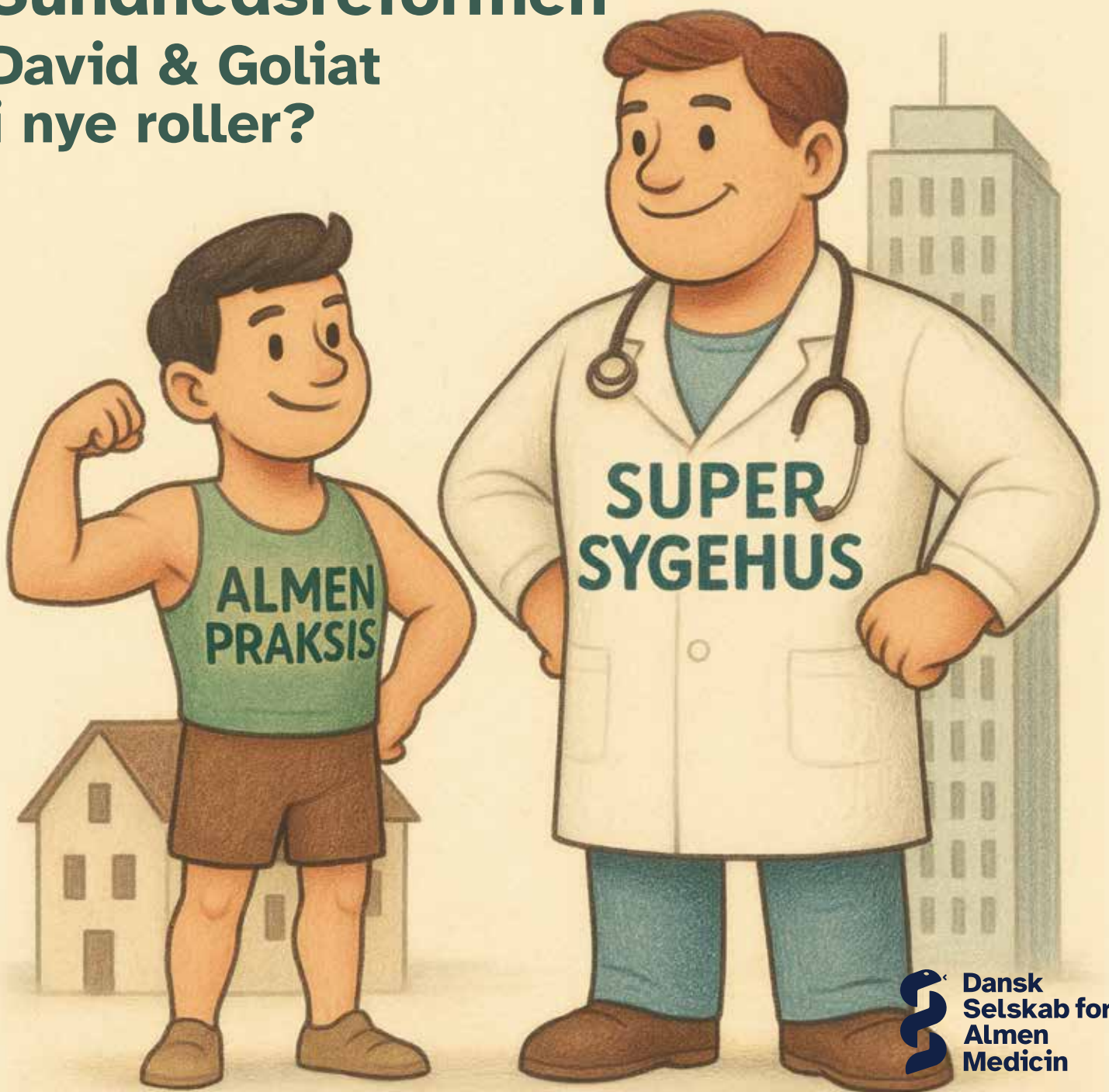


Practicus

DANSK SELSKAB FOR ALMEN MEDICIN • FAGPOLITIK • DEBAT • UDDANNELSE • FORSKNING • KVALITETSUDVIKLING

JUNI 2025 • 48. ÅRGANG • 275

FOKUS PÅ **Sundhedsreformen** **David & Goliat** **i nye roller?**



Indhold

LEDER

- 3 I orkanens øje
Mireille Lacroix

DSAM

- 4 Bestyrelsens klumme
Bolette Friderichsen
- 6 Siden sidst i DSAM
Mogens Folkmann Andersen
- 7 DSAM's udtalelse mod aktiv dødshjælp
Benny Ehrenreich
- 8 Kronikerpakker med menneskelig margin – når systemet møder Birgit
Cees Stavenuiter
- 10 Stil op til DSAM's repræsentantskab
Annette Gehrs

ARTIKLER

- 16 Debatmøde: Sundhedsreformen og Region Østjylland
Daniel Staal Nyboe
- 18 Nedbringelse af antipsykotika på plejehjem: en succesfuld indsats
Jannik Falhof
- 20 Bag facaden: kollegial støtte ved krise og sygdom
Bolette F. Jeppesen
- 22 Tiden sårer alle læger: Det kollegiale netværks historie
Lene Unnerup
- 24 En digital fordør til sundhedsvæsenet – vision og virkelighed
Linda Huibers, Ulrik Bak Kirk
- 26 En digital fordør til sundhedsvæsenet – tro og tvivl
Inge Kristensen, Vibeke B. Andersen
- 28 Kunstig intelligens i konsultationen
Michael Hejmadi
- 37 En nestors erindringer: Men der er weekendordning
Gert Almind
- 38 Fremtidens læger er nysgerrige på ledelse
Camilla Ulfkjær Østergaard
- 40 En dag med ...
Anna Weibull
- 42 Grønt tip: Hydrozid-spray
Karolina Lewandowska

FORSKNING

- 30 Længerevarende symptomer
Marianne Rosendal, Lisbeth Frostholt, Mette T. Rask
- 32 Hvad fejler patienter, der henvises i diagnostisk pakkeforløb?
Diana Højrup Runegaard Albæk, Jesper Sloth Andersen m.fl.
- 34 Udeblivelser fra forebyggende børneundersøgelser – hvad skyldes det?
Ina B. Madirazza, Maja Z. Mejland, Sara Radl m.fl.

FYAM

- 43 Reformtaskforce
Malene Nepper
- 46 Trivsel og arbejdsglæde fra start
Daniel Staal Nyboe, Malene Nepper
- 48 FYAM-klummen
Bolette F. Jeppesen
- 50 Hvordan rekrutterer vi den næste generation af praktiserende læger?
Christoffer K. Ibsen, Daniel S. Nyboe

SAMS

- 52 Et sundhedssystem uden almen praksis
Nicole Mistarz

DEBAT

- 54 Ægte intelligens (ÆI)
Asger Dalmose
- 56 Tanker fra stolen: Hvad motiverer praktiserende læger?
Jørgen Steen Andersen
- 58 Lægens bogstaver: Diagnose kommer
Benny Ehrenreich

OPSLAG

- 12 DSAM's Årsmøde og repræsentantskabsmøde 2025
- 59 Kolofon

24



Digital fordør til sundhedsvæsenet

Hvad betyder det? Og hvad ved vi allerede?

28



Kunstig intelligens i konsultationen

På side 28 skriver Michael Hejmadi om AI som en støtte til journalskrivning. Michael er praktiserende læge i Ferritslev på Fyn og forfatter til flere bøger om læger og teknologi.

48



Kan almen medicin blive firstmover?

På side 48 skriver Bolette F. Jeppesen om det moderne speciallægeliv i praksis. Bolette er hoveduddannelseslæge i almen medicin, kommunikationsansvarlig i FYAM og ny fast skribent på FYAM-klummen.



I orkanens øje

Dette er min første leder som chefredaktør for Practicus. Jeg er landet midt i sundhedsreform-orkanens øje. Det almenmedicinske hus summer som en bikube, og mailbakken bugner endnu mere end i min tid som næstformand for PLO. Mine patienter krymper derimod. Flere end nogensinde før ønsker Wegovy.

Sundhedsstyrelsen har fået travlt med at beskrive, hvordan vi skal arbejde, og samtidig har de fået færre penge. Velkommen til almen praksis, kunne man fristes til at sige!

Det er ikke et nemt job, for Sundhedsstyrelsen ved ikke, hvad vi laver. Almen praksis kaldes en black box. Antallet af konsultationer kan måles, men ikke deres indhold.

Måske er det delvist patienternes skyld, for de lader sig ikke så let sætte på formel. De henvender sig med én årsag, fremlægger flere nye problemstillinger i konsultationen, og løsningen ender et tredje sted.

Heldigvis er sygehusene også en black box. Regionerne har måske lige så lidt indsigt i, hvilke opgaver sygehusene løser, som de har i vores. Her måles på bundlinje og ventetid frem for ambulantforløbets detalje-

rede indhold. Afviste henvisninger, journalskrivning før henvisning, afkortede behandlingsforløb med tidlig afslutning til egen læge – hvor bliver det registreret?

Som ny chefredaktør har jeg læst en del gamle artikler. Mange kredser om kampen for at blive anerkendt som speciale. Den kamp er ikke slut endnu.

Tag for eksempel det lille ord specialistrådgivning. Jeg er speciallæge – ligesom lægerne på hospitalet. Når vi taler sammen, bidrager vi hver især med vores viden for at finde den bedste løsning for patienten. Skulle vi ikke hurtigst muligt omdøbe rådgivning til konference og anerkende den almenmedicinske specialistviden?

Og konferencen kan endda gå begge veje. Af og til tænker jeg, at hospitalslægen burde have konfereret med mig, f.eks. før en 88-årig patient blev henvist til endnu et udredningsforløb, som – med mit kendskab til patienten og set fra et almenmedicinsk perspektiv – var helt uden værdi.

At praktiserende læger skal rådgives af de ”finere” sygehusspecialer – uden at sygehusspecialerne har brug for vores viden – den forståelsesram-

me kan undergrave hele sundhedsreformen. Den kommer også til udtryk i nervøse trækninger hos patientorganisationerne, for hvordan sikres det, at den praktiserende læge giver nøjagtig den samme behandling som sygehuslægen?

Det kan man ikke sikre. Og det er godt. Behandlingen i Danmark er blevet rigeligt subspecialiseret. Det er ikke alle patienter, der har gavn af at gå i flere forskellige ambulatorier samtidigt. Til gengæld tør jeg godt love, at jeg kan finde de patienter, som har brug for sygehusspecialistens skarpe blik – og så krydser jeg fingre for, at de ikke bliver afvist. ●



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



Sundhedsreformen er på vej: Hvad sker der i DSAM?

Som bekendt fik vi i 2024 en aftale om en sundhedsreform, der i høj grad beskæftiger sig med almen praksis. Ifølge reformaftalen skal Sundhedsstyrelsen fastlægge de fremtidige opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud i en national opgavebeskrivelse, som det almenmedicinske tilbud samlet set skal levere. Det skal ske med inddragelse af faglige input fra relevante aktører.

”Det almenmedicinske tilbud skal afspejle sundhedsvæsenets aktuelle behov og levere mere ensartet, høj kvalitet. Fremtidige opgaver og krav til det almenmedicinske tilbud skal derfor fastlægges nationalt” (red.: Se s. 38 i Aftale om sundhedsreform 2024 via QR-koden). Flere opgaver skal løses tæt på borgeren, og specielt skal almen praksis løse flere opgaver end i dag. Som konsekvens heraf skal antallet af

praktiserende læger øges, fra i dag ca. 3.500 læger til ca 5.000 om ti år.

Pas på kapaciteten og kerneopgaverne

DSAM hilser en national opgavebeskrivelse velkommen og vil gerne bidrage til en stærk, sammenhængende og meningsfuld beskrivelse for vores speciale. Vi har en vision om, at sektorerne i fremtiden skal flytte viden fremfor patienter. DSAM kan dog også konstatere, at mange andre aktører end de centrale myndigheder gerne vil ”lægge opgaver i almen praksis”, og vi kan være bekymrede for, at vores kerneopgaver kan blive fortrængt, hvis faget ikke står vagt om dem. Det ville ikke være til gavn for hverken patienterne eller det samlede sundhedsvæsen.

Almen praksis har i dag 40 mio. kontakter at gøre godt med, og vi må nok erkende, at det ikke altid rækker til de relevante behov, vi møder hos vores patienter. En øgning af vores kapacitet skal først reserveres til at dække patienternes almenmedicinske behandlingsbehov, herunder nye, som følger af den ændrede demogra-

fi, de nye behandlingsmuligheder, de stigende forventninger fra patienterne og den øgede mistrivsel i visse befolkningsgrupper. Først herefter er der plads til en udflytning af opgaver fra sygehusene, forudsat at opgaven hører hjemme i almen praksis.

Er kædeansvar godt?

Danske Regioner får et større kædeansvar for hele sundhedsvæsenet: sygehuse, almen praksis og det øvrige primære sundhedsvæsen. Desuden får regionerne det absolutte flertal i de nye sundhedsråd, som skal sørge for funktioner, der i dag er kommunale: akutsygeplejen, akutpladserne, patientrettet forebyggelse og specialiseret genoptræning.

Rationalet er, at når én part har kædeansvar, kan penge sparet et sted komme hele sundhedsvæsenet til gavn, og det er jo godt. Men Danske Regioner er samtidig sygehusejerne med driftansvar for de store sygehusbudgetter, og der er derfor en risiko for, at sygehusperspektivet vil vinde. Det vil sige, at indsatser tilrettelægges efter, hvad der er bekvemt for sygehusenes arbejdsgange, og om det

AFTALE OM
SUNDHEDS-
REFORM 2024:





Vi har en vision om, at sektorerne i fremtiden skal flytte viden fremfor patienter.

giver besparelser på sygehusets budget. Almen praksis består stadig alt-overvejende af selvejere, og bøvlg og udgifter i almen praksis kan derfor risikere at være usynlige for Danske Regioner. Sygehusets arbejdsgange er desuden siloopdelte, men det er patienternes helbred jo ikke.

Skal afspejle patienternes behov

Jeg har undret mig over, at der i forligsteksten står, at det almenmedicinske tilbud skal afspejle sundhedsvæsenets behov. Hvorfor står der ikke befolkningens eller patienternes behov? Vi skal derfor i DSAM være meget opmærksomme på, at patienterne og almen praksis ikke kommer i klemme, når Danske Regioner skal beskytte sygehusenes økonomi og arbejdsgange.

Vi kan indimellem få indtryk af, at regionerne ikke ved, hvad almen praksis laver, når det ikke lige involverer en sygehusydelse. Eksempelvis: Da der for nylig blev stillet spørgsmål til sundhedsministeren om den basale og specialiserede palliative indsats i Danmark, svarede Danske Regioner med en redegørelse for de palliative sygehusteam. Ikke et ord om den store indsats, der leveres hver dag fra almen praksis i basal palliation. Selvom der foreligger tilgængelige data.

Møder med Sundhedsstyrelsen
Sundhedsstyrelsen har nedsat tre følgegrupper for hhv. fagligt oplæg til

national sundhedsplan, opgavebeskrivelsen og pakkeforløb for kronisk sygdom. DSAM's udpegede har været til første møde i alle tre følgegrupper.

Til mødet om opgavebeskrivelsen deltog både Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, lægevidenskabelige selskaber, PLO, KiAP, Forskningsenheden for Almen Praksis, patientforeninger, sygeplejersker, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Sundhedsdatastyrelsen. SST præsenterer en foreløbig opgavebeskrivelse i slutningen af juli.

Vores arbejdsopgaver bestemmes ikke på disse møder alene. Vi har allerede været til mange bilaterale møder med Sundhedsstyrelsen, før følgegrupperne blev nedsat. Vi sørger for, at de DSAM-repræsentanter, vi sender, er klædt godt på til opgaven og repræsenterer faget i hele sin bredde. Vi producerer løbende skriftligt input til Sundhedsstyrelsen. Vi har lavet et dokument om DSAM's råd til pakkeforløb, et dokument om kerne- og ikke-kerneopgaver i almen praksis og et dokument om organisering af samarbejdet mellem almen praksis og sygehusene. Aktuelt er vi i gang med en beskrivelse af, hvilke parametre der skal bruges til at måle, om reformen lykkes med sit overordnede faglige forløb, og ikke mindst skal vi også kæmpe for at bevare vores mange institutioner: forskning, efteruddannelse, kvalitetsenheder og praksiskon-sulenter. ●

DSAM'S DELTAGELSE I SUNDHEDSSTYRELSENS FØLGEGRUPPER

- **Fagligt oplæg til national sundhedsplan:**

SST's faglige oplæg til en national sundhedsplan, som skal gælde fra 2026 og 8-10 år frem. Planen har fokus på bedre ressourcefordeling og et styrket nært sundhedsvæsen. Følgegruppen kvalificerer principper, mål og virkemidler. Repræsentanter: Bolette Friedrichsen og Maria Krüger

- **National opgavebeskrivelse for almenmedicinske tilbud:**

Målet er ensartet kvalitet, tydelig opgavedeling og bedre tværsektorielt samarbejde. Følgegruppen skal rådgive om indhold, herunder funktioner, samarbejdsflader, ledelse, digital understøttelse og tilgængelighed. Repræsentanter: Bolette Friedrichsen, Malene Nepper og Søren Prins

- **Pakkeforløb for kronisk sygdom:**

Udvikling af en generisk model for pakkeforløb, der skal sikre systematik og individuel tilpasning i behandlingen af KOL, type 2-diabetes, hjertesygdom, kroniske lænderygsmærter og kompleks multisygdom. Målet er mere ensartede og sammenhængende forløb på tværs af sektorer – med udgangspunkt i almen praksis. Repræsentanter: Ásthildur Árnadóttir, Jette Kolding Kristensen og Maria Krüger



Mæslinger, medicin og medieomtale

Klummen fra DSAM handler som altid om, hvad der rører sig i DSAM og i almen praksis. Den forsøger at give indsigt i de synlige aktiviteter, men også et lille kig bag kulisserne – for der er en hel del rugbrødsarbejde, som både sekretariatet og bestyrelsen i DSAM lægger tid og kræfter i.

Høringssvar

DSAM afgiver rigtig mange høringssvar, hvoraf nogle har større relevans for en bredere kreds. I foråret var der f.eks. et større udbrud af mæslinger i USA, og helt tilfældigt afgav DSAM i april et høringssvar om netop forebyggelse og håndtering af mæslinger.

Vi afgav også et kritisk høringssvar om muligheden for dataudveksling i EU. Det blev opdaget af en journalist fra IT-mediet Version 2, som samlede op på vores høringssvar og skrev en artikel om det, hvor han bl.a. interviewede vores lægekonsulent Thomas Birk.

Husk, at du kan finde alle DSAM's høringssvar, presseomtale og meget mere på vores hjemmeside.

Mediesager om medicin

Flere emner vedrørende medicin har fyldt i medierne – blandt andet generisk ordination, hemmelige medicinpriser og forbruget af smertestillende medicin, især gabapentin, hvor brugen er steget markant.

DSAM har i den forbindelse slået et slag for generisk ordination og advaret mod et lovforslag om hemmelige medicinpriser i bl.a. DR og i debatindlæg, ligesom vi har været til møde på Christiansborg om det. I en kommentar til sagen om gabapentin udtalte næstformand Maria Krüger sig til Dagens Medicin og TV2, hvor hun fremhævede, at proble-

met i høj grad handler om mangel på alternative tilbud til smertepatienter.

Bag kulisserne

Ud over høringssvar er DSAM også aktiv i forskellige arbejdsgrupper, hvortil vi udpeger repræsentanter. Et eksempel er arbejdet med en national klinisk retningslinje (NKR) om forebyggelse og behandling af adfærdsmæssige og psykiske symptomer ved demens, hvor DSAM deltog med en repræsentant.

Et andet eksempel på det vigtige baggrundsarbejde er en kontakt med en kollega, der skrev til os og mindede om, at vores repræsentanter i medierne gerne må omtales som "speciallæge i almen medicin" – ikke bare som læge eller praktiserende læge. Og det er faktisk en vigtig pointe: Man er jo både læge og speciallæge i almen medicin.

En vigtig ting, som bestyrelsen også har diskuteret, og som er en del af regeringens sundhedsplan, er pakkeforløb for en række kroniske sygdomme. Hvordan kan man gøre det bedst muligt af hensyn til patienter og læger? Ud over at lave oplæg om dette til embedsmændene i styrelse og departement, var DSAM også inviteret med i en debat om emnet ved Folkemødet.

Bornholm

Også i år deltager DSAM og FYAM i Folkemødet med en større delegation. Antallet af debatter slår rekord i år. Sammen med en række samarbejdspartnere og kolleger medvirker de i godt 15 debatter – enten som paneldeltagere eller medarrangører. Derudover vil vi bruge lejligheden til at mødes med organisationer og interessenter med relation til almen praksis.

Folkemødet er ikke blot en mulighed for DSAM og FYAM til at sætte dagsordenen i sundhedsdebatten, det er også en enestående chance for at vedligeholde og udbygge netværk i uformelle rammer. ●





DSAM's udtalelse om aktiv dødshjælp

Debatten om aktiv dødshjælp blev genstartet på Folkemødet 2023, da statsminister Mette Frederiksen proklamerede, at hun var tilhænger af aktiv dødshjælp. I foråret 2025 fremsatte DSAM en udtalelse imod aktiv dødshjælp.

Baggrunden

Etisk Råd har ved flere lejligheder talt imod en legalisering af aktiv dødshjælp og har gentaget dette i sin seneste udtalelse fra 2023. Også Lægeforeningen har meldt ud, at det er en dårlig idé, som ikke er forenelig med lægeløftet.

Alligevel er regeringens "udvalg for en mere værdig død" kommet med en rapport, der bl.a. anbefaler, at aktiv dødshjælp skal være lovligt for en udvalgt gruppe patienter med kort restlevetid – på mindre end 3 måneder. Regeringen har dog meldt ud, at der ikke i denne folketingsssamling vil blive vedtaget lovændringer på området.

Vi har i DSAM's repræsentantskab og bestyrelse af flere omgange diskuteret, om selskabet burde tage klart stilling i debatten om aktiv dødshjælp og melde vores holdning ud offentligt. Almen praksis er trods alt det segment i sundhedsvæsenet, der har størst deltagelse i terminale forløb.

I februar i år blev der så nedsat en lille arbejdsgruppe bestående af Søren Due-Andersen (DSAM Sjælland),

Henriette Kirstine Lund (DSAM Syddanmark), Anne Christina Kjærulff (DSAM Hovedstaden) og overtegnede (DSAM Hovedstaden). Vi udarbejdede et udkast til en udtalelse, som efter vedtagelse i bestyrelsen er blevet udsendt i slutningen af marts.

Argumenterne

Vi lagde i udvalget vægt på, at en legalisering ikke er forenelig med vores virke som læger. Det vil ændre grundlæggende normer i samfundet og ikke mindst stille spørgsmål ved lægepatientforholdet. Desuden viser erfaringerne fra udlandet, at der gradvist vil ske en udvidelse af gruppen, der kan få aktiv dødshjælp.

Vi var enige om, at en værdig død i vid udstrækning kan sikres ved tilstrækkelige palliative tilbud, ikke mindst fordi praktiserende læger i efteruddannelse og vejledninger har prioriteret opgaven med basal palliation højt.

Endelig synes vi, det var på sin plads at lægge sig på linje med Lægeforeningen.

Der var i bestyrelsen enighed om

indholdet i udtalelsen og bred opbakning i repræsentantskabet. Debatten op til vedtagelsen afslørede også et ønske om en nuanceret tilgang til spørgsmålet om aktiv dødshjælp, og at DSAM fortsat skal indsamle erfaringer og viden om konsekvenserne.

Debatten kører videre

Debatten for og imod aktiv dødshjælp kører videre i det offentlige rum. DSAM's udtalelse har bl.a. været behandlet i Medicinsk Tidsskrift og i Dagens Medicin. De fleste lægelige indlæg synes at være imod. Det er i øvrigt bemærkelsesværdigt, at modstanden er størst blandt læger med lang erfaring inden for palliation og intensiv behandling. ●

LÆS UDTALELSEN HER:

dsam.dk/presse-holdninger/holdninger-og-politikker/aktiv-dodshjaelp





Kronikerpakker med menneskelig margin - når systemet møder Birgit

”Det er jo ikke fordi jeg ikke kan tage ansvar for mit eget helbred, men nogle dage føles det som om, jeg skal være både læge, sekretær og socialrådgiver – og så lige holde styr på alle mine diagnoser oveni.”

