

Practicus

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

DECEMBER 2025 • 48. ÅRGANG • 277



FOKUS PÅ Lægedage og Hyperkolesterolæmi

Tillykke til
Helle Ibsen,
som modtog
årets Mahlerpris.



Dansk
Selskab for
Almen
Medicin

Indhold

LEDER

- 3 Frelst, det kan du selv være!
Mireille Lacroix

DSAM

- 4 Bestyrelsens klumme: Ingen skal føle sig alene i et speciale, der bygger på relationer
Malene Nepper
- 5 Repræsentantskabsmøde 2025
Louise Hørslev, Mogens Folkmann Andersen
- 6 DSAM samler almen praksis
Mogens Folkmann Andersen
- 8 Årsmøde 2025 og uddeling af priser
Mogens Folkmann Andersen
- 10 Mahlerprisen går til Helle Ibsen
Mogens Folkmann Andersen
- 11 For 35. gang: Tak for i år, Lægedage!
Eva Maria Mogensen, Tanja Skov Carlsen
- 14 Ny målbeskrivelse for hoveduddannelsen i almen medicin
Søren Prins
- 16 Rapport fra nordisk lederseminar: kamp, kalas og kærlighed
Troels Mengel-Jørgensen, Anne-Mette Torp, Camilla Høegh-Guldberg

FORSKNING

- 20 Hvis bare jeg havde tid..." – forlænet kons. til kompleks multisygdom
Henrik Hedegaard Plies Larsen, Anna B. Lyhnebeck, Anne Holm
- 22 Fokuseret lungeultralyd: Et nyt værktøj ved mistanke om pneumoni
Julie Jepsen Strøm
- 24 Hvorfor vælge et forskningsår?
Lea Kramer Knudsen, Sigrid M. Larsen, Nanna Holt Jensen
- 26 Nyt værktøj til opsporing af patienter med familiær hyperkolesterolemie
Simon Graff
- 29 Kolesterol-sænkende behandling af hjerteriske patienter
Frederik Bitsch Jakobsen, Ingrid Hell Mott, Jeanette Spencer, Annemette Bondo Lind

LÆGELIV

- 19 Grønt tip: Klimaaftryk fra møbler og udstyr i almen praksis
Salli Rose Tophøj
- 32 Hvornår er statiner ikke den bedste løsning?
Fie Madvig Lasen, Emma Bjørk Olsen, Kristine Rasmussen Høne
- 34 Helbredstjek: Fra idé til Vælg Klogt-anbefaling
Camilla Flinholm Raft
- 36 Sociale henvisninger – nye veje til lokale fællesskaber
Mai Bækgaard Nielsen
- 38 Den lange rejse til egen delepraksis
Jonas Ebert, Thomas Purup
- 40 Ægteskabspraksis: Sammen både i praksis og privaten
Morten Svenning Nielsen, Stine Hedegaard Christoffersen
- 42 Practicus stiller spørgsmål til Forsikring & Pension
Mie Rasbech
- 44 Poetisk afrapportering fra et konsultationskursus på Bornholm
Helle Therese Kirkegaard, Jan-Helge Larsen, Torsten Bjerre Fuglsang, Rikke Pilegaard
- 46 En dag med KBU-lægen på Fanø
Thomas Victor Christensen
- 48 Mellem flodhytter, praksis og patientmøder: tre nedslag i mit lægeliv
Susanne Reventlow

FYAM

- 51 Nyt DGE-modul sætter fokus på trivsel hos uddannelseslæger
Daniel Nyboe, Hadi Chaachouh
- 52 "Trivsel i praksis" – en ny FYAM-kampagne
Malene Nepper, Daniel Nyboe
- 54 FYAM-klummen: Ledelse handler også om at lede sig selv
Daniel Nyboe

SAMS

- 56 Almen praksis som ramme for trivsel
Jennifer Nguyen

DEBAT

- 57 Rammer, opgaver og samarbejde
Kaj Sparle Christensen
- 58 Din irriterende patient
Benny Ehrenreich

OPSLAG

- 59 NCGP2026
- 60 Julehilsen fra redaktionen



Sociale henvisninger, s. 36

Et redskab til at støtte patienter med problemer som ensomhed, mistrivsel eller inaktivitet.



Ægteskabspraksis, s. 40

Morten Svenning Nielsen og Stine Hedegaard Christoffersen fortæller om glæderne og udfordringerne ved at forene kærlighed og karriere.

Frelst – det kan du selv være!

Som nyslået praktiserende læge meldte jeg mig straks ind i DSAM, og Practicus kom ind ad døren. Bladet var fuld af artikler, som var skrevet af erfarne og vise kolleger, der havde set lyset. De skrev om det hellige konsultationsrum, personcentrering, patientens perspektiv, en masse f'er og de sagnomspundne DGE-grupper. Det meste forstod jeg faktisk ikke dengang. Men derudover indeholdt hvert eneste nummer en forbandelse over medicinalindustrien: Vi skulle forsage møder og rejser, som var arrangeret af industrien.

Som nyslået læge var medicinalindustriens invitationer ellers en af mine største fornøjelser. Jeg deltog i talrige aftenmøder og konferencer i Paris, Lissabon og andre steder. Her mødte jeg ældre kolleger. Vi delte viden og erfaringer, og jeg følte mig som en rigtig praktiserende læge. Det var skønt. Derfor besluttede jeg, at Practicus var et "frelst" blad, skrevet af en lille bedrevidende elite. På den baggrund virker det lidt sært, at jeg i dag er chefredaktør – og frelst.

Efter år med modgang i konsultationerne og besværlige patienter holdt jeg et halvt års pause fra praksis og tilmeldte mig mit første Kalymnos-kursus. Det blev en øjenåbner. Her lærte jeg, at patienterne faktisk kommer ind i konsultationen med en historie. Det havde jeg overset.

Nu møder jeg (for det meste) mine patienter med anerkendelse, ros og opmuntring: "Fortæl noget mere" og (jeg havde forsvoret, at det ville ske) "det var godt, du kom." Jeg elsker min supervisionsgruppe. Jeg er blevet en nådesløs agitator for supervision og konsultationsteknik. Det eneste, jeg mangler, er at begynde at rose, opmuntre og anerkende mine kolleger – også selvom de har andre værdier og holdninger end mig.

For anerkendelse, ros og opmuntring er en del af vejen til trivsel – for alle.

Et nyligt studie fra Schweiz af Adrian Rohrbasser viser, at læger, der mødes i kvalitetscirkler, hvor de forenes af en

stærk gruppedynamik og støttes af strukturelle rammer, får forbedret den kliniske kvalitet, sikret kontinuerlig faglig udvikling og styrket deres mentale trivsel. Effekten forstærkes endda, når kvalitetscirklerne er indlejret i et system, der giver tid, støtte og anerkendelse, samtidig med at deltagerne oplever ejerskab og autonomi.

Det frelste budskab: Anerkendelse er vejen til kvalitet i almen praksis – for læger og patienter. ●



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



Ingen skal føle sig alene i et speciale, der bygger på relationer

Almen medicin er et speciale, der bygger på relationer – til patienter, kolleger og resten af sundhedsvæsenet. Mange af os tanker energi i vores faglige fællesskab i DSAM. Det mærkede jeg selv til årsmødet i oktober. Men vi er også nødt til at holde af hverdagen.

Desværre viser FYAM's nye medlemsundersøgelse, at mange yngre almenmedicinere føler sig alene i deres hoveduddannelse. Hele 36 procent af hoveduddannelseslægerne oplever at føle sig ensomme. Følelsen toppe under hospitalsansættelserne, hvor 46 procent er helt eller delvist enige i, at de oplever ensomhed.

Det er tankevækkende. På hospi-

talsafdelingerne er vi en del af en større lægegruppe end i almen praksis, men næsten halvdelen føler sig alligevel ensomme. Mange hoveduddannelseslæger beskriver, at de har en fornemmelse af at være en nomade, et stedbarn eller en gæst under hospitalsblokken. På mange afdelinger er der kun lidt kontakt til de andre almenmedicinere på afdelingen, da vagt- og weekendarbejde begrænser den fælles dagtid, og vi møder sjældent eller aldrig almenmedicinerne fra de andre afdelinger. Privatlivets sociale liv udfordres samtidig af vagtarbejde og vagtplaner, der ofte lægges i sidste øjeblik.

FYAM har udarbejdet ”7 bud om

rekruttering”. Her foreslår vi, at der oprettes tværgående uddannelseskoordinerende yngre almenmedicinere (AP-UKYler) og en almenmedicinsk uddannelsesansvarlig overlæge, som man har gjort med stor succes i Slagelse. De kan oprette et netværk, hvor de almenmedicinske HU-læger mødes på tværs af afdelinger under hospitalsblokken, for eksempel ved faste månedlige netværksmøder med praksisrelevante oplæg fra hospitalens specialister og efterfølgende tid til erfaringsudveksling og sparring om, hvordan den nye viden overføres til arbejdet i almen praksis.

Forslaget kan møde modstand på hospitalerne. Skal netværksmøderne foregå i arbejdstiden? Hvordan løses vagtplanlægningen, så alle kommer med? Hvor skal pengene komme fra? Og hvorfor skal AP-lægerne have deres eget fællesskab?

I 2026 lancerer FYAM kampagnen ”Trivsel i praksis”. Den præsenterer en række tips til, hvordan trivslen kan øges for uddannelseslæger. Sideløbende arbejder vi videre på at etablere lokale netværk for AP-læger på hospitalsblokken flere steder i landet.

Ingen skal føle sig alene i et speciale, der bygger på relationer. ●



”

I 2026 lancerer
FYAM kampagnen
”Trivsel i praksis”.



Repræsentantskabsmøde 2025

I forbindelse med det ordinære repræsentantskabsmøde den 4. oktober i Kolding blev der truffet en række beslutninger, der har betydning for dig som medlem. Det handler om kontingent, vedtægtsændringer og valg af formand for DSAM for de kommende to år. Herudover var der fire nye medlemmer af repræsentantskabet.

Kontingent for 2026

På repræsentantskabsmødet vedtog et enigt repræsentantskab, at kontingentet skulle hæves.

Kontingentet er blevet fremskrevet med prisindekset svarende til en stigning på 5,5 %. Det svarer til 175 kr. ekstra om året for et almindeligt ordinært medlemskab.

Seneste ændring af kontingentet var i 2024, hvor det ligeledes blev justeret ift. prisindekset.

Prisstigningen for yngre læger og pensionister/ikke-erhvervsaktive er mindre, mens studerende uændret skal betale 100 kr. årligt.

Du kan se kontingentsatserne på DSAM's hjemmeside.

Vedtægtsændring – tilpasning af antal regioner

Som en følge af sundhedsreformen går Danmark fra 5 til 4 regioner, da Region Sjælland og Region Hovedstaden bliver slået sammen til Region Øst. Sammenlægningen sker officielt fra 1. januar 2027 med en overgangsordning i 2026. De to regioner afholder forskellige fælles arrangementer i løbet af 2026, så de er klar til at være én samlet region fra 2027.

DSAM's lokale struktur er opbygget ud fra antallet af regioner. For at DSAM's organisering fortsat svarer til denne struktur, foreslog bestyrel-

sen på repræsentantskabsmødet, at DSAM ligeledes skal gå fra 5 til 4 regioner. Herudover var der lagt op til, at antallet af repræsentantskabs- og bestyrelsesmedlemmer skulle bevares uændret. Repræsentantskabet vedtog forslaget enstemmigt. Bestyrelsen har arbejdet med forslaget siden foråret, og derudover har forslaget været i intern høring.

Nye medlemmer af repræsentantskabet

Repræsentantskabet består af 25 medlemmer. Heraf er fire nye medlemmer valgt, og to af dem deltog i mødet. De fire nye medlemmer er:

- Tabitha Krogh Ölmestig (FYAM, Region Syddanmark)
- Daniel Sindhøj (Region Hovedstaden)
- Tue Flindt Müller (Region Sjælland)
- Torsten Risør (Region Sjælland).

Repræsentantskabet udgøres af en regionsbestyrelse fra hver af de fem nuværende regioner. Repræsentantskabet er på 25 medlemmer.

Lørdagens møde var samtidig det nye repræsentantskabs første arbejdsdag. Ud over at vedtage ændringer af kontingent og vedtægter genvalgte de også Bolette Friderichsen som formand for DSAM for de kommende to år. Det er Bolettes tredje og dermed sidste periode som formand. ●



Bolette Friderichsen blev genvalgt som formand for DSAM for de kommende to år. Det er Bolettes tredje og dermed sidste periode som formand.



DSAM samler almen praksis

D SAM er et samlingssted for nuværende og kommende speciallæger i almen medicin. I august samlede DSAM sammen med FYAM og Aalborg Universitet omkring 1.000 læger til et informations- og debatmøde om sundhedsreformen og lovpakke 2b, og til DSAM's årsmøde i Kolding var der mere end 500 tilmeldte, hvilket er ny deltagerrekord. Det vidner om, at medlemmerne gerne vil almen praksis og det fællesskab, der er omkring faget. Du kan læse mere om årsmødet andetsteds i magasinet.

DSAM samler også almen praksis ved at varetage medlemmernes interesser over for embedsfolk, politikere og i medierne. Og ikke mindst ift. politikere og embedsfolk er der stor mødeaktivitet.

For et år siden, den 15. november 2024, blev der indgået en bred politisk aftale om sundhedsreformen, der dengang blev beskrevet på denne måde af Indenrigs- og Sundhedsministeriet:

”Med fire stærke regioner, nye lokale sundhedsråd, en lægereform og kronikerpakker skal reformen bl.a. sikre, at alle har adgang til sundhedstilbud af høj kvalitet, og at borgere med en kronisk sygdom får bedre og mere sammenhængende behandling.”

Op til sommerferien kom lovpakke 2 i høring, som bl.a. DSAM, FYAM og PLO mødte med stærk kritik. Det endte det med, at der blev udarbejdet i et forståelsespapir mellem PLO og ministeren, hvor en række af almen praksis' kritikpunkter blev imødegået; et forståelsespapir, som også DSAM og FYAM bakker op.

Fra DSAM's side lød det, at forståelsespapiret forhåbentligt var første skridt i retning af mere inddragelse af lægerne, mens FYAM meldte ud, at ministeren havde lyttet til deres bekymringer. Lovforslaget

har nu været fremsat i Folketinget og afspejler forståelsespapiret.

DSAM's og FYAM's formandskaber og bestyrelser har i den forbindelse arbejdet aktivt for at sikre de almenmedicinske interesser bedst muligt. Der har været lagt mange kræfter og mange mødetimer i at levere input til Sundhedsstyrelsens kommende opgavebeskrivelse, som skal beskrive, hvad almen praksis skal levere i fremtiden. Opgavebeskrivelsen er nu i høring. De almenmedicinske kerneværdier fremstår tydeligt, men DSAM er bekymret for, at der ikke er tilstrækkelig kapacitet til de nye arbejdsopgaver.

Medicinrådet

Maria Krüger, DSAM's næstformand, har fået plads i Medicinrådet. I den forbindelse har en række af rådets medarbejdere været på besøg i almen praksis. Hidtil har Medicinrådet arbejdet med at rådgive sygehuse om medicin, men fra januar 2025 fik de også ansvar for at rådgive almen praksis. Og her manglede medarbejderne viden om, hvad man laver i almen praksis, og hvordan en arbejdsdag for en læge i almen praksis ser ud. Indtil nu har omkring 15 af rådets medarbejdere været på besøg i almen praksis.

