du afsted på Lægedage med?

Jeg er af sted på Lægedage med hele min klinik – den klinik, som jeg arbejder i, og som jeg er ved at købe mig ind i med en generationsskifteaftale.

### Hvorfor har du valgt at tage på Lægedage?

Det har vi valgt, fordi det er et dejligt stort og alsidigt efteruddannelsesarrangement, hvor der er tilbud til både læger og personale. Her er god mulighed for at møde nogle af vores gode kolleger fra andre klinikker og også møde nogle beslutningstagere.

### Kan du nævne én ting fra en stand eller en session, som har gjort særligt indtryk på dig?

Ja, jeg var inde at høre om gruppekonsultationer. Det har jeg tidligere været lidt skeptisk overfor. Men der var bl.a. en fra England, som kunne vise nogle ekstremt flotte resultater, og hvor jeg tror, at hovedbudskabet var, at det her lidt længere format, som gruppekonsultationen tillader, faktisk gør, at man kan få patienterne bedre med, og at de bedre forstår deres sygdom og derfor også bedre kan passe deres behandling.



Foto: Solvej Videbæk Bueno

### Hvis du skulle give en anbefaling fra dine oplevelser på Lægedage videre til andre praktiserende læger, hvad skulle det så være?

Jeg tror, at jeg synes, at det særlige ved lægedage er, at vi kan tage afsted sammen hele klinikken. Det sociale samvær er i højsædet. Det er en god ryste-sammen-agtig tur. Og samtidig er her det store udvalg af kurser, hvor vi hver især kan vælge efter, hvad der giver mening for os at deltage i.



**LOUISE V. MORTENSEN OG GRO MØLLER  
CHRISTOFFERSEN, UDDANNELSESLÆGER HOS  
LÆGERNE VED FREDENSVEJ I CHARLOTTENLUND**

**Hvad har I taget fri fra for at kunne være her i dag?**

Vi er afsted sammen: KBU-læge og hoveduddannelseslæge, der er sendt afsted på kursus. Vi er her bare én dag.

**Hvorfor har I valgt at tage på konference?**

Gro: Jeg var afsted sidste år med en anden klinik og var vældig glad for det. Jeg synes, at det var et sindssygt fedt arrangement med høj kvalitet af faglige oplæg. Jeg kom tilbage til klinikken med fagligt nyt. Og så lokkede jeg Louise til at tage med også.

Louise: Jeg tror, at jeg tog med, fordi du solgte det ret godt. Og så kiggede jeg i kataloget og syntes, der var flere oplæg, som så spændende ud.

**Kan I nævne én ting fra en stand eller en session, som har gjort særligt indtryk på jer?**

Gro: Vi kommer lige fra et oplæg om dermatologi, hvor der var nogle rigtig gode pointer, som var nemme at forstå og

tage med tilbage i praksis. Få sat noget i kasse og bokse, så det bliver nemmere at arbejde med, når vi kommer tilbage i praksis.

Louise: Ja, noget brugbart til værktøjskassen til næste gang, hvor jeg skal se en patient med en hudproblematik.

**Hvis I skulle give en anbefaling fra jeres oplevelser på Lægedage videre til andre praktiserende læger, hvad skulle det så være?**

Louise: Oplæggene. Det at være i almen praksis er meget bredt, og oplæggene giver mulighed for at dykke ned i noget konkret fagligt, som jeg kan tage med hjem og anvende allerede i morgen. Og så er det en mulighed for at komme rundt og snakke med folk og snuse lidt til, hvad der rører sig på de forskellige stande på Lægetorvet. Og så selvfølgelig god mad og god kaffe.

Gro: Det viser en anden side af det at være praktiserende læge. Jeg synes, at jeg får nuanceret mit billede af, hvilke mennesker der arbejder i almen praksis. Jeg fornemmer engagement og forskellighed på den gode måde. //



# Thomas Gørlén

## får Mahlerprisen 2023

**P**raktiserende læge Thomas Gørlén fik ved Lægedage i november i Bella Centret overrakt den prestigefyldte Mahlerpris for sin unikke indsats for sine patienter og ikke mindst for sin store indsats for palliation i almen praksis.

"Jeg opfatter det som en stor anerkendelse af det arbejde for basal palliation, som jeg i samarbejde med gode kollegaer har udført, og en anerkendelse af vigtigheden af det arbejde, som gøres for patienter med alvorlig livstruende sygdom/svækkelse i almen praksis," forklarer Thomas Gørlén til Practicus.

### Muligheden for at gøre en forskel

For Thomas giver arbejdet med palliation god mening, og på mange områder minder det om det arbejde, man som praktiserende læge laver i forvejen. Det handler om viden, engagement, kommunikation og lindring.

"God palliation er, at patient og familie oplever at møde et professionelt menneske med interesse for, hvem de er og deres historie. I de tidlige faser bygges kontakt og tillid op, så vi finder en fælles platform og plan, som vi følger sammen. I den sidste tid er lindring og kommunikation med familien vigtigst. God palliation er, når jeg oplever, at familien bagefter er kommet igennem forløbet med en oplevelse af, at patienten havde et godt liv til det sidste, og at døden kom, når tiden var inde," slutter Thomas.

Ud over selv at arbejde med palliation i almen praksis, har Thomas bl.a. været med til at udarbejde en palliationsapp i regi af DSAM. Den blev udgivet i 2016 og har i dag mere end 34.000 downloads (heraf 1.000 i Norge).

I forbindelse med overrækkelsen af Mahlerprisen sagde DSAM's formand, Bolette Friderichsen, om Thomas Gørlén:

"Jeg er enormt glad for at kunne give prisen til Thomas Gørlén, der i

høj grad har fortjent den. Palliation er lindrende behandling, som vi bruger, når der er lidelse i hele sygdomsforløbet – ikke kun til sidst. Palliation skal medvirke til god livskvalitet for uhelbredeligt syge. Palliation er at hylde livet, ikke at tilkalde døden."

### Thomas Gørlén er udpeget til:

- "National alliance til nedbringelse af antipsykotisk medicin til mennesker med demens" i regi af Sundhedsstyrelsen.
- Sammen med Anita Mink er han initiativtager til og står i spidsen for interessegruppen "plejehjemsmedicin" under DSAM. //

### VIL DU DOWNLOADE APPEN?

Søg efter "Palliation i praksis" i Apples App Store eller Google Play.

### OM MAHLERPRISEN

- Mahlerprisen er de praktiserende lægers ærespris.
- Mahlerprisen gives som en uansøgt hædersgave til en praktiserende læge, der har ydet en særlig indsats for udvikling af praksissektoren.
- Med prisen følger 35.000 kr.



DSAM's formand, Bolette Friderichsen, motiverede og overrakte Mahlerprisen til Thomas Gørlén.  
Foto: Claus Boesen.



# Island indførte rutinemæssig skoldkoppevaccine i 2020: Hvorfor følger vi ikke trop i Danmark?

Skoldkopper er en udbredt og oftest ufarlig sygdom. Men der kan opstå komplikationer. Island tilbyder en effektiv vaccine, det gør vi ikke i Danmark. Det kan undre.

## Skoldkoppevaccine i Island

Skoldkoppevaccine (SV) var en del af det rutinemæssige børnevaccinationsprogram i 44 lande verden over i 2021 (figur 1). Beslutningsgrundlaget for indførelse af SV i Island blev lavet af den islandske sundhedsstyrelse og fremlagt for National Immunization Technical Advisory Groups i 2018. Det førte til enighed om indførelsen på baggrund af beslutningsgrundlag, som bliver nærmere uddybet i denne artikel under fem temaer: skoldkoppers epidemiologi i Island, viden om SV, samfundsøkonomiske beregninger, forældres holdning til vaccinen og indpasning i børnevaccinationsprogrammet.

## Skoldkopper

Skoldkopper, også kaldet variceller,

forårsages af herpesvirusset varicella zoster virus (VZV) og er en udbredt og oftest ufarlig sygdom. Sygdommen viser sig typisk ved feber og et vesikulært udslæt, som over tid udvikler sig til sårskorper. Sygdomsforløbet er oftest mildt, men kan føre til adskillige komplikationer, bl.a. sekundær bakteriel infektion, feberkrampe, encefalitis, meningitis, ataksi, cerebral vaskulitis samt komplikationer fra øvre og nedre luftveje. I 2014 estimerede World Health Organization, at variceller på verdensplan årligt kan give komplikationer i 2-6 % tilfælde og forårsage 4,2 millioner indlæggelser og 4.200 dødsfald.

## Herpes zoster

Efter primær VZV-infektion forbliver virus latent i kranienervernes og rygmarvens sensoriske ganglier. Primært pga. immunsuppression og høj alder kan der ske reaktivering, som viser sig som helvedesild, herpes zoster (HZ). Symptomerne er et smertefuldt, vesikulært udslæt, der er lokaliseret til et dermatom og kan føre til adskillige komplikationer, bl.a. sekundær bakteriel infektion, postherpetisk neuralgi, HZ ophtalmicus og dissemineret HZ.