Sådan sukker 68-årige Birgit, mens hun klemmer sig ned i stolen og lægger sin plastikpose med medicinæsker på bordet i konsultationen. Birgit har både KOL, diabetes og slidgigt. Hun er præcis den patient, som er i målgruppen for sundhedsreformens nye kronikerpakker. Men spørgsmålet er, om pakkerne bliver den forløsning, Birgit håber på – eller endnu et lag af system.

Fra kræft- til kronikerpakker

Sundhedsreformen lover et historisk løft til patienter med kroniske sygdomme. Sundhedsstyrelsen skal udvikle diagnosespecifikke pakker, der – ligesom kræftpakkerne – skal sikre rettigheder, hurtig opstart og adgang til relevante tilbud (se faktaboks om pakkeforløb).

Men hvor kræft ofte har en klar begyndelse og slutning, er kronisk sygdom alt andet end statisk. Her er DSAM's budskab tydeligt: Kroniske forløb er et kontinuum. Patientens behov ændrer sig, og pakkeforløbene må kunne følge med. En rigid tjekliste løser ikke Birgits virkelighed – den kræver kontinuitet og overblik.

Start med en overblikskonsultation

DSAM foreslår, at pakkeforløb starter med en overblikskonsultation i almen praksis. Her sættes både medicinske og psykosociale faktorer i spil – fra medicinbyrde til ensomhed og økonomi. Patientens egne prioriteter bliver styrende. Patienten visiteres herefter til en individuel behandlingsplan, der matcher kompleksiteten.

PAKKEFORLØB FOR KRONIKERE IFØLGE SUNDHEDSREFORMEN

Starter ved diagnose – allerede diagnosticerede patienter inkluderes løbende.

1

Inddeler patienter i grøn, gul, rød gruppe efter behov.

2

Giver ret til personlig behandlingsplan, opstart af behandling og adgang til relevante tilbud.

3

Udrulles gradvist: KOL og lænderyg i 2027, diabetes i 2028, hjertesygdomme i 2029 og kompleks multisygdom i 2031.

4

Udvikles af Sundhedsstyrelsen med input fra relevante aktører, bl.a. DSAM.

5

Ressourcer skal følge behov

Vi skal ikke bruge speciallægetimer på patienter, der har det fint, mens de komplekse drukner i systemet. Det er almenmedicinen, der kender patienten, har helhedsforståelsen og kan navigere i kompleksiteten – også når ingen kasser passer. Nogle patienter skal ses hyppigt, og enkelte patienter med diabetes behøver måske kun komme i praksis hvert andet år.

Kompleks multisygdom bør komme først

Det er selvfølgelig de patienter, der har den største risiko for påvirket livskvalitet og overdødelighed, der skal have det første pakkeforløb. Ydermere er det den gruppe, der kræver flest ressourcer i sundhedsvæsenet. Disse patienter har det største behov for støtte til at styrke egen mestringsevne og til at koordinere indsatser i sundhedsvæsenet.

Samarbejde – med patienten i centrum

Når Birgits tilstand bliver mere kompleks, er det ofte hendes egen læge, der bedst kan se helheden og skal guide speciallægerne – ikke omvendt. Derfor skal (video)konferencer og tværfaglige møder være tovejs. De må ikke bare være hotlines til speciallæger på sygehus, men rum, hvor erfaringer deles, og almen praksis' patientkendskab får vægt. Det forhindrer dobbeltudredninger og forvirrede patienter – og sikrer reel koordinering.

Samtidig peger DSAM på behovet for en fælles journal, så Birgit slipper for at genfortælle sin historie hver gang. Det kræver, at vi tager kontinuitet og relation alvorligt som kvalitetsparametre – ikke kun målinger og guidelines.

Fleksible rammer, ikke standardiserede samleband

Standardisering kan skabe overblik, men må ikke ske på bekostning af individuel behandling. DSAM advarer mod, at pakkerne bliver rigide, for da risikerer vi at bruge flest ressourcer på dem, der kan klare sig selv – og overse dem, der kæmper.

Birgits håb – og DSAM's ambition

Birgit ønsker ikke at være projektleder i sit eget sygdomsforløb. Hun vil mødes som et helt menneske – ikke som en tjekliste. DSAM's ambition er, at kronikerpakkerne bliver et redskab til netop det: sammenhæng, overblik og respekt for patientens egne ønsker. Men det kræver tillid til almen praksis som forløbskoordinator – og mod til at insistere på dialog og fleksibilitet.

For i sidste ende er det ikke skemaer, farvekoder eller deadlines, der gør forskellen. Det er den gode samtale, relationen – og en almenmediciner, der både kan og tør tage lederskab. ●





Stil op til DSAM's repræsentantskab



Hvis du vil have indflydelse på vigtige sundhedsfaglige emner, så læs med her. Der skal i år vælges medlemmer til DSAM's repræsentantskab i alle regioner samt medlemmer til FYAM-posterne i DSAM's udvalg. Desuden er der formandsvalg på repræsentantskabsmødet den 4. oktober.

What's in it for me?

Som medlem af DSAM har du mulighed for at være med til at forme fremtiden for almen medicin ved at stille op til repræsentantskabet. Selskabet har brug for engagerede almenmedicinere, både erfarne og yngre, der ønsker at gøre en forskel.

Ved at stille op får du indflydelse på, hvordan vi som fag skal udvikle os, og hvordan vi kan sikre bedre vilkår for både patienter og kolleger.

Overvejer du at stille op?

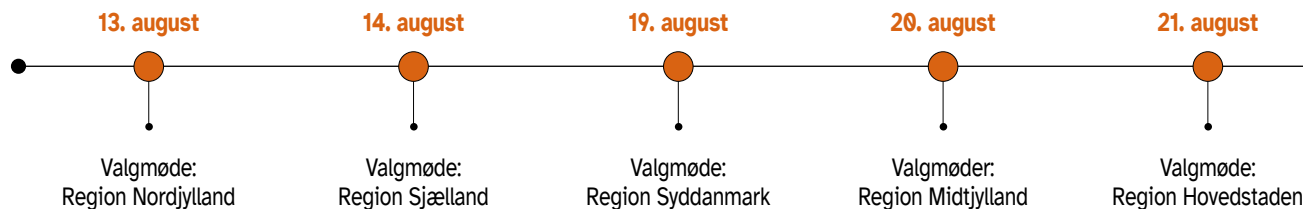
Du har mulighed for at blive valgt til DSAM's regionsbestyrelse i din arbejdsregion. De fem regionsbestyrelser danner tilsammen DSAM's repræsentantskab, der i alt består af 25 medlemmer.

Du bliver derfor medlem af regionsbestyrelsen og repræsentantskabet på én og samme tid. Repræsentantskabet mødes fysisk i hyggelige rammer 1-2 gange om året og debatterer med jævne mellemrum retning og faglige emner på DSAM's intranet. Mødeform og antal møder er forskelligt fra region til region, så det kan du selv være med til at påvirke.

Hvornår er man valgbar?

Alle medlemmer af DSAM, med undtagelse af medicinstuderende, er stemmeberettigede og valgbare. Nogle poster skal besættes af speciallæger i almen medicin, andre af medlemmer under uddannelse til almen medicin (FYAM-medlemmer), og andre igen

TIDSLINJE 2025:



kan besættes af alle stemmeberettigede, f.eks. forskere og speciallæger fra andre specialer.

Hvordan stiller jeg op?

Du skal skrive et valgoplæg og sende det til DSAM's sekretariat på dsam@dsam.dk – gerne sammen med et foto af dig selv. Du kan sende det allerede nu, og vi skal senest modtage det den 26. august 2025 kl. 10.00. Valgoplæg lægges på valgsiden for den region, du opstiller i. Desuden kan du med fordel deltage i valgmødet i din region og give en kort præsentation af dig selv. Se tidslinjen herunder for, hvornår valgmødet holdes.

Hvor længe er man valgt for?

Valget gælder for to år. Efter de to år kan du stille op igen. Der er ingen regler for samlet funktionstid. For FYAM-poster gælder dog, at du kun kan fortsætte til næste FYAM-årsmøde, hvis du i mellemtiden bliver speciallæge.

Fakta om valgbehandlingen

Fristen for at melde sig som kandidat udløber den 26. august 2025 kl. 10.00, og valget holdes elektronisk i perioden 3.-10. september 2025. Der holdes kun valg, hvis der er flere kandidater end ledige poster. Den nye regionsbe-

FYAM HOLDER OGSÅ VALG

Når alle stemmeberettigede medlemmer af DSAM den 3. september modtager en mail med link til stemmeseddel, modtager medlemmer, der henhører til FYAM, to mails. Dette er ikke en fejl. Ud over at have indflydelse via DSAM's regionsbestyrelser og repræsentantskab har FYAM en række poster i DSAM's faste udvalg, og her er det kun FYAM'er, der kan stemme. Hvilke poster der er ledige, og hvordan du stiller op til dem, kan du læse om på dsam.dk/valg-2025 og i nyhedsbreve fra FYAM.

styrelse skal umiddelbart efter valget konstituere sig og indtræder officielt på det ordinære repræsentantskabsmøde, som altid afholdes dagen efter DSAM's årsmøde. I år finder mødet sted den 4. oktober 2025 på Comwell Kolding. Læs mere på dsam.dk/valg-2025, hvor også alle valgoplæg løbende lægges op.

Din stemme er vigtig

DSAM's bestyrelse håber, at du vil bruge din stemme, fordi den er med til at give de valgte et solidt mandat.

GÅR DU RUNDT MED EN FORMAND I MAVEN?

I alle ulige år er posten som DSAM's formand på valg. Det betyder, at repræsentantskabet den 4. oktober 2025 (dagen efter DSAM's årsmøde) skal beslutte, om Bolette Friderichsen skal fortsætte i to år mere, eller om der skal vælges en ny formand – forudsat at der er andre kandidater. Alle ordinære medlemmer af DSAM, som er speciallæger i almen medicin, kan stille op. Hvis du beslutter dig for at gå efter formandsposten, så send en præsentation af dig selv og dine tanker for selskabets fremtid til dsam@dsam.dk. Du kan godt stille op på selve repræsentantskabsmødet, men det er en fordel, hvis repræsentantskabet har haft tid til at lære dig og dine holdninger at kende.

Ved at stemme har du indflydelse på at få valgt de kolleger, der repræsenterer dine holdninger og interesser. Sørg for at opdatere dine medlemsoplysninger, hvis du f.eks. har skiftet e-mailadresse. Medlemsstatus og arbejdsregion er også med til at sikre dig en korrekt stemmeseddel. ●

26. august kl. 10.00

Sidste frist for at indsende valgoplæg

3.-10. september

Elektronisk valg i alle regioner

11.-12. september

Valgresultat offentliggøres

4. oktober

Repræsentantskabsmøde

Årsmøde og repræsentantskabsmøde 2025

Et sundt lægeliv: Redskaber til glæde for dig og din patient

Hvordan passer vi som praktiserende læger på os selv i en hverdag, som er præget af stigende kompleksitet og høje forventninger – både fra systemet, patienterne og os selv? Det spørgsmål danner rammen for DSAM's årsmøde 2025, der finder sted fredag den 3. oktober på Comwell Kolding. Dagen afsluttes med hygge og festmiddag, og dagen efter afholder DSAM repræsentantskabsmøde. Alle er velkomne til at deltage i begge begivenheder eller blot en af dagene. Årsmødet er godkendt af Fonden for Almen Praksis som 1 dags selvstændig efteruddannelse.

Årets tema er trivsel, arbejdsglæde og egenomsorg – med fokus på konkrete redskaber, der kan bruges i hver-

dagen, både i mødet med patienterne og i relationen til os selv og vores kolleger. Åbningssessionen stiller skarpt på, hvordan vi kan skabe et bæredygtigt arbejdsliv i almen praksis og styrke vores faglige stolthed og personlige balance. Der bliver også mulighed for at dykke længere ned i et bæredygtigt arbejdsliv ved flere sessioner efter åbningssessionen.

Åbningssessionen introducerer dig for:

1. **Self-compassion:** En evidensbaseret tilgang til et bæredygtigt lægeliv, og hvordan bevidst fokus på trivsel og egenomsorg kan gøre en forskel, ved Lone Svenningsen, speciallæge i almen medicin og uddannet i Compassion Cultivation Training (CCT) fra Stanford Universitet.
2. **Trivsel og arbejdsglæde:** Betydningen af næringsrige relationer til kollegerne – og til én selv, ved Anne Zimmer, cand.phil., supervisor og facilitator af samtaler og samarbejde i AP og ledelseskonsulent i PLO-E.
3. **My Positive Health:** Introduktion til konceptet "My Positive Health" og brugen af Spiderweb som dialogværktøj i patientinteraktioner, ved Karolien van den Brekel, GP, Director of Positive Health International og medforfatter af Handbook Positive Health in Primary Care (oplægget vil være på engelsk).

Sidst på dagen er der hygge for alle. Uddannelseslæger og evt. medicinstuderende afholder FYAM-timen, mens der for gæster og øvrige medlemmer bydes på lidt musik. Få et glas bobler m/u alkohol, og hils på hinanden og på dine DSAM-repræsentanter!

Til festmiddagen har vi tradition for et fyldt dansegulv. Kommer du alene, eller kan du bare godt lide at møde nye mennesker, er der et "mød en ny kollega-bord". ●



Program for årsmødet

3. oktober 2025 på Comwell Kolding

Tema: Et sundt lægeliv:

Redskaber til glæde for dig og din patient

Kl. 08:30	Registrering, morgenbrød og kaffe
Kl. 09:30	Plenumsession i Teatersalen: Velkomst Tre indspark til temaet med hver sin vinkel (se modstående side). Spørgsmål fra salen og debat
Kl. 11:00	Pause
Kl. 11:45	Parallelle sessioner 1-7 (se side 14)
Kl. 13:00	Frokost
Kl. 14:00	Ph.d.-Cup
Kl. 14:45	Parallelle sessioner 8-14 (se side 15)
Kl. 16:00	Pause
Kl. 16:30	Afslutning i plenum
Kl. 17:15	FYAM-timen for uddannelseslæger DSAM-hygge for resten
Kl. 19:00	Festmiddag
Kl. 02:00	Festen slutter

Repræsentant- skabsmøde i dsam

DSAM afholder ordinært repræsentantskabsmøde lørdag den 4. oktober 2025 kl. 9.30 til cirka 12.30 på Comwell Kolding, Skovbrynet 1, 6000 Kolding. Dagsorden findes på dsam.dk, og bilag lægges samme sted i løbet af september måned.

Forslag fra medlemmer sendes til formanden på dsam@dsam.dk senest 18. september 2025.

Mødet er åbent for alle medlemmer, men der kræves tilmelding for deltagelse. Fristen for tilmelding er lørdag den 4. oktober 2025 kl. 08.00. Der er mødepligt for repræsentanter.

Læs mere om tilmelding i kalenderen på dsam.dk.

FYAM-TIMEN

Under årsmødet, fredag den 3. oktober, afholdes 'FYAM-timen' for alle yngre almenmedicinere. Her bliver vi opdateret på FYAM-udvalgets aktiviteter i det forgangne år og får en præsentation af arbejdet i de udvalg, hvor FYAM er repræsenteret. Inden årsmødet holder FYAM et elektronisk valg til de ledige poster i FYAM-udvalget. Er posterne ikke alle besat efter det elektroniske valg, får vi dem besat i FYAM-timen. Info om valget sendes ud i nyhedsbreve fra FYAM.



SAMS' ÅRSMØDE

Sæt kryds i kalenderen lørdag den 4. oktober 2025, hvor vi byder velkommen til SAMS' årsmøde på Comwell Kolding (dagen efter DSAM's årsmøde). Programmet vil stå på spændende faglige oplæg og masser af inspiration til livet som praktiserende læge. Der vil være god mulighed for at netværke med SAMS-medlemmer fra både Odense, Aarhus, Aalborg og København samt for at dele erfaringer og tanker om studielivet og det kommende lægeliv. Læs mere på vores Facebooksider.



Sessioner formiddag

Se oplægholdere og udvidet tekst på dsam.dk/aarsmode

1. Bedre trivsel i praksis med self-compassion og ledelsesværktøjer

Vi følger op fra åbningssessionen med hands on-tiltag for at øge arbejdsglæden i praksis. Det gør vi med self-compassion, der øger trivsel og mindsker udbændthed. Du introduceres for øvelser, du kan tage med hjem. Vi gennemgår også benskænd og gode greb til et relationsforstærkende samarbejde og til de nødvendige samtaler i ledergruppen.

2. Ultralyd i almen praksis: Hvad har vi lært?

Overenskomstaftalen for 2022-25 afsatte midler til et forskningsprojekt om effekterne af ultralydsskanning i almen praksis. 250 danske praktiserende læger deltog. På denne session vil en forsker præsentere de vigtigste resultater og deres impact på klinisk brug af ultralyd. Og en projektdeltager vil dele sine erfaringer med, hvordan ultralyd påvirker hans arbejde og patientforløb i sin lægepraksis.

3. En meningsfuld samtale om døden

Hvordan og hvornår taler vi med vores patienter om døden? Hvordan håndterer vi vores egne reaktioner? Og er det farligt at tale om døden? Lancet Commission foreslår, at vi skal se døden som en relationel og eksistentiel proces, mere end en fysiologisk. Døden har værdi, da den giver plads til nyt liv, vækst og forandring. Det levede liv og vejen frem mod døden er langt vigtigere end selve dødens korte øjeblik. En samtale om døden kan således åbne for en samtale om livet og omvendt kan en samtale om livet åbne for en samtale om døden. De to oplægholdere vil fra hvert sit ståsted drøfte, hvordan vi bedst kan komme i gang med disse samtaler. Der bliver god plads til debat, refleksion og erfaringsudveksling.

4. Ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – fra erkendelse til handling

Oplever du, at nogle af dine patienter får mindre udbytte af sundhedsvæsenet end andre? Morten Sodemann tager afsæt i Ulighedens Drejebog og giver konkrete eksempler på, hvordan sundhedsvæsenet ubevidst bidrager til øget ulighed i sundhed. Du får indblik i de fire gennemgående patienttyper og viden om, hvordan de typisk mødes og håndteres i sundhedssystemet.

Claus Rendtorff og og Berit Enggaard Kaae deler deres erfaringer med sociale henvisninger i almen praksis – et nyt konkret redskab, der giver praktiserende læger mulighed for at henvise patienter med social sårbarhed til meningsfulde fællesskaber i lokalsamfundet.

5. Nye vejledninger: "Stress, angst, depression" og "Demens"

Vejledningerne præsenteres med en kort overordnet introduktion. Du får de vigtigste budskaber/opmærksomhedspunkter, og der sluttet af med spørgsmål.

Stress, angst, depression (SAD): Her lægges vægt på systematisk udredning af komorbiditet og principperne for behandling af stress, angst og depression.

Demens: Vejledningen beskriver en tilgang til udredning, viderehenvisning og behandling. Der er ekstra fokus på udredningsdelen. Herudover er der afsnit for behandling af symptomer ved demens og relevante juridiske aspekter.

6. Arbejdsglæde for uddannelseslæger

Mener du også, det er vigtigt at sikre arbejdsglæden allerede fra starten af lægelivet? I denne session fortæller vi, hvilke konkrete greb til arbejdsglæde vi kan implementere allerede under speciallægeuddannelsen. Vi kommer ind på FYAM's nye trivselskampagne og medlemsundersøgelsen om trivsel og arbejdsglæde hos uddannelseslæger. Vi skal diskutere, hvilke barrierer for arbejdsglæde der udfordrer rekrutteringen, og i fællesskab finde mulige løsninger.

7. Dermoskopi i almen praksis – diagnosticering og håndtering

Praktisk introduktion til dermoskopisk diagnosticering af de mest almindelige hudlæsioner i almen praksis – fra seboriske keratoser og dermatofibromer til hæmangiomer, BCC/SCC, nævi og melanomer. Sessionen giver indsigt i, hvordan disse hudforandringer kan håndteres, og hvordan AI's rolle i dermoskopien udvikler sig.

Sessioner eftermiddag

Se oplægsholdere og udvidet tekst på dsam.dk/aarsmode

8. Positive health/Spiderweb & The problem-solving method

Karolien and Anne will present the Positive Health and problem-solving methods, emphasizing their benefits for patient engagement and therapist well-being. They will discuss the transition from disease-oriented to health-oriented care, introduce the tools, and facilitate hands-on experiences followed by a discussion on the value these methods bring and how to involve other professionals.

9. Overdiagnostik i konsultationsrummet – gør vi for meget?

Hvornår udreder vi for meget, og hvorfor sker det? Defensiv medicin, patientforventninger og ikke-evidensbaseret brug af blodprøver og billeddiagnostik driver overdiagnostik – men hvordan håndterer vi det i hverdagen? Gennem case-baserede eksempler i workshopformat får vi konkrete værktøjer til at forstå usikkerheden og risikoen ved overdiagnostik. Kom og vær med til en vigtig debat om at finde balancen mellem nødvendig og overflødig almenmedicinsk diagnostik.

10. AI i almen praksis – rutinearbejde, etik og nye muligheder

AI rummer et enormt potentiale i almen praksis, fra at frigøre administrativ tid til at styrke patientbehandlingen og øge kvaliteten i arbejdet. Mange læger har allerede taget digitale værktøjer i brug til patientløsninger og attestarbejde. Men hvor går grænsen? Er vi dataetisk på sikker grund, eller er der vigtige overvejelser, vi ikke har gjort, fordi vi ikke har haft tiden til det? Hvad skal du som praktiserende læge være opmærksom på, når du tager AI-løsninger i brug?

11. Kvinder i overgangsalderen – symptomer, udredning og behandling

Overgangsalderen er et aktuelt og vigtigt emne i almen praksis, hvor det er afgørende, at lægen (og klinikpersonalet) er godt klædt på, så kvinder føler sig taget alvorligt. Denne session giver et hurtigt overblik over symptomer, udredning og behandlingsmuligheder. Vi ser på almen praksis' rolle – hvornår kan opgaver uddelegeres, og hvornår er henvisning nødvendig?

12. Nye vejledninger: "Astma & KOL" og "Vægttabsmedicin"

Vejledningerne præsenteres med en kort overordnet introduktion. Du får de 3-5 vigtigste budskaber/opmærksomhedspunkter, og der sluttes af med spørgsmål.

Astma & KOL: Astma og KOL adskiller sig i deres behandlingsforløb – astma følger en cirkulær proces, mens KOL typisk udvikler sig progressivt. Nye regler for tolkning af reversibilitetstesten har sænket testens følsomhed, hvilket rejser spørgsmålet, om vi systematisk overser astma. Samtidig har ikke alle patienter med en KOL-eksacerbation effekt af prednisolon, så bør vi begynde at justere behandlingen baseret på sub-akutte eosinofiltal?

Vægttabsmedicin: Det foreløbige redskabsark indeholder generel information om vægttabsmedicin og et flow-skema, der giver en struktureret tilgang til håndtering af konsultationer, blodprøver og årsstatus i almen praksis. Vi gennemgår arket og giver et kort indblik i, hvad den kommende vejledning om høj vægt indeholder.

13. Vejen til at eje din egen praksis

Thomas Purup og Jonas Ebert fortæller om deres vej til at eje en praksis sammen i Ry. De deler deres erfaringer fra de første overvejelser til praksiskøb og den første tid som praktiserende læger. Jette Galatius bidrager med skarpe tips og regler om forløbet. Sessionen giver værdifuld indsigt i alt fra partnerskab, kontrakter og forhandlinger til fremtidige overvejelser – og der er selvfølgelig mulighed for at stille spørgsmål.