Faglige udfordringer

I en ny anbefaling fra Sundhedsstyrelsen lægges der op

”

Hidtil har Medicinrådet arbejdet med at rådgive sygehuse om medicin, men fra januar 2025 fik de også ansvar for at rådgive almen praksis.



til, at almen praksis skal udrede flere for demens. Fra DSAM siger Bolette Friderichsen til Dagens Medicin, at selskabet er enig i anbefalingerne, men at:

”Forudsætningerne for at følge anbefalingerne er der ikke på nuværende tidspunkt. Der skal økonomi til for at flytte viden ud i almen praksis og kommunerne. Og det er hele parolen. Vi vil gerne flytte viden i stedet for patienter”.

Bolette retter derfor pilen mod de kommende overenskomstforhandlinger.

Valg af formand

I forbindelse med at Bolette blev genvalgt for en tredje og sidste periode som formand for DSAM, deltog hun i flere interviews om de kommende to år. For hende handler det om, at hun blandt andet vil bruge sin sidste formandsperiode på at være med til at sikre, at sundhedsreformen lander et godt sted:

”Min beslutning om at genopstille handler først og fremmest om, at jeg gerne vil arbejde hårdt for, at sundhedsreformen bliver en succes. Der er fortsat enormt meget på spil, og jeg håber, at de mange relationer og det kendskab, som jeg har opbygget som formand over årene, kan være med til at få det almenmedicinske perspektiv til at fylde mere,” sagde Bolette Friderichsen til Dagens Medicin efter genvalget.

Høringssvar

I september og oktober har selskabet afgivet fem høringssvar om blandt andet den fremtidige tilskudsstatus for lægemidler mod allergi til en bekendtgørelse vedrørende Apotekets Hotline og tvang i psykiatrien.

Du kan læse mere om DSAM's høringssvar, optræden i medierne med videre på den opdaterede oversigt på

Bolette Frydendal Jeppesen er halvejs i sin hoveduddannelse i almen medicin og er ansat som projektleder for et generations- og rekrutteringsprojekt for hele DSAM.



DSAM's hjemmeside under ”Presse og holdninger”.

Ny medarbejder i DSAM

Bolette Frydendal Jeppesen er blevet ansat i det kommende år som projektleder for et generations- og rekrutteringsprojekt for hele DSAM. Stillingen er på fem timer om ugen.

Projektet er et initiativ, der skal styrke tilstedeværelse, synlighed og rekruttering blandt yngre læger – med respekt for specialets bredde og historie. Projektet sigter dog ikke kun mod én generation. Det handler også om at samle medlemmerne på tværs af forskellige ståsteder i faget.

Bolette Frydendal Jeppesen er halvejs i sin hoveduddannelse i almen medicin og har desuden en bachelorgrad i etnologi og en overbygning i journalistik. Hun har bred erfaring med kommunikation og formidling, herunder på sociale platforme.

Vi glæder os til samarbejdet – velkommen til Bolette.

DSAM på Instagram

I forbindelse med generationsprojektet er der oprettet en DSAM-profil på Instagram. Her kan du følge med i,

hvordan DSAM arbejder for at styrke almen medicin – fra kliniske vejledninger og kvalitetssikring til rekruttering, internationalt samarbejde og sundhedspolitik.

Profilen giver indblik i det brede og vigtige arbejde, der foregår i og omkring DSAM, og viser, hvordan vi sammen udvikler specialet almen medicin. Herudover er DSAM også til stede på LinkedIn og Facebook. ●

LÆS MERE

Forståelsespapiret



LÆS MERE

Presse og holdninger på dsam.dk



LÆS MERE

DSAM's profil på Instagram





Årsmøde 2025 og uddeling af priser

DSAM's årsmøde løb af stablen fredag den 3. oktober på Hotel Comwell i Kolding. Igen i år var der deltagerrekord. Mere end 500 deltagere – det er godt 50 flere end i 2024, hvor der også var deltagerrekord.

Arets tema var trivsel og arbejdsglæde, og til at stå for den del af årsmødet var tre hovedtalere inviteret:

- Lone Svenningsen
- Karolien van der Brekel
- Anne Zimmer.

Åbningssessionen

De berørte hver især, hvad arbejdsglæde og trivsel er. Hvor Lone havde fokus på hjernen og muligheden for at slippe af, trivsel og egenomsorg, så introducerede Karolien værktøjet Spiderweb, som netop er oversat til dansk. Anne Zimmer sluttede af med at tale om betydningen af næringsrige relationer til kollegerne.

Anne Zimmer fortalte, at arbejdsglæde og trivsel er essentielt for almen praksis. Forskning tyder på, at

hvis lægen trives, så giver det også en bedre kontakt mellem læge og patient.

Spiderweb er et værktøj, som er udviklet af bl.a. Karolien van der Brekel. Her udfylder patienten inden konsultationen forskellige felter om, hvordan den pågældende har det. I Holland, hvor værktøjet er blevet introduceret, har det været med til at styrke arbejdsglæden, og som ekstra gevinst har det reduceret antallet af henvisninger fra almen praksis. Det er altså ikke alene godt for læge og patient; det er også godt for sundhedsvæsnets samlede økonomi. Spiderweb er netop blevet oversat til dansk. Se evt. også artikel i sidste nummer af Practicus.

I forbindelse med evalueringen af årsmødet gav en af deltagerne følgende skudsmål om åbningssessionen med de tre hovedtalere: "Virkelig gode oplægsholdere, som både gav noget, man kunne reflektere over – og også fik provokeret lidt".

Ved årsmødet blev der uddelt tre priser: FYAM-prisen, vinderen af Ph.d.-cup og Talentprisen.

FYAM-prisen 2025

Marthe Straarup Thagaard modtog årets FYAM-pris. I indstillingerne stod der blandt andet, at "hun er en ildsjæl med et stort hjerte, der banker for ud-

dannelse og uddannelseslægers trivsel". Der stod også, at "Marthe er synlig, vedholdende og fagligt velfunderet. Hun er ikke bange for at tage hul på svære emner. Hun skaber et miljø, hvor det er trygt at være yngre læge. Hun er en inspirerende kollega og en klar kandidat til FYAM-prisen 2025".

Marthe var indstillet til prisen af mere end 30 HU-læger på Sygehus Lillebælt.

Ph.d.-cup 2025

Julie Jepsen Strøm vandt årets Ph.d.-cup med sit oplæg om, hvorfor ultralyd i almen praksis kan være en fordel – ikke mindst ved infektioner i lungerne. Oplægget var baseret på hendes ph.d.-afhandling "Focused lung ultrasound by general practitioners in adults with acute lower respiratory tract infection: competence, findings and clinical effect", som hun forsvarede den 24. september 2025 på Aalborg Universitet (red. læs om hendes forskning i artiklen s. 24).

De tre andre deltagere i Ph.d.-cuppen var: Stinne Eika Rasmussen, Cecilie Hansen og Jonas Olsen.

Talentprisen 2025

Bolette Frydendal Jeppesen modtog DSAM's Talentpris 2025. Prisen blev givet for hendes kombination af kom-

munikationsevner og lægefaglighed – en styrke, der har været afgørende for at positionere FYAM som en markant stemme i den sundhedspolitiske debat.

Siden 2024 har Bolette som kommunikationsansvarlig for FYAM været drivkraften bag en klar strategi, der har styrket dialogen med medlemmerne, givet de yngre almenmedicinere en stærkere stemme og skabt adgang til beslutningstagere, medier og befolkningen.

Blandt andet fik hun på få uger i sommerferien skabt kampagnen “En kærlighedserklæring til almen praksis”, som har nået over 1 million visninger på sociale medier.

Udstillere

Til årsmødet var der i år ikke mindre end 8 forskellige stande, som man kunne besøge i pauserne.

Der var mulighed for at få en snak med DSAM's interessegruppe Grøn Praksis, arbejdsgruppen bag Praksis+, der gav et indblik i den opdaterede udgave af FYAM's e-bog Praksis+, den nyopstartede interessegruppe Skærm-sundhed, Kvalitet i Almen Praksis (KiAP), Lægedage, Hippokrates-programmet – det europæiske udvekslingsprogram, hvor yngre almenmedicinere får mulighed for at opleve hverdagen i en almen praksis i et andet land, Positive health/Spiderweb ved Karolien van den Brekel og Månedsskriftet, der bl.a. præsenterede deres nye app-løsning til artikler og podcast.

Årsmøde 2026

Datoen for næste årsmøde er allerede på plads. Det bliver fredag den 2. oktober 2026 i Kolding. Temaet bliver præsenteret senere. Men sæt kryds i kalenderen allerede nu. ●

VOXPOP: Hvad siger deltagerne om årsmødet?



**HENRIETTE THOSTRUP
POULSEN, praktiserende
læge i Sønder Omme:**

Jeg deltog i årsmødet for første gang, selvom jeg egentlig gerne ville have været med i flere år, hvor det tidligere rent faktisk ikke lykkedes.

Mine forhåbninger om at blive inspireret af nye vinde inden for mit fag og samtidig møde andre kollegaer, som brænder for udviklingen af faget, blev alle indfriet.

Samtidig var underholdningsværdien og holdånden fantastisk. Jeg oplevede at kunne spejle mit daglige arbejde, inklusive mine praksiskonsulentjobs, i ny national og international viden. At få løftet min forståelse af at være praktiserende læge op på et højere niveau. Jeg blev især inspireret af oplæggene i Ph.d.-cuppen, hvor de dygtige forskere på kreative måder havde fundet nye måder at afklare, hvilke undersøgelser, tiltag og handlemåder der reelt gør en forskel i mødet med patienterne.



**MORTEN SVENNING
NIELSEN, praktiserende
læge i Odense:**

DSAM's årsmøde 2025 var faktisk det første årsmøde, jeg har deltaget i. Arrangementet var supergodt tilrettelagt, og det var tydeligt at mærke, at der havde været fokus på fagligheden.

Det var særligt skønt at opleve plenumssessionen, der åbnede dagen. Den emmede af energi, og det var tydeligt at mærke den fornemmelse af sammenhold, der var i salen. Om formiddagen hørte jeg om trivsel, og eftermiddagen gik med snak om overdiagnostik i konsultationen – to meget aktuelle og relevante emner.

Jeg synes, det var en udbytterig dag, fagligt såvel som socialt. Middagen og den efterfølgende fest satte en smuk streg under, hvor festligt det er at være almenmedicinere.



Mahlerprisen 2025 går til Helle Ibsen

Helle Ibsen modtog den prestigefyldte Mahlerpris i forbindelse med åbningen af årets Lægedage i Bella Centret. Prisen blev overrakt af Bolette Friderichsen, DSAM's formand.

Gennem sin karriere har praktiserende læge Helle Ibsen været en drivkraft i udviklingen af almen medicin – særligt inden for uddannelse og efteruddannelse af praktiserende læger. Derfor modtager hun i år Mahlerprisen, lyder begrundelsen fra de to formænd for hhv. PLO og DSAM.

Helle Ibsen er 61 år og praktiserende læge i Haderslev. Derudover er hun

underviser på den medicinske kandidatuddannelse på Syddansk Universitet.

Stolthed, holdarbejde og fællesskab

For Helle er prisen en kæmpe overraskelse, og samtidig er hun utrolig berørt over at modtage den.

”Jeg er meget stolt. Det er overvældende at få prisen. Det er en meget stor ære at blive sat i relation til Halfdan Mahler og alle de fantastiske kolleger, der meget fortjent har fået prisen tidligere. Tænk, at der er nogen, der har set mig i den sammenhæng!

OM PRISEN

Mahlerprisen er de praktiserende lægers ærespris, der gives som en uansøgt hædersgave til en praktiserende læge, som har ydet en særlig indsats for udvikling af praksissektoren. Prisen er opkaldt efter Dr. Halfdan Mahler, der var generalsekretær for WHO fra 1973 til 1988.

Alt, hvad jeg har deltaget i, har været som en del af et team. Jeg er så heldig, at jeg har fået lov til at stå på skuldrene af nogle af fagets allerstørste fyr-tårne,” lyder det fra Helle Ibsen.



Efteruddannelse og udvikling

Helle Ibsen har netop forsvaret sin ph.d.-afhandling om uddannelse og efteruddannelse af læger, og for Helle er uddannelse og efteruddannelse særligt vigtige områder ift. almen praksis:

”At almen praksis er veluddannet, er ikke udelukkende essentielt for patienterne. Det er også afgørende vigtigt for det samlede sundhedsvæsen og for økonomien i sundhedsvæsenet. Og det bliver kun vigtigere fremover.” ●

Bolette Friderichsen (t.v.) motiverede Mahlerprisen, som helt velfortjent gik til Helle Ibsen. Foto: Mogens Folkmann Andersen.



For 35. gang: Tak for i år, Lægedage!

For 35. gang, når man medregner online-udgaven under Covid-pandemien, blev Lægedage vellykket afviklet i uge 46 i Bella Center i København.

I år havde Lægedage et mere fagligt tema end andre år, nemlig 'Mental sundhed – hvad kan almen praksis i forhold til patienter med psykiske lidelser, mistrivsel og usynlige handicap?' Temaet blev belyst i

flere kurser hver dag. Til gengæld var der ikke, som der plejer at være, en stor fælles session om temaet onsdag.

Mandag eftermiddag foregik den formelle åbning. Lægedage er et samarbejde mellem PLO og DSAM, og de to organisationers formænd skiftes til at holde åbningstalen. I år var det PLO-formandens tur.

Flere praktiserende læger kan vende mistrivlsen

I sin tale berørte Jørgen Skadborg sundhedspolitiske emner, der har fyldt i den seneste tid, især sundhedsreformens lovforslag 2b om almen praksis.

Han slog fast, at reformen er tilbage på sporet, efter at PLO og regeringen i september blev enige om en forståelse, der justerer det oprindelige lovforslag.

"Reformen bevæger sig nu i en retning, som vi praktiserende læger kan se os selv i," sagde han.

Temaet mistrivsel kobledes han med et styrket nært sundhedsvæsen:

"Behovet for et stærkere og mere nært sundhedsvæsen har sjældent været tydeligere end nu. Én af de udfordringer, som kræver en styrkelse af det nære sundhedsvæsen, er den stigende psykiske mistrivsel."



Mange gæster var mødt op for at overvære åbningen af Lægedage. Foto: Claus Boesen.



Færdighedsværkstedet var som altid godt besøgt. Foto: Claus Boesen.

”Vi mærker det hver eneste dag i vores konsultationer. For mental sundhed er ikke noget, der ligger ved siden af det øvrige sundhedsvæsen – det er vævet ind i alt, hvad vi gør.”

Jørgen Skadborg påpegede, at målet om mindst 5.000 praktiserende læ-

ger i 2035 er afgørende for at kunne styrke det nære sundhedsvæsen og håndtere den stigende psykiske mistrivsel.

Det hvide flag

I sin åbningstale viftede indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhde med et hvidt flag.

”Når I ser et hvidt flag smælde, hvad betyder det så? Jeg kommer med fred,” sagde hun.

”Lovforslag 2b – sjældent er en lov-pakke med en så knastør titel blevet så berømt og berygtet. Men nu er

POINTER FRA KURSER OG OPLÆG

Ugeskrift for Læger var til stede hele ugen og rapporterede dagligt i Lægedageavisen, som i år havde fået nyt format.

- Ugeskriftet.dk/laegedage

2b blevet præciseret og ændret på en række punkter,” sagde hun og fortsatte:

”Det hvide flag er også min måde at sige tak på. Tak til PLO for at række hånden frem og for at tage imod min.”

Hun slog fast, at praktiserende læger er og skal forblive selvstændigt erhvervsdrivende, at de vil få mange flere kolleger i fremtiden – og at PLO er og bliver en central aftalepartner.