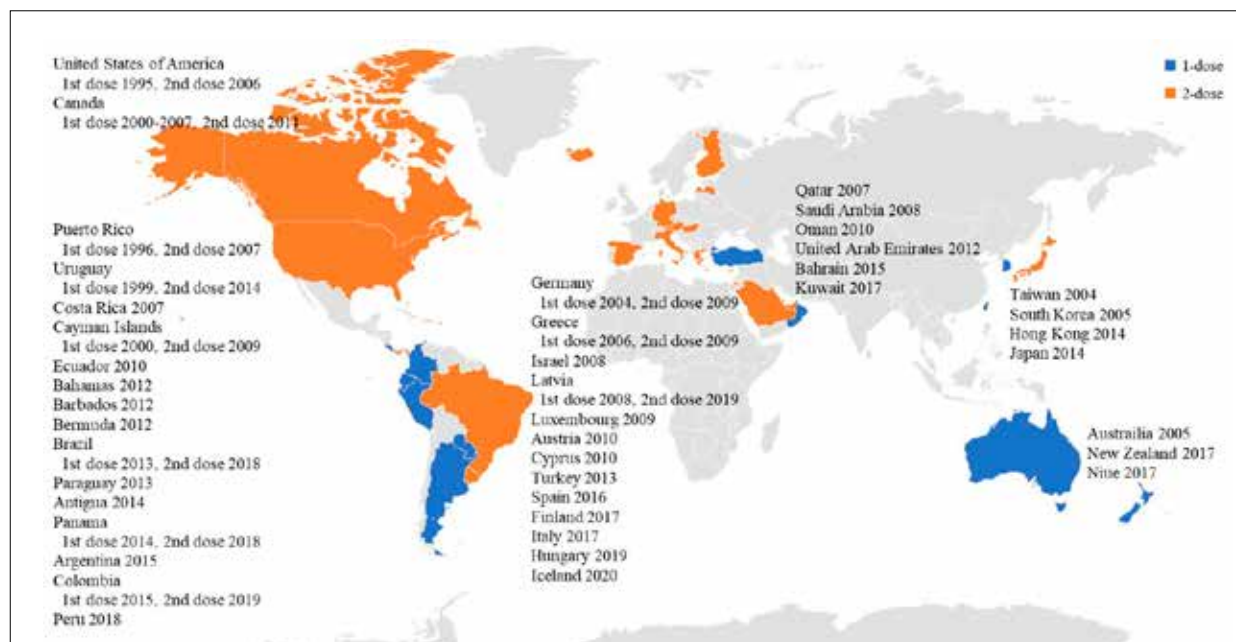
## Skoldkoppevaccine

SV blev udviklet i Japan i 1970'erne og er en levende svækket vaccine. Den gives enten som monovalent vaccine eller tetravalent vaccine i kombination med vaccinen mod mæslinger, fåresyge og røde hunde (MFR). Begge vacciner anses for at være sikre og effektive. De hyppigste komplikationer til vaccinen er rødme og ømhed på indstiksstedet, feber og varicellilignende udslæt. To vaccinedoser anbefales pga. højere effektivitet end én vaccinedosis og kan tidligst gives fra 9-måneders alderen. Intervallet mellem første og anden vaccinedosis skal som minimum være en måned. Varivax er den eneste SV på det danske marked i øjeblikket.

## Vaccineeffekt

En metaanalyse fra 2016 viste 81 % effekt af første vaccinedosis og 92 %

Variceller kan på  
verdensplan årligt  
give komplikationer  
i 2-6 % tilfælde.



Figur 1: World map showing the year of introduction of national varicella vaccination programs. Kilde: Clin Exp Pediatr Vol. 65, No. 12, 555-562, 2022 <https://doi.org/10.3345/ceip.2021.01564>

af anden vaccinedosis. Gennembrudstilfælde var typisk milde. Effekten mod moderat til svær varicella var 98 %. Det længste studie om vaccineimmunitet viser, at den ikke aftager over en 14-årig periode. Studier fra USA har påvist en reduktion i incidensrate og hospitalsindlæggelser pga. variceller på omkring 90 % og en reduktion i dødelighed på 88 % efter indførelse af SV.

### Vaccineeffekt på herpes zoster

I matematiske modeller har man forudset øget incidens af HZ som følge af universel SV. Eksisterende undersøgelser understøtter dog ikke denne teori. I store dele af verden har HZ-incidensen været stigende de sidste årtier. Årsagerne vurderes primært at være stigende levealder, øget diagnosticering og flere immunsupprimerede i befolkningen. Risikoen for at udvikle HZ hos skoldkoppevaccinerede børn er op til 80 % mindre end hos ikke-vaccinerede.

### Epidemiologi

Varicelincidensen i Island og Danmark kendes ikke. Seroprævalensen af VZV-antistoffer hos islandske børn før indførelsen af SV var hhv. 10 % hos børn ved etårsalderen, 50 % ved fireårsalderen og 97,5 % ved tiårsalderen. Islandske data viste, at incidensen for hospitalsindlæggelser hos børn i aldersgruppen 0-18 år med variceller var 3,6 ud af 100.000. Komplikationer til varicella var bakterielle superinfektioner (37 %) samt viral pneumonitis og komplikationer fra centralnervesystemet (CNS) (19 %). Et dødsfald blev registreret i hjemmet i 2018 hos

et tidligere raskt etårigt barn pga. formodet varicella-induceret pneumonitis.

Nyere danske tal viser, at incidensen for hospitalsindlæggelser hos børn i aldersgruppen 0-18 år med variceller var 26 ud af 100.000. Komplikationerne til varicella var CNS-relaterede (17,5-25 %) og sås i form af feberkrampe, encefalitis, meningitis, myelitis, ataksi og apopleksi/cerebral vaskulitis samt komplikationer fra hud og øvre/nedre luftveje (11-22 %).

### Samfundsøkonomi

Et islandsk studie fra 2017 fandt en årlig samfundsøkonomisk besparelse svarende til ca. 28 millioner danske kroner ved indførelse af SV. Beregninger fra dansk erhverv har vist en årlig samfundsøkonomisk besparelse ved indførelse af SV på 169 millioner danske kroner samt en besparelse på 136.000 tabte arbejdsdage årligt. Beregningen indeholdt vaccineomkostninger ved to vaccinedoser, besparelser pga. undgåelse af forældres fraværssdage, mens barnet er sygt, samt besparelser på hospitalsindlæggelser og behandlingskomplikationer.

### Forældres holdning til vaccinen

Der foreligger ingen undersøgelser om forældres holdning til skoldkoppevaccination, hverken i Island eller i Danmark. Tal fra det islandske vaccinationsregister har vist stigende efterspørgsel efter SV, hvor 10 % af børn i fødselskohorten 2014-2015 havde fået to doser SV mod egenbetaling. Tallet steg til 15 % i de efterfølgende fødselsko-

horter. Tal fra Varivax-producenten MSD viser en stigning i Varivax-salget med hhv. 159,2 % fra 2020 til 2021 (2.741 vs. 7.108 doser), 16,59 % fra 2021 til 2022 (8.287 doser) og 17,02 % i det første halve år af 2023 (5.520 doser) i forhold til året før.

### Indpasning i det danske børnevaccinationsprogram

SV blev indført i Island ved hhv. 12- og 18-måneders alderen, hvor der i forvejen forelå tilbud om andre børnevacciner. Ved evt. indførelse af SV i Danmark kunne den med fordel implementeres ved 15-måneders alderen og fireårsalderen, hvor MFR-vaccinen i forvejen tilbydes. Implementeringen ville således ikke kræve ekstra lægebesøg, og vaccinedækningen forventes ikke at falde.

### Varicelrelaterede konsultationer

Estimerer viser, at den årlige varicelincidens svarer til størrelsen af det pågældende lands fødselskohorte. En fødselskohorte i Danmark ligger på ca. 60.000 fødsler. Beregninger viser, at ca. 54 % af alle variceltilfælde fører til konsultation hos egen læge årligt. Dette svarer til et estimat på mellem 33.123 og 40.842 varicelrelaterede konsultationer hos egen læge årligt i Danmark, svarende til 10-12 per praktiserende læge i Danmark årligt.

### Diskussion

Der foreligger seroprævalensmålinger på VZV-antistoffer hos islandske børn, men lignende målinger findes ikke i Danmark. De øvrige data, som dannede beslutningsgrundlaget for indførelsen af SV i Island, findes på tilsvarende vis i Danmark.

Incidensen for hospitalsindlæggelser hos børn i alderen 0-18 år er højere i Danmark end i Island. Generelt er det svært at sammenligne tallene mellem lande på grund af store forskelle i studiedesign og sundhedssystemer. Derfor er årsagerne til forskelle usikre. Det islandske studie rapporterer dog om en stigende incidens af hospitalsindlæggelser i flere lande af ukendte årsager, muligvis pga. flere immunsupprimerede i befolkningen og stigende levealder.

Med udgangspunkt i ovenstående kunne man spørge: Hvad er årsagerne til, at SV ikke er indført i det danske børnevaccinationsprogram? I et skriftligt svar fra Sundhedsstyrelsen (SST) i august 2023 fremgår det, at det første skridt i indførelse af en ny vaccine kræver en medicinsk teknologivurdering (MTV). Med udgangspunkt i fundene i denne vurdering estimerer SST på baggrund af de samme kriterier, som dannede det islandske beslutningsgrundlag, om SV bør indføres i det danske børnevaccinationsprogram. Herudover lægger SST vægt på sygdommens alvorlighed og hyppighed, og alvorlighedskri-

teriet vejer som udgangspunkt tungt. Der er endnu ikke gennemført en MTV for SV i Danmark, selvom SST vurderer, at dette ville være relevant. Dette er omkostningsfuldt og kræver politisk afsatte midler, førend SST kan gennemføre en MTV.

Da der findes en sikker og effektiv SV, som reducerer den varicelrelaterede incidens, hospitalsindlæggelser, komplikationer og dødelighed markant, og som giver store samfundsøkonomiske besparelser, vækker det undren, at SV ikke er indført i det danske børnevaccinationsprogram.

Tak til Rune Munch Aabenhus, Forskningsenheden for Almen Praksis, KU, for at bruge tid på at læse og kommentere artiklen. //

#### OM FORFATTEREN:

Forfatteren er læge fra SDU i Odense i 2012 og speciallæge i almen medicin fra Region Sjælland i 2022. Hun er aktuelt ansat hos lægerne Holbækvej i Hvalsø. Som led i hoveduddannelsen i 2020 skrev hun sit forskningsprojekt om skoldkoppevaccine. Hun fik tildelt midler fra praktiserende lægers uddannelsesfond (PLU-fonden) i 2021. Da hendes egne børn måske skulle vaccineres mod skoldkopper, blev interessen vakt, og den er yderligere styrket efter indførelsen af skoldkoppevaccinen i børnevaccinationsprogrammet i hendes hjemland Island.

Forfatteren besøger det seneste vulkanudbrud i Island i sommeren 2023. Foto: privat.





# Studerende bygger bro mellem mennesker og sundhedsvæsenet

NGO'en Social Sundhed arbejder systemforandrende ved at tilbyde sundhedsfaglige studerende en læringsplatform til at forstå og arbejde med ulighed i sundhed igennem frivilligt brobyggende arbejde.

Når de fleste af os opsøger egen læge, så går det relativt let. Vi ved, hvad vi vil sige og forstår nogenlunde, hvad lægen fortæller os. Men står du et sårbart sted i livet eller måske helt alene, så kan det være en anderledes vanskelig opgave at træde ind ad døren til lægen. Måske ender det endda med, at du helt opgiver at tage derhen.