14. Vil du vide mere om almenmedicinsk forskning?

Formålet med almenmedicinsk forskning er at skabe værdi for dig og dine patienter. I denne session kan du blive klogere på, hvordan forskningsenhederne for almen praksis i Danmark er organiseret, hvilke karriereveje almenmedicinsk forskning tilbyder og samtidig styrke dit faglige netværk. Og så skal du selvfølgelig ikke snydes for indsigt i den nyeste almenmedicinske forskning. Otte særligt udvalgte forskere fra forskningsenhederne vil præsentere anvendelsesorienteret praksisnær forskning med relevans for din kliniske hverdag. ●



Debatmøde: Sundhedsreformen og Region Østdanmark

På en ellers ganske almindelig, kold og våd eftermiddag i marts inviterede DSAM Hovedstaden til medlemsarrangement om sundhedsreformen og den kommende Region Østdanmark i Domus Medica. DSAM Sjælland, Lægeforeningen, PLO, øvrige aktører på sundhedsområdet og regionsrådsformand Lars Gaardhøj deltog.

Som vært for mødet var det undertegnede, der bød velkommen til de fremmødte.

Oplæg ved regionsrådsformand Lars Gaardhøj (S)

Lars Gaardhøj skitserede, hvordan han og han og Danske Regioner vil drive Region Østdanmark og tiltrække nye læger såvel som passe på de eksisterende. (Red.: Lars Gaardhøj kandiderer til posten som formand for den nye Region Østdanmark).

Set i lyset af Danske Regioners høringsvar på Indenrigs- og Sundhedsministeriets udkast til 'Lovforslag vedr. ændring af Sundhedsloven' – særligt med henblik på styring af lægekapaciteter og differentiering i patientantallet – var de fremmødte læger i salen ikke just positivt indstillet. Lars Gaardhøj virkede dog lydhør over for almen praksis. Man kunne forstå, at han ikke var helt tilfreds med hele høringsvaret fra Danske Regioner, og at han ikke kunne

stå på mål for de helt kritiske overskrifter. Han udtalte, at praktiserende læger er gode til at drive deres virksomheder, og det skal de fortsætte med. Regionerne skal understøtte de praktiserende lægers behov og bidrage med f.eks. rekrutteringstiltag og nye muligheder, når man skal nedsætte sig, og de skal fortsat hjælpe med at udvikle praksis som samlet stand. Men det var også vigtigt at fremhæve, at der er nogle ting, som kan gøres mere effektivt og bedre, og de ting var det nødvendigt at motivere fremdriften på. Her fik diskussionen fine bidrag fra både DSAM's og FYAM's høringsvar, som Lars Gaardhøj og deltagerne kunne suge til sig.

De fremmødte læger beskrev, hvordan udbrændtheden fylder ude i virkeligheden. De var bekymrede for, hvordan Danske Regioner kan forestille sig at tiltrække ny arbejdskraft og rekruttere de kommende almenmedicinere, når de ikke engang kan passe på de læger, de har.

Rekruttering til den kommende Region Østdanmark

Mens spørgsmålene tog til, gled vi direkte ind i en paneldebat, hvor Lars Gaardhøj, Maria Krüger (næstformand i DSAM), Peder Reistad (formand for PLO Hovedstaden) og undertegnede også deltog. Alle havde forberedt pointer og spørgsmål, som skulle belyse de store rekrutteringsproblemer, vi lige nu har, især i Region Sjælland.

Peder Reistad mødte kampklar og forberedt op med et nærlæst høringsvar med gule markeringer og tilhørende tal og argumenter på skrift. Vi skal værne om samarbejdet og den danske model. Vi skal huske at tale sammen. Og så må vi altså huske, at hvis man presser de udbrændte læger for meget, så mister vi flere læger, end vi kan rekruttere. De siger simpelthen stop, hvis de ikke kan overskue mængden af nye påtvungne patienter.

Undertegnede supplerede med de rekrutteringsforlag, som FYAM har



Daniel Staal Nyboe (tv.) og Lars Gaardhøj (th.). Foto: Jakob Sobocki.

råbt op om siden sundhedsreformens ankomst, nemlig FYAM's bud på, hvordan vi kan rekruttere bredt, hvis vi rekrutterer tidligt nok. Dertil kunne både medlemsundersøgelsen fra 2023 og en ny spørgeundersøgelse blandt de medicinstuderende i 2024 belyse, hvilke faktorer der har betydning for rekrutteringen – særligt i lægedæknings-truede områder. Igen blev det fremhævet, at regionen kan få langt større lægedækning, hvis den tilbød gode lokale miljøer for de læger, som ønsker at flytte, og gjorde det attraktivt at pendle i en "praksisbus", hvor man som uddannelseslæge kan arbejde un-

der transporten. Det blev også understreget, at de kommende praktiserende læger ønsker at eje egen praksis – ikke at blive ansat i regions- eller ud-budsklinikker.

Prioritering og den kommende opgavebeskrivelse

Maria Krüger tog DSAM-brillerne på og fokuserede bl.a. på den kommende opgavebeskrivelse for almen praksis og særligt på de ting, som ikke bør foregå i praksis. Her brød en diskussion om prioritering ud i salen. Det blev nævnt, at selvom mange elementer ikke 'hører til' i almen praksis, har

patienterne dog ikke andre steder at tage hen. Vi skal tage imod deres bekymringer. Vi skal også sende de relevante videre – men hvorhen?

Der mangler kommunale og regionale tilbud, særligt til to grupper af patienter: dem med en varierende grad af mistrivsel og dem med privat sundhedsforsikring. Vi kender dem alle. De fylder. Vi skal give mest hjælp til dem, som har størst behov. Men er samfundspåvirkning i form af stress og trivsel i livet blevet et behov? Og skal det offentlige system fortsat betale for de private selskabers ofte unødvendige overdiagnostik?

Samarbejde og fælles løsninger

Lars Gaardhøj anerkendte problemerne, lyttede til vores fælles forslag og medgav, at han ville undersøge mulighederne nærmere og gerne tale videre med vores organisationer om fælles løsninger for fremtiden.

Det kunne ses og mærkes, og det gav lidt tiltrængt ro i sindet hos de fremmødte. Dertil vil en kommende regionsrådsformand for Region Øst-danmark ifølge Lars Gaardhøj stadig drive en fornuftig virksomhed, der giver både patienttilfredshed, høj faglig standard, korte ventetider og et godt og nært sundhedsvæsen til alle borgere i regionen.

DSAM-stafet

Til slut fik Maria Krüger og undertegnede afholdt den første DSAM-stafet (inspireret af FYAM-stafetten ved sidste årsmøde), hvor de på ganske kort tid skulle forklare – på underholdende vis – hvilke aktuelle emner der rører sig i DSAM.

I stafetten kunne deltagerne bl.a. høre om DSAM's reformtaskforce (red.: læs artikel om reformtaskforcen på side 43), den kommende opgavebeskrivelse for almen praksis, det politiske lobbyarbejde, FYAM's 7 bud på rekruttering og lægedækning samt den kommende FYAM-kampagne. ●



Nedbringelse af antipsykotika på plejehjem: en succesfuld indsats

I 2016 blev der slået alarm over det stigende forbrug af antipsykotika blandt ældre og demente. En national handlingsplan blev iværksat for at reducere forbruget, men i 2022 viste nye rapporter, at forbruget tværtimod var steget – selvom andelen af nyordinationer fra almen praksis er faldet. Norddjurs Kommune var blandt de ti kommuner, der havde det højeste forbrug af antipsykotika.

For at tackle dette problem lavede vi i Lægefællesskabet i Grenå et pilotprojekt på plejecenter Violskrænten.

”

Projektet havde til formål at reducere det samlede forbrug af antipsykotika gennem små, systematiske tiltag, uden at fjerne medicinen fra dem, der virkelig havde behov for det.

Projektet havde til formål at reducere det samlede forbrug af antipsykotika gennem små, systematiske tiltag, uden at fjerne medicinen fra dem, der virkelig havde behov for det. Som plejecenterlæger bemærkede vi, at antipsykotika ofte var ordineret uden efterfølgende forsøg på nedtrapning eller seponering.

Flere trin

Projektet blev gennemført fra maj til september 2023 og omfattede flere trin: identifikation af samtlige borgere, der fik antipsykotika, vurdering af, om indikationerne var korrekte, og regelmæssig evaluering af muligheden for nedtrapning. I stedet for medicin blev der tilbudt miljøterapi og almindelig omsorg, såsom skærmning og sociale aktiviteter. Vi valgte at se på samtlige borgere på plejehjemmet, frem for udelukkende at se på borgere med en demensdiagnose.

Målet var at reducere antallet af patienter, der fik antipsykotika. I alt bor der ca. 100 beboere på plejehjem-

met, hvor 80 af dem var tilknyttet vores praksis og tilgængelige for analyse. Ved projektets start fik 11 borgere antipsykotisk medicin, herunder olanzapin, quetiapin og risperidon. Borgernes diagnoser var bipolær lidelse (2 borgere), organisk hjerneskade (5 borgere), angst (2 borgere) og demens (2 borgere).

Undervisning og konference

Der blev afholdt tre undervisningsseancer for sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter for at forklare

”

Projektet viste, at en mindre, men målrettet tværfaglig indsats over fire måneder kunne reducere forbruget af antipsykotika betydeligt på tværs af diagnoser.

vigtigheden af at reducere antipsykotika og præsentere alternative metoder til at håndtere udfordrende adfærd. Der blev også afholdt tværfaglig konference, hvor hver enkelt borger med antipsykotisk medicin blev gennemgået.

Af de 11 borgere blev 8 forsøgt nedtrappet, hvoraf 5 fik fuldstændigt seponeret antipsykotika, og yderligere 2 fik reduceret deres medicin. Ved projektets afslutning var antallet af borgere på antipsykotika halveret. Det

betyder også, at der nu kun er én ud af 45 patienter med demens, der får antipsykotisk medicin, hvilket svarer til 2 %.

En forandret kultur

Projektet viste, at en mindre, men målrettet tværfaglig indsats over fire måneder kunne reducere forbruget af antipsykotika betydeligt på tværs af diagnoser. Vi har i efterforløbet også set, at det har været med til at forandre kulturen og holdningen til opstart

af antipsykotisk medicin på både plejecenteret og i vores klinik, så vi i dag kun meget sjældent udskriver antipsykotisk medicin – og kun i kortere perioder.

Nøgleordet i denne indsats hedder kulturændring gennem undervisning. Projektet viser, at man med en beskedne indsats kan ændre en adfærd, som kan gøre en stor forskel for nogle af de mest sårbare patienter. ●

HVAD SIGER DEN NYE VEJLEDNING OM PSYKOFARMAKA EGENTLIG OM ANTIPSYKOTISK MEDICIN?

Af Mireille Lacroix

- Behandling med antipsykotiske lægemidler med en forventet varighed på over fire uger er en opgave for en læge i psykiatrien eller en læge med særlige kompetencer.
- Patienter med demens skal som udgangspunkt ikke behandles med antipsykotiske lægemidler pga. øget risiko for alvorlige bivirkninger, men psykosociale tiltag iværksættes.
- Behandlingsplan skal fremgå af epikrisen ved overdragelse af behandlingsansvar.
- Planen skal beskrive indikation for behandling (medikamentel og ikke-medikamentel), forslag til dosisjusteringer og opfølgning (effektmonitorering, bivirkninger og ophør).

HVAD BETYDER DET FOR ALMEN PRAKSIS?

- Vi bør kun behandle demente med antipsykotika i særlige tilfælde og højst i 4 uger.
- Patienten skal derefter henvises til psykiatrien.
- Når patienten afsluttes fra psykiatrien, skal epikrisen indeholde en behandlingsplan, herunder en plan for opfølgning.

Kilde: "Vejledning om behandling med psykofarmaka af voksne med psykiske lidelser og adfærdsforstyrrelser", Sundhedsstyrelsen, 2024. Gå til vejledning og FAQ.





Bag facaden: kollegial støtte ved krise og sygdom

Lægens krise og sygdom kan være særlig kompleks. I det kollegiale netværk er der altid en kollega klar til at støtte og gribe, når krisen rammer.

En læge i krise er ikke et tegn på svaghed. Det er indlysende for de fleste. Det er en kollega med brug for støtte.

Livet kan byde på uforudsete problemer, og de kan komme, når vi mindst venter det. Alligevel er det omgivet af tabu, når læger rammes af sygdom eller krise. Det kan medføre isolation og en følelse af at mislykkes som menneske og som læge. Hvad tænker kollegerne? Kompagnonerne? Naboer og familie? ("Jamen, du er da læge"!?).

Som frivillig rådgiver i Kollegialt Netværk for Læger har jeg en særlig interesse for den lægekultur, vi er en del af. Mit indtryk fra min egen vej gennem videreuddannelsessystemet har været, at mange læger kæmper med trivslen. I det frivillige arbejde i netværket oplever jeg, at det gør en stor forskel for de kolleger, der søger hjælp, at de ikke først skal forklare grundvilkårene som læge. De taler med én, der forstår faget, kulturen og kompleksiteten i et lægeliv.

Hvem henvender sig?

Læger bliver ramt af krise, sygdom, invaliditet og kortere eller længerevarende uarbejdsdygtighed nøjagtig ligesom andre faggrupper. I netværket taler vi med kolleger, som er ramt af stress, belastning, udbrændthed og psykisk eller somatisk sygdom. Det er læger, som står i faglige eller personlige kriser.

Det kan f.eks. være læger, der på grund af ADHD eller autisme oplever særlige udfordringer i arbejdslivet. Eller læger, som oplever, at de ikke passer ind eller har svært ved at finde et fagligt og kollegialt tilhørsforhold. Det kan være læger, som har svært ved vejen gennem uddannelsessystemet og læger, der har udfordringer med kolleger eller ledere. Og så er der dem, som tynges af en klagesag, der holder dem vågne om natten og giver ubehag, bekymringer og tristhed.

Sommetider er det pårørende til en læge, der henvender sig, fordi de er bekymret for deres nærmeste. I de tilfælde lykkes det oftest at arrangere

et møde eller en samtale med den pågældende kollega.

Ud over at krise og sygdom er svært for den enkelte, er vi læger vanskelige at rumme i det kommunale sygedagpengesystem. Vi er højt uddannede og er vant til at arbejde selvstændigt og individuelt. Det lægelige videreuddannelsessystem og sundhedsvæsenets opbygning betyder, at en praktik eller jobprøvning ikke leder til en fastansættelse uanset jobcentrets velmenende intentioner.

Hvem er vi?

Vi er netværksrådgivere, som kommer fra mange forskellige specialer og søjler. Fra yngre læger til pensionerede læger, men med en klar overvægt af seniorlæger. Nogle læger søger hjælp fra en rådgiver fra samme speciale eller søjle som dem selv frem for en, der er et helt andet sted. Flere ønsker at få hjælp fra en kollega i en anden region end den, som de selv arbejder i.



Slår livet krumspring? Har du brug for en støttende hånd? Så ræk ud til Kollegialt Netværk for Læger. Illustration: Mireille Lacroix.

Hvilke tilbud har vi?

Netværket tilbyder anonym støtte i form af samtaler (telefonisk eller møder), og forløbet kan strække sig over uger, måneder eller år. Den hjælpsøgende læge kontakter selv den rådgiver, som vedkommende ønsker at tale med eller bliver sat i kontakt med én af os gennem Lægeforeningen.

Rammen er simpel: Vi yder ikke behandling eller terapi. Vi tilbyder noget andet, som jeg oplever er helt essentielt: kollegial støtte, et lyttende øre og indsigt i lægelivet. For nogle er det første gang, de tør sige højt, at de har det svært. Og ofte er det netop dét, der gør forskellen. For andre er de pludselig havnet i så livsændrende en situation, at der nu kun er et før og et efter.

Som rådgivere har vi også viden om delforeningernes medlemstilbud til hjælp og støtte. Derfor kan vi ofte henvise videre til supplerende relevant hjælp afhængig af problemets art.

Tilbuddene i netværket spænder

brede end én-til-én rådgivning. Selv er jeg også netværksrådgiver og facilitator i én af Lægeforeningen samtalegrupper for sygdomsramte læger, som mødes én gang månedligt i Domus Medica. Her mødes kolleger i samme situation og drager nytte af det fællesskab og de gensidige gode råd, der opstår i gruppen. Nogle står helt uden for arbejdsmarkedet og har gjort det længe, mens andre er i arbejde. Selvom problematikkerne aldrig er ens, giver det et rum for samhørighed at mødes med kolleger, som også står i en svær situation. Samtalegrupperne tilbydes flere steder i Danmark.

Hvordan ser fremtiden ud?

Det er vores oplevelse, at trivslen blandt læger fortsat er udfordret. Samtidig er det tydeligt, at lægelivet forandrer sig. Den kommende generation af læger søger fællesskaber og rådgivning på nye måder. Lægeforeningen anslår, at der om ti år er arbejds-

løshed blandt læger, og reformeringen af sundhedsvæsenet kan også skabe nye udfordringer.

Den kollegiale støtte er et universelt behov, men vi skal fremtidssikre netværket, så vi fortsat er relevante og til rådighed for lægerne, når behovet opstår. Denne proces er Lægeforeningen i gang med.

Har du brug for hjælp?

Får du en dag behov for kollegial støtte og sparring, er du velkommen til at række ud til én af os i netværket. Vi er klar til hjælpe dig. ●

LÆS MERE OM

Kollegialt Netværk for
Læger på Læger.dk





Tiden sårer alle læger: Det kollegiale netværks historie

Alle kan rammes af kriser og udfordringer – også læger. Kollegialt netværk for læger blev dannet i 1992. Netværket støtter stadig kolleger, som har det svært.

”Tiden sårer alle læger” var i mange år slogan for det kollegiale netværk. Fokus var, at alle er sårbare – også læger. Vi kan rammes, selvom vi skal være stærke og hjælpe andre. Og det er OK at søge hjælp.

I 1980'erne begyndte det at pible frem med beskrivelser af Tarzansyndromet og med kurser for udbrændte læger. Lægekredsforeningerne oplevede læger, der begik selvmord på grund af klagesager. Vi var ikke de usårlige helte. Klagesagerne var det store omdrejningspunkt for debatterne.

På initiativ fra ildsjæle og foreninger blev Kollegialt Netværk for Læger dannet i januar 1992 på Hotel Haraldskær. Lægeforeningen bidrog med tre konsulenter, som deltog i dannelsen og var med til at udvikle netværket, der har eksisteret lige siden.

Hvorfor skulle vi have et netværk?

Vi skulle have et netværk for at hjæl-

pe den enkelte kollega samt for at kunne påpege problemområder over for Lægeforeningen. Netværket var og er også med til at sætte emner til debat blandt kollegerne og i foreningerne.

Et eksempel på et nyt problemområde, der blev opdaget, var den nye gruppe, cheflægerne. Nogle cheflæger fik problemer selv, eller læger omkring dem fik problemer. Cheflægefunktionen var vel på en måde øretævernes holdeplads.

Det var fra starten vigtigt, at vi som netværksrådgivere var kolleger eller i en kollegas sted – altså at der var den fortrolighed, som man kan have til den gode kollega. Vi havde ikke et behandlingsmæssigt ansvar, og vi skulle aldrig behandle.

Tavshedspligt og samarbejde

Man kunne henvende sig anonymt, men det var sjældent, at kollegerne eller deres familie gjorde det. I årenes løb har det bølget lidt frem og tilbage: Skulle netværket have total tavshedspligt som i den katolske kirke, eller

var det vigtigt at kunne give erfaringer om problemområder videre til Lægeforeningen i anonymiseret form? Der var et tæt samarbejde med Lægeforeningen, ikke mindst med socialrådgiveren i foreningen og lægeansvarsudvalget. Samtidigt var vi i netværksgrupperne meget opmærksomme på vores tavshedspligt, og vi benyttede hinanden internt i grupperne til råd og vejledning.

Fra klagesager til samarbejdsproblemer

De første mange år var det klagesagerne, der fyldte i kontakterne til netværket. Netværket kunne støtte op om den enkelte, mens Lægeforeningen og delforeningerne var dem, der hjalp fagligt. Det emne, der fylder allermost i dag, er samarbejdsproblemer og arbejdsmiljøet. Det gælder både samarbejdet på sygehusene og i praksis og for både yngre og ældre kolleger.

Egen læge

Gennem årene har vi i netværket haft



Foto: colourbox.dk

fokus på, at man som læge skal have sin egen læge. Tidligere var der tradition for, at man som praktiserende læge var læge for sig selv, eller man brugte en kollega på sin egen arbejdsplads. Det gik fint til de dagligdags ting, men når en kollega f.eks. blev længerevarende syg, blev det en mere kompliceret interessevaretagelse. Man har som rask kollega interesse for sin nære kollega, der er syg, og man er måske læge for vedkommende. Man vil gerne beholde kollegaen, men det kan også blive svært, og der kan komme tanker som ”det ville være lettere, hvis hun/han holdt op”. Dette betyder, at vi gør det bedst for os selv ved

”i fredstid” at finde den praktiserende læge, der skal være vores læge. Det er mit klare indtryk, at tingene har ændret sig, og at kollegerne i dag i høj grad har en egen læge.

Givende at være med

Som yngre læge og aktiv i Lægeforeningen i 80’erne og 90’erne var jeg med til en del samtaler om sygdom, ansættelse og meget andet. Jeg var derfor med til at bakke op om at danne netværket. Jeg deltog i mødet på Hotel Haraldskær i 1992 og har været med i netværket lige siden. Det har til tider været udfordrende, men altid meget givende på det personlige plan.

Er det kompliceret at være rådgiver? Enkelte gange, men oftest drejer det sig om at give tid og opbakning.

Har du lyst til at deltage i det kollegiale netværk? Har du lyst til at blive netværksrådgiver? Vi kan mange steder bruge flere – så henvend dig til netværket, f.eks. i Lægeforeningen, og hør nærmere. ●

LÆS MERE OM

Kollegialt Netværk for
Læger på Læger.dk





En digital fordør til sundhedsvæsenet – vision og virkelighed

Sundhedsreformen fremhæver begreber som 'digitale sundhedstilbud', 'digitale rettigheder' og visionen om en 'digital fordør' til sundhedsvæsenet. Men hvad betyder det? Og hvad ved vi allerede?

Begrebet 'digital fordør' fremstår endnu uklart. Man skal måske forestille sig en udbygning af sundhed, dk med flere funktioner, f.eks. symptomvurdering, triage, video og chat? Usikkerheden rejser spørgsmål om anvendelse, ansvar og kvalitet. Det er forhold, som skal på plads, før vi kan opnå god implementering af disse digitale løsninger.

Når vision møder virkelighed

Digitale værktøjer bliver ofte implementeret uden forskningsbaseret evidens eller evaluering. Som Bolette Friedrichsen har påpeget, blev video i almen praksis udrullet hurtigt under pandemien – og med god grund. Det virkede og sikrede adgang i en kritisk tid. Men den pludselige implementering betød også, at man ikke fik skabt et grundlag for evaluering, læring og videreudvikling.

Når vi i dag diskuterer en 'digital fordør', handler det ikke kun om den tekniske platform, men i høj grad om digital adgang og visitation. Her viser erfaringerne, at implementering i praksis ofte er den største udfordring – især hvis ansvaret for og driften af løsningen ikke er klart placeret fra start.

Video har fået en plads

Forskning fra både Danmark og udlandet viser, at video har fået en plads i almen praksis i dagtiden, særligt ved mentale symptomer og afklarende konsultationer. Brugen

er dog lav (<5%), og ikke alle patientgrupper nås. I vagt-tiden bruges video især til hud- og infektionssymptomer og udgør ca. 13 % af kontakterne. Kvaliteten af video kan være en udfordring – lys, kamera og filtre spiller en rolle, som man ofte glemmer at tage i betragtning.

Symptomtjekker, app og chatbot

I England og Nederlandene har man indført 'symptom checkers'. De giver borgerne mulighed for at indtaste deres symptomer og at få potentielle diagnoser og rådgivning om, hvor de skal henvende sig. Nøjagtigheden af diagnostik og visitation varierer dog meget mellem værktøjerne, fra en fejlrate på op til 50 % til et nøjagtigt råd i op til 80-90 % af kontakterne. Det skaber potentielt unødvendige kontakter og kan true patientsikkerheden. Desuden kræver brugen både sundhedskompetencer og digitale kompetencer. Hvordan fortolker man spørgsmålene korrekt? Hvad betyder f.eks. 'utilpas' eller 'mange smerter'?