”Mit løfte til jer er, at samarbejdet vil ske på et fagligt grundlag og i tæt dialog, og at I fortsat har reel indflydelse på rammerne for jeres arbejde, uanset om vi taler om åbningstider, honorarer, honorarstruktur, kvalitet, IT, forskning eller efteruddannelse. Det er kernen i sundhedsreformen, at vi netop skal sikre en langt stærkere almen praksis, og det kan vi kun gøre sammen med jer.”

Hun takkede for at vælge mental sundhed som tema og nævnte, at hun ser frem til at udmønte tiårsplanen for psykiatrien, som et bredt flertal i Folketinget står bag. Planen løfter området økonomisk med 35 % sammenlignet med i dag.

”Vi skal – og det skal vi i fællesskab – have brudt den ulykkelige negative spiral, hvor der i dag er alt for mange, der venter alt for længe, med det resultat, at man bliver mere syg undervejs. Og det er særligt ulykkeligt, at

Sophie Løhde:
”Jeg kommer med fred.”
Foto: Claus Boesen.



LÆGEDAGE 2025 I TAL

- 2150 besøgende læger og personale i løbet af de fem dage
- Efteruddannelse svarende til 3000 kursusdage
- 143 kurser
- 103 udstillere

det også gælder børn og unge, som vi har et særligt ansvar for,” sagde hun.

Udfordringer og løsninger

I debatten 'Mental sundhed – hvad kan almen praksis bidrage med for patienter med psykiske lidelse, mistrivsel og usynlige handicap' styrede journalist Nynne Bjerre Christensen diskussionerne. Deltagerne var Peder Hvelplund, sundhedsordfører for Enhedslisten og medlem af Folketingets Sundhedsudvalg, Jacob Klærke, formand for Danske Regioners Psykiatri- og Socialudvalg, Jane Alrø Sørensen, generalsekretær i Bedre Psykiatri, Bolette Friderichsen, formand for DSAM, og Jørgen Skadborg, formand for PLO.

Debatten indledtes med spørgsmål om, hvordan man kan reducere de mange afviste henvisninger, der relaterer sig til psykisk sygdom, og som er blevet hverdag i almen praksis, hvem der mangler tilbud til, og hvordan man kan gøre de eksisterende tilbud mere tilgængelige.

Det blev også drøftet, om der er behov for nye typer tilbud eller alternativer, der levner bedre plads til et bredere kig på patienten end diagnoser og pakkeforløb, når det handler om at sikre hjælp til patienterne. Her berørte man også, om patienterne i højere grad kan hjælpes, inden der er behov for diagnose og behandling.

Peder Hvelplund efterlyste mere fokus på socialpsykiatrien.

Jane Alrø Sørensen slog til lyd for, at der er brug for en større udbygning af det nære sundhedsvæsen på det psykiske område.

Debatten kredsede en del om psykiske problemer hos børn og unge.

”Vi skal kigge på, hvordan almen praksis kan blive en del af holdet, når vi kigger på børn og unge, hvor rigtigt meget ligger i skoler og i PPR- og familieafdelinger. Jeg hører fra praktiserende læger, der fortæller, at de ofte oplever at blive en slags postkontor



Paneldebat under åbningen. Fra venstre: moderator Nynne Bjerre Christensen, Jørgen Skadborg (PLO), Jane Alrø Sørensen (Bedre Psykiatri), Bolette Friderichsen (DSAM), Jacob Klærke (Danske Regioners Psykiatri- og Socialudvalg) samt Peder Hvelplund (Enhedslisten). Foto: Claus Boesen.



I pauserne blev der trængsel på udstillingen. Foto: Claus Boesen.

eller sidde på sidelinjen, men reelt set ikke har mulighed for at sætte noget i værk,” sagde Jacob Klærke.

Mahlerprisen blev givet til Helle Ibsen. Det kan du læse mere om på side 10.

Efter den formelle åbning var Mathilde Falch inviteret til at spille en fortællekoncert om sit eget forløb som ung med misbrug og anoreksi. Udover at være musiker er Mathilde Falch ambassadør for SIND. Hun spillede en meget rørende koncert. ●

SE ELLER GENSE ÅBNINGEN

På www.Laegedage.dk kan du se eller gense åbningsarrangementet, hvor du kan opleve PLO-formand Jørgen Skadborg holde tale og se indenrigs- og sundhedsminister Sophie Løhdes tale, hvor hun vifter med det hvide flag. Du kan også se debatten om, hvad almen praksis kan bidrage med for patienter med psykisk lidelse, mistrivsel og usynlige handicap.



Ny målbeskrivelse for hoveduddannelsen i almen medicin

Fra 2026 inkluderer alle hoveduddannelsesstillinger i almen medicin 12 måneders ansættelse i fase 1. Derfor er målbeskrivelsen revideret med større fokus på uddannelse i ledelse og almenmedicinske kernekompetencer.

DSAM har længe ønsket sig en hoveduddannelse med mere funktionstid i almen praksis og mindre på sygehuset. Vores speciale er det eneste, hvor hoveduddannelseslægerne er ansat længere tid i andre specialer (2,5 år) end i deres eget speciale (2 år). I Sverige har man 1,5 år, mens man i Norge kun har 1 år på sygehus, hvoraf et halvt år kan være på sygehjem (plejehjem med akutpladser). At det har været svært at ændre skyldes to ting. Sygehusene har haft brug for arbejdskraften, og det har været svært at finde økonomien til at betale lægernes løn under en længere ansættelse i praksis. Det blev løst, da Folketinget i 2022 vedtog

den såkaldte "praksispligt" for hurtigt at skaffe flere læger til almen praksis. Fra næste år vil forlængelsen af fase 1 flytte 150-200 årsværk til almen praksis, afhængigt af antallet af besatte stillinger. Finansieringen er som hidtil i fase 1: Tutorlægen leverer lokaler og forpligter sig til f.eks. supervision og kompetencevurdering, mens regionen betaler hele uddannelseslægens løn.

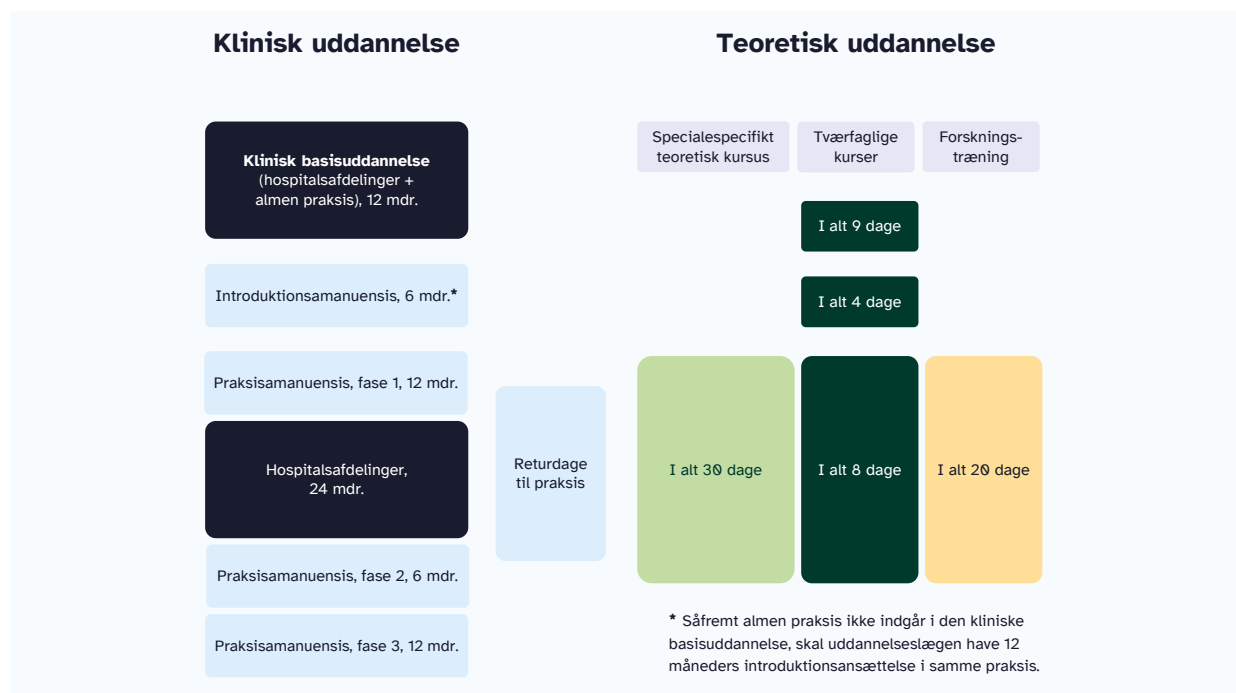
Målbeskrivelsen opridser sammenlægningen af de 4,5 års hoveduddannelse, de obligatoriske kurser og de kompetencer, der kræves for at blive speciallæge. Vurderingsmetoden for hver kompetence er valgt, så det både kan styrke læringen og hjælpe uddannelseslægen med at reflektere over sit arbejde undervejs (den formative vurdering), samtidig med at tutorlægen får et godt grundlag for at vurdere, om niveauet er godt nok (den summative vurdering). Her har tutorlægen et særligt ansvar, da vi ikke har en specialisteksamens i Danmark, som man har i de fleste lande uden for Skandinavien. De 5 kompetencevurderingsmetoder fra målbeskrivelsen af 2013 videreføres, men de suppleres med nogle kompetencekort, som skal gøre det

lettere for tutorlægen at huske, hvad man skal kigge efter, og bidrage til en god dialog om lægens arbejde.

Input fra specialeselskaber

DSAM udarbejder målbeskrivelsen, som efterfølgende godkendes af SST. Vi nedsatte derfor en arbejdsgruppe på 5 personer til at stå for skrivet arbejdet. I processen har de specialeselskaber, der indgår i den nuværende hospitalsdel, bidraget med input til, hvad der er vigtigt at opnå i hospitalsansættelsen, og hvordan det kan lade sig gøre. Sygehuskollegerne udtrykte bekymring for, om man kunne nå det væsentlige på kortere tid, ligesom det vil kunne mærkes på afdelingerne, at man mangler lægerne i de sidste måneder, hvor de begynder at fungere mere selvstændigt. Efter en del møder med specialeselskaber, regioner og SST blev en model fastlagt: Kompetencer inden for intern medicin, akut medicin og kirurgi inkl. skadestue dækkes i 1-2 ansættelser på 11-12 måneder. Hertil kommer pædiatri, psykiatri og gynækologi/obstetrik med 4-5 måneder hver.

De ekstra seks måneder i almen praksis lægges i fase 1, så lægen for-



Den nye uddannelsesstruktur for almen medicin, som træder i kraft i 2026.

ankres godt i specialet, inden hospitalsdelen starter. Dermed kan man tidligt få erfaring med længerevarende patientrelationer og en tættere tilknytning til tutorlægen og resten af klinikken, inden man fortsætter på sygehuset.

Ved udarbejdelse af en målbeskrivelse ville man normalt grundigt overveje, hvilke kompetencer der er nødvendige i specialet om 5-10 år. Strukturreformen gør det dog svært at forudse udviklingen. Derfor har vi taget udgangspunkt i den nuværende situation og forventer at lave en opdatering om 3-4 år, når konsekvenserne er kendt.

Fokus på ledelse og kvalitetssikring

FYAM havde et stort ønske om, at ledelseskompetencer skulle fylde mere og introduceres tidligere. Ledelse foregår på mange niveauer, lige fra at tilrettelægge et patientforløb til at stå for økonomi og personaleledelse i et stort lægehus. I starten af uddannelsen kan man f.eks. godt arbejde med

organisering og kvalitetssikring. Den nye fase 1 indeholder derfor 2 kompetencemål for ledelse og administration, hvor uddannelseslægen bl.a. skal udarbejde eller opdatere en faglig instruks og gennemføre et kvalitetsprojekt i klinikken. Kvalitetsenhederne og KIAP vil udvikle pakked løsninger til kvalitetsprojekter, som lægen kan gennemføre i egen klinik. Senere bør uddannelseslægerne inddrages mere i ledelsesarbejdet, f.eks. deltage i klinikens ledelsesmøder, så de er klædt på til at være praksisejere efter endt speciallægeuddannelse.

Også de "blødere" almenmedicinske kompetencer får et løft. Den almenmedicinske personcentrerede tilgang og kommunikation beskrives nu tydeligere i målbeskrivelsen med selvstændige mål i fase 1 og 3. Derudover er der tydeligere krav om observation og feedback på konsultationer (videooptagelser eller direkte supervision).

Kompetencer på forskellige niveauer

Mange vejledere har ønsket en tyde-

ligere beskrivelse af, hvad lægen skal kunne ved afslutning af en delansættelse, for at det er godt nok. Derfor skal de forskellige områder fremover vurderes flere gange på forskelligt niveau gennem uddannelsen, ligesom der er indført en skala, som indikerer, hvor stor grad af selvstændighed der forventes i de forskellige dele.

Kompetencerne er til gengæld slået sammen i større enheder, så færre skal godkendes i praksisdelen. Hospitalsdelen får egne, selvstændige kompetencer, som vurderes og godkendes der. De bredere kompetencer vil i endnu højere grad kræve løbende fokus på, hvor langt man er kommet. I alle regioner udarbejdes uddannelsesprogrammer med konkrete forslag til en uddannelsesplan og tidspunkt for de enkelte kompetencevurderinger. I de enkelte regioner bliver der arrangeret informationsmøder eller opdateringskurser for tutorlægerne.

Vi håber, at den nye målbeskrivelse vil styrke en allerede meget stærk almenmedicinsk uddannelse. ●



Af: **Troels Mengel-Jørgensen**, praktiserende læge og medlem af DSAM's bestyrelse, **Anne-Mette Torp**, HU-læge i almen medicin og medlem af NYGP, og **Camilla Høegh-Guldberg**, medlem af PLO's bestyrelse - tmengel@gmail.com

Rapport fra nordisk lederseminar: kamp, kalas og kærlighed

Nordisk lederseminar afholdes hvert andet år på skift i de nordiske lande med repræsentanter for DSAM og PLO og vores søsterorganisationer i Norge, Sverige, Finland og Island. I år blev det holdt den 27.-30. august i Sveriges Läkarförbunds Hus i Stockholm.

Danmark var repræsenteret ved Bolette Friederichsen og Troels Mengel-Jørgensen (DSAM), Camilla Høegh-Guldberg og Niels Ulrich Holm (PLO), Anne Mette Torp (FYAM), Roar Maagaard (NFGP) og Louise Hørslev og Sanne Ber-

nard (DSAM's sekretariat). Desuden var Mogens Vester-gaard inviteret med af DSAM.

Practicus har spurgt tre af deltagerne, hvad de tog med sig hjem fra årets møde.

TROELS MENGEL-JØRGENSEN (DSAM): VI KÆMPER FOR DET SAMME

Hvert land fremlagde oplæg om, hvordan det går, og hvilke udfordringer der er oppe i tiden. Vi må konstatere, at vi



Den samlede delegation til Nordisk Lederseminar 2025. Foto: Troels Mengel-Jørgensen.

har mange ting til fælles. Vi taler det samme lægesprog i de nordiske lande, selvom vi taler forskellige sprog, så det giver god mening at mødes og udveksle idéer og erfaringer. Vi kæmper for de samme sager, uanset hvilket land vi repræsenterer – f.eks. lægemangel og sundhedsreformer.