Det er tilfældet for de mennesker, der hver dag kontakter Social Sundhed for at få støtte til deres sundhedsaftaler. Her er det muligt at få støtte af en frivillig brobygger, der bakker op og tilbyder følgeskab og tryk til det enkelte menneske.

Brobyggeren er en sundhedsfaglig studerende, der igennem det brobyggende arbejde får praksiserfaring og

viden om, hvordan mennesker i sårbare livspositioner oplever mødet med sundhedsvæsenet. Derved opbygges en tung værktøjskasse med kompetencer, der kan bidrage positivt til lighed i sundhed for den kommende sundhedsprofessionelle.

## En platform for læring

Igennem 10 år har Social Sundhed arbejdet metodisk med at styrke den relationelle muskel blandt morgendagens sundhedsprofessionelle – de sundhedsfaglige studerende.

Brobyggerne kommer fortrinsvist fra medicinstudiet. Dertil kommer de fra sygeplejestudiet, fysioterapi, psykologi, folkesundhedsvidenskab og idræt – foruden mange andre.

Social Sundheds kerneopgave er i høj grad todelt og i to tidsperspektiver. På den korte bane er opgaven at følges med og støtte mennesker i sårbare livspositioner med kontakten til sundhedsvæsenet. På den længere bane er målet at bidrage til et fremtidigt sundhedsvæsen, der kan rumme alle mennesker.

Målet er, at fremtidens læger, sygeplejersker og ergoterapeuter har en social indsigt i og en forståelse for, at menneskers udgangspunkt for at kontakte, benytte og profitere af sund-

hedsvæsenets ydelser ikke er lige fordelt. Og når udgangspunktet er skævt, så kræver det i endnu højere grad, at de sundhedsprofessionelle kan kom-

## Fakta om Social Sundhed

- Social Sundhed er en landsdækkende NGO, der blev grundlagt i Aarhus i 2014.
- Social Sundhed har afdelinger i universitetsbyerne København, Aarhus, Odense og Aalborg og aktiviteter i kommunerne Brøndby, Frederiksberg, Fredericia, Thisted og Hjørring.
- Organisationen har over 300 brobyggere og 14 medarbejdere på landsplan.
- I 2022 havde Social Sundhed kontakt med over 2.500 mennesker, der havde brug for støtte i forbindelse med udredning og behandling i sundhedsvæsenet.
- Social Sundhed ledes af direktør og stifter Kristina Louise Bliksted.

Læs mere på [www.socialsundhed.org](http://www.socialsundhed.org). Her finder du også telefonnumre for de forskellige afdelinger.

pensere for, at mennesker med færre ressourcer marginaliseres i et stadig mere komplekst og specialiseret sundhedsvæsen, der tilmed er under økonomisk og rekrutteringsmæssigt pres.



Den sundhedsfaglige studerende får igennem det brobyggende arbejde viden om, hvorfor og ikke mindst hvordan den sundhedsprofessionelle kan og bør behandle mennesker forskelligt for at kunne behandle dem lige.

### Kan jeg henvise mine patienter?

Social Sundhed har afdelinger i de store universitetsbyer, København, Aarhus, Odense og Aalborg, hvor de sundhedsfaglige studerende er særligt til stede, og i de mindre kommuner Fredericia, Brøndby, Frederiksberg, Hjørring og Thisted. Her er der et tæt samarbejde mellem social- og sundhedsfaglige medarbejdere i de enkelte kommuner og med hospitalerne. Derudover er der altid mulighed for, at privatpraktiserende læger kan kontakte Social Sundhed, når en patient står sårbart og uden ressourcer stærke pårørende eller sågar udebliver fra aftaler og behandling.

Social Sundheds direktør Kristina Louise Bliksted uddyber: "Vi vil gerne samarbejde langt mere systematisk med almen praksis, fordi det ofte er folks egen læge, der lettest kan spotte, hvor og hvem der har brug særlig støtte for at kunne gennemføre en udredning og et behandlingsforløb med høj kvalitet og tryghed."

Hvis man ønsker at få koblet en frivillig brobygger med en patient, foregår kontakten til Social Sundhed via de lokale rådgivningstelefoner, som både private og fagprofessionelle kan ringe til med spørgsmål og vedrørende konkrete aftaler.

Der er ingen matchmaking i Social Sundhed, da tilbuddet sigter mod at



Brobygger Anne-Sofie følger Dagney til en sundhedsaftale. Foto: Social Sundhed.

være så lettilgængeligt som muligt. Ved ikke at matche den frivillige og den sårbare patient undgår organisationen en (ofte) unødvendig ventetid og kan i stedet sikre følgeskab hurtigt og også akut. Samtidig træner det brobyggeren i at kunne danne tillidsvækkende relationer hurtigere, hvilket i høj grad bliver afgørende i et fremtidigt arbejdsliv.

### Ulighed i sundhed

Tal fra Rådet for Socialt Udsatte viser, at mennesker i udsatte livspositioner risikerer at dø op mod 17 år tidligere end gennemsnittet. Det er voldsomme tal, der desværre ikke har ændret sig markant i de seneste årtier. Denne gruppe oplever desuden mere og flere sygdomme og har et merforbrug af akutte henvendelser i sundhedsvæsenet. Selvom vi i Danmark har fri og lige adgang til sundhedsydelser, så er virkeligheden, at vi benytter det og profiterer af det vidt forskelligt. Trods den lovsikrede lige adgang har vi ikke lige udbytte. I sidste ende koster det både den enkelte og samfundet dyrt.

Der er derved ikke bare på det menneskelige plan meget at hente ved at

tænke i nye og anderledes løsninger for at komme udfordringen til livs.

Ved at støtte og bygge bro mellem det enkelte menneske og sundhedsvæsenet bidrager Social Sundhed til kortere sygdomsforløb, bedre behandling og i sidste ende længere levetid for den enkelte patient. På samfundsplan nedbringer det ventelister, forebygger udeblivelser og kan være med til at lette presset på den akutte behandling. //

#### Foreningsbrobygning

Social Sundhed er involveret i programmet "Foreningsbrobygning", som har til formål at få flere mennesker til at deltage i aktive fællesskaber og styrke den sociale inklusion i idræts- og foreningslivet. Her er det bl.a. studerende inden for idræt, fysioterapi og ergoterapi, der støtter borgere med at deltage i aktiviteter, som kan forbedre den enkeltes mentale og fysiske sundhed. Programmet er aktivt i Aarhus og starter i Aalborg i 2024.



Af: Marianne Nord Hansen, sygeplejerske, cand.scient.soc., formand for Senfølgerforeningen, Peter Reichert, lead auditor, cand.brom., bestyrelsesmedlem i Senfølgerforeningen, og Charlotte Hammer, cand.mag., næstformand i Senfølgerforeningen - formand@senfoelger.dk

# Den praktiserende læge er gatekeeper for patienter med kræftsenfølger

Mange patienter plages af senfølger efter endt behandling. Den praktiserende læge spiller en central rolle for disse patienter, men mange er i tvivl om, hvor de kan få hjælp til senfølger.

**G**ennem de seneste par år er der etableret senfølgeklinikker rundt om i landet, og nye dukker stadig op. I en god kræftopfølgning benytter de praktiserende læger de eksisterende muligheder for at kunne henvise senfølgeramte til bl.a. landets senfølgeklinikker.

Der er dog aktuelt utilstrækkelig viden i almen praksis om senfølgeklinikkernes fysiske placering og optagekriterier. Denne artikel præsenterer en oversigt over landets senfølgeklinikker. Formålet er at bidrage med viden om de forskellige muligheder for specialiseret udredning og behandling af senfølger efter kræft til brug for de praktiserende læger.

## Hvad er senfølger?

I vurderingen af kompleksiteten af pa-

tientens senfølger vil den praktiserende læge være afhængig af både den viden og helhedsforståelse, som er opbygget om patienten, kombineret med et sundhedsfagligt skøn og DSAM's vejledning for kræftopfølgning, som er af høj faglig kvalitet. Den praktiserende læges faglige skøn er et centralt vurderingskriterium, og det er velkendt, at almen praksis udreder og behandler de mere generelle senfølger.

Definitionen på senfølger betyder, at den praktiserende læge kan blive kontaktet af patienter, som både i starten af kræftforløbet eller senere (måske år efter) kan præsentere diffuse symptomer, der måske er senfølger.

I dag skelnes mellem to typer af senfølger. Sygdomsspecifikke senfølger er relateret til de organer, hvor kræftsygdommen var og blev behandlet, f.eks. kronisk diarré, inkontinens, synkebesvær, mund- og tandproblemer eller lymfødeme. Generelle senfølger går på tværs af kræftdiagnoser og omfatter f.eks. kræftrelateret træthed, søvnproblemer, kognitive dysfunktioner, frygt for tilbagefald, smerter, depression og seksuelle problemer.

## Hvad oplever patienterne?

Mange patienter oplever, at de ikke bli-

ver hjulpet med deres senfølger. Således viser en større dansk undersøgelse, at 35 % af kræftpatienter i efterforløbet er i tvivl om, hvor de kan få hjælp til deres senfølger. Patienterne giver udtryk for, at de må kæmpe en kamp og er ladt alene. De mangler viden og information om senfølger, og mange har ikke ressourcer til at opsøge hjælp.