I England har man også introduceret en NHS App som 'digital fordør' til sundhedsvæsenet for at forbedre både tilgængelighed og effektivitet. Appen giver bl.a. patienten adgang til sin egen journal, muliggør digitale kontakter med sundhedsvæsenet og er en adgangsport til almen praksis. Forskning viser, at informationen kan være fragmenteret, da hver enkelt praksis har sit eget system og sin egen infrastruktur, som betinger den reelle tilgængelig-

HVAD ER AMARAS LOV?

Roy Charles Amara (1925-2007) var en amerikansk fremtidsforsker og tidligere præsident for *Institute for the Future*. Han formulerede Amaras lov, som handler om teknologiens påvirkning over tid:

"Vi har en tendens til at overvurdere teknologiens effekt på kort sigt og undervurdere den på langt sigt."

Amaras lov bruges ofte til at forklare, hvorfor nye teknologier skaber både hype og skuffelser, før deres langsigtede potentiale realiseres.

Kilde: Susan Ratcliffe, "Roy Amara 1925-2007, American futurologist". Oxford Essential Quotations. 4. udgave. (Oxford University Press, 2016).

hed på appen. Appen bliver sjældent brugt til online-booking og vækker generelt bekymring i forhold til ulighed i sundhed.

I Sverige har man afprøvet chatbots som led i 1177-tjenesten, der er en telefonisk rådgivning ved en sygeplejerske. Her skulle botten aflaste sygeplejersker ved at stille spørgsmål og triagere patienter; sygeplejerskerne kunne følge og se chatbottens vurdering. Løsningen blev senere afskaffet flere steder på grund af alvorlige fejl i visitationen.

I Nederlandene har man introduceret et digitalt værktøj, der både kan guide borgeren og derpå give mulighed for kontakt med sundhedsprofessionelle visitatorer, hvis der efterfølgende er brug for dette. Først besvarer borgeren spørgsmål, og derefter beslutter borgeren, om svaret er tilfredsstillende. Hvis ikke, eller hvis værktøjet beslutter det, kommer borgeren videre til en chat. Her får visitatorerne en opsummering af borgerens svar og kan give standardiserede, men tilpassede svar, eller de kan vælge at se patienten, enten på video eller ved en konsultation med fysisk fremmøde. Løsningen er ikke uden problemer; patientsikkerheden er ikke komplet dokumenteret, og ansvarsspørgsmålet er fortsat uafklaret.

ChatGPT kræver sproglig præcision

Ved et af vores virtuelle månedswebinarer lærte vi, at ChatGPT og lignende tjenester kan besvare helbredsspørgsmål rimeligt godt. Men kvaliteten bliver markant ringere, når borgeren selv skal stille spørgsmålene (prompts) og fortolke svarene. Det understreger behovet for sproglig præcision og god formidling, hvis vi for alvor skal kunne bruge disse online tjenester til noget.

Lad os undgå en digital version af Vasa

Når nye teknologiske løsninger lanceres, er det let at falde i fælden med 'solutionism' – troen på, at teknologi ale-

HVAD SIGER SUNDHEDS-REFORMEN OM DEN DIGITALE FORDØR?

Sundhedsreformen inderholder et afsnit om "Ret til digitale sundhedstilbud og vision om digital fordør". Det indledes med ønsket om at indføre en "ret til digital kontakt", når det fagligt giver mening, og patienten har de nødvendige digitale kompetencer og ønsker at gøre brug af rettigheden.

"Rettigheden vil i første omgang gælde videokonsultationer i almen praksis, digital genoptræning efter sygehusindlæggelse, skærmBesøg fra den kommunale sygepleje, udvalgte virtuelle kontroller og opfølgninger på hospitalet og hjemmebehandlingstilbud til udvalgte kronikerområder." (Aftale om sundhedsreform 2024, side 54).

Senere i afsnittet lægges der op til, at patientens primære kontakt til sundhedsvæsenet skal være digital:

"Aftalepartierne deler en vision om en digital fordør, som skal være borgernes digitale indgang til sundhedsvæsenet. Borgere skal let, fleksibelt og overskueligt kunne tilgå sundhedsvæsenet digitalt for hurtigt at kunne få afklaring og blive ledt videre til det rette tilbud. På sigt kan fordøren udvides i takt med den teknologiske udvikling med fx indledende digital kontakt med borgere og symptomvurdering."

En foranalyse, som skal danne grundlag for regeringens beslutning om, hvordan en digital fordør konkret kan udformes, skal efter planen gennemføres i 2026-2027.



Læs "Aftale om Sundhedsreform 2024".

ne kan løse komplekse problemer. Amaras lov minder os om, at vi ofte overvurderer teknologiens effekt på kort sigt og undervurderer den på lang sigt. Det er værd at holde sig for øje, når man kaster sig ud i udviklingen af en national digital indgang til sundhedsvæsenet.

Vi forstår, at politiske beslutningstagere gerne vil rykke hurtigt. Men hvis visionen om en 'digital fordør' skal blive en succes, kræver det samtidig forskning i implementering og tværfaglig evaluering. Ikke om fem år – men fra dag ét. En digital fordør har stor betydning for borgere og almen praksis, og implementering og evaluering skal være en integreret del af almen praksis for at sikre adgang, sammenhæng og kontinuitet.

Det danske forskningsmiljø er klar til at bidrage med hurtige evalueringer og praksisnær forskning, så Danmark undgår en digital version af Vasa – det svenske skib, der sank på sin jomfrurejse pga. konstruktionsfejl i skroget. Digital innovation er nødvendig og ønskelig, men den skal udvikles i fællesskab, ikke i siloer, hvis den skal holde kursen uden at miste balancen. ●



Af: Inge Kristensen, direktør for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, og Vibeke B. Andersen, patientambassadør i Dansk Selskab for Patientsikkerhed og tidligere patient i psykiatrien – ik@patientsikkerhed.dk



En digital fordør til sundhedsvæsenet – tro og tvivl

Sundhedsreformens vision om en 'digital fordør' lyder besnærende. Men vi skal tage hånd om udfordringerne, hvis den skal lykkes.

Let, hurtigt, fleksibelt, overskueligt... Plusordene står i kø, når retten til digitale sundhedstilbud og visionen om digital fordør skal beskrives. Vi er ikke i tvivl om, at digitalisering rummer mange muligheder. Men hvis vi ikke tager hånd om udfordringerne fra begyndelsen, risikerer vi, at løsningerne ikke lever op til deres potentiale eller endda introducerer nye risici og forstærker uligheden i sundhed.

I første omgang omfatter retten til digitale sundhedstilbud bl.a. video-

konsultationer i almen praksis, virtuel genoptræning og skærmbesøg fra hjemmeplejen.

Fordelene er oplagte for brugerne: reduceret transporttid, mindre stress ved at skulle ud ad døren og lavere risiko for infektioner i venteværelset. Men der er også torne på de smukke roser.

Kan øge ulighed og ensomhed

Mange vil uden tvivl ønske at bytte fysisk fremmøde ud med en digital konsultation, og det kan have store fordele. Det skal indføres med "fokus på forskelle i befolkningens digitale kompetencer". Men er der alligevel ikke en risiko for, at valgmulighederne primært er en fordel for dem, der har indsigt og overskud til at sætte sig ind i tingene og vælge?

"Fokus" rækker ikke, hvis f.eks. ældre med begrænsende digitale kompetencer, personer med psykiske udfordringer, sprogbarrierer eller hjemløse skal have samme muligheder som andre.

Nogle vil hævde, at det ikke er sundhedsvæsenets ansvar, om mennesker er ensomme. Men når vi fjerner anledninger til at mødes fysisk med andre, kan risikoen for ensomhed stige. Det er ikke et enkelt digitalt tiltag, der giver ensomhed, men som samfund må vi overveje, hvordan indførte tiltag virker samlet. De kompetencer, der kræves i 2025, er det langt fra alle, der har, og nogle kan føle sig ekskluderet.

Kræver teknologiske færdigheder

Nye "tilbud" har det med at udradere andre muligheder over tid. På længere sigt kan det blive vanskeligt at få de samme tilbud, hvis man ikke har digital adgang eller digitale kompetencer. Og reelt er de fysiske muligheder mindre gode end den digitale løsning, hvis man f.eks. skal vente længere på at få en fysisk konsultation eller vente på den brevpost, der snart udfases.

I Dansk Selskab for Patientsikker-

”

Det er ikke et enkelt digitalt tiltag, der giver ensomhed, men som samfund må vi overveje, hvordan indførte tiltag virker samlet.



Et besøg hos lægen kræver i stigende grad digitale kompetencer, men det er langt fra alle, der har dem. Illustration: Mireille Lacroix.

hed er vi opmærksomme på fremkomsten af polyteknologi, dvs. det forhold, at hver borger skal bruge en række forskellige tjenester og apps. Man skal i dag forholde sig til rigtig mange forskellige løsninger, og der er mange indgange. At komme i kontakt med almen praksis kræver en løsning, mens en tid hos en terapeut kræver en anden. Hertil kommer alle de apps, som vi hver især bruger til at monitorere vores fysiske aktivitet, søvn og kost eller til at tjekke vores symptomer for at blive advaret om en forværring under opsejling. Det ændrer en digital fordør ikke ved.

Et større tidsforbrug

En række af de digitale løsninger, der er blevet introduceret over de senere år, f.eks. til mennesker med kronisk sygdom, er reelt langt fra arbejdskraftbesparende. Hvis der er tale om såkaldte "stand alone"-systemer introducerer de dobbeltdokumentation. Det bidrager negativt til personalets tidsforbrug og trivsel.

En nylig undersøgelse fra Health Foundation i England viser, at der hyppigt er et større tidsforbrug ved digitale løsninger. Det bør vi være meget opmærksomme på.

Risiko for cyberangreb

Vi skal også være bevidste om de risici, som de digitale løsninger introducerer i forhold til f.eks. strømnedbrud og cyberangreb. At øge afhængigheden af digitale løsninger er ikke risikofrit med den nuværende verdenssituation, og beredskabet er pt. ikke fulgt med introduktionen af digitale tilbud.

Hvis digitale løsninger skal være en fordel, skal de ikke bare være sikre; de skal også føles sikre. Det er vigtigt at følge introduktionen og brugen af digitale løsninger. Vi bør registrere utilsigtede hændelser og indføre såkaldt "balancerende mål", så vi kan dokumentere, om vi får de forventede fordele, når vi indfører et nyt tiltag, eller om vi introducerer nye problemer.

Det er en demokratisk, etisk og patientsikkerhedsmæssig fordring at skabe digitale tilbud, der reelt hjælper borgerne, og som støtter personalet ved at reducere arbejdsbyrde og kompleksitet. Ellers bliver det hverken godt for borgerne eller for sundhedsvæsenet. ●



Kunstig intelligens i konsultationen

Nye sprogmodeller kan allerede hjælpe lægen med at strukturere journalnotater og skrive attester. Men de juridiske og etiske rammer er uklare. Hvad gør vi, før reglerne er på plads? Og tør vi vente?

Engang var der ingen journal. Ingen noter, ingen systemer, ingen skærme mellem læge og patient. Bare et hoved fyldt med erfaringer og en fornemmelse for, hvem der var rask, og hvem der ikke var. Så kom stikordene på små lapper papir, skrevet med blæk og gemt i skuffer og tasker. Siden kom de håndskrevne journalnotater og nu den elektroniske patientjournal.

Teknologien har længe hjulpet os. Først sekretæren, så diktafonen, så talegenkendelse. Men næste skridt er noget helt andet: store sprogmodeller, der ikke blot hører, men også forstår.

Hvor tekst til tale-programmet Dragon kan høre, kan Noteless, ChatGPT eller DeepSeek også forstå. Eller i hvert

fald forstå godt nok til at rydde op i rodet, finde strukturen, fjerne overflødig fyld og gøre det læsbart.

Hvad kan gå galt?

Maskinerne hører og forstår ikke altid rigtigt. Ord kan blive forvredet, sætninger usammenhængende, og meningen kan gå tabt. Vi ved, at AI laver færre fejl end mennesker, men den laver dem på en anden måde. En menneskelig fejl er en slåfejl, en forglemmelse, en misforståelse i farten. En AI-fejl kan være systematisk. Hvis den én gang overser en penicillinallergi, kan den overse den hver gang. Og så er der problemet med sikring af patientens private data.

Software, der omsætter lyd til skrift, transskriberer alt og gemmer det i skyen

Løsning	Hvad gør den?	Pris / binding	Datasikkerhed (off. info)	Link	
Noteless	Optager konsultationen, genererer struktureret journalnotat på dansk	Abonnement (pris ikke offentlig)	Data lagres i EU-cloud; leverandøren tilbyder DPA	https://www.noteless.com/dk	
Omlon Tandem	"Ambient" samtaletil-notat med dansk model	1200 kr./md., 12 mdr. binding	AI behandling i EU-datacenter	https://omilon.com/da-dk/product/talegenkendelse-af-samtale-tandem	
Nuance Dragon Medical One	Klientbaseret diktat & realtime talegenkendelse (understøtter dansk)	Licens/abonnement via forhandler	ISO-27001 + EU-server-option	https://www.nuance.com/en-ie/healthcare/provider-solutions/speech-recognition/dragon-medical-one.html	
Abridge	Genererer udkast til kliniske noter og kodning via generativ AI	Enterprise-aftale (USA)	HIPAA / EU-model under vej	https://www.abridge.com/	



Hvem har ansvaret?

Hvis der opstår systematiske fejl eller blot en vigtig oplysning mangler, hvem har så ansvaret? Lægen, der trykker "Godkend"? Systemet, der genererer teksten? Regionerne, der har implementeret det? Indtil videre er det lægen, der har det endelige ansvar. Men det kræver, at vi ved, hvad vi trykker "godkend" til.

Tidsgevinst og honorar – men for hvem?

Lægen kigger op. Patienten sidder der. Venter. Lægen kigger på skærmen. Skriver. Finder de rigtige ord. Så kigger lægen op igen. Men hvad hvis ordene allerede var skrevet? Hvis samtalen blev til et notat uden tastetryk? Det tager 10-15 minutter at skrive en A4-side. En AI kan gøre det på et sekund. En attest tager i dag 50 minutter at lave og honoreres som sådan. Hvis en LLM (Large Language Model) klarer det meste på fem minutter, hvad betyder det så for honoreringen? Og hvad med kollegaen, der ikke ønsker at bruge AI? Skal han eller hun tvinges til at følge med, købe nye systemer, tilpasse sig en teknologi, som han/hun ikke ønsker? Bliver det dyrt at være gammeldags?

Hvis det går, som det plejer med ny teknologi, ender vi med at blive så afhængige, at vi ikke kan klare os uden. Vi skaber mere information, fordi vi kan. Og derefter gør vi os afhængige af de systemer, der skal hjælpe os med at få overblik over de store mængder information, vi har skabt.

Og så kan AI måske sammenlignes med et billigt quickfix, der lokker os med nemme gevinster, men efterfølgende gør os både dummere og dybt afhængige, når vi først er hooked? Med høje priser og mindre frihed til følge.

Juridiske rammer er ikke på plads

De juridiske rammer for brug af AI i almen praksis er ikke på plads. Spørgsmålene er rejst, men de er ikke afklaret. Vi ved, hvornår vi skal være forsigtige. Vi har erfaring med GDPR og patient-samtykke. Men vi ved endnu ikke 100 %, hvornår vi har sikret data godt nok til AI.

I en verden, hvor ingen vil give råd, vil jeg alligevel vove at komme med syv råd. For når du bruger en ekstern transskriptionstjeneste til konsultationer, er der syv grundregler, du skal have styr på – som minimum. De er hverken juridiske spidsfindigheder eller udtømmende, men de giver et praktisk overblik, så klinikken undgår de typiske GDPR-fælder. ●

7 RÅD

om brug af AI i konsultationer

1. Få papirerne i orden

Start med at indgå en formel databehandleraftale med leverandøren. Det er her, ansvaret for personoplysninger fordeles. Husk også at føje brugen af transskriptionstjenesten til klinikens GDPR-fortegnelse over behandlingsaktiviteter (artikel 30).

2. Indhent patientens samtykke og informer åbent

Inden du trykker på optageknappen, skal patienten give et klart ja til både lydoptagelsen og den efterfølgende transskription. Fortæl samtidig, at I bruger en ekstern tjeneste – enten mundtligt, i velkomstmaterialet eller på klinikens hjemmesides privatlivspolitik.

3. Minimer mængden af data

Optag kun det, der er nødvendigt for journalføringen. Undgå at gentage hele CPR-nummeret eller overflødige og følsomme detaljer. Jo færre data I sender ud af huset, desto lavere risiko og mindre administrativt bøvvl, hvis noget går galt.

4. Fastlæg interne arbejdsgange

Lav en kort, skriftlig instruks: Hvilke samtaler må optages? Hvor gemmes filerne? Hvornår slettes de igen? Sørg for, at alle – også nyansatte – kender proceduren, så håndteringen er ens hver gang.

5. Lav en plan for sikkerhedsbrud

Skulle lydfiler havne i de forkerte hænder, skal I reagere hurtigt og systematisk. Beskriv på forhånd, hvem der gør hvad – lige fra intern fejlsøgning til underretning af patienter og Datatilsynet, hvis det bliver nødvendigt.

6. Log al brug af tjenesten

Før en simpel logbog over, hvornår transskriptionstjenesten anvendes, og noter eventuelle driftsforstyrrelser eller patienthenvendelser om deres data. Loggen er guld værd, hvis I skal dokumentere jeres arbejde eller finde en fejl.

7. Tag et årligt servicetjek

Mindst én gang om året bør I gennemgå aftaler, sikkerhedsforanstaltninger og jeres egen praksis. Risici, priser og leverandørvilkår ændrer sig – og det, der var tilstrækkeligt i går, er måske ikke nok i morgen.



Af: Marianne Rosendal, ph.d., seniorforsker, speciallæge i almen medicin, AUH, Lisbeth Frostholt, professor, ledende psykolog, ph.d., AUH, og Mette T. Rask, seniorforsker, cand.scient.san., ph.d., AUH - marose@rm.dk

Længerevarende symptomer



Et nyt digitalt selvhjælpsprogram kan hjælpe både patienter og praksis.

Mange patienter med længerevarende symptomer søger hjælp i almen praksis. 'Mine symptomer' er et nyt digitalt program, som kan hjælpe patienterne til at få en bedre livskvalitet. Læger, der har anvendt programmet, oplever, at deres værktøjskasse er blevet udvidet med et ekstra redskab, der hidtil har manglet. Vil du også gerne tilbyde dine patienter programmet? Så læs mere her!

Vi kender det alle sammen. Patienten står der igen med hovedpine, rygsmerter, svimmelhed, træthed eller maveproblemer. Måske er der sket noget nyt, og patienten skal undersøges nærmere. Men hvordan hjælper vi patienten med symptomerne her og nu?

En række faktorer kan være med til at vedligeholde eller endda forvær-

re symptomer, når først de opstår. Det gælder f.eks., hvis man udelukkende søger løsninger ved at gå efter en somatisk årsagsforklaring som læge eller som patient. Eller hvis patienten fastlåses i at skulle aflastes og være passiv frem for at tage aktivt del i sin behandling.

Forskning viser, at patienter med

længerevarende symptomer ønsker at få en behandlingsplan af deres praktiserende læge, herunder information om, hvad de selv kan gøre for at få det bedre. Mange patienter efterspørger desuden relevante forklaringer på deres symptomer og ikke kun en generel forsikring om, at der ikke er noget alvorligt galt.

www.mine-symptomer.dk



VIL DU VIDE MERE?

Skriv til os på:
mine.symptomer.info@auh.rm.dk
Eller ring til 2147 6826 og tal med
en af os fra projektledelsen.

Lægen fortæller



Biologiske og psykosociale faktorer

De seneste 10-15 års forskning har givet os ny viden på området også i forhold til, hvordan vi kan hjælpe patienterne til at få det bedre og blive mindre generet af deres kropslige symptomer. Det er særlig vigtigt, at de får en god forståelse af, hvorfor symptomer opstår og varer ved. Denne forståelse vil ofte kunne berolige kroppens alarmberedskab og kan derved i sig selv være med til at mindske symptombelastningen.

Nye forklaringsmodeller inkluderer både biologiske og psykosociale faktorer. Gode forklaringer kombineret med ændrede kognitive strategier og dermed adfærd er forhold, man har arbejdet intensivt med i sekundærsektoren og i den internationale forskning. Der foreligger derfor behandlingsstrategier, som man med fordel vil kunne iværksætte på et tidligere tidspunkt, end det sker i dag, dvs. i almen praksis. Ved at sætte tidligere ind, vil man forventeligt kunne forebygge udvikling af kronisk sygdom og langvarige sygdomsforløb hos en stor del af patienterne.

Kan aflaste den praktiserende læge

Ny behandling udvikles løbende og er sammen med opgaveglidningen fra andre sektorer en udfordring for almen praksis, der allerede er hårdt belastet.

Det kræver tid at tilegne sig nye færdigheder, og det tager tid at levere en ny behandling – måske især, når behandlingen rummer nye forståelser for både læge og patient. Netop derfor har vi taget alle de gode nye behandlingselementer, der er relevante for længelevende symptomer, og lagt dem ind i et internetbaseret program.

Det nye program hedder "Mine Symptomer" og er et selvhjælpsprogram, som patienterne kan arbejde med derhjemme. Programmet leverer forklaringer på en række hyppige symptomer, og patienten får redskaber til at skabe forandring i hverdagen. Der ved bliver opgaven for praksis minimeret til at motivere patienten til at bruge programmet. Programmet er desuden designet, så man kan starte op med det allerede tidligt i forløbet – også inden evt. nødvendige undersøgelsesresultater foreligger. På den måde holdes patienten aktiv i hele sygdomsforløbet.

Består af 8 moduler

Mine Symptomer består af i alt 8 moduler. Patienten skal ikke igennem alle moduler, men vælger selv de relevante temaer. Programmet ordineres af egen læge, og patienten har derefter 8 uger til at arbejde i det parallelt med evt. opfølgning hos egen læge. Efter 3 mdr. lukkes programmet for patienten for at undgå unødigt opbevaring af data.

De 8 moduler er koblet til 4 værktøjer, der hjælper patienten med at ændre adfærd: Hver dag, Måltrapper, Symptomschema og Notesbog. Bag modulerne gemmer sig ud over tekst bl.a. animationsfilm med symptomforklaringer, videofilm med fysioterapiøvelser, lydfiler med patienthistorier og korte mindfulnessøvelser og eksempler på brug af de nævnte værktøjer.

Sådan får du adgang til programmet

Mine Symptomer udbredes aktuelt som led i et forskningsprojekt. Indtil videre deltager 40 læger aktivt i projektet. Du kan også komme med og bruge programmet til dine patienter.

Deltagelse indebærer, at du – evt. sammen med dine kolleger – afvikler en times introduktionsmodul til Mine Symptomer i egen klinik ud fra et tilsendt materiale (svarende til indholdet i et KGE-modul). Du kan derefter frit ordinere programmet til dine patienter i alderen 18-65 år. Som deltager i projektet vil du blive anmodet om at besvare tre korte spørgeskemaer. ●

OM MINE SYMPTOMER

Selvhjælpsprogrammet er udviklet af en tværfaglig gruppe ved Aarhus Universitetshospital i tæt samarbejde med forskningsenhederne i Aarhus, Odense, Aalborg og København og sammen med patienter og praktiserende læger.

Projektet er finansieret med 22 mio. kr. af Innovationsfonden, TrykFonden, Region Nordjylland, Helsefonden, KEU i Region Midtjylland, KEU i Region Syddanmark og Fonden for Almen Praksis.

Fordi det er et projekt, kan man som praksis kun tilmelde sig til udgangen af 2025. Man kan fortsætte med at ordinere programmet til patienter frem til sommeren 2026.

Af: Sardam Wahab, Diana Højrup Runegaard Albæk, Jesper Sloth Andersen, Jivasini Pratheepan, HU-læger i almen medicin, og Morten Bondo Christensen, praktiserende læge - sardam.w@hotmail.com



Hvad fejler patienter, der henvises i diagnostisk pakkeforløb?

Hvilke diagnoser bør man overveje som praktiserende læge, når en patient kommer med uspecifikke symptomer, som kan være tegn på alvorlig sygdom? Hvor mange af dem har kræft eller anden alvorlig sygdom? Det er undersøgt i en journalaudit i fire midtjyske lægeklinikker.