Danmark fremlagde de aktuelle udfordringer med sundhedsreformen og lovpakke 2b. De nordiske kolleger var tydeligt forundrede. Norge og Danmark har de seneste årtier haft det bedst fungerende system for almen praksis. Norge har fået forhandlet gode aftaler hjem efter princippet ”Evolution - NOT revolution!”. Tanken er, at sikre rammer vil reducere arbejdsstryk via kortere patientlister og dermed give flere læger. Foreløbig har det givet flere læger og færre vakante stillinger i Norge, men skruen skal fortsat holdes i vandet for at rekruttere til yderområderne. I Norge skal de nu beskrive standarder for udstyr, indretning og opgaver i almen praksis – en opgave, vi også har fået i Danmark. Enkelte ting afviger dog mellem landene, f.eks. talte nordmændene for obligatorisk adgang til intraossøs adgang til væsketerapi – et område, som nok er et særligt ”remote lægeproblem”. Nordmændene griner da også lidt af vores ”afstandsproblemer”.

I Finland har sundhedsreformer medført et topstyret og dårligt organiseret system med stor fragmentering. De har ingen patientlister og kun 10 alment praktiserende læger, som er selvstændige a la dansk/norsk model. De har ”erhvervsmedicinske klinikker” for dem, der har arbejde, og de dræner ”de raske erhvervsaktive” fra vårdcentralerne i den almene sundhedstjeneste. Vore finske kolleger fortalte, at vårdcentralerne har ansat f.eks. psykologer og fysioterapeuter, og selvom der ikke altid er arbejde til dem, skal de jo have noget at lave. Det giver et usmidigt system. Finlands indlæg handlede om AI, bekymringer om (over)brug og med et tydeligt håb om, at AI kan hjælpe i arbejdsdagen. Vi havde gode diskussioner om dette.

ANNE-METTE TORP (FYAM): KONFLIKT OG KREBSEKALAS

Som yngre(ish) læge er det en godbid at deltage i nordisk lederseminar. Jeg var inviteret som dansk repræsentant for Nordic Young General Practitioners (NYGP). Det var lidt som at blive inviteret til bords med de voksne, når de diskuterer, hvordan det går med almen praksis i Danmark og Norden. Og hvad lærte jeg så?

Det er oplagt at fremhæve den danske konflikt og vores nordiske kollegaers syn på vores situation. Selv mine jævnaldrende (og endnu ikke færdiguddannede) kollegaer fra Norge, Sverige, Finland og Island var rystede, da de hørte om Lovpakke 2b. Min svenske kollega arbejder i en Vårdcentral og frustreres dagligt, når arbejdet foregår ineffektivt, og patienter må vente unødigt, fordi ikke-læge-



De fem landes repræsentanter i NYGP. Foto: Annemette Torp.

ligt personale står for den daglige ledelse og ikke altid har et godt indblik i diagnostisk tankegang og hensigtsmæssige arbejdsgange for patientens vej gennem systemet. Mine nordiske kollegaer kunne let forstå, at det nemt går ud over patienterne, hvis et lægehus ikke kan tilpasse sig lokale forhold pga. fjern topstyring uden ”fingeren på pulsen”.

De islandske læger fortalte, at de med humoristisk aktivisme fik politikernes opmærksomhed i en sag om administrative henvisninger til f.eks. tonsillektomi på samme dag, som barnet lå på OP-lejet. Det tog lægerne 1,5 år at ændre en simpel arbejdsgang, som sparede alle tid. Det var først, da de islandske læger aktivistisk troppede op med fjollede lægeerklæringer, at de fik politikernes opmærksomhed. Herhjemme er FYAM's kampagne ”farvel til familielægen” med de brændende breve et godt eksempel på aktivisme. Alle var dog enige om, at aktivisme skal bruges med omhu.

I NYGP deler vi vores erfaringer med livet som hoveduddannelseslæge eller nyuddannet speciallæge. De seneste 2 år har vi udviklet et spørgeskema om trivsel og jobtilfredshed blandt yngre almenmedicinere i Norden, og vi delte resultaterne ved lederseminaret. Selvbestemmelse over egen arbejdsdag, kontinuitet med patienterne og variation i arbejdslivet er de tre faktorer, der motiverer yngre læger mest til at blive praktiserende læge. I hoveduddannelsen er det god supervision og kollegaer, man kan se op til, som betyder mest for trivslen. Jeg har været med





Bolette F. Jeppesen fortæller om FYAM's kærlighedserklæring til almen praksis. Foto: Camilla Høegh-Guldberg.

i NYGP siden 2019. Selvom det er et fagligt fællesskab, er det sociale sammenhold nok det, jeg sætter mest pris på. Derfor var turens sociale arrangement, et krebsekalas, en sand fornøjelse. Alle var iført papirhatte og -forklæder. Alle lande optrådte med en druksang til at skylle snapsen ned. Jeg skal gerne lære et par druksange fra mig, hvis vi ses til Nordisk Kongres i Jönköping i 2026!

CAMILLA HØEGH-GULDBERG (PLO): KÆRLIGHEDSERKLÆRINGER KOMMER I MANGE FORMER

I december 2023 skrev jeg i Practicus om mine tanker efter WONCA World 2023: "General practice is not the problem - it is the solution". Månedens før havde jeg læst i selv-samme blad, at Roar Maagaard var blevet valgt til ny formand for Nordic Federation of General Practice (NFGP), der arrangerer Nordisk Kongres, som mange af os kender og måske har deltaget i. Mindre kendt blandt kollegerne er nok det samarbejde, der foregår mellem ledelserne for DSAM og PLO og de tilsvarende skandinaviske organisationers ledelser.

Danmarks emne var naturligvis sundhedsreformen og det afledte lovudkast. Det var et tredelt oplæg. Mogens Vestergaard indledte med at fortælle om strukturkommissionens arbejde, før DSAM og PLO fortalte om den aktuelle udvikling. I perioder kunne man høre en knappenål falde til jorden – der blev lyttet med bekymring. Der er ingen tvivl om, at de almenmedicinske kerneværdier ikke falder i Norden uden kamp, og at alle organisationer tager et stort ansvar for at beskytte deres medlemmer og patienter mod politiske impulsbeslutninger og kærlighedserklæringer i stil med de lovpakker, der er fulgt i kølvandet på sundhedsreformen i Danmark.

Svenskerne havde et oplæg om "task shifting", som i denne sammenhæng handlede om uddelegering af opgaver internt i en vårdcentral (ikke den danske opgaveglid-

ning fra sygehus til almen praksis). Det vakte tanker om kontinuitet og udfordrede begrebet "egen læge".

Under seminarets festmiddag blev Magnus Isacson, svensk praktiserende læge, poet og afgående ordfører for SFAM, opfordret til at oplæse sin omskrivning af kærlighedens evangelium (Paulus). Med sine moderne referencer og sin aktualitet hænger den nu på min opslagstavle – og den bringes her med forfatterens tilladelse. For mig rummer den kærlighedserklæring essensen af, hvorfor det fagpolitiske arbejde i PLO stadig giver mening som yin til det faglige og kvalitetsmæssige yang i DSAM!

Störst av allt är allmänmedicinen

Om jag talar både patienters och läkares språk, men saknar relation och förmåga att känna in, är jag bara en ekande algoritm, ett skrällande vårdprogram. Och om jag har dr Houses förmåga att diagnostisera och känner alla hemligheter och har hela kunskapen, men saknar tillit och förmåga till empati, är jag ingenting. Och om jag delar med mig av all min teoretiska kunskap och bränner ut mig själv i tillgänglighetens och perfektionens namn, men saknar kontinuitet och helhetssyn, har jag ingenting vunnit.

Allmänmedicinen är tålmodig och god. Allmänmedicinen är inte stridslysten, inte skrytsam och inte uppblåst. Den är inte utmanande, häftig eller digital. Den bruser inte upp och vill ingen något ont. Den finner inte glädje i otillgängligheten men gläds med kontinuiteten. Allt bär den, allt lyssnar den på, allt hoppas den och allt uthärdar den.

Allmänmedicinen upphör aldrig. Den profetiska nätläkaren, den ska förgå. Den nationella kunskapsstyrningen, den ska tystna. Digitaliseringen som mål i sig, den ska förgå. Ty den nationella kunskapsstyrningen leder oss fel, och nätläkaren är begränsad. Men när vårdcentralen och den riktiga allmänmedicinen ges möjlighet att blomstra utan politisk detaljstyrning, ska det begränsade förgå.

När jag var kandidat talade jag som en kandidat, förstod som en kandidat och tänkte som en kandidat. Men sedan jag blev allmänläkare har jag lagt bort algoritmer och flödena. Ännu är min kunskap begränsad, och aldrig kommer jag att bli fullärd. Men förtroendet mig och mina patienter emellan, och min förmåga att se hela människan, hoppas jag ska bli fullständig.

Men nu består kontinuitet, tillit och allmänmedicin, dessa tre, och störst av dem är allmänmedicinen.

Magnus Isacson, Läkartidningen, 17. juni 2020 ●

GRØNT TIP

Klimaaftryk fra møbler og udstyr i almen praksis

EU kasserer omkring 10 millioner tons møbler hvert år, og 20 pct. af dem kommer fra erhvervslivet. Her får du tips til, hvordan du som praktiserende læge kan reducere dit CO₂-aftryk fra udstyr, møbler og hårde hvidevarer.

Disse tips kan være med til at nedbringe ressource- og energiforbruget ved nyproduktion og transport. De kan også bidrage til at mindske affaldsmængder i forbindelse med bortskaffelse. Ofte er der tilmed økonomiske besparelser at hente. ●



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

KØB BRUGT

Mange platforme sælger udstyr og møbler til klinikker, bl.a. DBA, genbrugspladser, markedspladser og Facebookgruppen 'Inventar og andet til salg i almen praksis'. Desuden sælger flere online auktionshuse hæve-sænke-borde, computere, skærme, IT-udstyr, hårde hvidevarer, rumdelere, skabe og andet, der kan være relevant for almen praksis. Mange af tingene kommer fra firmaer, der må lukke.

Når købet skal afhentes, er det ofte muligt at tilkøbe levering, evt. fra en ekstern leverandør. Hvis du selv vil afhente, kan det være en god idé at leje en varevogn eller bestille en gratis trailer, som der er mulighed for i mange byggermarkeder.

SÆLG VIDERE

Sælg dine egne ting videre via ovennævnte platforme, så andre kan få glæde af produkterne, hvis du ikke længere bruger dem.

OVERVEJ LEASING

Mange ting kan leases, f.eks. medicinsk udstyr, IT og cykler til brug for personalet eller til sygebesøg.

REPARÉR

Gode ting kan repareres. Måske kan du selv eller praksispersonalet? Ellers kan du kontakte en relevant håndværker. Hvis inventaret går i stykker inden for garantiperioden, kan du få det repareret ifølge din reklamationsret.

KØB SVANEMÆRKEDE PRODUKTER

Så sikrer du, at du køber de produkter, som er mindst belastende for klimaet og miljøet.



Af: Henrik Hedegaard Pliess Larsen, læge og ph.d.-studerende, Anna Bernhardt Lyhnebeck, fysioterapeut, cand.scient. i idræt og sundhed, ph.d.-studerende, og Anne Holm, lektor, seniorforsker, praktiserende læge, ph.d., alle fra Center for Almen Medicin, Forskningsenheden for Almen Praksis i København - henrik.hedegaard@sund.ku.dk

”Hvis bare jeg havde tid...”

– erfaringer med forlænget konsultation til kompleks multisygdom

En ny længere overblikskonsultation fokuserer mere på det hele menneske. Men hvad synes de praktiserende læger og patienterne om den?

I december 2024 blev den sidste konsultation under ”Projekt Overblikskonsultation” afholdt. Det satte punktum for en treårig indsats i almen praksis, hvor patienten med kompleks multisygdom har stået i centrum. Nu står vi med nye erfaringer, en masse data og nye perspektiver, der kan forme fremtidens praksis.

Med overenskomsten for almen praksis fra 2022 (OK22) blev det besluttet, at disse patienter skulle have mere fokus. For mange af dem er hverdagen præget af en høj behandlingsbyrde, hyppig hospitalskontakt og oplevelsen af et fragmenteret sundhedsvæsen. Derfor blev 2022-2025 rammen om et omfattende forskningsprojekt med den målsætning at skabe en mere helhedsorienteret og tværfaglig indsats på tværs af almen praksis, kommuner og sygehuse. Tanken var at vende perspektivet – fra at fokusere på de enkelte sygdomme til at se på hele mennesket i én samlet årlig konsultation.

Kunne en sådan forlænget konsultation øge patientens livskvalitet, bedre behandlingen og øge tilfredsheden hos den praktiserende læge?

Tre dele med fælles mål

I sommeren 2022 blev alle landets klynger inviteret til at deltage i projektet for at belyse en række spørgsmål: Kan

en særlig overblikskonsultation give et bedre greb om hverdagen for patienter med kompleks multisygdom? Kan det måles på livskvaliteten? Hvad synes læger og patienter om sådan en konsultation? Og hvordan nedbryder vi de barrierer, som praktiserende læger oplever i arbejdet med kompleks multisygdom, og sikrer en mere patientcentreret tilgang?

Den forlængede konsultation bestod af tre dele med det fælles mål at styrke patientcentreringen, skabe overblik og koordinere behandlingen.

Den første del omfattede tiden op til konsultationen. Her blev patienterne opfordret til at reflektere over, hvilke helbredsproblemer og bekymringer de havde. Samtidig forberedte lægen sig ved at samle oplysninger om diagnoser, medicin og øvrige sundhedsydelser. Projektet stillede en række værktøjer til rådighed, der kunne understøtte patientens forberedelse og resuméet i journalen. Men hver praksis kunne tilpasse værktøjerne til egen konsultationsstil og den enkelte patient.

Del anden del bestod af selve konsultationen: en patientdel, en lægedel og en fælles del. I patientens del kunne patienten dele sine tanker om sygdomme, behandlinger og hverdagens udfordringer. Her kunne lægen spørge ind til patientens dagsorden. I lægens del blev diagnoser, forløb og medicin gennemgået, som man ofte gør i konsultationer med patienter med kroniske sygdomme. I fællesdelen prioriterede patienten og lægen sammen mellem problemstillingerne. Den proces tog højde for både patientens ønsker og den lægefaglige relevans. Formålet var at skabe overblik og foretage overordnede eller hastende me-



dicinændringer, mens de mere specifikke justeringer måtte vente til årsstatus. Konsultationen mandede ud i en fælles behandlingsplan for det kommende år.

Den tredje del omhandlede tiden efter konsultationen. Her blev den fælles behandlingsplan delt med klinikpersonale og relevante aktører, f.eks. hjemmepleje, sygepleje og ambulatorier.

Fokus på patientens perspektiv

Konceptet med overblikskonsultationen var ikke nyt. Der har længe været værktøjer til at understøtte denne konsultationsform. Det nye var, at det store arbejde blev honoreret, og at patientens perspektiv fik langt større fokus end tidligere.

Om vi kan måle en reel forbedring i patienternes livskvalitet, ved vi ikke endnu. Evalueringen af projektet, effekten af interventionen og analysen af vores kohorte er i gang, og vi forventer at have de første resultater klar ved udgangen af 2025. Men meget peger på, at tid, overblik og struktur kan ændre mødet mellem patient og læge. En patient beskrev det således:

"Nej men altså, lægen sagde, han ville prøve at gå i dybden og få noget mere tid til min journal... Jeg havde så ikke forestillet mig helt altså, som han sagde, at han egentlig havde taget den fra, nærmest fra, tilbage i 80'erne eller et eller andet agtigt og kigget det hele igennem, for den er lidt lang... Jamen det var... det var lidt imponerende, faktisk."

Og lægen oplevede, at konsultation gav rum til overblik og planlægning:

"Jeg synes det at have tid til at sætte sig ned og få forbedret ordentligt. Få kigget på nogle gamle epikriser og få overblik over, hvad patienten egentlig har med sig. Og derefter få patienten ind og få forholdt os til rigtig mange af de her ting..."

Så kan vi få en plan for fremad. Hvordan vi kommer i mål med de ting, der faktisk er vigtige. Både for os, men også for patienten."