Kræftens Bekæmpelses barometerundersøgelse fra 2019 viste, at 50 % af kræftpatienter i efterforløbet ikke ved, hvilke tegn på senfølger de skal være opmærksomme på. I samme undersøgelse svarer 21 %, at de har oplevet selv at stå med en del af

### DEFINITION PÅ SENFØLGER

"Senfølger er helbredsproblemer, der opstår under primær behandling og bliver kroniske, eller som opstår og manifesterer sig måneder eller år efter behandlingen er afsluttet. Senfølgerne omfatter ny primær kræftsygdom og fysiske, psykiske eller sociale forandringer, der er en følge af kræftsygdommen og/eller behandlingen af denne." (Sundhedsstyrelsen, 2017)

# Oversigt senfølgeklinikker



**Senfølgerforeningen**  
Et godt liv med og efter kræft

| Senfølger                              | Senfølgeklinik                                                                                         | Tilbud                                                                                 | Optageområde                                                        | Henvises af                                                             |
|----------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Alle former for kræftsenfølger         | Klinik for Senfølger efter Kræft i Roskilde, Sjællands Universitetshospital Roskilde                   | Udredning, behandling, viderehenvisning, også til kommuner                             | Region Sjælland                                                     | Praktiserende læge, sygehusafdeling speciallæge                         |
|                                        | Klinik for Senfølger efter kræft, Odense Universitetshospital                                          | Udredning, behandling, viderehenvisning, også til kommuner                             | Region Syddanmark                                                   | Praktiserende læge, Sygehusafdeling Speciallæge, Sygepleje, Fysioterap. |
|                                        | Klinik for Senfølger efter kræft Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt                                      | Udredning, behandling, viderehenvisning, også til kommuner                             | Region Syddanmark                                                   | Praktiserende læge, sygehusafdeling speciallæge                         |
|                                        | Klinik for Senfølger efter kræft Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg                                          | Udredning, behandling, viderehenvisning, også til kommuner                             | Region Syddanmark                                                   | Praktiserende læge, sygehusafdeling, speciallæge, kommuner              |
|                                        | Klinik for Senfølger Sygehus Sønderjylland, Sønderborg                                                 | Udredning, behandling, viderehenvisning, også til kommuner                             | Region Syddanmark                                                   | Praktiserende læge, sygehusafdeling speciallæge, kommuner               |
| Senfølger til brystkræft               | Det nationale forskningscenter for brystkræftsenfølger Rådgivningsenheden for brystkræftsenfølger, AUH | Udredning, viderehenvisning                                                            | Hele Danmark                                                        | Praktiserende læge, sygehusafdeling speciallæge                         |
|                                        | Klinik for senfølger efter kræft Herlev Hospital                                                       | Udredning, behandling, viderehenvisning, også til kommuner                             | Kun dem som hører til Herlev Hospital                               | Onkologisk læge i brystkræft amb. Herlev; På sigt Praktiserende læge    |
| Senfølger til kræft i bækkenorganer    | Klinik for Senfølger til Kræft i Bækkenorganer Aarhus Universitetshospital                             | Udredning, behandling, viderehenvisning                                                | Region Midt, second opinion hele Danmark                            | Praktiserende læge, sygehusafdeling speciallæge                         |
| Senfølger til kræft i bækkenorganer    | Klinik for Senfølger til Kræft i Bækkenorganerne Aalborg Universitetshospital                          | Udredning, behandling, viderehenvisning                                                | Region Nordjylland                                                  | Praktiserende læge, sygehusafdeling speciallæge                         |
| Senfølger til kræft i tyk- og endetarm | Klinik for Senfølger for kræft i tyk- og endetarm Herlev Hospital, klinik 3                            | Udredning, behandling, viderehenvisning, også til kommuner                             | Region Hovedstaden                                                  | Praktiserende læge, sygehusafdeling speciallæge                         |
| Senfølger til hoved/halskræft          | Senfølgeklinik i afdeling for kræftbehandling. Herlev Hospital, klinik 1                               | Udredning, behandling, viderehenvisning, henvisning til regionalt kommunikationscenter | Region Hovedstaden. Med hoved/halskræft, som er i forløb på Herlev. | Kommuner, intern henvisning fra eget ambulatorium                       |
| Senfølger til immunterapi              | Klinik for senfølger efter immunterapi Herlev Hospital, klinik 5.                                      | Udredning, behandling, viderehenvisning, også til kommuner                             | Kun dem som hører til Herlev Hospital                               | Sygehusafdeling                                                         |

Information indsamlet af Senfølgerforeningen oktober 2023

ansvaret for deres opfølgingsforløb – et ansvar, som de mener, at sundhedsvæsenet burde have haft.

Patienter med senfølger giver udtryk for, at de ofte er kastebold mellem den onkologiske afdeling og deres praktiserende læge. Kræftpatientforeningerne efterspørger i den forbindelse, at almen praksis har en mere opsøgende indsats i forhold til opsporing og vurdering af patienternes senfølger, og her kommer DSAM's vejledning om kræftopfølgning i spil.

## Hvilken rolle spiller almen praksis?

Senfølger opstår i et komplekst samspil mellem kræftsygdom, behandling og patientens komorbiditet og livssituation. Det betyder i sig selv, at den praktiserende læges sundhedsfaglige kendskab til patientens samlede helbredssituation er meget betydningsfuld i opsporing og vurdering af patientens senfølger.

Den praktiserende læge har derfor

en central rolle i forhold til at give deres patient en systematisk kræftopfølgning, hvor de løbende kan vurdere, udrede og behandle senfølgerne. Formålet med denne systematiske opfølgning er at sikre en individuel vurdering og håndtering af patientens senfølger. Det er her yderst afgørende, at den praktiserende læge véd, hvor patienten er i sit opfølgingsforløb. Hvis patienten er ude af sygehusopfølgning, er den praktiserende læge den person, som kan sørge for, at senfølgerne vurderes af de rette fagpersoner fra relevante specialer.

Den praktiserende læges helheds- og personcentrede tilgang har en afgørende betydning for, at lægen og patienten får en fælles platform for forståelsen og betydningen af patientens senfølger. Derved opnår den praktiserende læge et unikt kendskab til patientens helbredsforhold, familie-, hverdags- og arbejdsliv, som kan have stor betydning for vurderingen af senføl-

## OM SENFØLGERFORENINGEN

Foreningen holder oplæg om senfølger på konferencer, på sygehuse og i kommuner. Foreningen publicerer ny viden om senfølger i lærebøger og sundhedspolitiske tidsskrifter, og foreningen deltager i nationale senfølgerrelaterede netværk. Se mere på [www.senfoelger.dk](http://www.senfoelger.dk)

gerne. Denne vurdering kan indgå, når lægen skal henvise til f.eks. en af landets senfølgeklinikker, speciallæger, kommunal rehabilitering eller palliation. Her har almen praksis en betydningsfuld position som gatekeeper med mulighed for nu også at kunne henvise senfølgeramte til en senfølgeklinik.

## Henvisning til senfølgeklinik

Ét af senfølgeklinikkernes kriterier

### BOKS 1: EKSEMPEL PÅ KOMPLEKSE SENFØLGER

Patienten har i længere tid har haft tarmproblemer efter sine behandlinger for endetarmskræft, f.eks. belastende diarré, stærkt afføringstrang og afføringsinkontinens. Behandling med Imodium og kostråd har ikke afhjulpet patientens symptomer. Patienten lider af stærke smerter i fødderne, dårlig balance og udmattende træthed. Patienten føler sig ikke længere i stand til at klare sit arbejde (patientopkald på Senfølgerforeningens telefonlinje).

for at modtage patienter er, at patienten har længerevarende komplekse senfølger. Boks 1 viser et eksempel på en patient, som har komplekse (både sygdomsspecifikke og generelle) senfølger. Boks 2 viser, hvordan der kan henvises til landets senfølgeklinikker.

Et andet kriterium er, at patienten er færdigbehandlet og kræftfri. Endelig er det vigtigt, at patienten er motiveret og selv ønsker specialiseret udredning og behandling for sine senfølger.

### Hvor ligger senfølgeklinikkerne?

Der findes i dag en række senfølgeklinikker i Danmark – både specialiserede og generelle. Figur 1 (s. 37) viser en grafisk oversigt over landets senfølgeklinikker.

### Specialiserede senfølgeklinikker

Klinik for Senfølger efter Kræft i Bækkenorganerne ved Aarhus Universitetshospital udreder og behandler patienter med sygdomsspecifikke senfølger efter kræft i bækkenorganerne. Klinikken modtager patienter fra Region Midtjylland og tilbyder second opinion for hele landet.

Klinik for Senfølger efter Kræft i Bækkenorganerne på Aalborg Univer-

sitetshospital udreder og behandler patienter med sygdomsspecifikke senfølger efter kræft i bækkenorganerne. Klinikken modtager patienter fra Region Nordjylland.

Klinik for Senfølger efter Kræft i Tyk- og endetarm på Herlev Hospital udreder og behandler patienter med sygdomsspecifikke senfølger i tyk- og endetarm. Klinikken modtager patienter fra Region Hovedstaden.

Rådgivningsenheden for brystkræftsenfølger ved Aarhus Universitetshospital udreder og viderehenviser patienter med sygdomsspecifikke og generelle senfølger efter brystkræft. Klinikken modtager patienter fra hele Danmark.

I september 2023 blev to nye specialiserede senfølgeklinikker oprettet på Herlev sygehus: Senfølgeklinik for Immunterapi (klinik 5). Klinikken modtager patienter fra Region Hovedstaden og Region Sjælland. Og Klinik for Senfølger efter Kræft (klinik 3). Klinikken modtager patienter fra Region Hovedstaden.

### Generelle senfølgeklinikker

I Region Sjælland og Region Syddanmark findes en række senfølgeklinikker i Roskilde, Odense, Vejle, Esbjerg og Sønderborg. Alle disse klinikker modtager patienter med både generelle og sygdomsspecifikke senfølger. Disse senfølgeklinikker kaldes til stor forvirring for "generelle senfølgeklinikker".

Du kan læse mere om senfølgeklinikkerne på Kræftens Bekæmpelses hjemmeside "Bedre Viden om Senfølger" ([www.cancer.dk/bedreviden-om-senfoelger/senfoelgeklinikker](http://www.cancer.dk/bedreviden-om-senfoelger/senfoelgeklinikker)).

### Almen praksis er en vigtig gatekeeper for senfølgeramte

Henvisning til en senfølgeklinik er en særdeles vigtig brik i den praktiserende læges kræftopfølgning.

Efter patienternes udredning og behandling på en senfølgeklinik eller

et andet specialiseret tilbud vil der fortsat være tale om en systematisk kræftopfølgning i almen praksis. Som led i opfølgningen kan den praktiserende læge løbende vurdere patientens senfølger og effekten af igangsatte eller afsluttede senfølgebehandlinger. Senfølgeramte har virkelig brug for den praktiserende læge, som er den fagperson, der kan sikre koordinering og sammenhæng for patienterne i kræftefterforløbet.

Som gatekeeper i almen praksis kan den praktiserende læge være udfordret, fordi der fortsat mangler systematiseret viden om senfølger. På senfølgeområdet er der også stadig uklare retningslinjer for, hvem der i sundhedsvæsenet har ansvaret for og kompetencerne til at udrede og behandle patienternes senfølger. For eksempel er det uklart, hvilke ansvarsområder og kompetencer kommunerne har. Dette vil der forhåbentligt blive rettet op på, da senfølgeområdet bliver et særligt indsatsområde i Kræftplan V, hvor sektorovergange og sammenhæng vil blive en del af anbefalingerne i denne kræftplan. //

### BOKS 2: SÅDAN HENVISER DU TIL SENFØLGEKLINIKKER

Udred og behandl patientens generelle senfølger.