Diagnostisk pakkeforløb blev indført i 2012 med det formål at identificere alvorlig sygdom på et tidligt stadie hos patienter med uspecifikke symptomer.

Hvordan lavede vi studiet?

Dette studie er en journalaudit, hvor vi har undersøgt udfaldet for de pa-

tienter, der fik taget en okkult cancer blodprøvepakke (OCB), som blev registreret i WebReq. Data stammer fra fire lægeklinikker i Viborg Kommune og Silkeborg Kommune. I hver lægeklinik inkluderede vi 50 patienter, som fik taget en OCB.

Patienterne er identificeret i IT-systemet XMO ved at lave en søgestreng

på patienter, som fik taget thyreoideastimulerende hormon (TSH) og immunoglobulin G (IgG), da denne kombination primært forekommer i en OCB. Patienterne er fundet i perioden fra 1. januar 2021 til 1. marts 2024 og er tilfældigt udvalgt fra de fremsøgte patientlister i XMO. Der blev foretaget journalgennemgang seks måneder frem i tiden fra denne dato med fokus på at identificere risikofaktorer, symptomer, blodprøvesvar, CT-TAB-resultat og diagnose.

OM FORFATTERNE:

Fire hoveduddannelseslæger i Region Midtjylland har lavet projektet som en del af deres forskningstræningsforløb. De er blevet vejledt af praktiserende læge Morten Bondo Christensen.



Hvor mange havde kræft eller anden alvorlig sygdom?

Ud af de i alt 200 patienter, som fik taget en OCB, havde 21 (10,5 %) kræft og 11 (5,5 %) anden alvorlig sygdom. Det vil sige, at 32 (16 %) patienter enten havde kræft eller anden alvorlig sygdom. I tabel 1 ses forekomsten af de forskellige kræfttyper, og i tabel 2 ses forekomsten af anden alvorlig sygdom end kræft.

Tabel 1. Kræftformer fundet i diagnostisk pakkeforløb

	Antal, n (%)
B-lymfom	1 (4,8)
Brystkræft	1 (4,8)
CML	1 (4,8)
Galdegangskræft	1 (4,8)
Lungekræft	2 (9,5)
Mavekræft	1 (4,8)
Metastase	1 (4,8)
Morbus Waldenström	1 (4,8)
Myelomatose	1 (4,8)
Nyrekræft	2 (9,5)
Pancreaskræft	1 (4,8)
Prostatakræft	3 (14,3)
Tarmkræft	3 (14,3)
Thyreoideakræft	1 (4,8)
Lungehindekræft	1 (4,8)
Total	21

De hæmatologiske kræftformer forekom hyppigst med fire tilfælde, svarende til 19 %. Herefter fulgte prostata- og tarmkræft (14,3 %) og nyre- og lungekræft (9,5 %). Blandt de andre alvorlige sygdomme end kræft forekom muskelgigt og vaskulitis hyppigst med to tilfælde af hver (tabel 2).

Hvilke symptomer havde patienterne?

Vedvarende CRP-forhøjelse (20,8 %) og anæmi (19,2 %) var i højere grad associeret med kræft end de subjektive symptomer, som var nedsat appetit (12,3 %), feber (10 %), træthed (9,3 %), vægttab (8,3 %) og nattesved (6,1 %).

Hvor mange skal udredes for at finde én patient med kræft eller anden alvorlig sygdom?

Et større dansk studie har tidligere vist, at 11-20 % af de patienter, der blev henvist til et diagnostisk center, fik påvist kræft. Et andet dansk studie peger på, at de hyppigst forekommende kræftformer var lungekræft, lymfekræft (lymfom), kolon-/rektumkræft, pancreaskræft og øvre gastro-intestinal kræft. Et andet dansk studie viste, at brystkræft, hæmatologisk kræft og malignt melanom forekom hyppigst.

Studierne peger således på, at patienter med uspecifikke symptomer, som får taget en OCB, kan ende med mange forskellige diagnoser. Resultaterne i vores studie indikerer, at 6,25 patienter med uspecifikke symptomer skal udredes i et diagnostisk pakkeforløb for at diagnosticere én patient med kræft eller anden alvorlig sygdom.

I tidligere nationale retningslinjer for kolorektalkræft anslog man, at an-

Tabel 2. Fund af anden alvorlig sygdom end kræft

	Antal, n (%)
Demens	1 (9,1)
Depression	1 (9,1)
Hjertesvigt	1 (9,1)
Hypercalcæmi	1 (9,1)
Omentinfarkt	1 (9,1)
Kronisk pankreatit	1 (9,1)
Muskelgigt	2 (18,2)
Reumatoid artrit	1 (9,1)
Vaskulitis	2 (18,2)
Total	11

vendelse af de fastsatte henvisningskriterier til kræftpakkeforløbet ville resultere i en kræftdiagnose hos ca. 5 % af de henviste patienter. Vores studie giver anledning til refleksion over, hvad den ønskede hitrate er ved det diagnostiske pakkeforløb, hvor der er tale om uspecifikke symptomer frem for organspecifikke symptomer. Indikerer en hitrate på 16 %, at tærsklen for udredning er for høj, og at vi bør henvise flere til udredning i diagnostisk pakkeforløb? Der mangler evidens på området. ●

Referencer kan fås ved henvendelse til forfatterne.

OM DIAGNOSTISK PAKKEFORLØB I REGION MIDTJYLLAND

Pakkeforløbet blev indført i 2012 for at identificere alvorlig sygdom på et tidligt stadie hos patienter med uspecifikke symptomer. Pakken indeholder to trin.

TRIN 1: En læge i almen praksis gennemfører en okkult cancer blodprøvepakke (OCB), grundig anamnese, objektiv klinisk undersøgelse og henviser eventuelt til CT-skanning af thorax, abdomen og bækken (CT-TAB).

TRIN 2: Hvis blodprøver og CT-TAB ikke rejser mistanke om en organspecifik kræfttype, og der fortsat er mistanke om alvorlig sygdom, kan patienten henvises til yderligere udredning ved et diagnostisk center på et hospital.

HVAD FEJLEDE DE HENVISTE PATIENTER?

- 10,5 % fik påvist kræft, hyppigst hæmatologisk kræft.
- 5,5 % fik påvist anden alvorlig sygdom, hyppigst reumatologisk sygdom.



Udeblivelser fra børneundersøgelser: Hvad skyldes det?

I Danmark tilbydes alle børn syv forebyggende helbredsundersøgelser i løbet af barnets første fem leveår. Generelt er der stor tilslutning til børneundersøgelserne i almen praksis – særligt når der samtidig gives en vaccine. Men hvorfor udebliver nogle børn? Det har vi undersøgt i et forskningstræningsforløb ved Videreuddannelsesregion Nord.

Styrket indsats for børn med sårbarhed og deres familier

Med OK22 kom ønsket om en styrket indsats over for børn med sårbarhed. Et af de tiltag, der skal lede til en styrket indsats er, at regionerne hvert halve år udsender lister til praksis på ydernummerniveau med CPR-numre på de børn, der er udeblevet fra børneundersøgelserprogrammet. Det giver praksis mulighed for at indkalde børnene. Hvis barnet vurderes at være i en sårbar position, er det muligt at tilbyde en længere konsulerende samtale, der kan afregnes med ydelse 0128.

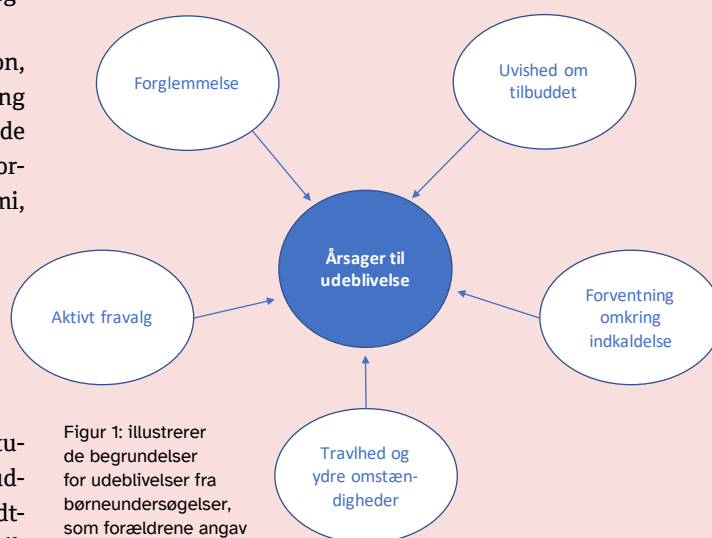
Vurderingen af, om et barn står i en sårbar position, sker på baggrund af viden om forhold, der har betydning for barnets trivsel, f.eks. sygdom (astma/atopi/afvigende vækstkurve), sygdom i familien (psykisk/somatisk), forældres skilsmisse, arbejdsmarkedstilknnytning, økonomi, misbrugsproblemer m.v. Den konsulerende samtale skal give rum for information om barnet og familien, som kan føre til indsatser og handlemuligheder, der kan påvirke barnets trivsel i en gunstig retning.

Hvordan lavede vi undersøgelsen?

Undersøgelsen er designet som et “mixed methods” studie. Vi fik kvantitative data fra regionen i form af listeudtræk på udeblevne børn. I de tre klinikker i Region Midtjylland, som vi arbejder i som uddannelseslæger, fremgik

73 børn med udeblivelser på listeudtrækket. Dernæst lavede vi en audit, hvor vi kvalitetssikrede data, hvilket førte til, at 56 børn og deres forældre kunne inkluderes i undersøgelsen. Sårbarheden af børnene blev afgjort ved interview med den praktiserende læge eller praksispersonale.

På baggrund af listeudtrækket udførte vi en kvalitativ undersøgelse i form af telefoninterviews med forældrene til de 56 børn, som var inkluderet.



Figur 1: illustrerer de begrundelser for udeblivelser fra børneundersøgelser, som forældrene angav under interview.

Ud fra opslag på CPR-nummer blev børnenes mor eller far kontaktet telefonisk. Der blev udført semistrukturerede telefoninterviews, hvor deltagerne blev spurgt ind til årsagen for udeblivelse, og om de kendte tilbuddet om en forebyggende børneundersøgelse.

Vi fik ligeledes deltagerne til at angive, om der var nogle tiltag, der kunne øge tilslutningen til børneundersøgelserne i deres familie. Slutteligt blev de tilbudt muligheden for at få en planlagt tid booket i kalenderen under samtalen.

Data blev optaget og transskriberet. På baggrund af data udførte vi en tematisk analyse. Vi identificerede fem tematikker, som forældrene angav som begrundelser for udeblivelser i vores interviewdata (Figur 1).

Flere udebliver fra børneundersøgelser uden vaccine

Der ses en tydelig tendens til, at de børneundersøgelser, hvor der ikke samtidig tilbydes vaccination, har den laveste tilslutning. Børneundersøgelserne ved hhv. 2 og 3 år har således en højere udeblivelsesprocent (5-23 %) sammenlignet med børneundersøgelserne ved hhv. 1, 4 og 5 år, hvor der samtidig tilbydes vaccination, der har en lavere udeblivelsesprocent (0-10 %) i de tre praksis. Der ses variation i udeblivelser fra praksis til praksis.

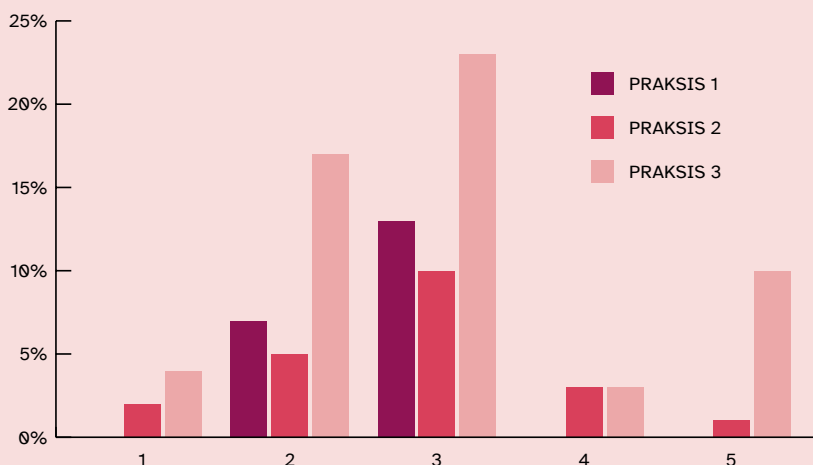
Forglemmelse og travlhed

En stor andel af forældre angav ren og skær forglemmelse som årsagen. En mor til 4 børn svarede således:

"Nu hvor du siger det, kan jeg da godt erindre, at tilbuddet findes. Vi har en flyvsk hverdag med arbejde og studie og mange børn. Ting går i glemmebogen. Jeg må ofte ind og google, hvornår de forskellige børneundersøgelser ligger. Vi forsøger at prioritere vaccinerne. Jeg har ærlig talt ikke skænket de andre undersøgelser en tanke."

Der var også en tendens til, at for-

Udeblivelser, børneundersøgelser 15 år



Figur 2: Søjlediagram, som viser udeblivelser fra 1, 2, 3, 4 og 5 års børneundersøgelser i de tre klinikker.

ældre simpelthen havde for travlt eller var præget af andre ydre omstændigheder som forhold på arbejdet eller alt for mange bolde i luften, der forhindrede dem i at prioritere børneundersøgelserne.

En mor svarede *"Vi skal alt for mange ting, og jeg har brug for samlede tider. Både til 12-års vaccination af mit store barn, celleskrab til mig og børneundersøgelse af den yngste. Jeg kan ikke rende til lægen hele tiden"*.

Manglende kendskab og forventning om indkaldelse

Flere svarede, at de simpelthen ikke vidste, at der havde været et tilbud om en forebyggende børneundersøgelse. Og i forlængelse heraf, at de forventede, der ville komme en indkaldelse i e-Boks, som en mor udtrykker det: *"Vi ville gerne være kommet, men der er ikke kommet nogen indkaldelse"* og *"Var ikke klar over børneundersøgelsen, ventede egentlig bare på, at der kom en indkaldelse"*.

Aktivt fravalg

Enkelte forældre tilkendegav, at de godt vidste, at tilbuddet fandtes, men at de aktivt havde fravalgt undersøgelsen. En mor svarede således *"Vi har fravalgt det, da vi ikke tænkte, det var*

nødvendigt. Der var ingen vacciner ved denne undersøgelse, og vi havde ikke lige nogen presserende spørgsmål. Vi oplever, at hun er sund og rask og trives."

Telefonisk tilbud om tidsbooking

Når deltagerne telefonisk blev tilbudt at få en tid i kalenderen til børneundersøgelsen, takkede 55 % ja med det samme. Mange gav udtryk for, at de var glade for tilbuddet, og at det var en stor hjælp at blive ringet op mhp. booking. Vi oplevede dog også, at nogle forældre afslog med begrundelsen *"Vi kommer bare til den næste"* og *"Giver det overhovedet mening nu?"*

Hvor mange vurderes at være børn med sårbarhed?

De praktiserende læger i praksis 1 og 2 og en sekretær i praksis 3 fik til opgave at vurdere, hvorvidt de pågældende børn kunne vurderes som hhv. børn, der befinder sig i en sårbar position, børn, der ikke vurderes at være i en sårbar position, eller uvist pga. manglende kendskab til barnet. Vurderingen skulle ske ud fra deres generelle kendskab til barnet og familien. Ud af 56 børn blev i alt 14 vurderet som børn, der befinder sig i en sårbar



Børneundersøgelsesprogrammet

Alle børn i Danmark tilbydes
børneundersøgelser og en række
vaccinationer hos egen læge



		Sæt kryds
5 uger	• 1. børneundersøgelse	☐
3 mdr	• Vaccination	☐
5 mdr	• 2. børneundersøgelse med vaccination	☐
12 mdr	• 3. børneundersøgelse med vaccination	☐
15 mdr	• Vaccination	☐
2 år	• 6. børneundersøgelse med vaccination	☐
3 år	• 5. børneundersøgelse	☐
4 år	• 6. børneundersøgelse med vaccination	☐
5 år	• 7. børneundersøgelse med vaccination	☐
12 år	• Vaccination	☐
12 år 5 mdr	• Vaccination	☐

position, svarende til ca. 25 %. Der ses stor variation. I praksis 3 (vurderet af sekretær) var det 4,5 % af børnene, som befandt sig i en sårbar position, mens det i praksis 2 og 3 (vurderet af læger) var 32-47 %. At lægerne anser en større andel af børnene som sårbare end sekretæren, kan – ud over variation i patientpopulationen – afspejle den praktiserende læges særlige indsigt i sårbarhed i familien.

Hvordan øger vi tilslutningen?

Blandt deltagerne er der overvejende enighed om, at en påmindelse vil kunne øge tilslutningen. Mange forældre nævner, at de ikke ønsker sig en egentlig indkaldelse, men blot en påmindelse om, at tilbuddet findes og en opfordring til selv at bestille tid. Det kunne være elektroniske påmindelser i e-Boks, som dem Statens Serum Institut udsender ved vaccinerne, eller besked pr. sms, som udsendes af praksis selv (lige som ved tandlægen). Men det kan også være i form af fysiske påmindelser.

En mindre omkostningstung påmindelse, som flere forældre nævner som en hjælp, er en "flyer", hvor alle børneundersøgelserne er listet op i rækkefølge. Sådan en flyer kunne være enkel at uddele til alle forældre, der kommer til den første undersøgelse efter fødslen, og forældrene kunne f.eks. opfordres til at hænge oversigten på køleskabet. Vi har lavet et forslag til en sådan flyer til uddeling i praksis, som frit må benyttes. ●



EN NESTORS ERINDRINGER

Her kommer sidste afsnit i serien Praksisvikariat 1966.

Læs om forfatteren i Practicus 271 og de foregående afsnit i 271-274.

Hele serien kan høres på Practicus Podcast.

Praksisvikariat 1966: Men der er weekendordning

Klumme nr. 6 af 6

Fire ugers vikariat for en skadet praksiskollega startede morgenen efter min kones og min ankomst. På anden dagen rejste de væk. *Men der er weekendordning*, forklarede Knud Thomsen med en vis stolthed, med nabolægen syv km derfra. Nu havde dr. Frank i Ørum måttet trække læsset under Thomsens fravær, før jeg kom, så jeg kunne kun få én weekend. Den så vi frem til.

Nogle dage efter blev det lørdag. Lidt i 11 ringede dr. Frank: Det havde været en rolig formiddag, der ventede kun en fødsel. Jordmoderen ville ringe. Han havde også en stor praksis, og geografien blev udvidet op til 15 km. Næppe var han ude ad døren, før første patient var i telefonen. Det blev en travl weekend, stort set alle forventede et besøg.

Hen på eftermiddagen meldte jordmoderen, at der var gode veer. Da der ikke var vejnavne eller husnumre, beskrev hun *forbi kirken, tredje vej på højre hånd, nærmest et hjulspor, 100 meter frem, en lille landarbejderbolig*. Dampen slog mig i møde, fugten drev af vinduerne. På brændekomfuret boblede to store gryder med vand. I stuen sad manden og en nabokone. Fødslen

var hørbart i gang i soveværelset. Jordmoderen sad på kanten af dobbeltsengen. Hun satte altid manden til at koge vand, så var han beskæftiget. Det blev dog nemt til en del mere, end hun havde brug for. Jeg fik hendes Trilene-maske og var klar.

Den ret unge mor var tredjegangs-fødende. Mellem veerne var der indforstået snak mellem de to kvinder. Så kom presseveerne. Jordmoderen styrede slagets gang, mens hun viftede fluerne væk fra vulva. Fødsler vidste jeg noget om, jeg havde endog alene taget mod et barn, fordi jordmoderen var forsinket. Presseperioden blev lang, for lang. Jeg mente, at vi skulle kalde en ambulance og se at komme på sygehuset. Jordmoderen kiggede alvorligt på mig: Vi ville blive helt til grin, når moren fødte i ambulancen i det øjeblik, vi svingede op foran sygehuset. De arbejdede videre på projektet, og efter yderligere 20-30 minutter var barnet ude. Det fik hurtigt Apgar-score 10. Kvinden blev hjulpet til at ligge på tværs i sengen, jordmoderen gav Trilene, jeg sad på hug på gulvet og syede en mindre rift.

Så blev manden hidkaldt, stor glæde. Nabokonen stak hovedet ind og meddelte, at der var blevet ringet til hendes mand *fra lægeboligen*. Jeg skul-

le ringe hjem, inden jeg kørte. Her var ikke telefon, men jeg kunne gå over og bruge deres. Det blev i

øvrigt til 7-8 fødsler på de uger, hvad Thomsen med glæde konstaterede, da han ved sin tilbagekomst styrede direkte hen mod kartoteksskuffen med gravide.

Så blev det vores tur til weekend-fri. Der var lige et par besøg lørdag formiddag, inden jeg ved middagstid ringede dr. Frank op. Vi ville tage væk, bo på hotel. En afslappet weekend i Løgstør med rolig søvn. Ved 18-tiden søndag var vi tilbage. Til min overraskelse kunne Frank fortælle, at ingen af besøgene hos 'mine patienter' havde hastet, så dem kunne jeg selv ringe til og besøge. Det blev en lang aften, en brat ende på 'fridagene'. Jeg besluttede, at skulle jeg i praksis, måtte det være med kollegial støtte i en gruppe og med ordnet frihed.

Jeg havde fået stor respekt for Thomsens indsats, en respekt der kun voksede, efterhånden som jeg fik erfaringer i mine senere 30 år i praksis.

PS. Dr. og fru Thomsen havde over-skud på os! ●



Vikaren på vej ind til et sygebesøg med dr. Thomsens fine læderlægetaske.
Foto: Privat.



Fremtidens læger er nysgerrige på ledelse

Nord-KAP har sammen med Klinisk Institut og Region Nordjylland udviklet et praksisnært og direkte anvendeligt valgfag om ledelse til medicinstuderende ved Aalborg Universitet.

Almen praksis er afhængig af dygtige ledere, som kan forene læge- og lederrollen. Det skal ses i lyset af, at ledelse er en uomtvistelig del af hverdagen, hvor der skal skabes resultater, kommunikeres, koordineres og træffes hurtige beslutninger. Det er langt fra alle medicinstuderende, som er klar over, hvor meget ledelse og selvledelse betyder og fylder i en lægekarriere.

Allerede når man som ung læge står på en afdeling eller i en lægepraksis, kommer man til at bedrive forskellige former for ledelse. Som medicinstuderende og læge vil man opleve, at der bliver kigget til én, når der skal samarbejdes med kolleger, patienter og pårørende. Det er en vigtig lægelig opgave, som bl.a. er beskrevet i lægerollerne som kommunikator og samarbejder og leder/administrator/organisator. Men det er ikke altid let.

Øget fokus på ledelse

De seneste 10 år har Kvalitetsenheden for Almen Praksis i Region Nordjylland haft fokus på organisations- og ledelsesudvikling og bl.a. gennemført en række ledelseskurser for erfarne og nyuddannede læger. For begge målgrupper gælder det, at de efterspørger viden og kompetencer inden for ledelse som fagdisciplin, og at almen praksis er afhængig af dygtige ledere, som kan forene læge- og lederrollen.