Disse små glimt af erfaring viser os, hvad overblikskonsultationen kan betyde i praksis. Den skaber et rum, hvor patient og læge får mulighed for at danne overblik, prioritere og planlægge, og hvor hverdagen med kompleks sygdom føles lidt mindre uoverskuelig. Selvom vi endnu ikke kan pege på konkrete forbedringer i livskvalitet, giver disse indtryk os værdifuld indsigt, som kan informere den løbende debat og udvikle behandlingen af patienter med kompleks multisygdom i almen praksis.

40.000 patienter og 500 læger

En del af projektet bestod af en stor spørgeskemaundersøgelse, som blev besvaret af over 40.000 patienter, som var tilknyttet de deltagende praksis og tidligere har været til en årsstatus. Det har givet os vigtig viden om, hvilke patienter der er særligt belastet af deres sygdomme, og hvordan de oplever kontakten til almen praksis. Når vi kobler disse data med danske registerdata, åbner det enestående muligheder for at undersøge livskvalitet, men også mere håndfaste mål som kontinuitet, relationer og sammenhæng med indlæggelser og dødelighed. Med en dybere forståelse af denne voksende patientgruppe håber vi at kunne styrke kvaliteten af den behandling, de tilbydes.

Projektet stoppede ikke ved patienterne. Også lægerne blev spurgt. Omkring 500 praktiserende læger har delt deres erfaringer med arbejdet med patienter med kompleks multisygdom. Spørgeskemaet undersøgte seks nøgleområder, som litteraturen fremhæver som centrale udfordringer: overblik, tid, støtte fra andre speciallæger, prioritering mellem behandlinger, medicingennemgang og inddragelse af patientens egne ønsker. Resultaterne er tydelige; næsten alle praktiserende læger finder multisygdom vanskeligt, men overblikskonsultationen gør det lettere. ●

OM PROJEKTET

- **Hvor mange deltog?** I alt 250 praksis fra 42 forskellige klynger deltog i projektet.
- **Hvem blev tilbudt forlænget konsultation?** Patienter med to eller flere kroniske sygdomme, som oplevede, at multisygdom udfordrede deres liv og helbred.
- **Hvor ofte blev konsultationen tilbudt?** Hver patient kunne inviteres én gang om året.
- **Hvor foregik det?** Konsultationen foregik hos patientens faste læge.
- **Hvad var honoraret?** 967,63 kr. pr. patient. Ydelsen kunne tages, selvom patienten var på kronikerhonorar, og samme dag som andre ydelser.



Fokuseret lungeultralyd: Et nyt værktøj ved mistanke om pneumoni

Antimikrobiel resistens er nu én af de største trusler mod den globale folkesundhed. I løbet af de næste 25 år kan denne resistens overhale kræft som den hyppigste globale dødsårsag, hvis vi ikke handler nu.

Udvælgelse af resistente bakterier sker, hver gang vi bruger antibiotika. I Danmark stammer 90 % af antibiotikarecepter fra primærsektoren, og praktiserende læger står for omkring 75 % af disse. En hyppig indikation for antibiotikabehandling, som er initieret i almen praksis, er akutte nedre luftvejsinfektioner. Langt de fleste (også nedre) luftvejsinfektioner er dog virale. Flere danske og udenlandske studier finder, at omkring halvdelen af den antibiotika, vi udskrifter for denne indikation, er unødvendig.

Vi ved fra interviewstudier, at en del af dette bunder i diagnostisk usikkerhed, da vi ikke ønsker at underbehandle en bakteriel pneumoni. For det er ikke nemt at afgøre med de aktuelle værktøjer i almen praksis, hvorvidt der er tale om en bakteriel nedre

luftvejsinfektion i form af en bakteriel pneumoni.

Fokuseret lungeultralyd i almen praksis

Klinisk ultralyd vinder hastigt indpas i almen praksis. I en spørgeskemaundersøgelse blandt danske praktiserende læger sidste år svarede 26 % af respondenterne, at de har et ultralydsapparat i klinikken. Blandt de mest relevante modaliteter for praktiserende læger vurderes fokuseret lungeultralyd (FLUS) at have særligt potentiale. FLUS er nu en del af det europæiske curriculum i klinisk ultralyd for frontlinjelæger i primærsektoren som et støttende diagnostisk redskab ved mistanke om pneumoni. Alligevel mangler der viden om, hvordan FLUS kan anvendes af praktiserende

læger til patienter med symptomer, som kunne være forenelige med en pneumoni – og hvilken effekt det har.

Tidligere i år forsvarede jeg min ph.d.-afhandling. Formålet med denne var at evaluere praktiserende lægers kompetencer i FLUS efter en målrettet uddannelse, beskrive deres fund hos voksne med symptomer på akut nedre luftvejsinfektion og vurdere den kliniske effekt af at inkludere FLUS i de praktiserende lægers vanlige undersøgelse af denne type patienter. Vi havde naturligvis et særligt fokus på effekten på antibiotikaforbruget.

Træning og kompetence

Vi gennemførte et prospektivt kohortestudie, hvor praktiserende læger, der i forvejen brugte klinisk ultralyd (de fleste har ikke lungeultralyd endnu), fik en uddannelse i FLUS, og deres kompetencer blev undervejs og efterfølgende evalueret.

Resultaterne viste, at læger med basale kompetencer i klinisk ultralyd kunne tilegne sig FLUS-færdigheder gennem et kort, målrettet uddannelsesprogram. De opnåede solid teoretisk viden og demonstrerede høj praktisk kunnen både under standardiserede forhold og ved scanninger, som blev foretaget i deres egen praksis på patienter med symptomer på akut nedre luftvejsinfektion.

HOVEDBUDSKABER:

- Vi bruger for meget antibiotika ved akutte nedre luftvejsinfektioner.
- Praktiserende læger kan lære at bruge fokuseret lungeultralyd (FLUS).
- FLUS kan reducere antallet af gentagne kontakter.
- FLUS har potentiale til at mindske antibiotikaforbruget i almen praksis.



Hands-on kursusdag som led i uddannelsen i FLUS til ét af ph.d.-studierne (2021).
Foto: Julie Jepsen Strøm.

De praktiserende lægers FLUS-undersøgelser blev vurderet af lungemedicinske FLUS-specialister, og langt størstedelen af scanningerne blev af disse vurderet at være af acceptabel eller højere kvalitet. De praktiserende lægers kompetence til at vurdere, om der var patologiske fund på scanningen, hvilket var tilfældet hos cirka halvdelen af patienterne, viste sig at være kun let under niveauet af FLUS-specialisters kompetence.

De praktiserende læger vurderede, at FLUS ofte havde klinisk betydning for deres beslutninger. I hver tredje konsultation angav den praktiserende læge efterfølgende, at FLUS havde ændret den tentative diagnose, behandlingsplan eller visitation. Læger-

ne rapporterede desuden øget diagnostisk sikkerhed efter FLUS hos tre ud af fire patienter.

Klinisk effekt

I et efterfølgende randomiseret kontrolleret studie med 34 praktiserende læger fra hele Danmark og næsten 400 patienter undersøgte vi effekten af FLUS på antibiotikaforbruget og patientforløbet for voksne med symptomer på akut nedre luftvejsinfektion, hvor den praktiserende læge mistænkte, at der kunne være tale om en bakteriel pneumoni.

I gruppen af patienter, der blev undersøgt med FLUS i tillæg til den praktiserende læges vanlige undersøgelse (interventionsgruppen), så vi 5 % mindre antibiotika udskrevet ved den initiale konsultation og akkumuleret 8 % mindre antibiotika udskrevet inden for den første uge efter konsultationen – sammenlignet med gruppen af patienter, der kun havde modtaget den praktiserende læges vanlige undersøgelse (kontrolgruppen).

Da vores studie havde styrke til at vise en 15 % reduktion i antibiotikaforbruget, var den ovennævnte reduktion ikke statistisk signifikant. Til gengæld kunne vi se, at tillæg af FLUS signifikant reducerede antallet af gentagne kontakter for luftvejsinfektio-

nen til den praktiserende læge og/eller lægevagten inden for 28 dage. Dette var uden tegn på forlænget eller forværret sygdomsforløb eller indvirkning på den øvrige sikkerhed for patienterne, som blev fulgt meget nøje og med meget høj deltagelse fra patienterne.

Perspektiver for fremtiden

En reduktion i antibiotikaforbruget på 8 % i denne meget store og hyppige patientgruppe i almen praksis vil have en betydende og klinisk relevant effekt. Men der er behov for flere større studier for at fastslå, om tillæg af FLUS giver denne effekt på antibiotikaforbruget.

Forskning om FLUS i almen praksis er kun næsten lige begyndt. Hvis vi kan blive klogere på sammenhængen mellem den infektiøse ætiologi, fund ved FLUS i almen praksis og patientforløbet, kan FLUS måske have en større effekt på antibiotikaforbruget i fremtiden.

Vi kan for nu konkludere, at praktiserende læger kan opnå relevante kompetencer gennem målrettet træning, og at FLUS kan bidrage til øget diagnostisk sikkerhed og færre gentagne kontakter for luftvejsinfektionen hos voksne, hvor der er mistanke om pneumoni i almen praksis – uden at det har negative konsekvenser for patientforløbet. ●



Julie Jepsen Strøm vandt Ph.d.-cup til DSAM's årsmøde med sin forskning i FLUS i almen praksis.

LÆS ARTIKLERNE FRA PH.D.-STUDIET:

Kohortestudie:



www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02813432.2024.2447083

RCT:



[www.thelancet.com/journals/ectlnm/article/PIIS2589-5370\(25\)00451-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/ectlnm/article/PIIS2589-5370(25)00451-1/fulltext)



Hvorfor vælge et forskningsår?

Flere medicinstuderende vælger at tage et forskningsår på en almenmedicinsk forskningsenhed. Sigrid og Lea er to af dem. Sigrid har netop gennemført sit forskningsår på Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, og Lea skal føre projektet videre.

Medicinstuderende kan vælge at bruge et år ekstra midt i deres studietid på at forske. Der er mange appellerende elementer ved forskningsåret. Det giver bl.a. mulighed for fordybelse i et fagområde, udvikling af nye kompetencer, styrkelse af CV'et og netværksudvidelse. Men først og fremmest er det en værdifuld introduktion til, hvad forskning er.

Som forskningsfelt spænder almen medicin bredt. Det giver mulighed for at arbejde tværfagligt med alt fra sygdomsforebyggelse, patientkommunikation og social ulighed til klima og bæredygtighed. For os var det netop denne kombination af det menneskelige og det samfundsmæssige aspekt, der gjorde almen medicin til et oplagt valg.

En bæredygtig tankegang i almen praksis

Lige nu er spørgsmålet om, hvordan fremtidens praksis skal se ud måske mere relevant end nogensinde før, både set i lyset af øget ulighed i sundhed, usikker verdenssituation, klimakrise og ikke mindst sundhedsreformen, der lægger op til en lidt anderledes organisering af almen praksis. Vi er to medicinstuderende, Sigrid og Lea, der, som mange andre, følger udviklingen i sundhedssektoren tæt. For os fylder det særligt, hvordan vi kan få inkorporeret en mere bæredygtig tankegang i almen praksis og forhåbentligt styrke det fundament, som hele sundhedsvæsenet hviler på. Derfor er det utroligt spændende at få mu-

lighed for at belyse problemstillinger og løsninger i almen praksis gennem forskning under medicinstudiet. Et af de charmerende elementer ved almen praksis er friheden til at forme sin klinik efter eget ønske. Dog giver det samtidig anledning til, at hver praksis kan være organiseret forskelligt. Det gør forskningsfeltet komplekst og udfordrer mulighederne for at finde en generisk løsning for alle. Til gengæld giver diversiteten muligheden for at trække på erfaringer fra forskellige klinikker og derved finde inspiration hos hinanden, bl.a. via bottom-up-løsninger.

Vejledergruppe på tværs af landet

Gennem det seneste år har Sigrid gennemført et interviewstudie om bæredygtighed i almen praksis i samarbejde med en vejledergruppe på tværs af landets almenmedicinske forskningsenheder. Det har været spændende at få et indblik i de almenmedicinske lægers tankegang og forskellige synspunkter på bæredygtighed i almen praksis. Her observerede vi blandt andet en hårfin grænse mellem, hvordan lægen vægter autonomi i sin beslutningstagen, men samtidig ønsker ydre eksperthjælp og retningslinjer for området.

Vi håber, at forskningen kan være med til at udvide viden inden for emnet, så landsdækkende politikker kan tilrettelægges med udgangspunkt i nutidens praksis og danne gode rammer for en endnu mere bæredygtig almen praksis.

Hverdagen på forskningsenheden

Ud over den faglige fordybelse har forskningsåret givet Sigrid indsigt i en forskningsenhed, som er præget af hjælpsomme kolleger og inspirerende samtaler ved kaffemaskinen. Her har hun fået mulighed for at arbejde på tværs med både nye og garvede forskere fra forskellige uddannelsesbaggrunde, såsom medicin, psykologi, fysioterapi, ergoterapi, antropologi og folkesundhed.



Teambuilding i forskningsgruppen til Nordic Race 2025. Foto: Privat.



Hverdagen på et kontor på Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus. Foto: Privat.

Da Sigrid begyndte som forskningsårsstuderende, var det en smule overvældende at træde ind i et miljø, som var fyldt med dygtige forskere og erfarne kolleger. I starten kunne det føles, som om alle andre havde styr på det hele. Det gjorde hende lidt genert og forsigtig, men hurtigt gik det op for hende, at forskningsenheden er et sted, hvor man gerne må stille spørgsmål, og hvor hjælpen altid er lige ved hånden. Kollegerne viste sig at være både imødekommende og nysgerrige – og nogle gange var det endda dem, der kom forbi hendes skrivebord for at få et godt råd. Med tiden blev hun mere tryk og voksede med opgaverne. Det åbnede døren til nye samarbejder, blandt andet deltagelse i et andet forskningsprojekt. Hun tror, at det især var den gode stemning på forskningsenheden, der gjorde forskellen. Alt lige fra DSAM's årsmøde til julefrokoster, konferencer og fællessang inden tirsdagsmøderne. Et af de arrangementer, der særligt styrkede de kollegiale relationer, var en tur til Nordic Race, hvor udfordringerne skulle løses i fællesskab – gerne med मदद til knæene og et grin undervejs.

Det hele har bidraget til at udvide Sigrids perspektiv på både almen medicin og forskning på en måde, som den ordinære medicinuddannelse ikke giver mulighed for.

Projektet føres videre

Blandt andet derfor glæder Lea sig til at føre forskningen videre sammen med resten af den landsdækkende bæredygtighedsgruppe gennem et spørgeskemastudie fra begyndelsen af det nye år. Det skal bidrage til yderligere at afdække landets praktiserende lægers tankegang og viden inden for klimamæssig bæredygtighed samt sammenhængen mellem klima og sundhed. Ved at inddrage en større studiepopulation skal undersøgelsen øge generaliserbarheden og dermed bidrage til et mere solidt grundlag for at udvikle løsninger, der kan komme alle praktiserende læger til gavn.

Et betydningsfuldt forskningsfelt

At forske i almen medicin kan give et indblik i, hvor komplekst og samtidig betydningsfuldt forskningsfeltet er. Vi håber derfor, at flere studerende

får lyst til at engagere sig i almenmedicinsk forskning og mærke samme varme velkomst som os. På den måde kan vi sammen bidrage til at udvikle fremtidens almene praksis og sikre, at faget almen medicin fortsat står stærkt og som en bærende del af det danske sundhedsvæsen. ●

FAKTA OM ET FORSKNINGSÅR

Orlov: Forskningsåret kræver et års orlov fra medicinstudiet, hvor den studerende kan forske på fuld tid. For at muliggøre et forskningsår ansøges godkendelse ved universitetet.