Undersøg: Har patienten komplekse senfølger? Er patienten kræftfri?

Senfølgeklinikkerne modtager kun patienter, der er kræftfri.

Brug oversigten over landets senfølgeklinikker til at finde en relevant klinik.

Send en henvisning til klinikken. Husk at skrive "senfølgeklinik" i kommentarfeltet.

Angiv hidtidige undersøgelser og behandlinger, som er forsøgt prøvet i forhold til patientens senfølger.



Har du forslag til 'grønne' emner fra din hverdag i klinikken? Så skriv til redaktionen: [solvejvidebaek@dsam.dk](mailto:solvejvidebaek@dsam.dk).

## Grøn praksis

### GRØNT TIP

# Hver rulle sparet lejepapir er 3,5 kg sparet CO2

Ved tørre undersøgelser, dvs. dem, hvor lejet ikke kommer i berøring med væsker, er lejepapir ikke indiceret. Lejet kan i stedet tørres af med et sprøjt sæbevand og en flergangsklud.

Ved våde undersøgelser, såsom GU, sårpleje eller lignende, anbefales lejepapir til at suge væsken op. Efter undersøgelsen kommes papiret i restaffald, og lejet afrenses med sæbevand og derefter sprit. Her kan man overveje engangsklud eller papir til aftørring.

de for, at der ikke bruges unødvendigt lejepapir. Andre vil måske se det som et fald i kvaliteten, fordi lejet kan opleves som koldere at ligge på, eller fordi det virker mere usikkert pga. den manglende barriere. Det kan være relevant at kommunikere om tiltaget til patienterne.

Når forbruget af lejepapir nedsættes, vil det også resultere i at færre varer skal leveres og bortskaffes. Færre kasser skal pakkes ud, der skal bruges mindre plads på lageret til rullerne med lejepapir og der er mindre affald, som skal bæres ud.

På Regionshospitalet Randers forventer de, at de i 2023 alene sparer næsten 2.500 ruller lejepapir i forhold til i 2018. Det svarer til ca. 9 tons CO2 om året, som de ikke udleder, eller 76.500 km i bil – 19 gange tur-retur mellem Randers og Rom. //



#### Undersøgelser, hvor du kan overveje at undlade lejepapir:

- Abdomen
- Mammae
- Bevægeapparatet
- Dix-Hallpikes test
- Svangreundersøgelse
- EKG

Patienterne kan opleve kvaliteten af behandlingen uden lejepapir forskelligt, afhængig af den enkelte patients syn på, hvad god kvalitet af hygiejnestandard er. Nogle vil måske være gla-





*"En dag med" giver indblik i hverdagen hos forskellige praktiserende læger rundt omkring i Danmark.*

## EN DAG MED ...

# Praktiserende læge Helge Madsen

Helge Madsen er 69 år og har været praktiserende læge i Lægecenter Korsør i 32 år. Korsør er en lægedæknings-truet by med i alt 8 praktiserende læger, men de burde være 12. Lægecenter Korsør drives af Helge Madsen og hans to kompagnoner, Berit Lassen og Helene Præstholt. De dækker 6 kapaciteter (fra 1/1 2024 hele 7). De 3 læger kæmper for, at alle borgere i lokalområdet har mulighed for at have deres egen læge, og derfor har de påtaget sig ansvaret for at dække de ledige kapaciteter, fremfor at de skulle tilfalde en form for vikarklinik.

**6.00** Vækkeuret ringer. Jeg ynder god tid om morgenen til kaffe og Politiken. Selvom det er gruelige historier, der for tiden fylder.

**7.10** Afgang til klinikken, som ligger få minutter fra hjemmet. Starter med at se dagens skema igennem.

**7.30** Mandagsmøde for læger og praksismanager til orientering – denne gang med fokus på kursus (KGE-modul) for hele klinikken den kommende fredag.

**7.45** Vi samles alle. I dag om det praktiske med program og kørsel til kursussted. I klinikken har vi ansat seks sygeplejersker, hvoraf den ene har supplerende lederuddannelse og også fungerer som praksismanager. Derudover har vi en bioanalytiker, en social- og sundhedsassistent og tre sekretærer. Så har vi uddannelseslæger på alle niveauer. Antallet veksler, da ikke alle opslag bliver besat i vores

yderområde af Region Sjælland. Og så er der lige vores hold af medicin-studerende som praksisassistenter: cirka 25 – i sagens natur med "løbende udskiftning" i takt med afslutning på grund af embedseksamen. Der møder 4 praksisassistenter ind dagligt, og de styrer selv deres vagtplan.

**8.00** En planlagt konsultation med en ældre herre, der har et voksende hornlignende element i panden. Det klares med fjernelse og sendes til mikroskopi. Husker reminder i min kø om en måned for at sikre svar.

**8.30** Det er tid til akut åben konsultation, hvor patienterne kan møde op uden aftale til løse akutte problemstillinger. Det har vi valgt at lægge ind fast både formiddag og eftermiddag for at lette adgangen for patienterne. I dag har jeg den åbne konsultation om formiddagen sammen med en uddannelseslæge og en sygeplejerske.

En patient møder ind med følger



For os er diskretion meget vigtigt; derfor har vi fået fremstillet reception med glasskydedør så man kan tale uforstyrret. Foto: privat.



Hovedindgangen til Lægecenter Korsør. Foto: privat.

efter et trafikuheld. Jeg gør meget ud af at tage det psykologiske aspekt med. En med gigtsmerter, en med coronafølger, blot for at nævne nogle. Ikke så mange som frygtet på en mandag, så inden for samme tid ordnes postkassen med e-mailkonsultationer, svar på diverse prøver m.v.

Yderligere er der afsat akut åben sygeplejetid hos 2 sygeplejersker, hver med en time om formiddagen. Det fremgår af vores hjemmeside, at det kan omhandle eksem, sår, nedgroede negle, åreknuder, øreproblemer og lignende. Det er vores overordnede erfaringer, at patienterne er gode til at have styr på disse principper for akut åben tilgang.

**10-12.30** Planlagte konsultationer. I dag med bl.a. en ældre kvindelig kunstner, som jeg gennem årene har haft støttende samtaler med. Det er sidste årssamtale inden min pension, så hun har en lille gave med i form af to små af hendes egne værker. Det varmer, og hun har været meget glad for relationen.

En graviditetsundersøgelse er også med på programmet.

Korsør er en by med en betydelig del med social belastning og mange multisyge: KOL, diabetes, hjertesyg, nyresyge. For at sikre den betydningsfulde personlige relation over tid har

vi i mange år arbejdet i teams. Hver patient med kronisk sygdom har sin faste læge og faste sygeplejersker, og konsultationer herom varetages af teamet. Det aftales fra gang til gang, så kontinuiteten sikres. Lægen udarbejder en målsætning for hver patient. Ændrede omstændigheder (f.eks. nytilkommen anden sygdom) kan give behov for ændring af mål, og det kræver så en ny lægekonsultation. Ellers foregår de løbende statuskonsultationer hos teamsygeplejersken og ved behov konfereres med teamlægen.

**12.30** En halv times fælles frokost. Vi lægger vægt på, at vi alle samles. Vi har madordning.

**13.00** En halv times supervision af vores sygeplejersker. Jeg når dem alle på skift. Jeg introducerer en af vores nyanførte sygeplejersker (som led i "stil-ladsarbejdet") for MediBOX og 10-års risikoprofil for iskæmisk hjertesygdom.

**13.30** Supervision af uddannelseslæge. Hver dag er der en af vi læger, som herudover varetager en funktion som "læge på gulv" og er til rådighed for ad hoc-supervision for alle.

**14-15** Atter akut åben konsultation:

en med angst, en med hæmangiom, som bløder indimellem, så det fjerner jeg. Og så lige et pillepas til en, der om få dage skal rejse til Tyrkiet. Ikke en jubii-opgave!

**15.00** Oprydning, post, diverse administrative opgaver. Lægecenter Korsør deltager i et projekt sammen med regionen for at afdække, om tilgang til undervisning i brug af ultralyd har betydning for rekrutteringen af uddannelseslæger til Korsør. Ultralydslydsapparatet står hos os, men alle uddannelseslæger i de tre praksis i Korsør tilbydes formaliseret undervisning af ekstern underviser i brug af ultralyd.

**15.30** Skriver supplement til denne artikel, da jeg havde misforstået dele af oplægget.

**16.00** Har sat to attester til. Dem lægger vi udenfor arbejdstid for at have tid til de syge i åbningstiden. Det bliver så personligt honorar.

**17.00** Hjemad til lækker aftensmad og hygge. Og så skal Pensionsinfo lige gennemgås inden et møde i Lægernes Pensionskasse i morgen – pensionen står for døren inden for et halvt års tid. //





Af: Julie Jepsen Strøm, introduktionslæge i almen medicin, ph.d.-studerende ved Center for Almen Medicin, AAU, og Jakob Mathiasen, introduktionslæge i almen medicin - jamat16ap@gmail.com



## FYAM MENER ...

*Den konstante udvikling af ny teknologi og ændringerne af opgaver og rutiner i almen praksis får betydning for os som kommende speciallæger i almen medicin.*

*Derfor følger FYAM-udvalget løbende med i udviklingen. For at sikre os en stærk stemme i debatten laver vi holdningspapirer til de mest relevante emner. Følg med her, og send gerne dit indspark i debatten til formand for FYAM-udvalget, Thomas Purup: [fyam-formand@dsam.com](mailto:fyam-formand@dsam.com)*



### FORSKNING I POCUS

Forskere undersøger i stigende grad brugen af point-of-care-ultralyd (POCUS) i almen praksis. Et igangværende forskningsprojekt undersøger POCUS i almen praksis som en del af OK22. Forskningsprojektet skal måle effekten af POCUS gennem et før-efter-design.

# Om point-of-care-ultralyd i almen praksis

FYAM oplever en stigende interesse for point-of-care-ultralyd (POCUS) i almen praksis blandt medlemmerne. Flere klinikker erhverver sig ultralyd, og vores medlemmer kommer i stigende grad i berøring med det. Derfor har vi løbende holdt os orienteret på området. Det er der kommet et holdningspapir ud af – med fokus på rekruttering, uddannelse og udfordringer.