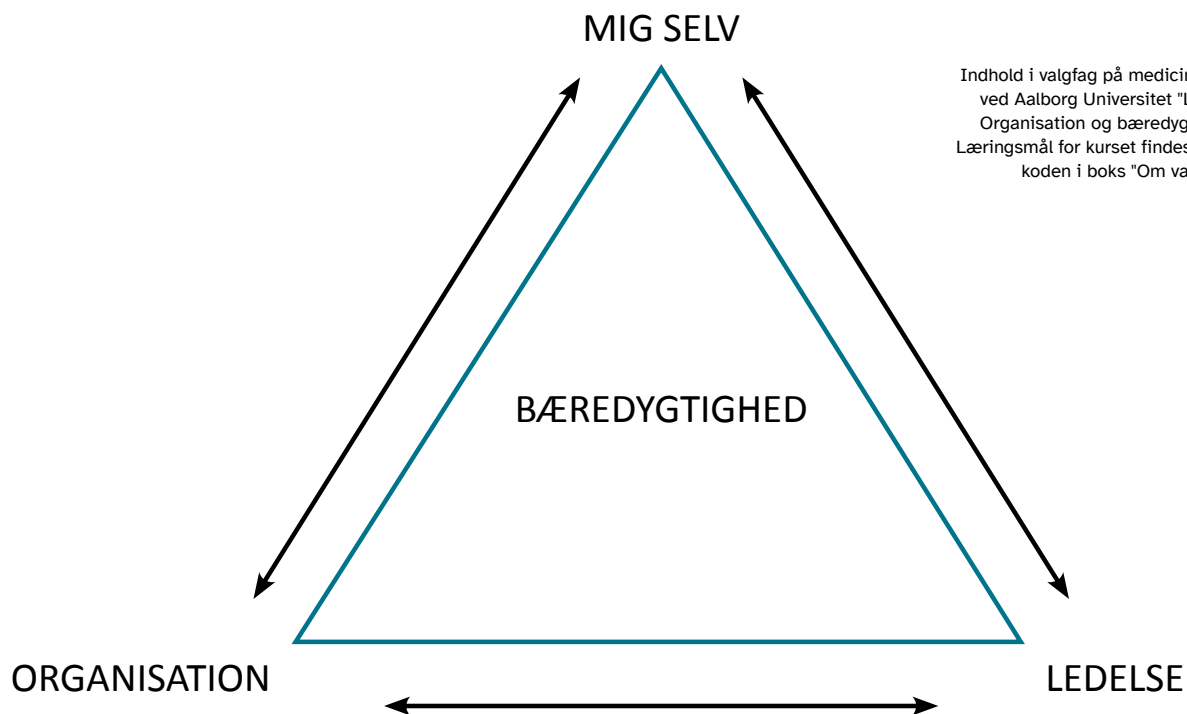
Gennem tiden har flere af deltagerne påpeget, at ledelse med fordel kunne være en større del af uddannelsen i almen medicin, bl.a. for at afmystificere de ikke-medicinske aspekter af at drive praksis. Parallelt med dette har Region Nordjylland prioriteret at bidrage til at sætte fokus på ledelse og i samarbejde med Aalborg Universitet tilbudt et ikke-meriterende ledelseskursus for at vække ledelsesinteressen og styrke ledelseskompetencerne hos fremtidige læger. Det blev en succes. Derfor har Aalborg Universitet nu taget skridt til at oprette valgfaget "Ledelse, organisering og bæredygtighed" (5 ECTS) på 4. år af studiet. Valgfaget har nu været gennemført to gange med meget stor interesse. Anden gang blev de 35 pladser revet væk på under et minut.

Formålet med valgfaget er at gøre de studerende bevidste om betydningen af ledelse i lægefaget og hjælpe dem på vej til selvledelse og medledelse. Forventningen er, at en tidlig og større viden om ledelse vil være til

OM VALGFAGET "LEDELSE, ORGANISERING OG BÆREDYGTIGHED"

- Underviserteamet består af modulansvarlig **Christina Brock**, professor og daglig leder i Mekanik, Aalborg Universitet, **Karen Boel Tidemand**, ledelses- og organisationskonsulent i Mennesker og Organisation, Region Nordjylland, og **Camilla Ulfkjær Østergaard**, ledelses- og organisationskonsulent i Nord-KAP - Kvalitetsenheden for Almen Praksis i Region Nordjylland.
- Derudover er **Jette Kolding Kristensen** involveret som studieleder for Medicin og professor i almen medicin ved Aalborg Universitet.
- Valgfaget er ét ud af flere nye valgfag i studieordning for kandidatuddannelsen i medicin ved Aalborg Universitet.





gavn for både de studerende og for de afdelinger og uddannelsespraksis, som skal modtage dem. Det kan f.eks. være situationer, hvor de studerende selv skal påtage sig lederrollen, men også når de skal efterspørge eller give feedback på ledelse fra andre.

Praktiserende læger som rollemodeller

Valgfaget kombinerer viden om ledelsesteori og erfaringer fra lægefaglige ledere fra forskellige medicinske specialer og ledelsesniveauer.

Som en del af valgfaget inviteres gæsteforelæsere, bl.a. forskningschef/cheflæge Birgitte Brock, lægefaglig direktør Søren Hjortshøj, cheflæge Thea Faaborg, læge og regionsrådspolitiker Søren Vahlgren Knudsen, dekan Lars Hvilsted Rasmussen, hospitalsdirektør Brian Brøndum Møller, praktiserende læge Anne Grethe Schioldan og yngre læge Sara Kristin Finnbogadottir.

Selvom valgfaget på 5 ECTS ikke klæder de studerende fuldt på som fremtidige ledere, får de en dybere forståelse af ledelse, og det giver dem et godt afsæt for deres videre udvikling som ledere. ●

HVAD SIGER DELTAGERNE?

Citater fra evalueringer (feb. 2025)

- "Det har været et rigtigt godt valgfag, vekslede mellem undervisning og indslag, som fik én til at tænke anderledes på ledelse helt generelt."
- "Det har været et valgfag, hvor jeg på et individuelt niveau har fået indblik i egne styrker og svagheder generelt og i relation til ledelse. Valgfaget har givet stof til eftertanke, og det sætter jeg stor pris på."
- "Det var et meget interessant valgfag, der har ledt til nogle rigtig gode diskussioner."
- "Overordnet synes jeg, at jeg har fået mange gode redskaber til både at lede, men også at blive ledet."
- "Kurset giver god mening som helhed - netop fordi leder er en af de 7 lægeroller."

Citater fra evalueringer (sep. 2024)

- "Undervisningen har været vildt god, og der har været plads til at lære på en anden måde."
- "Valgfaget har været ekstremt brugbart. Ledelse og organisation var noget, jeg kun havde en intuitiv forståelse for. Fremadrettet er jeg mere tilbøjelig til at opsøge viden."
- "Valgfaget har opbygget et solidt fundament i forståelsen af, hvilke elementer der indgår i sundhedsvæsenet."



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

EN DAG MED ...

Anna Weibull

Anna Weibull arbejder som vikarierende regionslæge i Dronning Ingrid's Sundhedscenter (DIS) i Nuuk, Grønland, i marts 2025

6.30: Der er skumring udenfor. Da jeg kom til Nuuk i slutningen af februar, var det helt mørkt om morgenen, men nu ved forårsjævndøgn kommer lyset hurtigt tidligere.

7.00: Dagens videohygge med min ægtefælle, som er hjemme i Danmark.

7.40: Jeg forlader min lejlighed på 3. sal lige oven for Dronning Ingrid's Hospital (DIH), hvor også DIS ligger. På vejen går jeg forbi Center for sundhed, hvor sygeplejerskeuddannelsen ligger, og Stenos nye bygning, hvor DIS' kronikerkontroller, hudklinikken og den telemedicinske støttende funktion for sundhedsarbejderne og klinikkerne i bygderne langs Grønlands kyst vil være fremover.

8.00: Morgenmøde i DIS, hvor alle ansatte er til stede, og dagens opgaver fordeles. Jeg har bagvagten, hvilket betyder, at jeg ikke selv har nogen patienter opsat, men er backup for alle reservelæger i basisuddannelse, intro- og hoveduddannelse og i dag også sygeplejerskerne i deres konsultation og visitation og de 4 medicinstuderende. DIS fungerer som en ganske almindelig almenmedicinsk klinik, hvor der både er planlagte patienter på dagsprogrammet og akutte tider. Derudover passer vi lægevagt, skadestue og akutmodtagelse 24/7, hvilket er meget anderledes end vores funktion i Danmark. Ved større traumer eller medicinske katastrofer tilkaldes læger og sygeplejersker fra sygehusets andre afdelinger, men DIS-reservelægen i skadestuen er fortsat teamleder.

8.10: Jeg skal undervise i dag og taler om kroniske komplekse smerter, som vi ser hos mange patienter i Nuuk. Der er undervisning 3 gange om ugen for lægerne. Der lægges altid vægt på de specielle forhold og udfordringer, vi møder i Grønland.

8.50: Undervisningen er overstået, og jeg finder mit kontor. Jeg ser på prøvesvar og røntgenbilleder fra mine egne patienter. Er jeg i tvivl, kan jeg ringe til en radiolog eller fagspecialist. Der er et positivt syfilissvar på en patient med et usædvanligt udslet i knæhasen. Patienten har tidligere haft syfilis og fået behandling. Jeg konsulterer den regionslæge, som har ansvaret. Der skal ikke gøres yderligere lige nu. Vi ser mange patienter med udslet, og vi skal hele tiden huske på forskellige infektionssygdomme. En af regionslægerne er specialiseret i hudsygdomme, ligesom de andre regionslæger har hver deres ansvarsområde.

9.20: Telefonen begynder at ringe. En reservelæge beder om hjælp til at oplægge en Mirena. Hun får lov at lægge den superviseret, og det går fint. Næste opkald er en sundhedsplejerske vedrørende bilirubinniveau hos et gult barn. Så ringer vores læge i skadestuen, som beder mig se med på et billede af en fod. Er der fraktur? Jeg er også usikker og beder hende kontak-



Dronning Ingrid's Sundhedscenter en kold morgen. Foto: privat.

te ortopædkirurgen, som kan se med på billederne og vurdere, om de vil se patienten. Næste er et opkald fra sygeplejersken på Qeqertarsuatsiaat (Fiskenæsset). Det er en bygd, som ligger ca. 4 timers sejlads fra Nuuk. Denne uge er en af vores sygeplejersker dernede for at hjælpe den lokale sundhedsmedarbejder. Først et par spørgsmål om patienter med mellemøreproblemer. Vi aftaler, at de skal henvises til ørelægen, som befinder sig i Nuuk. Derefter en patient med kvalme, ind imellem opkast og let blodig diarré. Hun blev opereret i Danmark for 1 måned siden og har haft disse symptomer i 14 dage, men har først kontaktet klinikken nu. Jeg tager kontakt med kirurgen, som vil sørge for at få patienten til Nuuk med den næste kystbåd. Der er ikke livsfare, så det bliver med vanlig transport snarest muligt.

Næste opkald er de studerende, som arbejder sammen to og to. De har en 9-måneders baby med hoste og feber, som har været i 5 dage. Barnet er febrilt og træt og lader sig undersøge lidt for let. Der er interkostale indtrækninger og en respirationsfrekvens på 60. Barnet sendes via laboratoriet til måling af CRP, Hb og leukocytter til

skadestuen, hvor lægen, der ser svarene og barnet, vurderer, om hun skal indlægges. Jeg kaldes til yderligere nogle yngre kolleger og sygeplejersken for at se på udslæt, en mand med langvarig hoste, som nu skal udredes for TB, og en kvinde med en vaginal byld. Gynækologen kontaktes, og patienten går op på afdelingen til vurdering af, om hun skal opereres i dag eller i morgen.

12.00: Jeg henter en dejlig salat i kantinen og går op til frokost med mine kolleger. Kantinen har selvstændigt køkken, som bruger mange produkter fra lokale fiskere og fangere. Der er ofte rensdyrkød og moskusokse, fisk og ind imellem hval- eller sælkød – altid glimrende tilberedt.

12.45: Jeg kontaktes løbende telefonisk. Nogle gange er det nok med et godt råd eller bekræftelse af den plan, de har lagt. Andre patienter ser jeg sammen med den unge læge. Ofte kommer de ind på mit kontor til en snak om, hvordan de skal udrede eller følge op på en patient. Jeg får en del spørgsmål om patienter med smerter, og det synes jeg er spændende og udfordrende.

16.00: Jeg afleverer koden til den kollega, som har bagvagten for aften/nat og skifter til varmt tøj og gode støvler med pigge under og mine vandrestave, som også har pigge. Der har været tøvejr for et par dage siden, men nu er det frosset til igen med en del ny sne over isen, så fødderne kommer let til at smutte!

16.30: Jeg har gået et par km op forbi Godthåbshallen til mine børnebørns børnehavn, hvor jeg henter dem et par gange om ugen. Min søn og hans familie bor i Nuuk, og jeg har det dejligt med at være i nærheden af dem i deres egne omgivelser nogle gange om året. Børnene er begge tosprogede og taler flydende grønlandsk. Jeg selv kan nogle få ord, men kan slet ikke følge med i en samtale. Når der er patienter, som ikke taler dansk eller engelsk, har jeg brug for en tolk. Jeg går sammen med børnene ned til bussen, som kører os ud til Nussuaq, hvor de bor.

17.30: Vi når lige en halv time i sneen med de runde kælke. Der er snebjerger lige uden for døren, hvor snerydderne lægger det af! Så går vi ind til aftensmad.

20.30: Jeg tager hjem til min egen lejlighed og slapper af foran fjernsynet, inden jeg skal i seng. Debatten om Grønland er intensiv for tiden. Der har lige været valg til Inatsisartut, og partiet Demokraatit har fået flest stemmer. De arbejder nu på at sammensætte en bred og arbejdsduelig Naalakkersuisut (regering).

I morgen har jeg en almindelig arbejdsdag med patienter på min egen liste, både opfølgninger og nye patienter. Det glæder jeg mig også til! ●



GRØNT TIP

Hydrozid-spray

Hydrozid er en medicinsk spray, der bruges til at behandle vorter, aktinske og seboriske keratoser, lentigo, mollusker, kelloid med mere.

Hydrozid er en spray, der indeholder freon, som er sammensat af kulstof-, fluor- og kloratomer. På en kemisk formel hedder det HFC-134a. En af de primære anvendelser af freon er som kølemiddel i kølesystemer og air-condition anlæg samt til brandslukning.

Desværre har freon vist sig at være en potent drivhusgas, der er kendt for at nedbryde ozonmolekyler i stratosfæren, hvilket fører til udtynding af ozonlaget. HFC-134a er 1430 gange så potent som CO₂.

Hvordan mindsker klinikken udledning af freon?

Der findes flere behandlingsalternativer til hydrozidspray til f.eks. vorter.

Overvej at lade patienterne gøre brug af behandlinger i eget hjem.

Flere lægehuse har vejledninger på deres hjemmeside, som de kan henvise til og dirigere patienterne uden om almen praksis. På den måde kan klinikken bruge sine ressourcer på noget andet og samtidig spare CO₂.

Se et eksempel på en patientvejledning til behandling af vorter hos Roskilde Lægehus. ●



HVOR MANGE FLASKER BRUGER DIN KLINIK PÅ 1 ÅR?

CO₂-ækvivalent for freon:

- 1 kg freon (HFC-134a) svarer til 1430 kg CO₂.
- En flaske (200ml) hydrozid indeholder 240 gr freon (HFC-134a).
- Det svarer til 335 kg CO₂ for hver flaske brugt.

Til sammenligning udleder en dansker i gennemsnit ca. 35,6 kg CO₂ om dagen. Det vil sige, at 1 flaske svarer til en persons samlede CO₂-udledning i 10 dage.

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



Reformtaskforce

Denne artikel tager dig med ind i maskinrummet i DSAM's reformtaskforce, hvor tempoet er højt, og hvor vi som kommende almenmedicinere bidrager aktivt til de afgørende forhandlinger og implementeringen af sundhedsreformen. DSAM spiller en central rolle – og FYAM er med hele vejen.

Fremtiden for almen praksis står højt på dagsordenen i den nye sundhedsreform. Reformen sigter mod mindst 5.000 praktiserende læger i 2035, en national opgavebeskrivelse for almen praksis, nye aftale- og honorarsystemer, og et sygehusvæsen, der skal vende sig mod det nære sundhedsvæsen. Der er nok at tage fat på! Det var et skulderklap, da DSAM før jul inviterede FYAM med i den nye reformtaskforce. Som nyvalgt FYAM-formand ser jeg det som et stærkt signal, at vi sidder med på lige fod med DSAM's formandskab, med mulighed for både at få indsigt i og indflydelse på reformens kerneprocesser. Vi arbejder sammen for at sikre, at almen praksis styres i den rigtige retning ud fra et oplyst grundlag og med DSAM's pejlemærker i fokus.

Giver kommende praktiserende læger en stemme

Efter fremlæggelsen af sundhedsreformen blev det hurtigt tydeligt for mig, at der var behov for, at FYAM trådte ind i den sundhedspolitiske debat for at repræsentere de yngre almenmedicineres ønsker og bekymringer om vores fremtidige arbejdsliv. Vi er den eneste organisation, der udelukkende repræsenterer yngre almenmedicinere og dermed fremtidens praktiserende læger.

Selvom Yngre Læger gør en god indsats i debatten, har de overvejende fokus på hospitalsansatte. Derfor har vi i FYAM et ansvar for at være den faglige stemme, der repræsenterer vores medlemmer ud fra medlemsundersøgelser og almenmedicinske kerneværdier – og altid med målet om at være konstruktive i dialogen. Det politiske arbejde er nyt land for FYAM, men vi oplever det som nødvendigt i denne tid. Vores sundhedsvæsen skal ikke kun

formes af ældre kollegaer, politikere og embedsmænd, men i den grad også af os, der kommer til at have størstedelen af vores arbejdsliv i den nye virkelighed. Vi oplever stor opbakning blandt vores medlemmer, og vi arbejder for løbende dialog, blandt andet gennem mini-surveys i FYAM's nyhedsbrev (Figur 1).

I den sundhedspolitiske arena

Jeg har sammen med andre dygtige medlemmer af FYAM-

OM TASKFORCEN

DSAM opretter en taskforce, når der opstår store og gennemgribende problemstillinger med behov for stor agilitet. Senest gjorde DSAM dette under covid-19.

Taskforcen består aktuelt af:

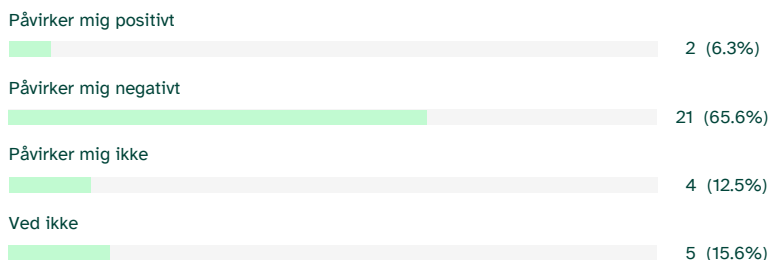
- Bolette Friderichsen, praktiserende læge og formand for DSAM
- Maria Krüger, praktiserende læge og næstformand for DSAM
- Malene Nepper, hoveduddannelseslæge i almen medicin og formand for FYAM
- Louise Hørslev, sekretariatschef for DSAM
- Mogens Folkmann Andersen, presse- og kommunikationsrådgiver for DSAM
- Mireille Lacroix, praktiserende læge og lægefaglig konsulent for DSAM med ansvar for høringer og udpegninger.

Taskforcen er åben for gæster. På den måde sikrer vi bedst mulig vidensdeling inden for DSAM.

Savner du viden eller information? Så send en mail til taskforcen: dsam@dsam.dk.



Hvordan oplever du, at Sundhedsreformen og debatten heraf påvirker dine forventninger til dit fremtidige lægeliv og fremtidens almen praksis? (32 besvarelser)



Figur 1: Spørgsmål fra en af de mini-surveys, som FYAM har udsendt i et nyhedsbrev. Det er én af de måder, du kan melde dine holdninger tilbage til os. Du tilmelder dig nyhedsbrevet på 'dsam.dk/tilmeld-nyhedsbreve'.

LOVPAKKE 1 1. Halvår 2025	LOVPAKKE 2 2. Halvår 2025
- Ny regionsstruktur og sundhedsråd m.v. - Overgangsbestemmelser (forberedelsesudvalg m.v.) - Lovforslag om styrket almen medicin (pakke 1) - Fordeling af læger - Ydernumre - Flere klinikformer - Økonomisk støtte til yderområder - Nedlæggelse af KMF og NHF samt håndtering af byrdefordelingsmæssige konsekvenser for kommunerne (overgangsordning). - Tekniske tilpasninger i lov om regionernes finansiering	Lovforslag om: - Opgaveflytning fra kommuner og regioner (pladser, akutsygepleje, genoptræning, patientrettet forebyggelse). - Opgaveflytning (2027) og bortfald (2026) vedr. øvrige regionale opgaver - National Sundhedsplan og krav til nærsundhedsplaner - Lovgivning vedr. økonomi, krav m.v. i sundhedsråd, tværgående kvalitetsstandarder og hjemler til samlet investeringsmotor - Hjemmel vedr. kvalitetsstandarder (ændring af eksisterende hjemmel) - Lovforslag om Digital Sundhed Danmark og Nationalt Center for Sundhedsinnovation - Følgelovgivning (National planlægningskompetence) - Lovforslag om ny aftalemodel for almenmedicinsk tilbud og opgavebeskrivelse, honorarstruktur, ledelses- og udviklingsmuligheder for regioner, forhåndsgodkendende klinikker, indsigt i data og aktivitet og tvistløsningssystem

Figur 2: Lovpakke 1 og 2 under sundhedsreformen.

udvalget afholdt møder med alle 5 regionsrådsformænd i de første måneder af 2025. Her har vi talt om tidlig rekruttering til lægedækningstruede områder (red. Læs om FYAM's 7 bud i artiklen på s. 50). Vi har også talt om vores medlemmers ønsker til deres

arbejdsliv (73 % af hoveduddannelseslægerne ønsker ifølge FYAM-undersøgelsen 2023 at eje en praksis 5 år efter endt speciallægeuddannelse). Da Danske Regioner fremlagde deres 25 forslag til lægedækning, var det opløftende at genkende mange af vo-

99

Det er hæsblæsende, men også en ugentlig masterclass i faglig ledelse og interessevaretagelse.

res input. Det gør en forskel at knokle for sin sag og at bringe løsninger til bordet.

Onsdag morgen på Teams

Da taskforcen var nedsat blev det hurtigt tydeligt, at det var svært at finde tid til ugentlige møder i allerede travle folks kalendere. Derfor traf vi hurtigt en beslutning om at mødes på et lidt ukonventionelt tidspunkt: kl. 7.30-8.00 hver onsdag. Jeg har taget størstedelen af møderne i en krog på gangen på Hvidovre Hospital, omklædt og klar til at suse til morgenkonference straks efter endt møde. Andre gange i nattøj fra hjemmekontoret.

Møderne er korte og effektive. Vi drøfter og sparrer om de aktuelle møder, arbejdsgrupper og aktiviteter om reformen. Vi har blandt andet drøftet DSAM's input til den nationale fordelingsmodel for praktiserende læger, FYAM's 7 bud til tidlig rekruttering, DSAM's og FYAM's høringssvar til lov-pakke 1, den nationale opgavebeskrivelse, vores samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Sundhedsministeriet, det tværsektorielle samarbejde og fremtiden for vores egne faglige

institutioner: forskning, kvalitet, efteruddannelse og praksiskonsulentordning. Det er hæsblæsende, men også en ugentlig masterclass i faglig ledelse og interessevaretagelse. Jeg er imponeret over både DSAM's sekretariat og formandskabets dedikation og faglighed. Og resultaterne kan mærkes.

Samarbejde med PLO

Hver måned holder vi et fælles reform-taskforce-møde med PLO, hvor vi deler det igangværende arbejde. Her kan jeg mærke, hvor relevant det er, at vi er to særskilte organisationer. DSAM varetager – som det faglige fyrtårn – indholdet i vores arbejde, mens PLO – vores brancheforening – varetager rammerne for vores arbejde. Vores indgangsvinkel er forskellig, og derfor er der stort udbytte af vores informationsudveksling. Vores perspektiver er forskellige, men målet er fælles: at sikre en stærk fremtid for almen praksis og vores patienter.

Hvad er i vente?

Arbejdet i taskforcen står langt fra stille. Efter de første måneder har vi reduceret mødeaktiviteten til hver 14. dag. Stadig onsdag morgen. Men vi er i næsten daglig kontakt på mail og telefon. Vi afventer i øjeblikket Lovpakke 2, der indeholder centrale aspekter for os i almen praksis, herunder aftalemodellen, den nationale opgavebeskrivelse, tvistløsningssystemet og datadeling. Mon ikke der også bliver grund til at afgive nogle stærke høringssvar til dette?