Løn: I forskningsåret modtager den studerende en løn på ca. 12.000-14.000 før skat i stedet for SU. Lønnen finansieres af fondsmidler, som skal søges inden påbegyndelse af forskningsåret.

Projekt: Nogle forskningsårsstuderende arbejder med et selvstændigt forskningsprojekt. Andre arbejder som en del af en gruppe eller med et etableret ph.d.-projekt.



Nyt værktøj til opsporing af patienter med familiær hyperkolesterolæmi

"Ifølge en dansk rapport fra 2023 blev der taget næsten 40.000 LDL-kolesterolmålinger, som lå i risiko-området for sygdommen familiær hyperkolesterolæmi. Mange af målingerne var bestilt i almen praksis, mens kun 3,6 pct. af disse patienter blev set i en lipidklinik. Det blev startskuddet til et forskningsbaseret kvalitetsudviklingsprojekt."

Familiær hyperkolesterolæmi (FH) er en underdiagnosticeret og alvorlig genetisk kolesterolsygdom, hvor tidlig opsporing og korrekt behandling kan forebygge udviklingen af hjerte-kar-sygdom (se faktaboks 1 og 2). Mit ph.d.-projekt om FH er et eksempel på et forskningsbaseret kvalitetsprojekt, som udsprang af to centrale kliniske spørgsmål: Gør vi tingene godt nok? Kan det gøres bedre?

Når forskning møder kvalitetsudvikling

Forskning er grundig, systematisk og metodisk, men tager tid. Kvalitetsudvikling er hurtigere og mere pragmatisk, men kan til gengæld mangle systematik og opdateret evidens. Når de to tilgange kobles, opstår nye muligheder: Det er her, forskningsbaseret kvalitetsudvikling kommer ind i billedet.

Forskningsbaseret kvalitetsudvikling betyder, at vi an-





Enormt givtigt og spændende at kunne identificere, hvad der faktisk er højrisiko-patienter. Patienter, der i nogle tilfælde går rundt intetanende om, at de har en potentielt livsforkortende sygdom, både selv og i familien – en sygdom, som forholdsvis nemt kan behandles og kontrolleres. Man føler, man gør en stor forskel for den enkelte. Og det er på mange måder det, man ønsker at gøre for sine patienter i almen praksis.

Magnus, praktiserende læge

vender evidensbaseret viden og metoder direkte i udviklingen af kvalitet i praksis. Det handler om at bruge systematisk indsamlede data, f.eks. fra audits og interviews, koblet med analyser og kvalitetsindikatorer til at identificere problemer og samtidig finde pragmatiske løsninger, der kan implementeres i hverdagen. Kort sagt: Forskningen bidrager med grundighed og evidens, mens kvalitetsudviklingen sikrer hurtig omsætning og forankring i klinisk praksis.

Samarbejde mellem Aarhus og Odense

Tidligt i mit ph.d.-projekt startede vi et samarbejde mellem Forskningsenheden for Almen Praksis (FEAP) i Aarhus og organisationen Kvalitet i Almen Praksis (KiAP). Vi etablerede hurtigt en tværfaglig arbejds- og vidensdelingsgruppe, som mødtes regelmæssigt i Odense. Opgaven var at lave et konkret, brugbart og meningsfuldt værktøj,

som kunne hjælpe almen praksis med at finde og henvise flere FH-risikanter til lipidklinikkerne. I denne proces har vi fra den traditionelle forskning kunne bringe forskellige elementer i spil:

- Inddrage den nyeste viden fra forskningen på FH-området i relation til almen praksis
- Udlægge faglige standarder og best practice fra nationalt og internationalt perspektiv
- Vise resultater fra små pilottests, der tydeliggjorde kvalitetsproblemet
- Lave løbende interviews i almen praksis for at sikre tidlig inddragelse af klinikkerne
- Være tovholder på tværfaglige møder med lipidklinikker, kvalitetsenheder og regionen
- Udarbejde en ny FH-instruks til Praksis.dk og et nyt FH-kapitel i Lægehåndbogen for at ensrette kvaliteten. →



1. HVORNÅR SKAL DU MISTÆNKE FAMILIÆR HYPERKOLESTEROLÆMI?

LDL-Kolesterol ≥ 5.0 mmol/L ≥ 40 år

LDL-Kolesterol ≥ 4.0 mmol/L 18-40 år

LDL-Kolesterol ≥ 4.0 mmol/L og tidlig forekomst af hjertekarsygdom (mænd < 55 år og kvinder < 60 år)

Højt LDL-Kolesterol og/eller tidlig forekomst af hjertekarsygdom hos førsteledsslægtninge (mænd < 55 år og kvinder < 65 år)

2. HVORFOR OPSPORE FAMILIÆR HYPERKOLESTEROLÆMI?

- 1 ud af 3 bliver diagnosticeret med FH; der er potentiale i at opspore og behandle.
- 50 pct. med ubehandlet FH får en blodprop, inden de bliver 60 år.
- Tidlig statinbehandling normaliserer risikoen til den samme som hos baggrundsbefolkningen.
- Opsporing af FH-patienter gør det muligt at screene pårørende, så de findes endnu tidligere.

Denne kobling mellem forskning og kvalitetsudvikling har givet mulighed for at undersøge, hvordan evidens og retningslinjer faktisk virker i klinikken – og hvordan de kan justeres undervejs. Det har også sikret, at forskningen ikke forblev på skrivebordet, men hurtigt kunne blive omsat til et konkret produkt til almen praksis.

Fra viden til værktøj

Et af de mest håndgribelige resultater af samarbejdet er KiAP's nye FH-opsporingsværktøj og det nye koncept "Praksispakken" (se faktaboks 3). Værktøjet giver den enkelte klinik en overskuelig liste over patienter, som er i risiko for FH. Patienterne er inddelt i forskellige risikogrupper, så man lettere kan beslutte, hvem man vil vurdere først, og om patienten skal henvises til lipidklinik. Praksispakken giver den enkelte klinik dokumenter og anvisninger, som skal fungere som implementeringsstøtte og forslag til, hvordan brugen af FH-værktøjet kan faciliteres.

De første erfaringer tyder på, at man i praksis finder værktøjet meningsfuldt og relevant, og at flere patienter kommer videre til specialistvurdering. Dermed styrkes samarbejdet mellem almen praksis og lipidklinikkerne, og patienterne får en mere rettidig opsporing.

Et nationalt momentum

FH-området har samtidig fået politisk opmærksomhed. Sundhedsministeriet har bevilget midler til en national handleplan, og lipidklinikkerne har fået flere ressourcer til at håndtere et øget antal henvisninger fra almen praksis. Det giver et stærkt momentum, hvor almen praksis spiller en central rolle. For vi sidder dér, hvor langt de fleste LDL-C-prøver bliver taget, og hvor patienterne først møder sundhedsvæsenet.

2+2 = 5

For mig viser dette projekt, hvordan 2+2 kan blive til 5, når forskning og kvalitetsudvikling forenes. Forskningen leverer evidens og grundighed. Kvalitetsudviklingen bringer tempo, pragmatik og relevans for den kliniske hverdag. Sammen skaber dette resultater, som ingen af parterne kunne opnå alene, og det er med til at gøre en forskel på et nationalt prioriteret sygdomsområde.

For almen praksis betyder det, at vi har udviklet et konkret redskab til at finde patienter med mulig FH, som vi ellers let overser i en travl hverdag. For forskningen betyder det indsigt i, hvordan implementering faktisk sker i praksis. ●

3. PRAKSISPAKKE OG KLYNGEPAKKE OM FH

Som praktiserende læge kan du selv foretage kvalitetsarbejde i klynge og egen praksis gennem klyngens egne data og patientliste. Patientlisten er tilgængelig i eget lægepraksissystem gennem forløbsplansmodulet.

Praksispakken: Videovejledning og fraser, som kan lette arbejdet med at identificere, indkalde og henvise relevante patienter til landets lipidklinikker.

Klyngepakken: Faglig opdatering om FH med idéer til, hvordan klyngen kan identificere patienter med særlig risiko for FH gennem egne data.

Løsningen i forløbsplansmodulet er finansieret af Sundhedsministeriet og udviklet af KiAP i samarbejde med PLO og MedCom. Du finder pakkerne og materialerne på www.kiap.dk.





Kolesterolsænkende behandling af hjerteriske patienter

Mens der findes klare retningslinjer for behandling af forhøjet kolesterol hos patienter med hjertesygdom eller diabetes, er anbefalingerne mere uklare for patienter med lav risiko.

Som HU-læger oplever vi forskelle på, hvornår vores kolleger vælger at tilbyde kolesterolsænkende behandling. Vores egne beslutninger kan også variere, da de ofte afhænger af flere faktorer end blot den enkelte patients risikofaktorer. Derfor har vi undersøgt praktiserende lægers tilgang til kolesterolsænkende behandling af hjerteriske patienter som en del af vores forskningstræning.

Lægens subjektive holdning til kolesterolsænkende medicin

Vi undersøgte, hvilke overvejelser praktiserende læger gør sig i relation til rådgivning og behandling af hjerteriske patienter med hyperkolesterolemie. Vi ønskede bl.a. at undersøge, om lægens subjektive holdning til kolesterolsænkende medicin afspejles i behandlingsstrategien.

Vi udførte en kvalitativ undersøgelse, som byggede på 5 fiktive cases med hjerteriske patienter og semistrukturerede interviews med 6 praktiserende læger. Efterfølgende transkriberede vi alle interviews og lavede tematiske analyser. På den baggrund har vi udarbejdet en model, der kan guide lægen i, hvorvidt patienten

med forhøjet LDL skal tilbydes medicinsk behandling (Figur 1).

Stor vægt på risikofaktorer

Fælles for alle lægerne var, at de alle lagde stor vægt på den enkelte patients risikofaktorer, særligt arv. For flere af lægerne blev arvelig disposition for hjerte-kar-sygdom afgørende →



Figur 1: Værktøjet "Fælles beslutsningsgrundlag" kan anvendes til patienten uden kendt hjerte-kar-sygdom til at drøfte evt. opstart af kolesterolsænkende behandling. Beslutningen baseres ikke kun på kendte risikofaktorer og guidelines, men også på individuelle forhold hos patienten og lægen. For at illustrere denne kompleksitet og støtte den enkelte læges bevidsthed og refleksion visualiserer modellen 6 centrale faktorer, som lægen bør være opmærksom på.

for behandlingsopstart i gruppen af patienter med lav risiko.

"Havde hun ikke den familiære disposition, så ville jeg igen ikke have tænkt, at hun skulle i behandling" (læge A).

Vi fandt også, at lægerne anvendte en form for hierarki for de modificerbare risikofaktorer, så lægerne ville begynde med at opfordre til rygeophør, herefter anbefale blodtryks-sænkende medicin og først til sidst anbefale egentlig kolesterolsænkende medicin.

HVEM BØR TILBYDES STATINBEHANDLING?

Patienter uden kendt hjerte-kar-sygdom (primær forebyggelse):

- Ved høj eller meget høj samlet kardiovaskulær risiko vurderet med SCORE2.
- Ved familiær disposition for tidlig CVD (mænd <55 år, kvinder <65 år) kan behandling overvejes, selv ved moderat risiko.
- Ved hypertension, rygning eller andre risikofaktorer, hvis samlet risiko er høj.
- Ved LDL ≥ 5 mmol/L eller total-kolesterol ≥ 8 mmol/L (mistanke om familiær hyperkolesterolæmi).
- Ved type 2-diabetes (alle højrisikopatienter anbefales kolesterolsænkende farmaka).

Patienter med kendt hjerte-kar-sygdom (sekundær forebyggelse).

Behandlingsmål (ESC/DSAM): LDL <1,4 mmol/L ved hjerte-kar-sygdom, <1,8 mmol/L ved meget høj risiko for udvikling af hjerte-kar-sygdom, <2,6 mmol/L ved høj og moderat risiko eller diabetes.

Trinvis tilgang: 1) livsstilsændringer, 2) statiner som førstevalg (evt. kombinationsbehandling ved utilstrækkelig effekt).

Kilde: Vejledning om iskæmisk hjerte-kar-sygdom, DSAM (2022), Behandlingsvejledning om dislipidæmi, DCS (2025) og ESC Guidelines for the management of chronic coronary syndromes, EHJ (2024).

"Det vigtigste for hende, det er at stoppe med at ryge. [...] Og hendes blodtryk skal vi også have styr på, ikke? Det er egentlig nok vigtigere end det med kolesterol, ikke?" (læge B)

De nationale anbefalinger tilskynder, at man i denne gruppe patienter estimerer en risiko for kardiovaskulær sygdom og vurderer indikation for medicinsk behandling ved at bruge SCORE2 til risikoestimering. Men flere af lægerne fandt SCORE2 mangel-fuld, da arv ikke indgår.

Holdninger til patientens skepsis

Vi fandt også, at der var stor forskel på, hvordan lægerne oplevede bekymring for bivirkninger. Nogle havde erfaring for, at bivirkninger var en stor hindring, mens andre mente, at befolkningen generelt var blevet mere positiv stemt for behandling.

Alle lægerne brugte en patientcenteret tilgang og inddrog patientens ønsker. Men de brugte forskellige strategier, hvilket blev tydeligt i relation til anbefaling om opstart af medicin. Positive personlige erfaringer med behandling påvirkede, hvor meget lægerne udfordrede patienternes holdning. Det spillede også ind, hvor meget lægerne kunne genkende sig selv i patienten eller patientens livssituation (identifikationsfaktor).

"Så det [selv at have påbegyndt statinbehandling] har faktisk farvet min holdning, også over for patienter" (læge C)

Måder at motivere til forebyggelse

Flere læger fortalte, at de ikke ønskede at "tvinge" en behandling igennem, men at patienten skulle tage ansvar for egen behandling, dog med vejledning, fordi lægen og patienten har et fælles ansvar for at sikre, at relevant behandling iværksættes rettidigt. For eksempel ville en læge følge op på en patient med højt LDL, hvor behand-

ling kunne overvejes. En anden læge anvendte konkret visualisering af risikoen for sygdom ved at scanne patientens carotider.

Holdninger til kontrolforløb

Nogle læger mente, at det først og fremmest var patientens eget ansvar, om de ville starte i medicinsk behandling, og at det derfor ikke kan være lægens ansvar at kontrollere kolesterolet, hvis patienten fortsat ikke ønsker opstart. En anden læge anvendte årlig kontrol som motivation og mulighed for, at patienten kunne skifte holdning.

"Og så gentager vi jo tallene, og det er så hvert år eller hvert halve år, man bliver konfronteret med det." (læge D)

Behandling af ung patient med lav risikoprofil

En af vores cases omhandlede en ung patient i 20'erne uden betydelige risikofaktorer, fraset arv. Her blev lægernes forskellige holdninger særligt tydelig. Flere af lægerne var tilbageholdende med at behandle den unge patient med forhøjet kolesterol og begrænsede risikofaktorer. Andre var

FAKTA OM STUDIET

- **Design:** eksplorativt kvalitativt studie.
- **Dataindsamling:** semistrukturerede interviews med 6 praktiserende læger i Region Midtjylland.
- **Deltagere:** speciallæger i almen medicin (43–50 år) fra tre kommunale praksiser (by og land).
- **Materiale:** 5 fiktive repræsentative cases, hvor lægerne vurderer, om de vil tilbyde patienten statinbehandling, og interviews om overvejelser, erfaringer og holdninger til statinbehandling.
- **Analyse:** transskription og tematisk analyse af interviewdata.
- **Resultat:** konstruktion af ny model.