### Rekruttering

Vi mener, at ultralyd og ultralydskompetencer kan understøtte rekrutteringen til almen praksis og til faget almen medicin. Nogle uddannelseslæger søger allerede aktivt mulighederne for ansættelse og uddannelse i praksis med ultralyd, fordi de ønsker at vedligeholde eller erhverve sig kompetencer i ultralyd, som fremover er relevante for almen praksis. Vi tror på, at ultralyd i hverdagen kan øge arbejdsglæden hos mange og måske forebyg-

ge udbrændthed blandt praktiserende læger. Som yngre almenmedicinere har vi en stor interesse i at investere i vores fremtidige muligheder for faglig udvikling og arbejdsglæde.

### Uddannelse

Vi ønsker, at alle hoveduddannelseslæger i almen medicin får basale praksisrelevante kompetencer i POCUS. Disse kompetencer er relevante for at støtte målet om, at vi som færdige speciallæger kan træffe egne velover-



Medicinstuderende modtager undervisning i POCUS, som er relevant for almen praksis. Her øver studerende på Aalborg Universitet sig i at undersøge, om patienten har en galdesten. De undervises i indikation, praktisk udførelse og integrering i klinikken. Foto: Julie Jepsen Strøm.

vejede valg om drift, dagligdag og udstyr. Hvis forskning viser, at specifikke POCUS-skanninger kan forbedre diagnosticering eller behandlingen i almen praksis, aflaste sundhedsvæsenet eller spare penge, finder vi det nødvendigt, at undervisning i disse implementeres allerede under speciallægeuddannelsen.

Vi ønsker at opnå basale skanningskompetencer under hoveduddannelsen på baggrund af forskning, som bygger på populationen i almen praksis. Det er vigtigt at få praktiske skanningskompetencer, men det er lige så vigtigt at vide, hvornår man ikke bør skanne, og hvad hvert skanningsfund medfører af tiltag i klinikken.

### Udfordringer og bekymringer

Vi kan være bekymrede for, om pa-

tientvolumen i almen praksis er tilstrækkelig til, at man kan opnå og vedligeholde skanningskompetencer. Hvis POCUS-kompetencer introduceres inden og under hospitalsdelen af hoveduddannelsen, kan dette give grobund for stort volumen til tilegnelse af kompetencerne. I forvejen undervises medicinstuderende på alle landets medicinuuddannelser i varierende grader i ultralyd. Nogle ultralydsfærdigheder forventes særligt på visse hospitalsafdelinger/-ophold i hoveduddannelsen i almen medicin. Vi finder det oplagt, at disse søges målrettet med relevans for almen praksis.

Hos FYAM kan vi også være bekymrede for, om de lægehuse, som fravælger ultralyd, vil blive set som "andenrangsklinikker". Fravalg af ultralyd i en klinik kan have mange gode

### FYAM MENER

- FYAM er generelt positivt stemt for POCUS i fremtidens almen praksis.
- POCUS kan være givende som tillæg til det grundlæggende: god anamnese og grundig øvrig objektiv undersøgelse.
- POCUS kan være et ekstra lag i konsultationen, som f.eks. kan øge den diagnostiske sikkerhed eller målrette og kvalificere en henvisning.
- FYAM ønsker, at det skal være muligt at opnå basale praksisrelevante POCUS-kompetencer for alle hoveduddannelseslæger i almen medicin.

grunde. Det må ikke være et krav, at alle klinikker skal tilbyde undersøgelser med ultralyd.

### Læs mere

FYAM har udarbejdet et holdningspapir om ultralyd i almen praksis, som findes på [dsam.dk/fyam](https://dsam.dk/fyam). //





## FYAM-KLUMMEN

# Det faglige fællesskab er vigtigt

En ung almenmediciner skriver i hvert nummer af Practicus en FYAM-klumme om et valgfrit tema.

Antallet af FYAM'er i DSAM falder let, selvom der uddannes flere kandidater fra universiteterne, og antallet af uddannelsesstillingerne i almen medicin er steget. Det har fået mig til at tænke over, hvorfor jeg er medlem af DSAM.

**E**n fantastisk drikkedunk, et sejt krus, en god podcast til ørerne og Practicus sendt lige til hoveddøren. Det er håndgribelige goder (og der er mange flere) ved at være medlem af FYAM. Men der er helt klart også en anden drivkraft, som gør, at jeg er medlem af FYAM.

## Drivkraften

Som ung læge på vej ind i faget almen medicin har jeg et særligt behov for det mødested, som det faglige selskab er. Det kan godt føles ensomt undervejs på turen til at blive speciallæge i almen medicin. Vi er nomader i en lang periode af speciallægeuddannelsen, hvor vi vandrer videre til en ny hospitalsafdeling, så snart en flig af socialt fælles-

skab eller faglig kunnen har indfundet sig. Måske er man i en periode også den eneste uddannelseslæge i sin praksis, og selvom tutorlæge og personale er hyggelige pausefæller og gode forbilleder, kan man have behov for den genklang, som opstår i fællesskab med de kollegaer, der er samme sted i arbejdslivet. At mødes i FYAM ser jeg som et stabilt fagligt og socialt fællesskab hele vejen til speciallægegraden – and beyond. Jeg glædes enormt over at mødes med mine FYAM-kollegaer nu, og jeg glæder mig ikke mindre til at være kollega med dem i fremtiden på tværs af landsdele og praksis.

## Limen, der kitter vores 3.500 hjørneste sammen

Leif Vestergaard Pedersen, formand for Honorarstrukturrådet for almen praksis, spurgte i sin tale ved åbningen af DSAM's årsmøde: "I siger selv, I





at vi forpligter os fagligt og moralsk på en faglig grundsten. Så jeg mener (jo jo, jeg er helt upartisk!), at praktiserende lægers faglige fællesskab, er det allervigtigste lægelige faglige fællesskab, der findes.

### Kendskab giver respekt

Jeg mødte en praktiserende læge på DSAM's årsmøde i oktober, som sagde: "Det bliver nemmere at diskutere og debattere, når vi kender hinanden." Så kan man godt sidde i hver sin ende af landet og skriftligt diskutere fra Lolland til Østerbro, men når man har taget en svingom på dansegulvet eller siddet ved siden af hinanden over en kop eftermiddagskaffe og grinet af tredjemandens vittighed, er der højere til loftet i diskussionen. Respekten for det gode menneske bag fordrer en saglig og sober diskussion.

Samme omtalte formand for Honorarstrukturrådet tegnede på DSAM's årsmøde et noget dystert billede af, hvordan bl.a. politikere og regionsrødder ser praktiserende læger. Av! Uden at gå for meget i detaljer tegnede det billedet af en noget grisk fætter. Mine forældre er lærere, og de har altid sagt, at kollektiv skældud aldrig virker. For oftest opstår den omtalte kollektive skældud, fordi nogle elever ikke har hørt efter og dermed ikke gør, som de lige har fået besked på – i en kollektiv besked. Gæt så, hvem der hører efter (eller ikke hører efter) i den efterfølgende kollektive skældud!? Jeg mener derfor, at den gode honorarstrukturformand således var ude i en form for pædagogisk rookie mistake med den kollektive opsang til praktiserende læger. Christina Kjerulff, næstformand i DSAM, spurgte da også Leif Vestergaard Pedersen: "Så vi skal hjælpe de sidste 5 % af praktiserende

At mødes i FYAM ser jeg som et stabilt fagligt og socialt fællesskab hele vejen til speciallægegraden – and beyond.

læger, som måske er 'lømler' i systemet?" Hvad med den gode klassekammerat, som gerne vil hjælpe til et godt miljø i klassen? Udsynet gennem det faglige fællesskab giver mig et blik for – uanset, om der er lømler til stede eller ej – at vi som fagfæller er afhængige af hinanden. I første omgang kan vi ønske og arbejde for, at alle har lyst til at deltage i det faglige fællesskab. Så inviter din kollega med i det almenmedicinske faglige fællesskab – ung som gammel.

Jeg bliver inspireret af mine kollegaer i FYAM ... til at blive en god praktiserende læge, til at engagere mig, til at turde mene noget og ønske noget for min fremtid i almen praksis. Det fællesskab, synes jeg virkelig, er limen, der kitter almen praksis sammen på tværs, så vi står som ét stærkt, fagligt solidt og både reflekterende og udviklende fællesskab. //

Jeg bliver inspireret af mine kolleger i FYAM ... til at blive en god praktiserende læge, til at engagere mig, til at turde mene noget og ønske noget for min fremtid i almen praksis.

er sundhedsvæsenets fundament. Men kan man bygge på 3.500 hjørnesten?" Naturligvis kan man det med et stærkt fagligt fællesskab, som det almenmedicinske faglige selskab, for mig at se, er et flagskib for. Her snakker vi om, hvad den faglige grundsten er. Der bliver diskuteret og meningsudvekslet, men vi mødes om den faglige grundsten. Det faglige fællesskab er således limen, der kitter de 3.500 hjørnesten sammen. Og ja, når stene er lagt – velovervejet, sirligt og med så rig en cement, skulle jeg da mene, at 3.500 robuste sten gør et rimeligt godt fundament! Men det er vigtigt,

#### HVAD ER FYAM?

Forum for Yngre Almen Medicinere (FYAM) er et forum for DSAM's medlemmer af yngre læger, der er under uddannelse til speciallæge i almen medicin eller er på vej ind i specialet.



## ARTIKELSERIE

# Mød dit FYAM-udvalg

Yngre læger med interesse for almen medicin kan – som aktuelt 1.500 andre – være medlem af Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) under DSAM.



## Medlem af FYAM-udvalget for Region Syddanmark, Nahid Osmaili

### Hvem er jeg?

Jeg er 31 år og bor i Fredericia med min mand og vores kat. Jeg arbejder aktuelt som vikar i en almen praksis i Vejle midtby.

Jeg elsker at engagere mig i samfundet og har under studiet brugt mange kræfter på frivilligt arbejde.

### Hvorfor almen medicin?

Desto længere jeg kom på studiet, desto mere tiltalte specialet mig: det brede faglige overblik, kontinuiteten, det tidlige detektivarbejde og det sundhedsfremmende perspektiv.

### Hvad laver jeg i FYAM?

I august 2022 fangede et opslag på Instagram min opmærksomhed og åb-

nede mine øjne for et nyt fællesskab af yngre læger med samme interesse for specialet. FYAM havde en ledig post som suppleant for Region Syddanmark.