FYAM'S HØRINGSSVAR TIL LOVPAKKE 1:

- Ja tak: Vi ønsker at bevare den fleksible model, hvor grænsen på 1.600 patienter per ydernummer frivilligt kan overskrides. Almen praksis varetager allerede over 400.000 patienter ud over den fastsatte minimumsgrænse.
- Ja tak: Vi ser positivt på forslaget om lavere lukkegrænser i områder med stort behov, da dette kan styrke både rekruttering og arbejdsglæde i disse områder.
- Nej tak: Vi forholder os kritisk til forslaget om, at regionsrådene skal kunne fastsætte højere lukkegrænser for enkelte praktiserende læger.
- Nej tak: Vi advarer mod at hæve lukkegrænsen automatisk på baggrund af demografiske data, da sådanne data ikke nødvendigvis afspejler det reelle behov – især i byområder med udbredt psykisk mistrivsel og hyppige kontakter til almen praksis. En automatisk forhøjelse af lukkegrænsen kan medføre forringede arbejdsvilkår, længere ventetider, lavere kvalitet i behandlingen, og at flere læger forlader faget.

Jeg er selv udpeget til følgegruppen om den nationale opgavebeskrivelse for almen praksis sammen med mange andre gode folk, blandt andet DSAM's formand, Bolette Friderichsen. Det bliver spændende at være en del af den proces.

Reformen formes nu. DSAM og FYAM er med hele vejen. Vores medlemmer har unik viden og stærke holdninger. Vi arbejder for, at de bliver hørt og set, og at deres indspil bliver omsat til virkelighed i fremtidens almen praksis. ●

Reformtaskforcen
til det første møde i
december 2024.





Trivsel og arbejdsglæde fra starten af arbejdslivet

I år arbejder FYAM med kampagnen 'Trivsel i praksis', hvor den kommende generation af praktiserende læger får redskaber til arbejdsglæde, der kan bruges gennem hele arbejdslivet.

I FYAM er vi uddannelseslæger på vej ind i specialet almen medicin. De fleste af os glæder os til et spændende og meningsfuldt arbejdsliv som praktiserende læger. Men vi bekymrer os også, hver gang talen falder på trivslen blandt de praktiserende læger. Det er dystert, at knap halvdelen af de praktiserende læger føler sig udbrændte, og vi orker næsten ikke at tale mere om det – for hvordan skal vi så samtidig lykkes med at rekruttere massivt til specialet?

Derfor ønsker vi i FYAM, at vi i

DSAM skal prøve at rette fokus ind på et konstruktivt spor: Hvordan kan vi øge trivslen allerede fra starten af arbejdslivet som læge?

Der er heldigvis meget viden om, hvilke faktorer der øger arbejdsglæde i almen praksis, og helt centralt står ledelse og især samarbejdet med lægekollegaer og personale. Men vi ved endnu ikke meget om, hvad der øger trivslen for uddannelseslæger i almen medicin.

Trivsel blandt uddannelseslægerne

Som uddannelseslæger på vej igennem KBU, intro- og hoveduddannelse, i skiftende stillinger og næsten altid med blikket delvist rettet mod den næste ansættelse er vi udfordret af konstant at skulle omstille os fagligt, ikke at slå rødder på en arbejdsplads og en høj grad af ensomhed. Derfor vil vi i FYAM beskrive trivslen hos uddannelseslægerne og præsentere tiltag, der øger arbejdsglæden allerede under den lægelige videreuddannelse.

En weekend i trivslens tegn

Hvert år trækker de aktive i FYAM-udvalget i arbejdstøjet under det år-

lige FYAM-internatmøde. I januar havde formandskabet planlagt en weekend i trivslens tegn. Her mødtes 20 af udvalgets medlemmer i smukke og

HVAD BESTÅR FYAM-UDVALGET AF?

- FYAM's formand
- Regionale poster: en repræsentant og suppleant fra hver af de 5 regioner
- Videreuddannelsesudvalg: 4 repræsentanter i DSAM's videreuddannelsesudvalg
- Forskningsudvalg: repræsentanter fra de almenmedicinske forskningsenheder
- Internationalt udvalg: 3 repræsentanter i DSAM's internationale udvalg
- Kvalitetsudvalg: 2 repræsentanter i DSAM's kvalitetsudvalg
- Udpegede medlemmer: repræsentanter i DSAM's rekrutterings- og tilknytningsnetværk, Yngre Lægers Almen Praksis-udvalg, Nordic Young General Practitioners (NYGP), European Young Family Doctors Movement (EYFDM), PLO Efteruddannelse, en kommunikationsansvarlig og FYAM-redaktøren for Practicus.

OM FYAM-UDVALGET

- Udvalget består af frivillige med interesse for faget almen medicin.
- Udvalget mødes 6 gange årligt.
- Nogle af udvalgets medlemmer indgår i DSAM's udvalg.

VIDSTE DU?

Som medlem af FYAM kan du stille op til det elektroniske valg som kandidat til en række af posterne. Valget foregår hvert år i september.

afslappende rammer på et hotel i Nyborg.

Efter et 3-timers udvalgsmøde, som bl.a. handlede om rekrutteringsudfordringerne og den kommende ændring i sundhedsloven, sendte vi medlemmerne ud på en walk and talk om fremtidens FYAM. Hvad skal vi arbejde med? Hvordan formidler vi det til vores medlemmer og omverdenen? Hvor skal vi lægge vores energi? Hvilke ønsker har vores medlemmer til fremtidige aktiviteter?

Herefter fik vi besøg af klinisk lektor og praktiserende læge Gunver Lillevang, som er medlem af Lægeforeningens bestyrelse, observatør i PLO's bestyrelse, medlem af DSAM's Videreuddannelsesudvalg samt Rekrutterings- og fastholdelsesnetværket. Derudover har hun i mange år kæmpet for yngre lægers trivsel og uddannelse i almen medicin. I en stærk blanding af oplæg og diskussion sporede hun tankerne ind på de værdier og værktøjer, der er bemærkelsesværdige, når man skal arbejde med arbejdsglæde og trivsel for uddannelseslæger i almen praksis.

En kampagne bliver til...

FYAM's seneste store kampagne 'Speciallæge i ledelse' blev en af vores

stærkeste kampagner længe. Ledelseskampagnens centrale elementer med medlemsundersøgelse blandt de kommende speciallæger, podcasts og kurser om ledelse samt ændringer i målbeskrivelsen blev tilsammen et solidt træ i landskabet, der viser, hvad FYAM-udvalgets medlemmer sammen kan udrette med en kampagne. Det træ har vi efterfølgende lænet os op ad.

Vi har med ledelseskampagnen lært, hvordan vi inddrager vores medlemmers behov og ønsker, samtidig med at vi kommer ud med vores budskab på en konstruktiv måde, som kan påvirke fremtidens almen praksis. Og det vil vi gerne lykkes med igen.

Efter en stærk kop kaffe og en solid portion motivation fra Gunver Lillevang arbejdede vi videre i workshops med god energi for at udvælge trivselskampagnens centrale elementer. Visionen for kampagnen er at skabe opmærksomhed på en bæredygtig måde, så identiteten er stærk og genkendelig, samtidig med at der gives konkrete produkter og værktøjer til trivsel i praksis til uddannelseslægerne.

Det videre arbejde

At arbejde med frivillige kræfter har sine begrænsninger. Alligevel føler FYAM-udvalget sig stærkt motiveret til at skabe en spændende og ander-

ledes kampagne som opfølgning på den succesfulde forrige kampagne.

Mindre arbejdsgrupper arbejder nu videre med de forskellige delelementer af kampagnen, så de tilsammen både favner FYAM's værdier, opfylder medlemmernes behov, sætter fokus på 'den gode historie' om almen medicin og lever op til DSAM's pejlemærker og bæredygtighedspolitik.

Det er et meget spændende arbejde, vi har forude. Alle arbejdsgrupperne er i gang med at afholde møder, skabe kontakter, tilkøbe eksternt hjælp ved behov og gøre klar til lancering af kampagnen 'Trivsel i praksis' hen mod efteråret 2025. ●

OM FYAM-KAMPAGNEN "TRIVSEL I PRAKSIS"

Kampagnen 'Trivsel i praksis' udrulles løbende over to år som tidligere FYAM-kampagner. Hold øje med LinkedIn, DSAM's hjemmeside og Practicus.

Du kan glæde dig til:

- Ny medlemsundersøgelse (resultater forventes klar i efteråret 2025).
- Podcastserie.
- DSAMs årsmøde 2025, hvor du kan tilmelde dig sessionen: "Arbejdsglæde for uddannelseslæger".





Trivsel, fleksibilitet og nye perspektiver: Almen medicin kan blive firstmover

”Hvad laver du så”? Spørgsmålet kom fra en far på min datters dansehold. Vi sad på rad og række på gymnastikbænken som så mange andre sene eftermiddage. Et sted mellem job, afhentning, den ventende pasta bolognese derhjemme, putningerne, en helt almindelig hverdag. På bænken faldt vi, måske mest af høflighed, i snak. Jeg hørte om hans mindre entreprenørfirma. Projekter, firmabil og kundebesøg: ”De vil altid bare have det billigst muligt”. Nu var turen kommet til mig: ”Jeg arbejder som læge”, svarede jeg. Han betragtede mig lidt og brød så stilheden: ”Jeg kan godt lide, at du siger, at du ARBEJDER som læge. I plejer jo at sige, at I ER læger”.

Reaktionen gav mig stof til eftertanke. For hvordan betragter jeg min lægerolle? Er det bare et job? ER jeg ikke læge hver dag, hele tiden, 24/7? Svaret findes nok et sted midt imellem. Selvfølgelig ER jeg læge. Det er en stor del af min væren og fylder meget af min vågne tid. Men jeg er også meget andet, ligesom du, som læser denne klumme, er. Og noget tyder på, at jeg repræsenterer fremtidens alment praktiserende læger meget godt.

Min kollega Julie Jepsen Strøm videregav i sidste nummer af Practicus FYAM-klummen i fin indpakning med

ordene: en opgave, som byder på refleksion. At skrive denne klumme giver mulighed for at stoppe op og reflektere over det almenmedicinske landskab og ikke mindst det speciallægeliv, der venter mine kolleger og mig. Som ny klummeskribent håber jeg at kunne give lidt tilbage for alle de gange, jeg er blevet inspireret, nysgerrig eller klogere af at læse FYAM-klummen. Og der er nok at tage fat i. For på mange måder står vores speciale, ligesom andre dele af lægefaget, i en brydningstid. Noget som lægeforeningerne også sætter ord på.

Forandringernes tid og et paradigmeskifte på vej?

Det seneste år har været præget af forandringer, og vores speciales organisering er til debat. For en yngre almenmediciner kan sundhedsreformen på mange måder føles som om, der var et før og efter. Den vækker uundgåeligt spørgsmålet: Hvordan kommer fremtiden til at se ud for alle os, der er på vej?

Men ikke kun i det almenmedicinske miljø rejser sig mange spørgsmål om fremtiden. Nye lægegenerationer har nye og andre forventninger til deres arbejdsliv. Jeg oplever det som bloklæge rundt omkring på hospitalsafdelingerne både blandt andre ud-

dannelseslæger i almen medicin og dem i andre specialer. Vi er begyndt at tale højt om ting, som vi tidligere kun hviskede om i hjørnerne: Fleksibilitet. Work-life balance. Arbejdsglæde. Trivsel. Faktorer, der kan gøre os langtidsholdbare i et krævende erhverv og give lidt mere plads til andet end det, der er en del af vores lægeliv. For bare få år siden var deltid et sær-syn blandt læger i videreuddannelse. Noget, der fik arbejdsgivere til at spørre øjnene op – for det kan læger da ikke?

Jeg husker, da vi som introduktionslæger i almen medicin foreslog ret til deltid for Regions Sjællands rekrutteringsenhed. De ville gerne vide, hvordan de kunne få besat flere uddannelsesstillinger i almen medicin. Selvom de ikke umiddelbart så fordelene i forslaget dengang, er det senere blevet et tilbud til alle uddannelseslæger i regionen. Det giver optimisme for fremtiden, når der skabes konkrete forandringer på kort tid. Det er der brug for.

Nye tendenser haler også ind på os læger

Som læger er vi naturligvis også inspireret af de tendenser, der har præget arbejdsmarkedet i flere år, og som efter coronatiden er konkretiseret i



form af hjemmearbejdsdage, flekstid og for de mere ideologiske – hoppen af hamsterhjulet.

Vi er inspireret af partnere og venner med andre akademiske baggrunde, hvis fleksible arbejdsliv er blevet en form for new normal. Vi står over for en ny generation af læger med en anden tilgang til arbejde, fællesskab og trivsel. Generation Z is coming. Og meget tyder på, at den yngre generation søger meningsfulde fællesskaber, som ikke alene vælges til ud fra traditioner eller vane. I stedet for at anskue lægelivet som en identitet er lægelivet ét af mange elementer i et samlet liv.

Vi ønsker et bæredygtigt og meningsfuldt (arbejds)liv. Det stiller ikke kun krav til hele sundhedsvæsenet, men også til almen medicin som speciale. Politiske forandringer, lægedækningsudfordringer og mange års tiltagende opgaveflytning kombineret med et nyt syn på lægelivet vil kræve, at vi tænker i nye baner, når det kom-

mer til rekruttering og tilknytning. Men sygdom respekterer som bekendt ikke 8-16, hviletid eller afspadsering. Patienter har behov hele døgnet. Derfor vil nogles ønsker måske være uforenelige med lægelivet og arbejdsfunktionen, mens andres nærmere vil kræve en omlægning af sundhedsvæsenets vanetænkning for at kunne indfries.

Almen medicin kan blive firstmover

Noget tyder på, at de læger, som lige nu er ved at træde ind i det almenmedicinske speciale, værdsætter netværk, hvor de kan udvikle sig både personligt og fagligt. Vi skal skabe et arbejdsmiljø, hvor ikke kun patientbehandling, men også trivsel for den enkelte læge er i centrum, og hvor læger kan arbejde på en bæredygtig måde, der giver plads til både professionel udvikling og personlig livskvalitet.

I FYAM arbejder vi lige nu med en trivselskampagne, som skal understøtte trivsel hos yngre almenmedicinere på vej i almen praksis, ligesom temaet på DSAM's årsmøde netop er trivsel. De beslutningstagere, der lige nu agerer arkitekter på fremtidens almen praksis og lægedækningsudfordringer, kender ikke per definition til lægers livsvilkår, håb og drømme. De har brug for vores indsigt, viden og gode idéer. Heldigvis er vi som speciale særdeles leveringsdygtige i dette. Og måske kan vi endda blive firstmovers på det moderne speciallægeliv i almen praksis? ●

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

Denne uges skribent er ny i denne sammenhæng. Lytter du til podcasten, bliver du - som intro til oplæsningen - lidt klogere på, hvem Bolette Frydendal Jeppesen er.





Hvordan rekrutterer vi den næste generation af praktiserende læger?

Forum for Yngre Almenmedicinere (FYAM) har sammen med de Studerendes Almen Medicinske Selskab (SAMS) foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt medicinstuderende om deres overvejelser ved at vælge almen medicin som speciale.

FYAM ønsker at bidrage til at sikre lægedækningen, så der senest i 2035 er en praktiserende læge til alle. I 2023 lavede FYAM en medlemsundersøgelse, som bl.a. kortlagde hoveduddannelseslægers demografi og ønsker til et fremtidigt arbejdsliv. Den viste, at når FYAM-medlemmer bliver speciallæger, er de i gennemsnit 35 år, har børn og er gan-

ske forankret i deres liv og nærmiljø. Derfor har FYAM til regeringen og Danske Regioner foreslået en langt tidligere rekruttering til almen medicin på et tidspunkt, hvor de kommende praktiserende læger er i en mere mobil livsfase (se 'FYAM's 7 bud på rekruttering og lægedækning' i boksen herunder).

Ny spørgeskemaundersøgelse blandt medicinstuderende

FYAM har sammen med SAMS foretaget en spørgeskemaundersøgelse blandt medicinstuderende på alle danske universiteter fra december 2024 til januar 2025. Undersøgelsen havde til formål at belyse de medicinstuderendes demografi og deres interesse for samt tanker og fordomme om specialet almen medicin. Endelig blev der set på, hvilke indsatser der ifølge de medicinstuderende vil fremme rekrutteringen til almen medicin og lægedækningen i Danmark.

På undersøgelsestidspunktet var

10.855 medicinstuderende indskrevet på de seks uddannelsessteder (Københavns Universitet, Københavns Universitet i Køge, Syddansk Universitet i Odense, Syddansk Universitet i Esbjerg, Aarhus Universitet og Aalborg Universitet). Af disse deltog 613 studerende i vores undersøgelse, sv. 5,5 % af de medicinstuderende i Danmark.

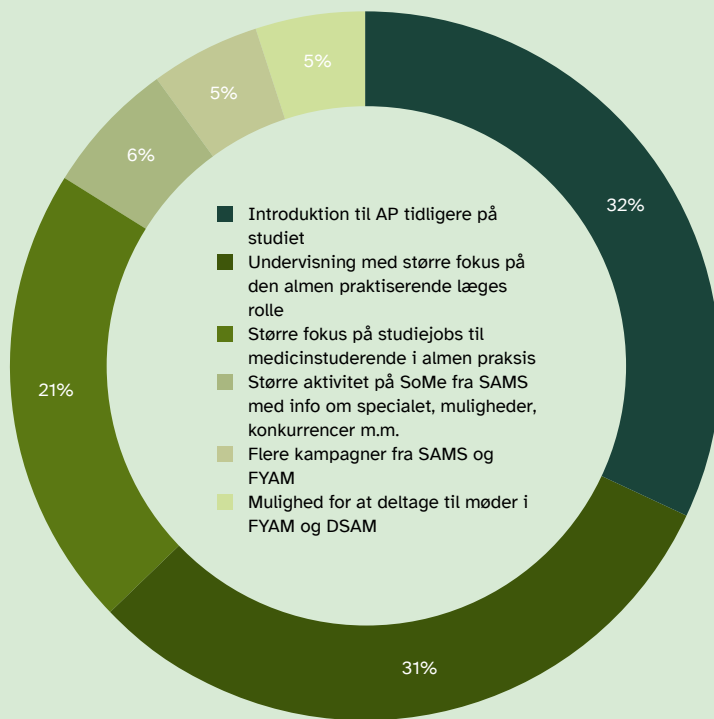
Undersøgelsen er den første og største af sin slags, og den bidrager med vigtig viden om, hvilke indsatser der skal til for at sikre rekruttering til almen medicin og lægedækning i hele Danmark. Flere medicinstuderende overvejer at arbejde i lægedæknings-truede områder (LTO'er), men kun under de rigtige betingelser. Det inkluderer blandt andet muligheden for at blive boende i deres nuværende område – både under hoveduddannelsen og senere som speciallæger.

FYAM er i gang med idéudvikling til den kommende rekrutteringsindsats, og vi samarbejder med SAMS om at nå de studerende bedst muligt. Vi

FYAM'S 7 BUD PÅ REKRUTTERING OG LÆGEDÆKNING

I lyset af regeringens mål om mindst 1.500 ekstra praktiserende læger inden 2035 har FYAM udviklet 7 bud på, hvordan rekruttering til almen praksis kan gøres hurtigere og mere effektivt. Læs FYAM's 7 bud her:





Figur 1: Hvordan får flere interesse for almen praksis ifølge medicinstuderende?

skal vise, hvad almen praksis kan. Derfor har vi nedsat en arbejdsgruppe, som skal skabe en informationskampagne, der har til formål at nedbryde nogle af de fordomme og bekymringer om almen medicin, som stadig eksisterer blandt medicinstuderende på de danske universiteter.

Slutteligt er det vigtigt for os, at udbændthed bør begrænses og eventuelt forebygges. Vi vil gerne i dialog med øvrige aktører for at undersøge, hvordan vi evt. sammen med andre aktører kan løfte den opgave. ●

HVAD DRØMMER DE STUDERENDE OM?

"Helt klart mere tid med patienter. Det kan virke lidt som et produktionsbånd, hvor citronen er presset ind til kernen. Jeg ville godt kunne overveje det, hvis jeg havde mere tid med patienter, men så også lidt længere arbejdsdage, men så også det løn mere. Og så måske en kombi med et speciale på sygehuset." (medicinstuderende fra Syddansk Universitet)

NEDSLAG FRA SPØRGESKEMA-UNDERSØGELSEN

Demografisk profil

- Gennemsnitsalder: 24,5 år.
- Størstedelen var på kandidatdelen.
- Fordeling efter universitet:
Københavns Universitet: 37 %
Københavns Universitet i Køge: 1 %
Aarhus Universitet: 30 %
Syddansk Universitet: 22 %
Syddansk Universitet i Esbjerg: 1 %
Aalborg Universitet: 9 %

Interesse for almen medicin

- 55 % overvejer almen medicin som speciale.
- 43 % har studiejob i almen praksis, heraf oplever 77 %, at det øger interessen for specialet.

Betydning for specialevalg

- Mulighed for fleksibilitet, deltid og struktur af egen hverdag.
- Interesse for generalistrollen og bred faglighed.
- Kontinuitet i læge-patient-relationen.
- Lokal forankring i klinikkens nærmiljø.
- Balance mellem arbejde og fritid.

Forslag til rekrutteringstiltag

- Tidlig introduktion til almen medicin på studiet.
- Øget fokus på den praktiserende læges rolle i undervisningen.
- Adgang til faglige netværk og arrangementer (f.eks. i FYAM og DSAM).
- Særlige rekrutteringstiltag for LTO.
- Attraktive lokalmiljøer med gode institutioner og kulturtilbud.
- Stærke faglige miljøer.
- Økonomiske incitamenter, f.eks. betalt pendler-tid, praksisbus.

Barrierer for valg af almen medicin

- Negative forestillinger om specialet.
- Bekymring for belastende hoveduddannelse.
- Frygt for tidspress og risiko for udbændthed.

Forebyggelse af udbændthed

- Mulighed for ugentlige vagter i akutmodtagelse eller på medicinsk afdeling.
- Mulighed for at forske sideløbende med arbejde i almen praksis.

Læs den fulde rapport via QR-koden.





Et sundhedssystem uden almen praksis

Almen praksis udgør et vigtigt fundament for sundhedsvæsenet i Danmark. Almen praksis er patientens indgang til sundhedsvæsenet og varetager diagnostik, behandling og opfølgning af sygdom, hvilket skaber kontinuitet. Hvordan ville det se ud uden almen praksis? Det erfarede jeg under mit 8-ugers udvekslingsophold i Tanzania.

Bombo Hospital i byen Tanga i Tanzania er Østafrikas ældste hospital. Det er et større regionalsygehus med både medicinske og kirurgiske afdelinger, hvor de ser ambulante såvel som akutte patienter. Som medicinstuderende roterede vi mellem afdelingerne, og vi måtte hurtigt erkende, at arbejdsgangen var noget anderledes her end i de danske klinikophold, vi har været på.

Sundhedssystemet i Tanzania er kraftigt udfordret, blandt andet pga. ressource- og personalemangel, voksende sygdomsbyrde og stor geografisk ulighed i adgangen til sundhedspleje. Sundhedsvæsenet er hierarkisk opbygget med små sundhedscentre i bunden, hvor patienterne kan blive vaccineret og få behandling for ukomplicerede sygdomme, efterfulgt af større distrikts- og regionshospitaler, hvor der udføres operationer og behandling af mere alvorlige tilstande. Hospitalerne og sundhedscentrene er typisk centraliseret omkring de større landsbyer. Det skaber en stor økonomisk barriere for de fattige patienter,

der hverken har råd til transport eller behandling på hospitalet, hvilket ofte medfører, at patienterne kommer for sent på hospitalet i ringere tilstand og med højere risiko for at dø.

Livsfarlig stivkrampe

En dag så vi en 12-årig pige med et infektiøst fødsår. Pigens bedstemor havde 2 uger forinden opsøgt en lokal hea-

takt med. 24 timer efter modtagelsen udviklede hun kramper, der tiltog i intensitet og hyppighed, og hun døde kort tid efter som følge af stivkrampe. Det er en tilstand, som sjældent ses i Danmark, takket være vaccinationsprogrammet og tidlig opsporing via egen læge.