Hvornår er statiner ikke den bedste løsning?

Statiner er et af de mest anvendte forebyggende lægemidler i Danmark. Antallet af indløste recepter er støt stigende med over 891.000 i 2024. Derfor har Sundhedsstyrelsen udgivet beslutningsstøtte til behandling med statiner. Den beskriver, hvordan statiner kan bruges mere individuelt, hvornår man kan sænke dosis, og hvornår behandlingen bør seponeres.

Gevinst og målgruppe

Statiner forebygger kardiovaskulær sygdom hos mange patienter – men ikke hos alle. Statiner har en veldokumenteret effekt i sekundær profylakse. Ved primær profylakse er effekten mindre og afhænger af patientens samlede risiko, alder og forventede levetid. Jo lavere risiko, desto højere bliver antallet af patienter, der skal behandles for at opnå gevinst hos én patient (NNT: number needed to treat), se figur 1 og 2.

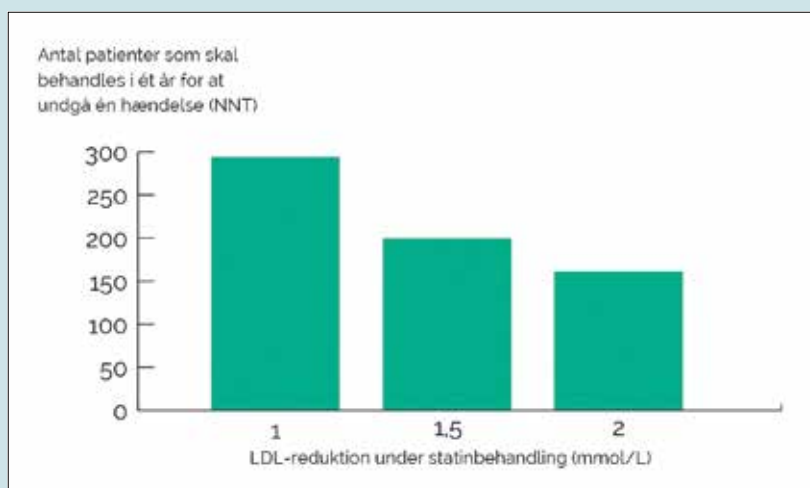
Hvornår skal du give lavere dosis?

Hvis du reducerer dosis, kan patienten i mange tilfælde bevare det meste af den forebyggende effekt – med færre bivirkninger og bedre livskvalitet (figur 3). De fleste patienter opnår størstedelen af LDL-reduktionen allerede ved lav dosis. En fordobling af dosis giver kun en beskedent yderligere effekt på kolesteroltallet, men øger

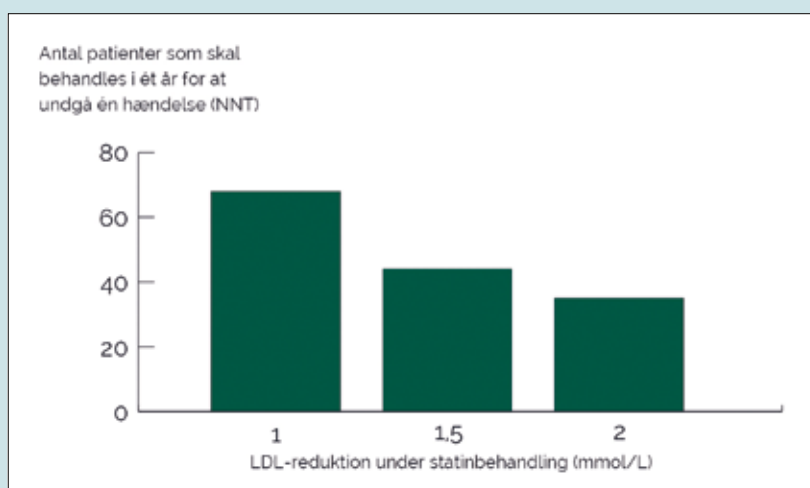
samtidig risikoen for bivirkninger – særligt muskelsymptomer og interaktioner med andre lægemidler.

En lavere dosis kan være særligt

relevant blandt ældre patienter med stabil sygdom, lav risiko for nye hændelser og ved generende muskelbivirkninger eller patienter med forhøjede



Figur 1: NNT for patienter med en 5-årig lav (5-9 %) risiko for MAVE.



Figur 2: NNT for patienter med en 5-årig høj (≥30 %) risiko for MAVE.

levertal, som samtidig får lægemidler, der hæmmer CYP3A4. Derudover kan det også være relevant hos patienter med lav kropsvægt, polyfarmaci eller reduceret nyre- eller leverfunktion.

Hvornår skal du overveje at stoppe behandlingen?

Revurder altid statinbehandlingen løbende – især hos ældre og patienter med lav kardiovaskulær risiko.

Det er relevant at seponere behandlingen, hvis patienten har kort forventet restlevetid, lavt funktionsniveau og skrøbelighed, hvis den kardiovaskulære risiko er lav, og gevinsten af fortsat behandling dermed er minimal (figur 4). Det er også relevant, hvis bivirkninger påvirker livskvaliteten, og hvis behandlingen ikke længere stemmer overens med patientens præferencer eller behandlingsmål.

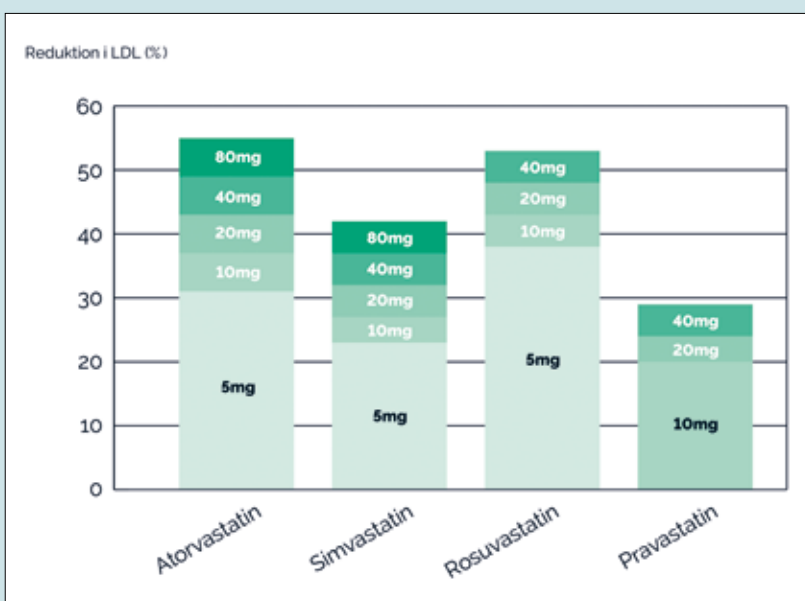
Statiner har ingen kendte seponeringssymptomer og kan typisk seponeres uden aftrapning. ●

HVAD BETYDER AKNONYMERNE?

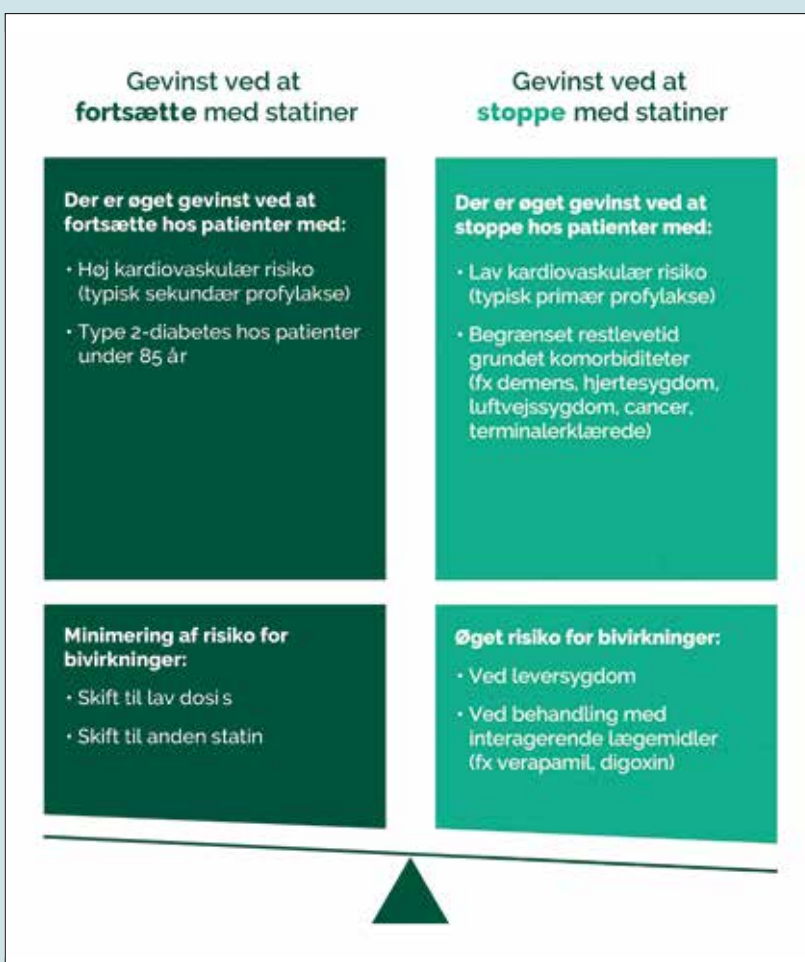
- LDL (low-density lipoprotein) er det kolesterol, der transporteres rundt i blodet.
- NNT (number needed to treat) er antallet af patienter, som skal behandles for at forebygge én uønsket hændelse.
- MAVE (major vascular event) er defineret som koronar død, myokardieinfarkt, apopleksi og koronar revaskularisering med 25 % for hver mmol/l reduktion i LDL.

LÆS...

Sundhedsstyrelsens beslutningsstøtte til brug af statiner



Figur 3: Den procentvise reduktion i LDL-kolesterol ved forskellige statiner og doser.



Figur 4: Gevinst for bestemte målgrupper ved at fortsætte eller stoppe med statiner.



Helbredstjek:

Fra idé til Vælg Klogt-anbefaling

Et forslag fra DSAM førte til en anbefaling om at undgå helbredstjek. Hvordan gik det til?

Vælg Klogt peger på områder i det danske sundhedsvæsen, hvor der bliver udført unødvendige undersøgelser, behandlinger eller procedurer, der ikke gavner patienter, og som i værste fald kan gøre mere skade end gavn.

Vælg Klogt udvikler også anbefalinger til, hvad man bør undgå at gøre og peger på løsninger til at skabe de nødvendige forandringer.

Ligeværdige partnere

Det unikke ved Vælg Klogt-organisationen i Danmark er, at patienter og læger er ligeværdige parter og sammen udvikler anbefalinger. I andre lande er arbejdet opstået i lægekredse, og patienterne er blevet inviteret med ombord senere i processen. Den manglende ligeværdige involvering af patientperspektivet har betydet, at nogle anbefalinger er blevet kritiseret og har været svære at implementere.

Konkret betyder det, at det i Vælg Klogt er patienter, læger, sygeplejersker, bioanalytikere m.fl., der peger på, hvilke undersøgelser eller behand-

linger vi bør undgå, fordi de ikke gavner patienternes forløb eller måske ligefrem er skadelige.

For at Vælg Klogt kan lykkes med at fjerne spild i sundhedsvæsenet, er det afgørende, at de sundhedsprofessionelles faglighed og erfaringer sammen med patienternes oplevelser danner grundlaget for at træffe kloge valg. Derfor er det også sundhedsprofessionelle og patienter, der sammen udvikler og formulerer de enkelte Vælg Klogt-anbefalinger.

Helbredstjek – et konkret eksempel

Det er altid muligt at tippe Vælg Klogt om en idé til en ny anbefaling. Den mulighed benyttede Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) sig af, da de som en del af et forslagskatalog til Vælg Klogt foreslog at udvikle en anbefaling om at undgå unødvendige helbredstjek. Rationalet var kort og klart: Rutinemæssige helbredstjek til raske er ikke understøttet af evidens og kan medføre skade.

Vælg Klogt vurderede, at forslaget levede op til vores fire principper for anbefalingsforslag:

- Forslaget skal omhandle en procedure, undersøgelse eller behandling, som er unødvendig ud fra både et fagligt perspektiv og et patientperspektiv.

- Evidens skal støtte det enkelte forslag. Ved mangel på evidens skal der være bred konsensus i fagkredse og patientforeninger.
- Relevante faglige selskaber og patientforeninger skal bakke op om forslaget.
- Forslaget skal omhandle en unødvendig procedure, undersøgelse eller behandling, som har en vis forekomst i det danske sundhedsvæsen.

Forslag vurderes af udvalg

Til at vurdere og prioritere mellem forslag til nye anbefalinger, som Vælg Klogt modtager, nedsætter vi løbende bedømmelsesudvalg, som består af ligeværdige repræsentanter fra faglige selskaber, herunder DSAM, og fra patientforeninger. Udvalget skal udvæl-

OM VÆLG KLOGT

- Vælg Klogt er en del af en international bevægelse, der findes i mere end 30 lande, f.eks. i Norge, Canada og New Zealand, hvor de går under navne som Gjør Kloke Valg og Choosing Wisely.
- Danske Patienter og Lægevidenskabelige Selskaber står bag den danske Vælg Klogt-organisation.
- Vælg Klogt finansieres af Danske Regioner.

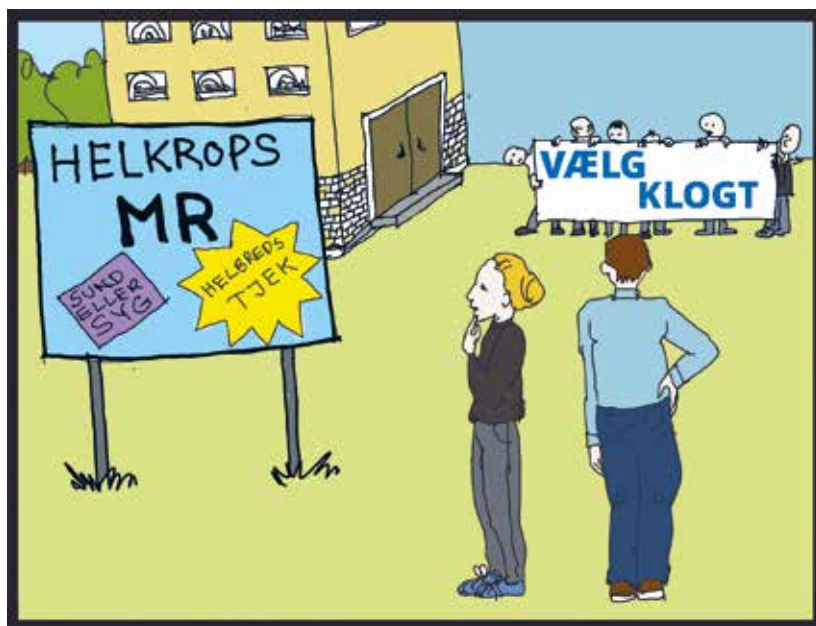


Illustration: Mireille Lacroix.

ge de forslag, som har størst relevans og potentiel effekt i forhold til at reducere spild i sundhedsvæsenet.

Udvalget vurderede, at forslaget om helbredstjek er centralt for at reducere spild i sundhedsvæsenet, og de lagde vægt på, at helbredstjek til patienter uden symptomer eller risikofaktorer giver falsk tryghed og kan føre til, at en snebold af flere unødvendige undersøgelser og behandlinger ruller.