Sammen med de lokale ildsjæle i styregruppen har vi etableret FYAM Syd på benene igen efter lockdown under covid-19. Vi afholder fyraftensmøder og karrierecafé og repræsenterer FYAM til diverse arrangementer i regionen.

Som medlem af FYAM-udvalget har jeg f.eks. hjulpet med at planlægge DSAM's årsmøde 2023. Det var rigtig hyggeligt at hilse på mange kollegaer i DSAM og FYAM – og ikke mindst lærerigt at få indblik i det flotte stykke arbejde, som sekretariatet udfører.

Sidst, men ikke mindst, hjælper jeg til med at kreere grafik til FYAM's sociale medier, hvilket er et tiltrængt kreativt afbræk i hverdagen.

### Hvad vil jeg gerne fremadrettet i FYAM og i lægelivet?

Som yngre læge er det spændende at se forskellige ledelsesstrategier, arbejdsgange og måder at organisere sig på. Min vej gennem systemet bekræfter mig i, at jeg ikke alene skal

være almenmedicinere; jeg skal være familielæge.

Min målsætning for FYAM, og særligt for FYAM Syd, er på længere sigt at samle de yngre almenmedicinere i Syddanmark under samme fane, hvor vi kan etablere et aktivt socialt fællesskab, der består, når vi i den aktuelle styregruppe engang bliver udskiftet med nye frivillige. //



## FYAM-repræsentant i DSAM's Kvalitetsudvalg, Katrine Høgenhaven

### Hvem er jeg?

Jeg er lige nu i blokstilling på Amager Hospital i intern medicin. Jeg elsker det, men jeg nyder også virkelig at komme retur i min stampraksis i Brøndby.

Jeg bor på Østerbro med min kæreste og vores to skønne børn på 5 og 11 år. I weekenden tager vi så ofte som muligt i sommerhus, hvor vi kobler fra med badeture året rundt, utroligt lange gåture, besøg af venner og familie og masser af hygge og nærvær.

### Hvorfor almen medicin?

Fordi det jo klart er det fedeste speciale! Der er så mange muligheder for at få et fedt arbejdsliv. Især holder jeg af kontinuiteten med patienterne, og der er rig mulighed for altid at blive klogere og lære noget nyt. Derudover har jeg mødt utroligt mange dygtige kollegaer, som jeg ofte bliver inspireret af. Jeg er helt sikker på, at jeg er havnet på den rette hylde, og jeg glæder mig hver dag til at gå på arbejde.

### Hvad laver jeg i FYAM?

Jeg startede som FYAM-repræsentant i Region Sjælland, hvor vi fik arrangeret nogle virkelig spændende oplæg. Jeg kan rigtig godt lide at få ting til at ske, og et af højdepunkterne var sidste år, hvor vi arrangerede en kæmpe temadag i Domus Medica med de fedeste oplægsholdere med fokus på ledelse, supervision og køb af praksis.

Nu er jeg med i Kvalitetsudvalget, hvor vi arbejder med kvalitetssikring i almen praksis. Jeg sidder også med en opdatering af Vidensbanken, som er et virkelig godt redskab til at finde og uploade kvalitetsprojekter i almen praksis.

### Hvad vil jeg gerne fremadrettet i FYAM og lægelivet?

I FYAM-udvalget har vi fokus på ledelse, og vi har iværksat en spændende kampagne med podcast i Månedsskriftet, cases til gennemgang i bl.a. supervisionen eller i 12-mandsgrupperne og fået et nyt fag i hoveduddannelsen (specialeuddannelsen i almen medicin) om ledelse. Vi vil gerne til Nordisk Kongres i Finland og holde oplæg om vores kampagne og om,

hvordan vores uddannelse er opbygget i Danmark. Ledelse er, som jeg ser det, et nødvendigt værktøj til at indrette sig på den bedst mulige måde. For mig er det at være glad på sit arbejde fuldstændig essentielt. Derfor er det vigtigt, at man finder det helt rigtige kompagniskab med de dygtigste og mest inspirerende kollegaer. //



### Medlem af Videreuddannelsesudvalget (VIA), Jakob Mathiasen

### Hvem er jeg?

Jeg er 28 år og bor i København sammen med min kæreste. Jeg har været i geriatrien, kardiologien og lægevagten. Den 1. marts 2024 starter jeg i fase 1 i min hoveduddannelse i almen medicin. Derudover er jeg forskningsaktiv i kvalitet og kontinuitet i almen praksis.

### Hvorfor almen medicin?

Almen medicin giver det, som man ikke kan få andre steder. En nær og kontinuerlig patientkontakt med en bred population fra spæd til alderdom. En bred faglighed, tilfredsheden ved at kunne hjælpe de fleste patienter her og nu – og at kunne følge de resterende hele vejen under og efter et sygdomsforløb. En fleksibel dagligdag, som kan tilpasses patienternes og mine behov.

### Hvad laver jeg i FYAM?

Som medlem af VIA ønsker jeg at sikre, at vores uddannelse følger med tiden. Den medicinske verden ændrer sig konstant, og nye teknologier som ultralyd og kunstig intelligens spiller

en stadig større rolle i det globale sundhedsvæsen. Jeg mener, at det er afgørende, at vores uddannelse giver os de nødvendige færdigheder og viden til at kunne anvende disse værktøjer effektivt i almen praksis.

Ud over at fremme teknologisk integration i uddannelsen ønsker jeg at arbejde på at skabe et inkluderende og støttende læringsmiljø for alle yngre læger både i almen praksis og på hospitalet under blokdelen. Det er vigtigt for mig, at alle får mulighed for at trives og udvikle sig inden vores fag.

Jeg har i udvalget været med til at udfærdige FYAM's bidrag til et oplæg til Sundhedsstrukturkommissionen og FYAM's syn på brugen af ultralyd i almen praksis.

Desuden sidder jeg i styregruppen i Region Hovedstaden, hvor vi arrangerer og drøfter bl.a. fyraftensmøder, karrierecafé, julefrokost, ambassadørarbejde for FYAM og økonomi.

### Hvad vil jeg gerne fremadrettet i FYAM og i lægelivet?

Jeg vil fortsat engagere mig i vores uddannelse – herunder efteruddannelsen, vores forskningsmuligheder og vores internationale samarbejde. Jeg vil slå mig ned i egen praksis og fortsætte et liv, hvor der er plads til familie, men også til fordybelse. Jeg er nok en af de få, der kan lide det administrative aspekt også, og jeg har et drive til altid at ville optimere min praksis i takt med den teknologiske udvikling, så min praksis kan følge med fremtidens udfordringer.

Jeg ser frem til samarbejdet med mine kollegaer i FYAM og VIA for at gøre en positiv forskel for vores evigt spændende fag og vores fremtid. Jeg opfordrer jer alle til at deltage i debatten og at dele jeres synspunkter og forslag. Hiv endelig fat i mig til et af FYAM's mange spændende møder og kurser, og lad os sammen skabe et endnu stærkere speciale. Lad os forme fremtidens almen medicin. //



# Vejen fra Panum til almen medicin

## Er man ikke unik som alment praktiserende læge?

“Vi befinder os i en tid, hvor folk gerne vil skille sig ud og være unikke. Derfor er jeg ikke overbevist om, at almen medicin er noget for mig.”

**D**enne opfattelse har jeg hørt adskillige gange blandt flere af mine medstuderende, uanset semestertrin. I SAMS København har vi derfor besluttet os for at modbevise påstanden om, at man ikke skiller sig ud eller er unik som alment praktiserende læge.

Vejen fra medicinstudiet til specialuddannelsen er sjældent ligetil. Flere benytter chancen for at afprøve forskellige specialer eller skriver en ph.d.-afhandling, før de vælger hoveduddannelse.

SAMS København har for andet år i træk inviteret to yngre læger til Panum for at fortælle om deres vej ”fra Panum til almen medicin”. Jesper Grønlund og Mads Koch, begge uddannelseslæger i almen medicin, var dette års oplægsholdere ved arrangementet.

### Fra dermatologi til almen medicin

Jesper Grønlund kommer fra en 400 år gammel lægefamilie og havde i begyndelsen af medicinstudiet en stor interesse for at arbejde i praksis. Men et dårligt studiejob i almen praksis og en dårlig oplevelse til eksamen i almen medicin fik ham til at vende blikket

**Forskellige veje  
– samme mål**

mod dermatologien. Jesper udskød sin KBU og skrev ph.d.-afhandling inden for dermatologi. Derefter var han fast besluttet på at få en hoveduddannelse i dermatologi, men han manglede stadig at færdiggøre sin KBU. I KBU'en endte han i en fantastisk almen praksis, og han valgte at skifte kurs i hoveduddannelsen og søgte en introduktionsstilling i almen medicin. I dag er han HU-læge i almen medicin.

### Altid ønsket at blive praktiserende læge

Mads Koch er tidligere formand for

SAMS København. Han har altid vidst, at han ville være alment praktiserende læge. Han fik en introstilling i almen medicin lige efter studiet, og han søger nu HU-stilling for tredje gang. Mads Koch er aktuelt ansat som vikar i en praksis i København.

### Forskellige veje til almen medicin

De to oplægsholdere har haft meget forskellige veje til deres uddannelse i almen medicin, og de præsenterede begge deres personlige rejse på en unik og underholdende måde med lærerige budskaber til de medicinstuderende.

SAMS København holdt arrangementet med titlen ”Vejen fra Panum til almen medicin” den 25. oktober 2023. Vi håber, at arrangementet igen i år var med til at inspirere medicinstuderende til at se, at mange forskellige veje kan føre dem til hoveduddannelsen i almen medicin, og at de i fremtiden kan blive unikke alment praktiserende læger.

Husk at holde øje med SAMS Københavns Facebookside og Instagram for fremtidige arrangementer. //



## TANKER FRA STOLEN:

# Min vej til arbejdsglæde

**T**il alle mine unge kolleger, der bekymrer sig om arbejdsbelastning, udbændthed, almen praksis' fremtid og øget kontrol i forhold til at sætte sig i stolen.

Jeg er praktiserende læge på 27. år, fordi:

Det er det mest multifunktionelle job i verden, og jeg har løbende formet jobbet, så jeg har kunnet bevare arbejdsglæden!