En gave, vi ikke bør tage for givet

Dette ophold har været enormt lærerigt på mange måder. Men det har især fået mig til at reflektere over vigtigheden af at have et ordentligt, velorganiseret og ressourcestærkt sundhedssystem som det danske. En rejse til Afrika giver et unikt indblik i de globale udfordringer og sundhedsproblemer, som nogle udviklingslande står over for, hvilket har fået mig til at værdsætte det danske sundhedsvæsen i højere grad. I en tid med stort fokus på mangler og forbedringsmuligheder i sundhedsvæsenet, må vi også huske på alle de pragtfulde ting, der fungerer godt – som vi desværre ofte tager for givet. ●

”

Opholdet i Tanzania har fået mig til at værdsætte det danske sundhedsvæsen i højere grad.

ler, der startede behandling med peptoleum og papayaekstrakt, men uden effekt. De seneste 2 dage var pigen blevet højfebril, rigid og svær at få kon-



Fødestue. Foto: privat.

MEDICINSK Udstyr TIL TANZANIA

Rejsen til Tanzania har gjort mig mere bevidst om global ulighed i sundhed og har inspireret mig til at engagere mig mere i frivilligt arbejde. Jeg opsøgte derfor Studentermedicinsk Forening for Infektions- og Tropemedicin (SMIT), som siden 2023 har videresendt brugt, funktionsdygtigt udstyr fra danske hospitaler til to distrikthospitaler i det vestlige Tanzania for at opruste sundhedsvæsenet via bedre diagnostiske redskaber. Til sommer skal jeg tilbage til Tanzania sammen med ingeniørstuderende og en medicin-studerende. Vi skal hjælpe med at tage udstyret i brug og uddanne sundhedspersonalet i brugen. Det glæder jeg mig til!



Ægte Intelligens (ÆI)

Jeg ved, at jeg nu går ind i en kamp, som bliver svær at vinde: AI har ingen værdi for dansk almen praksis, og DSAM burde bruge kræfterne på noget andet.

AI er uanvendeligt af flere grunde.

Vigtigst. Flere i min omgangskreds er IT-rådgivere i danske virksomheder. Samstemmende siger de, at AI i bedste fald har den kvalitet som rådata giver den, dvs. der er merarbejde med at skaffe og sortere data for overhovedet at få AI til at fungere. I almen praksis stemmer det med det, vi underviser vore unge kolleger i: De to vigtigste kliniske hjælpemidler, vi har, er højre øre og venstre øre. Det fine og ofte krævende i almen praksis er at hente den vigtige og rigtige information frem, dvs. rå-data. Når rå-data så gennemarbejdes af vores uddannelsesbaggrund og vores erfaring, benytter vi det, der klart udkonkurrerer AI, og det er Ægte Intelligens (ÆI).

De 2 gode artikler på side 12 (Kunstig intelligens i almen praksis – potentialer og udfordringer) og side 14 (Implementering af kunstig intelligens i almen praksis: udfordringer og muligheder) i det seneste nummer af Practicus sætter meget fint lyset på AI's egenskaber og svaghed: Rå-data skal lægges ind. Det giver en pokkers masse merarbejde og skaber desuden

tvivl om sikkerhed og jura. Det er noget enklere at holde nallerne fra AI til at starte med og holde fast ved det, vi har gjort siden Hippokrates: bruge vores Ægte Intelligens. Sidst i denne artikel har jeg en lille smagsprøve på ÆI.

Efter min opfattelse skyder begge artikler sig selv i foden ved at bruge 8-10 linjer af nok 180 linjer på de mulige fordele, mens resten af artiklerne handler om begrænsninger, usikkerheder og ulemper. Det kunne være bevis på, at AI ikke er noget for almen praksis.

Jeg vil kort gennemgå de AI-fordele, Maria Krüger anfører, og matche dem mod ÆI-fordele. A) "AI kan opdage mønstre". Det kan Maria Krüger da også selv – med ÆI. Hvis hun ønsker det, kan hun i alle systemhuses programmer finde filterfunktioner allerede nu – uden AI – som kan hjælpe hende lidt. B) "Identificere patienter, der er i risiko for at falde igennem systemet". Igen: Det kan enkelt håndteres ved at splitte kompagniskabspraksisser op i samarbejdspraksisser; ÆI endnu en gang. Af erfaring ved jeg, at en solopraksis kan overskues, og mærkeligt nok yder solopraksisser ovenikøbet bedre service i form af blot få dages ventelister for patienterne. C) "AI kan benyttes til

app-brug og chatbots". Nu løber det mig koldt ned ad ryggen. Hvad i alverden skal almen praksis med den slags? Almen praksis handler om at tage telefonen, når patienterne ringer, og snakke med dem, når de er i klinikken. App-brug og chatbots er bandeord i min almenmedicinske ordbog. En tredjedel af mine patienter kan end ikke udregne et gennemsnit i deres hjemmeflodtryk! De skal da skånes for disse moderne væmmeligheder. Ja, MinLæge-appen bruges stadig flittigere, også i min klinik. Men jeg kommer aldrig til at anse det som et fremskridt. Tværtimod.

Så, Maria Krüger, lad mig konkludere ud fra din overskrift "Potentialer og udfordringer": Der er ingen reelle potentialer, og udfordringerne er, at det faktisk både er ressourcekrævende, og at det er et skridt ud i et juridisk tomrum. Det bliver et nej tak herfra.

Afslutningsvis tak til Benny Ehrenreich for en fin belysning af AI, og risikoen er jo, at vores samarbejdspartnere kommuner og hospitaler begynder at benytte AI. Skrækscenariet er, at tekstmængden øges med AI. Det koster jo ikke alverden for kommuner og hospitaler, som øser fra et bundløst kar: skattekronerne. Tilsvarende skal almen praksis nødvendigvis etablere AI for at frasortere unød-

vendig tekst. Og så kører rouletten. Det, som kommunerne presser igennem, kan vi næppe vægre os mod, men på hospitalerne er der læger, og vi kan da appellere til deres intellekt og kollegialitet; håbet er lysegrønt.

For egen regning kan jeg oplyse, at tekstmængden i al lægelig kommunikation i de 34 år, jeg har været læge, er

vokset med epidemisk hastighed. Det er sket uden AI, og sådan set også uden ÆI.

Nedenfor er anført dels en epikrise, som er affattet af en hospitalslæge og med beskeden ÆI, dels en epikrise med samme indhold, som er affattet med så meget ÆI, jeg overhovedet selv kan mønstre. Døm selv. ●

(Originaldokumentet. Beskeden ÆI, 1323 anslag; ja der er linjer, der gentages, sådan er det med automatismer)

EPIKRISSE:

Resumé af behandlingsforløb

Resumé af behandlingsforløb

XX-årig mand indlægges med NSTEMI. Symptomer igennem ca. 1 år med anstrengelsesudløst angina og åndenød.

Biokemi med TnI forhøjelse, hvorfor der gøres KAG. Denne viser kroniske iskæmiske forandringer i alle 3 kar, vurderes uden mulighed for PCI eller CABG. Hvorfor det besluttet, at der skal gøres forsøg med medicinsk behandling så vidt muligt.

Ekkokardiografi viser desuden moderat aortastenose og let mitralinsufficiens. EF vurderet til 50%.

Udskrives med medicinsk behandling i form af dobbeltplade hæmmer, 2-stofs kolesterolsænkende, antianginøs medicin med både Isomex og Amlodipin samt p.n. Nitro.

Ved manglende effekt over tid, kan overvejes om der skal gøres forsøg med åbning af kronisk lukket kranspulsåre (CTO).

Patientinformation og -aftale

Patientinformation og -aftaler

Patienten er informeret om forløb, resultater af undersøgelser samt den behandlingsstrategi der lægges.

Patienten er meget oplyst om sundhedsvidenskabelige remedier via arbejde, og takker for information og forløb.

Ikke-afsluttede og planlagte undersøgelser samt henvisninger

Ikke afsluttede og planlagte undersøgelser samt henvisninger

Henvises til

rp. forløb i Rehabiliteringsamb.

Opfølgning efter NSTEMI.

Henvisning til klapkontrol om 1 år af aortaklap stenose moderat.

Medicinliste

SE FMK

(Min version, lidt mere ÆI, 444 anslag)

EPIKRISSE:

XX-årig mand indlægges med NSTEMI. Symptomer igennem ca. 1 år med anstrengelsesudløst angina og åndenød.

TnI forhøjelse,

KAG. Denne viser kroniske iskæmiske forandringer i alle 3 kar, vurderes uden mulighed for PCI eller CABG.

Rp medicinsk behandling

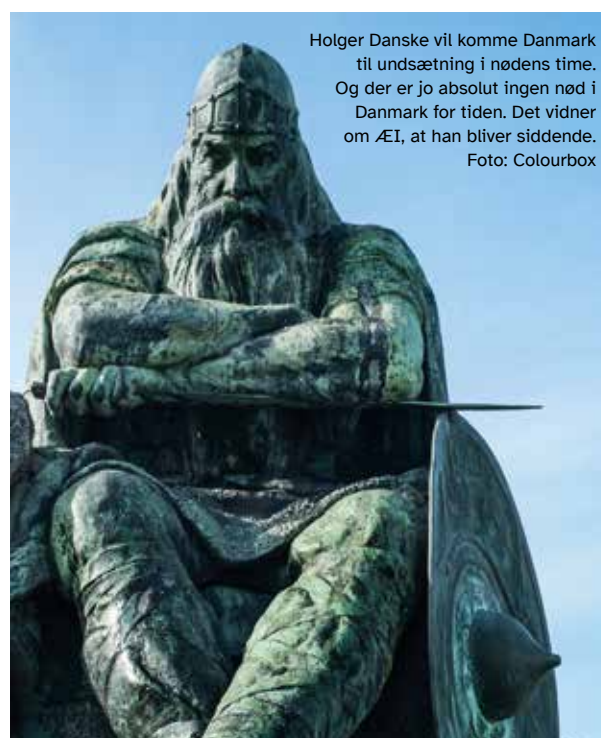
EKKO moderat aortastenose og let mitralinsufficiens. EF vurderet til 50%.

Medicisk beh: FMK

Evt åbning af kronisk lukket kranspulsåre (CTO) senere

rp. forløb i Rehabiliteringsamb.

klapkontrol om 1 år



Holger Danske vil komme Danmark til undsætning i nødens time. Og der er jo absolut ingen nød i Danmark for tiden. Det vidner om ÆI, at han bliver siddende.
Foto: Colourbox



Hvad motiverer praktiserende læger?

Mange kolleger har stor modvilje mod forløbsydelsen, fordi den indebærer, at kontakterne til patienter med diabetes og KOL ikke honoreres. Desuden er nogle utilfredse med, at der ikke er et honorar for en enkeltstående krisesamtale eller for en tværfaglig konference med hospitalskolleger. Men disse manglende ydelseshonorarer repræsenterer et forsvindende beløb i forhold til almen praksis' samlede indtjening. Derfor kan denne modvilje og utilfredshed være svær at forstå for læger, der ikke arbejder i et ydelseshonoreret system. Vores egne interne drøftelser af honorarer og indtjening er også ofte præget af en sammenblanding af forskellige mentale begrebsniveauer.

Jeg vil i det følgende beskrive og udfolde tre niveauer for at skabe større klarhed i drøftelsen af, hvad der er hensigtsmæssigt i forhold til at motivere, honorere og belønne praktiserende læger, og hvad der frustrerer i hverdagen.

1. Når jeg tager på arbejde om morgenen, glæder jeg mig til at gøre en positiv forskel for de patienter, jeg møder. Den forskel kan jeg gøre i kraft af det, jeg kan og ved, det, jeg kan slå op, og det, jeg kan finde ud af ved at "ringe til en ven". Jeg forsøger ideelt at tilrettelægge min

indsats efter DSAM's pejlemærker – især "at give mest til dem med størst behov". Her befinder jeg mig på et etisk niveau. Det er det, som honorarstrukturkommissionen i deres forslag til en ny mere kvalitetsbaseret honorering kalder "den gode læge".

2. Når jeg tager hen i banken ved årets udgang, glæder jeg mig over det, jeg har tjent på bundlinjen. Det ligger for den gennemsnitlige læge på omkring 1,4 mio. kroner, og de fleste af os vil nok vurdere, at det er en meget fornuftig aflønning for det tidsforbrug og det ansvar, vi har, som akademisk uddannede klinikejere. Min retfærdighedssans bliver derfor udfordret, når jeg på grund af økonomiløftet bliver truet med at skulle tilbagebetale nogle af de penge, jeg retmæssigt har tjent for min ydede indsats.

3. Når jeg er på arbejde, føler jeg en umiddelbar tilfredsstillelse ved at blive økonomisk belønnet i detaljen for det, jeg laver. Jeg måler en CRP - det er en udgift for mig, der bliver mere end refunderet af en tillægsydelse. Det samme gælder en urinstix eller urindyrkning på flexicult. Der er hver gang en lille tillægsgevinst, som giver en umiddelbar arbejdsglæde – et dopaminfix, som glæder den del af min hjer-

ne, som jeg har til fælles med alle hvirveldyr: krybdyrhjernen. Jeg kan til gengæld føle et lille stik af ærgrelse, når jeg aftaler en øreskylning på en diabetespatient på forløbsydelse eller bruger lang tid på en kriseramt patient eller på at konferere med en hospitalskollega, fordi jeg her ikke får en direkte honorering af min tid og møje. Det er en basal skuffelse. Som når Pavlovs hunde ikke får mad, selv om klokken ringer. Her bliver krybdyrhjernen ikke tilfredsstillet.

Når vi skal forhandle med vores opdragsgivere eller blot forklare vores position for andre læger, er det vigtigt at bruge argumenter, som er baseret på fornuft og retfærdighed. Når vi skal profilere os i offentligheden og forsvare vores plads i den fremtidige sty-

”

Det nytter ikke at bruge etikken til at argumentere for, at økonomiløftet skal hæves. Her skal vi bruge fornufts- og retfærdighedsargumenter om opgaveglidning og merarbejde.

ring af vores hverdag, er det vigtigt at betone vores etiske principper. Men når der skal tilrettelægges en honorarstruktur, der kan få os hver især til at føle os værdsat og give os lyst til at yde den bedste indsats med de midler, vi har tilgængelige, er det vigtigt at have indsigt i, hvordan vores krybdyrhjerne er struktureret. Det er ikke frugtbart at henvise til etiske principper om "den gode læge". De er ikke operationelle i klinikens daglige prioriteringer.

Det nytter heller ikke at bruge etikken til at argumentere for, at økonomiløftet skal hæves. Her skal vi bruge fornufts- og retfærdighedsargumenter om opgaveglidning og merarbejde. Det var formentlig disse argumenter, der overbeviste modparten om det fornuftige i ikke at kræve en tilbagebetaling af overskridelsen i 2023. Det betød, at almen praksis – samlet set – endte med at få en lidt bedre honorering, end hvad der egentlig var afsat på regionernes budget. Hvis den enkelte lægepraksis alligevel ikke kan få bundlinjen til at stemme trods en fornuftig §86-placering, må der kigges indadtil i egne arbejdsgange, hvor vi som klinikejere har frihedsgrader til selv at tilrettelægge klinikens arbejdsdag.

Debatten om forløbsydelsen udstiller dilemmaet mellem fornuft og krybdyrhjerne. For mange analyser har jo dokumenteret, at forløbsydelsen er god for bundlinjen i praksis, selv om den udfordrer den umiddelbare honorardrevne arbejdsglæde. Det bringer os tilbage til øreskyllet af diabetespatienten: Der er trods alt en vis umid-

delbar glæde ved at se et medmenneske få lindring af det, man kan yde. Det er vel både krybdyrhjerne og etikeren, der glæder sig, når behandlingen er fuldført – og bundlinjen tager forløbsydelsen sig jo af.

Men hvorfor er der så alligevel en stor grad af udbrændthed blandt kollegerne? Kan der være svagheder ved den nuværende incitamentstyrede hverdag? Er oplevelsen af at skulle kæmpe for hver lille ydelse en del af problemet for nogle af os? Er den nuværende honorarstruktur i almen praksis i virkeligheden en større fordel for det øvrige sundhedsvæsen end for os?

Det vil i hvert fald svække den meget høje produktivitet, som vi i dag leverer ved vores mange patientkontakter, hvis ydelsesstrukturen bliver løsrevet fra patientkontakten. Det blev set ved Københavner-ordningen i 80'erne, og det ses nu på sygehuse, efter at de har forladt DRG-styringen. Produktiviteten er markant lavere, når honoreringen ikke er tæt knyttet til patientkontakten.

I dialogen med det omgivende samfund skal vi først og fremmest sikre de praktiserende lægers trivsel og indtjeningen på bundlinjen. Det står og falder ikke med honorarstrukturen.

Men et nyt system, som det, der er foreslået af honorarstrukturkommissionen, og som er baseret på en uigennemsigtig controlling af nyopfundne kvalitetsindikatorer vil nok svække trivslen afgørende. Og en nedsat



Produktiviteten er markant lavere, når honoreringen ikke er tæt knyttet til patientkontakten.

produktivitet vil formentlig svække brugertilfredsheden med almen praksis og presse akutmodtagelserne.

Samtidig vil der være en tendens til, at den enkelte klinik vil bruge tid på det, der støjer; de utilfredse patienter, dem, der klager, og det, der er oppe i tiden. Fremfor som nu, hvor vi forsøger at fordele vores tid nogenlunde ligeligt på alle dem, der søger vores hjælp – og på de strukturer for årsstatus, som møjsommeligt er opbygget gennem årene.

Så mon ikke det især er i det øvrige sundhedsvæsens interesse, at almen praksis fastholdes i en honorarstruktur, der fremmer produktiviteten, så vi lystigt kan trampe videre i enkelttydelseshamsterhjulet ude i klinikkerne? ●



Debatindlæg inspireret af denne klumme kan sendes til practicus@dsam.dk

Diagnoserne kommer

“På hospitalet kommer og går patienterne, men diagnoserne består.” I almen praksis er det som bekendt omvendt. Dog er det en tendens i tiden, at flere diagnoser kommer til, og at de består!

Jeg er træt af at tage mig af uhen-sigtsmæssige udredninger og behandlinger, som politikere, profitmagere og populister mener, jeg skal tage mig af. Analyseret med social-konstruktivistiske briller er det en universel proces, som ikke kan stoppes. Men det er efter min mening vores pligt som praktiserende læger at deltage i en problematisering og nuancering af denne proces – i konsultationen såvel som i den offentlige debat.

Eksemplerne er mange: Trods mangelfulde diagnosekriterier blev det besluttet politisk, at fibromyalgi skulle høre under somatikken frem for i psykiatrien; og tilsvarende for kronisk træthedssyndrom – eller myalgisk

encephalopati (ME) – der har overlap-pende symptomer. Postkommotionelt syndrom var en raritet i min studietid for 40 år siden, men optræder nu relativt hyppigt, ofte efter mindre hovedtraumer og med en betydelig geografisk variation. Stress betegnes som en sygdom, selvom det blot er en psykologisk-fysiologisk naturlig reaktion på en ubalance mellem patientens res-sourcer og den oplevede belastning. Fedme “skal” nu behandles som en sygdom med medicin, uanset om legemsvægten er sundhedsskadelig eller ej.

Senest er ADHD blevet “et hit”. Tilstanden hed DAMP (Deficit in Attention, Motor-control and Perception), da jeg var ung læge, og var dengang en relativt sjælden tilstand kun hos børn. Nu vælter det ind i konsul-

”

Vi skal ikke underkaste os politiske luner og vilkårlige samfundstendenser.

tationen med både voksne og børn, der formoder, de har ADHD. Ingen tvivl om, at dette symptomkompleks gør det svært at fungere i et stadigt acce-lererende hektisk samfund, men er ADHD en diagnostisk enhed? Min skepsis blev retfærdiggjort, da The Economist’s lederskribent i januar 2025 skrev: “Why, all of a sudden, are so many people being diagnosed with ADHD (attention-deficit hyperactivity



Benny Ehrenreich sidder på 25. år i kompagniskabspraksis på Nørrebro, København. Benny er medlem af DSAM's bestyrelse og en erfaren debattør.



Patienterne ved ofte, hvad de gerne vil have, men ikke nødvendigvis, hvad der er godt for dem. Vores opgave at hjælpe dem med at finde ud af dét.



disorder)? My reporting led me to an idea I hadn't quite expected: maybe it should not be a diagnosis at all. What, then, is it? Medically, it is a collection of symptoms grouped — somewhat arbitrarily — under a diagnostic label. But neuroscientists can't find anything on scans that looks like brain dysfunction [...] Roughly 10-15% of children have some form of neurodiversity: they are often a little bit ADHD-ish, a little bit autistic and a little bit dyslexic. [...] science suggests that their differences may be simply part of normal human diversity“.

Altså at ADHD “blot” er en neurodiversitet eller en personlighedstype.

Og så bliver jeg ramt af tvivl. For er det overhovedet tilladt at tvivle på

diagnosens berettigelse, når mennesker oplever, de lider? Der er næppe andre end os praktiserende læger, som bedre kan tage sig af vores patienters helbredsbekymringer, herunder ADHD, postkommotionelt syndrom, ME og stress. Men hvordan gør vi det bedst?

Menneskelig lidelse skal anerkendes, og det er vores opgave at møde alle bekymrede patienter! Det er imidlertid ikke hensigtsmæssigt, hvis anerkendelsen kun består i at give patienten ret og den diagnose, de ønsker; en diagnose, der måske giver flere problemer, end den løser.

Vi læger arbejder helst evidensbaseret og med anerkendte faglige standarder. Vi skal ikke underkaste os politiske luner og vilkårlige samfundsten-

denser. Det er blevet en af vores opgaver at håndtere trivselsproblemer, som er dikteret af politiske og samfundsmæssige vilkår. Men ikke ureflektet! Vi kan som privatpersoner deltage i den offentlige debat og desuden støtte DSAM i at udforme fornuftige retningslinjer. I konsultationen bør vi tage dialogen med alle, der henvender sig. Patienterne ved ofte, hvad de gerne vil have, men ikke nødvendigvis, hvad der er godt for dem. Vores opgave at hjælpe dem med at finde ud af dét.

Ovenstående skriv er helt mit eget uden hjælp af Alien Intelligence (AI).

Klummen "Diagnoseboomet" med samme emne i Practicus 274 var udelukkende AI-genereret. ●



**PRACTICUS UDGIVES SOM
MEDLEMSBLAD TIL
MEDLEMMER AF DSAM**
Stockholmsgade 55
2100 København Ø
Tlf. 7070 7431
www.dsam.dk/practicus

**ANSVARSHAVENDE
CHEFREDAKTØR**
Mireille Lacroix
ml@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR
Solvej Videbæk Bueno
solvejvidebaek@dsam.dk

KOMMUNIKATION OG PRESSE
Mogens Folkmann Andersen
mfa@dsam.dk

REDAKTIONSSEKRETÆR
Annette Scharff Gehrs
asg@dsam.dk

NÆSTE NUMMER
Nr. 276
Frist for artikler: 23. juni
Udgivelsesuge: 38, 2025

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

FORSIDEFOTO
Almen praksis og supersygehuse
som David og Goliat men gode
venner (AI).

LAYOUT/TRYK
Jørn Thomsen Elbo A/S
7000 Fredericia
www.jto.dk

OPLAG
5.600



Practicus er trykt på FSC-certificeret papir fra bæredygtigt skovbrug, og papiret er Svanemærket. Trykkeriet har fokus på grøn energi i produktionen. Sampakningen med DSAM's vejledninger og Practicus er indpakket i plast. Miljøbelastningen er nogenlunde den samme som ved papir- eller papomslag. Dog er plast væsentligt billigere. Du kan bidrage til en grønnere fremtid ved at affaldssortere Practicus og emballagen korrekt. Det håber vi, du vil.

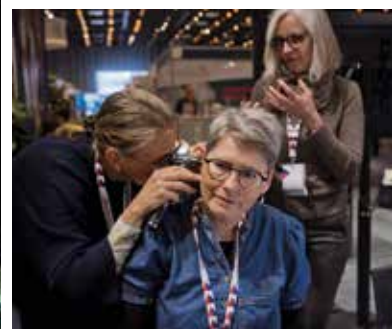
LÆGEDAGE

10. – 14. NOVEMBER

**Tilmelding til Lægedage åbner
onsdag den 20. august kl. 10.00.**
Kataloget bliver sendt til klinikken ultimo juli.



**Vi glæder os
til at se dig!**



2025

www.laegedage.dk

Hjemmesiden er tilgængelig medio august.