Jeg ønskede mig en solopraksis – og følte mig superheldig, da jeg fik lov til at købe netop en solopraksis i Greve til en goodwill på 136 %.

I 2001 blev min solopraksis lavet om til en delepraksis, så vi blev to ejere om 2.450 patienter – på præmissen, at vi sideløbende med praksis havde almenmedicinsk arbejde svarende til hver sit fuldtidsjob.

Det var skræmmende at skulle være to, fordi jeg trives med at organisere og lægge planer. Selv!

Det blev sundt for mig at få en kompagnon, der tænkte anderledes end mig – og til tider arbejdsomt at skulle vurdere alt en ekstra gang med hendes øjne. Til gengæld fik jeg permanent frihed til at skrive, forske, undervise, uddanne mig og til at tænke mig om, fordi vi hver havde en 3-dages uge i vores praksis. Og jeg havde stadig tid til min familie.

Og jeg har haft en fest det meste af vejen sammen med min kompagnon, vores personale og ikke mindst et hav af uddannelseslæger. Praksisdrift kræver indsigt, overblik og parathed til at ændre arbejdsgange og opgaver. Det kræver ledelse, vision, nysgerrighed, lyst, mod og kreativitet.

Du lærer det hen ad vejen: Gør det vigtigste først, og vær realistisk med resten.

Ad arbejdsbelastning: Det vigtigste først! Det betyder også, at nogle symptomer når at for-

svinde hos de patienter, som ikke er akutte.

Ad udbændthed: Sørg for at få søvn, supervision, sjov og samvær med dine nærmeste.

Ad fremtid: Følg med i dit fags udvikling – og find din egen vej.

Ad øget kontrol: Slip din indre regelrytter, hvis du har én. Vær kritisk over for kritik. Tro på dig selv, og søg supervision.

Gå glad hjem kl. 16: Slip praksis – du har gjort en forskel for mange!

Jeg krydser fingre for en praksis til dig. //

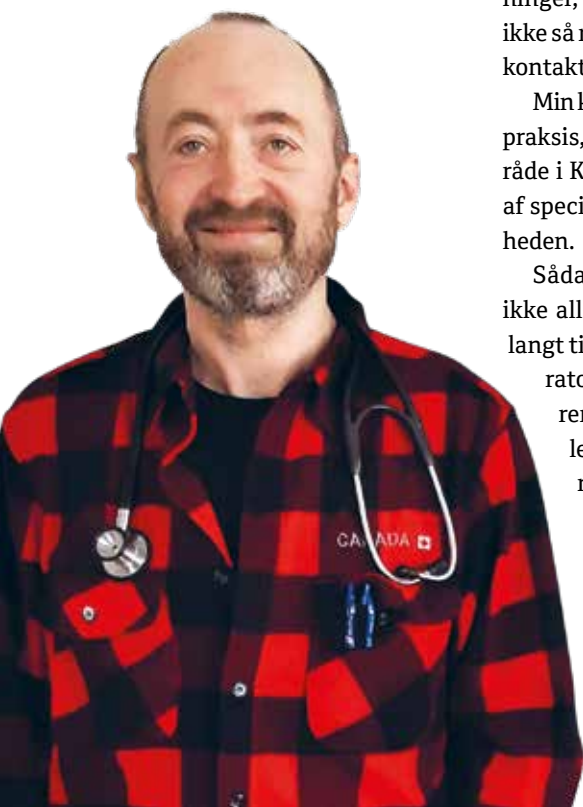
Debatindlæg inspireret af denne

klumme kan sendes til [practicus@dsam.dk](mailto:practicus@dsam.dk)



# (Mis)Trivsel

*Benny Ehrenreich sidder på 24. år i kompagniskabspraksis på Nørrebro, København. Benny er repræsentant i DSAM og formand for PLO-København samt en erfaren debattør.*



**D**et forlyder, at den seneste trivselsundersøgelse ikke viser en forbedring! Det er jo katastrofalt for det job, vi er nogle, der beskriver som verdens bedste! Hvorfor er så mange kolleger stressede eller endda udbrændte? Der er mange forklaringer. Her er min.

Jeg glæder mig bogstaveligt talt hver dag på arbejdet. Jeg reflekterer også over, hvorfor jeg til tider frustreres: Når kommunikationen går skævt, når henvisninger afvises, når honorarkrav kommer retur, når jobcentret gør borgerne syge osv. Der til kommer så den mere generelle frustration over overenskomst, politiske beslutninger, STPS o.m.a. Men det fylder slet ikke så meget som min glæde ved patientkontakten.

Min kontekst er en lille kompagniskabspraksis, der ligger i et socialt belastet område i København med et rimeligt udbud af speciallæger og gode hospitaler i nærheden.

Sådanne privilegerede omgivelser er ikke alle forundt. I områder, hvor der er langt til speciallæger, hospitaler og laboratorier, er der selvkært flere stressorer i hverdagen. Hvis man oveni oplever uretfærdighed ved honorarafregning, "vækstpotentiale" og opgaveglidning, så er det ubegribelige vilkår, der rammer hårdt i en travl hverdag.

Men jeg ser også handlinger

blandt kolleger, der må stække arbejdsglæden i sig selv:

Jeg hører, bl.a. fra unge uddannelseslæger, om praksisser, der tager test og blodprøver og aftaler en fagligt overflødig konsultation som et krav for at holde indtjeningen oppe. Hvis indtjening har prioritet frem for faglighed, og hvis købmandskab og effektivitet er mål i sig selv fremfor god lægegerning, så ville jeg miste arbejdsglæden! Senest har jeg set, at nogle kolleger (ikke kun koncernklinikkerne) på hjemmeside eller ved tidsbestilling stiller krav om "kun én problemstilling pr. konsultation!" Det er ikke bare dumt for ens faglighed og arbejdsglæde; det skaber også utilfredshed hos patienten og sår mistro blandt politikere og embedsfolk – til hele standen. Det er heller ikke en praksis, jeg tror nærer trivsel og selvrespekt (1).

Jeg tror, at min trivsel skyldes, at jeg oplever, jeg bruger min faglighed hver dag, har et godt samarbejde med mine kolleger og kan hjælpe de fleste. Selvom man fristes til at udvide åbningstiderne og løbe hurtigere, når ventetiderne og opgavekravene vokser, har jeg erkendt, at det kun gør tingene værre. Ligesom flere spor på motorvejen avler mere trafik. Med andre ord min "oplevelse af sammenhæng" er stor!



Sociologen Aaron Antonovsky beskrev "sense of coherence" som bestående af tre komponenter: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Dét kan jeg genkende: Jeg forstår min opgave og er blevet bedre til at afgrænse den fra, hvad jeg ikke kan eller skal tage mig af. Jeg kan håndtere meget pga. lang erfaring og gode samarbejdspartnere. Langt det meste arbejde giver god mening – hvad end det er at afhjælpe bekymringer, behandle sygdom eller "blot" lindre og trøste. Endelig må jeg tilføje en fjerde komponent: anerkendelse! Indrømmet: Jeg har brug for anerkendelsen, som jeg får hver dag (og jeg håber, at jeg selv husker at give anerkendelse til andre, fordi "den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre, uden at han holder noget af dets liv i sin hånd" (2)). Og anerkendelse handler kun meget lidt om penge.

Jeg talte for nylig med min revisor, der har mange praksisser i sin fold. Han mente, at fremtiden for almen praksis er store klinikker med 2 sygeplejersker pr. læge. Han oplever også, at praktiserende læger i stigende grad mistrives. Jeg spurgte, om der måske kunne være en sammenhæng mellem den dårlige trivsel og trenden mod større klinikker, udtyndingen af "egen læge" og kontinuitet?

På de nyligt overståede Lægedage blev det godt nok påpeget af flere cen-

trale aktører, at relationen og kontinuiteten er afgørende faktorer, for at vi kan være det ønskede knudepunkt og den centrale tovholder i sundhedsvæsenet, men samtidig blev det også her beskrevet, at fremtiden for almen praksis var mere personale og store klinikker, mens sololægen var passé!

Jeg tror ikke på modellen "one size fits all". Der bør findes en model for alle temperamenter. En mangfoldighed af klinikformer, der tilgodeser individuelle ønsker hos både læger og patienter, er for mig en indlysende fordel. Fordi muligheden for at få en læge tæt på – en læge, der kender én over tid – er en unik mulighed for at skabe tætte relationer, der igen er forudsætningen for at kunne hjælpe, når livet

bliver svært pga. psykisk eller fysisk sygdom, stress, tab og andre af livets tildragelser. Jeg tror ikke, det er klogt at satse ensidigt på store klinikker. Det modsatte af mangfoldighed må være enfoldighed, og jeg er bange for, at vi smider babyen ud med badevandet, hvis ikke vi tillader mangfoldigheden.

At kunne skabe sin egen praksis – med fokus på faglighed og selvbestemmelse i et velfungerende lokalt sundhedsvæsen – er for mig vejen til bedre trivsel.

*Ref. 1: Professionsetik for Praktiserende Læger i Danmark, DSAM, 2022.*

*Ref. 2: Den etiske fordring, K.E. Løgstrup, 1956. //*

Jeg tror ikke, det er klogt at satse ensidigt på store klinikker. Det modsatte af mangfoldighed må være enfoldighed, og jeg er bange for, at vi smider babyen ud med badevandet, hvis ikke vi tillader mangfoldigheden.



# Practicus podcast: Hverdagens dilemma



Lyt med i Practicus Podcast, hvor vi netop har udgivet to nye episoder af "Hverdagens dilemma". FYAM-redaktør Solvej Videbæk Bueno havde besøg af lægerne Bruno Meldgaard, Sara Kaae Frandsen, Trine Jeppesen og Laust Bjerg. I studiet drøftede de kollegaers dilemmaer fra hverdagen i almen praksis.

Denne gang kan du få gode bud på, hvordan du som praksisindehaver kan være på forkant med en god køreplan for processen, når du skal afhænde din praksis. Du kan også få råd om, hvordan du kan imødekomme det at have en uddannelseslæge på særlige vilkår.

Har du et dilemma, som du gerne vil have drøftet i monopolet? Så skriv til [solvejvidebaek@dsam.dk](mailto:solvejvidebaek@dsam.dk).



Laust Bjerg (t.v.) og Trine Jeppesen (t.h.) gæstede som monopol i "Hverdagens dilemma" på Lægedage i november 2023. Foto: Solvej Videbæk Bueno