Workshop med fagfolk og patienter

En eftermiddag i januar i år samledes Vælg Klogt-repræsentanter fra relevante faglige selskaber og patientforeninger til en virtuel workshop. I løbet af 2,5 timer fremlagde eksperter evidensen på området, og deltagerne drøftede den præcise ordlyd af den kommende anbefaling, og hvordan den reelt kunne gøre en forskel. Fra DSAM deltog Maria Krüger, praktiserende læge og næstformand i DSAM,

og Rasmus Køster-Rasmussen, praktiserende læge og vejledningsredaktør i DSAM.

Der var stor opbakning fra de faglige selskaber, ligesom patientforeninger støttede op om, at vi skal undgå at bruge tid og ressourcer på unødvendige tjek, så ressourcerne i stedet kan bruges på de patienter, som reelt har behov.

På workshoppen bidrog DSAM med erfaringer fra mødet med patienter, der ønsker et helbredstjek, og om den vanskelige opgave det er at kommunikere, at et tjek ikke altid har sundhedsfaglig værdi. En anden fremhævet pointe var, at praktiserende læger ofte bruger unødvendige ressourcer på at afkræfte ubetydelige fund, som er gjort i privat regi. Derudover pegede DSAM på, hvornår et helbredstjek faktisk har effekt, f.eks. når patienten har symptomer eller risikofaktorer.

Et fagligt fundament til afslag

På baggrund af input fra faglige sel-

ANBEFALINGER FRA VÆLG KLOGT – ET UDVALG

- **Antibiotika – urinveje:** Undgå at give antibiotika til patienter med bakterier i blæren, hvis de ikke har symptomer på blærebetændelse.
- **Blodprøver:** Undgå at bestille blodprøver uden klar indikation og betydning for patientens forløb, eller hvis relevante prøvesvar allerede findes.
- **D-vitamin:** Undgå at bestille analyse af D-vitamin hos raske personer uden kliniske symptomer og uden øget risiko for mangel på D-vitamin.
- **Digital kontakt:** Undgå fysisk fremmøde i sundhedsvæsenet, når patienten ønsker digital kontakt, og det sundhedsfagligt giver mening.
- **Opioider:** Undgå at opstarte behandling med opioider uden en klar behandlingsplan, som beskriver mål, forventet varighed og plan for opfølgning.

Find alle anbefalinger og læs mere på www.vaelgklogt.dk.



skaber og patientforeninger blev den endelige ordlyd af anbefalingen:

Undgå helbredstjek til voksne uden symptomer eller fagligt begrundet mistanke om risiko for at udvikle sygdom.

Anbefalingen blev lanceret i marts 2025. Ud over at være tilgængelig på Vælg Klogts hjemmeside, kan den også findes på Sundhed.dk.

Med anbefalingen i hånden er målet for Vælg Klogt at give sundhedspersoner et stærkt fagligt fundament for at sige nej til unødvendige helbredstjek og støtte den nødvendige dialog. ●



Sociale henvisninger – nye veje til lokale fællesskaber

Sociale henvisninger kan hjælpe patienter med at finde vej til meningsfulde fællesskaber i civilsamfundet. Erfaringer fra et dansk initiativ blev præsenteret på DSAM's årsmøde.

”Et sundt lægeliv: Redskaber til glæde for dig og din patient”. Det var temaet for DSAM's årsmøde 2025. Dagen satte fokus på konkrete redskaber, der kan styrke trivsel, arbejdsglæde og egenomsorg i almen praksis. Ét af disse redskaber var sociale henvisninger.

Hvad er sociale henvisninger?

Sociale henvisninger, også kaldet social prescribing, er et nyt redskab i den sociale værktøjskasse. Metoden giver læger mulighed for at henvise patienter med sårbarhed til meningsfulde fællesskaber i civilsamfundet, og det kan hjælpe patienter med underliggende problemer som ensomhed, mistrivsel eller inaktivitet, der kan påvirke deres sundhed og trivsel.

Med en social henvisning kan patienter få støtte til at deltage i f.eks. gågrupper, motionshold, fællesspisninger, frivilligt arbejde eller netværkscaféer. Det åbner døren til civilsamfundets ressourcer og har potentiale til at styrke patienters tilhørsforhold og egenomsorg, mindske ensom-

hed og reducere behovet for kontakt med sundhedsvæsenet.

Sociale henvisninger har rødder i England og er i dag en integreret del af det engelske sundhedsvæsen. Metoden anvendes i stigende grad internationalt, og en rapport fra 2024 beskriver initiativer i over 30 lande, herunder Wales, Canada og Danmark.

Fra anbefaling til henvisning

I dag kan læger anbefale tilbud i civilsamfundet til deres patienter, men det kræver, at lægen har overblik over mulighederne, og at patienten selv tager kontakt. Sociale henvisninger introducerer en brobygger, også kaldet en linkworker, som lægen kan henvise patienten til. Ved at have kendskab til de lokale tilbud i kommune og civilsamfund kan brobyggeren hjælpe patienten ind i et fællesskab, der passer til patientens ønsker og behov. På den måde får patienten støtte til at deltage i et fællesskab uden at øge arbejdspresset i almen praksis.

Parallel til årsmødet

Sociale henvisninger understøtter et bredt sundhedsperspektiv, hvor sundhed ses som et samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer. En parallel kan dra-



ges til konceptet Positive Health, som også blev præsenteret på DSAM's årsmøde. Positive Health beskriver seks dimensioner af sundhed, hvoraf fællesskab er en af dem. (Red. Læs artikel om Positive Health i Practicus 276).

Fællesskab i fokus

Sociale henvisninger bygger på, at fællesskaber fremmer sundhed, trivsel og egenomsorg. Professor i psykologi Svend Brinkmann understreger betydningen af at engagere sig i noget sammen med andre: "Men en større sandhed er, at vi er hinandens lykkes smede. At livet lykkes, når man engageres i noget uden for en selv sammen med andre." (Brinkmann, 2025, Altinget).

Selvom Danmark har et stærkt civilsamfund, vokser ensomheden. Andelen af svært ensomme danskere er fordoblet siden 2013. I almen praksis vurderes ensomhed at føre til over 400.000 ekstra patientkontakter årligt.

Erfaringer fra Danmark

Ét af de danske initiativer blev præsenteret på årsmødet under sessionen "Ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – fra erkendelse til handling". Initiativet hedder "Social Henvisning i Vesterbro-Sydhavnen" og er det første danske initiativ, hvor almen praksis er en central aktør. Det udgår fra arbejdet i kvalitetsklyngen Sydvest og blev startet af de praktiserende læger Claus Rendtorff og Berit Enggaard Kaae for at skabe bedre muligheder for at hjælpe udsatte patienter i almen praksis.

Initiativet fungerer som modelprojekt for sociale henvisninger i Danmark og evalueres intensivt af Klinisk Forskningsafdeling på Hvidovre Ho-

spital, så erfaringerne kan danne grundlag for en national udbredelse af metoden. Initiativet drives i et samarbejde mellem de 45 praktiserende læger i Klyngen Sydvest, Ældresagen, Frivilligcenter VSV og forskellige lokale tilbud. I dag kan lægerne i klyngen henvise deres patienter direkte til to brobyggere i Frivilligcenteret, som hjælper patienter med at finde vej til fællesskaber. Initiativet har haft succes, som Claus Rendtorff fortæller: "Projektet bringer de praktiserende læger i samarbejde med nye samarbejdspartnere i form af de cirka 50 civilsamfundsprojekter, der er i området. Det tredje ben i det bio-psyko-sociale sygdomsbegreb er blevet taget i brug".

Understøtter DSAM's pejlemærker

Claus Rendtorff og Berit Enggaard Kaae har desuden været med til at etablere en interessegruppe under DSAM for sociale henvisninger.

Sociale henvisninger kan konkret understøtte flere af DSAM's pejlemærker. Metoden kan hjælpe læger med at støtte sårbare patienter (pejlemærke 3: Vi giver mest til dem, som har størst behov) og kan samtidig styrke samarbejdet mellem sundhedsvæsen og civilsamfund (pejlemærke 6: Vi tager ansvar lokalt, tværfagligt og tværsektorielt).

CONNECT

Metoden har potentiale til at være patientcentreret og at styrke tværsektorielt samarbejde, men evidensen for effekten på de sundhedsmæssige og økonomiske parametre er stadig begrænset. Mange studier er små og af varierende kvalitet, så der er behov for mere forskning på området. Dansk forskning

peger desuden på barrierer som manglende henvisningsinfrastruktur og begrænset tid og ressourcer i praksis.

Forskning og erfaringer fra danske initiativer giver værdifuld viden, som kan danne grundlag for en national ramme for sociale henvisninger. For at udnytte potentialet fuldt ud er der behov for et tværsektorielt forskningsnetværk. Derfor er der etableret et nationalt forskningsnetværk for sociale henvisninger under navnet CONNECT. Formålet er at forske i eksisterende og kommende initiativer og at skabe et sammenhængende fundament for fremtidens udvikling af sociale henvisninger.

På vej – men hvorhen?

Rekordmange deltog i DSAM's årsmøde 2025, og deltagerne kunne tage ny viden og inspiration med sig tilbage til klinikken. Uden for klinikkens døre fortsætter udviklingen med sociale henvisninger.

Lige nu står vi et sted, hvor veje mødes; i et krydsfelt mellem forskning og praksis, mellem sundhedsvæsen og civilsamfund, mellem individ og fællesskab. Vi står med mange ubesvarede spørgsmål, men også med et stort potentiale for at skabe nye veje til lokale fællesskaber til glæde for både læge og patient. ●

SE MERE HER

DSAM's interessegruppe for sociale henvisninger.



Patientens vej til fællesskab gennem sociale henvisninger. Grafik: Peter Lübben.





Den lange rejse til egen delepraksis

DSAM's årsmøde i oktober 2025 markerede vores første år som speciallæger. På årsmødet fortalte vi, om de mange etaper på den lange rejse til vores helt egen delepraksis.

I Stavanger

Nordisk kongres foregik i 2021 i Stavanger. Jonas var med som FYAM-redaktør for Practicus og Thomas som nyvalgt formand for FYAM. Selvom vi tidligere havde hilst på hinanden, var det her, vi rigtig stiftede bekendtskab og fik et årelangt samarbejde mellem FYAM og Practicus med flere podcastinterviews og adskillige artikler. Gennem samarbejdet mærkede vi hurtigt en god kemi, og i de efterfølgende år formede vi idéen om at købe en klinik sammen.

HØR PRACTICUS PODCAST

Vil du høre mere om vores vej til at eje en praksis sammen? Så lyt til vores serie i fire dele på Practicus Podcast.



I Skanderborg

Eftersom vi begge boede i nærheden af Skanderborg, fandt vi det naturligt at søge efter et sted med plads til to læger i det område. Jonas fik en fase 3-ansættelse i en større praksis, der over en årrække søgte netop to læger til et muligt kompagniskab. Desværre var det ikke det rette match. Kort tid efter kom vi i kontakt med en sololæge med to kapaciteter i Ry. Efter få møder med ejeren begyndte vi i henholdsvis oktober og november 2024 som fastansatte vikarer for at afklare mulighederne for samarbejde.

I Ry

Allerede efter få måneders samarbejde, adskillige møder og et par festlige lejligheder, hvor vi mødte hinandens ægtefæller, var mavefornemmelsen rigtig god. Med hjælp fra en ledelsespsykolog og en advokat fik vi talt grundigt om indholdet i en potentiel IS-kontrakt. Efter grønt lys fra vores revisorer kunne vi relativt let blive enige om en pris for at købe os ind i klinikken – dog med det forbehold, at vi kunne få tilladelse til delepraksis, så vi kunne være tre læger om to kapaciteter (se boks om delepraksis). Det gik heldigvis let, da sololægen havde en længere sygdomsperiode pga. kronisk sygdom bag sig. Den 1. april 2025 kunne vi officielt kalde os ejere af Kilde-

bjerg Lægehus, opkaldt efter den nye bydel i Ry, hvor lægehuset ligger – med udsigt til skov og Himmelbjerget.

I Kildebjerg...

...mødte vi et erfarent personale, der havde været meget igennem på grund af vores nye kompagnons sygdom. De havde kæmpet en brav kamp for at overleve, og vi mærkede straks både et stærkt sammenhold og en loyalitet over for hinanden og klinikken. Vores ankomst i klinikken blev derfor mødt med lige dele skepsis og åbne arme.

"Jeg er altså ikke god til forandringer, så nu skal I vel ikke til at lave en masse ting om?" var det første en klinikassistent sagde på dag et. Det var svært at love, for med erfaringer fra sammenlagt 10 praksisansættelser og 12 forskellige hospitalsafdelinger havde vi en god håndfuld idéer til, hvordan vi kunne nedbringe de cirka ti ugers ventetid, vi mødte på første arbejdsdag. Vi måtte sande, at forandringer kræver tålmodighed hos alle parter.

I konsultationsrummet...

...fornemmede vi straks glæden ved at kunne se frem til at blive herre i eget hus. At kunne forsikre patienterne om, at vi ikke ville rejse videre efter seks måneder, som mange ellers er vant til med langt de fleste nye an-



Thomas Purup og Jonas Ebert havde overskud til både at være konferenciers på hele årsmødet og oplægsholdere på sessionen om "Vejen til almen praksis". Foto: DSAM's sekretariat.

sigter i en lægeklinik, var meget tilfredsstillende. Selvom de administrative opgaver fyldte langt mere end under uddannelsen, drev motivationen ved samarbejdet og udsigten til at kunne forme stedet efter vores idealer os til at holde fast i nye tiltag: obligatorisk formiddagspause og frokostpause (i modsætning til en forhastet bid mad foran en PC), tildeling af en fast læge til alle patienter med henblik på bedre kontinuitet og tilblivelsen af "kviktider", et tidsrum, hvor patienter kan møde uden forudgående aftale med en kort afgrænset problemstilling. Sidstnævnte har lettet et enormt pres på telefonerne om morgenen og har hjulpet med at nedbringe ventetiden på en lægekonsultation til cirka 2 uger.

I frokoststuen...

...er stemningen god. Der bliver grinet, og de mange forandringer, der til stadighed indføres, bliver mødt med omstillingsparathed omend til tider stadig en smule skepsis. Siden vores ankomst har vi ansat tre medicinstuderende til et hold af seks unge klinikassistenter, der hjælper med blodprøvetagninger og simple, superviserede konsultationer. Til december forventer vi at kunne byde velkommen til en ny sygeplejerske, der skal være med til at videreudvikle klinikken.

I fritiden...

...har vi heldigvis mere og mere tid til at være sammen med vores familier, passe andre faglige aktiviteter (Thomas som formand i DSAM Midtjylland

og konsulent i PLO-e og Jonas som ekstern lektor på Aarhus Universitet) og stadig tage et par lægevagter hver måned. Delepraksisordningen giver den fordel, at vi med god samvittighed kan holde en patientfri dag om ugen, så vi kan samle energi uden for konsultationsrummet. Den energi skulle blandt andet fyres af til DSAM's årsmøde i Kolding.

I Kolding...

...havde vi fået æren af at være konferenciers sammen ved både dagsprogram og aftenens fest. Ydermere havde vi en eftermiddagssession sammen med vicedirektøren for PLO, Jette Galatius, hvor vi fortalte om vores vej til at eje egen praksis – og så er ringen vist sluttet. Vores vej til DSAM's årsmøde startede til Nordisk Kongres i Stavanger 2021 og blev fejret i 2025 med åbningen af Kildebjerg Lægehus og et brag af en fest i Kolding i oktober 2025. Som afrunding på dagen spurgte DSAM's formand Bolette Friederichsen, om vi har det lige så sjovt hver dag i vores praksis, som vi så ud til at have det på scenen – og vi kunne med god samvittighed svare "JA!". ●

OM DELEPRAKSIS

Delepraksis kan etableres med baggrund i personlige forhold hos en praktiserende læge, eller fordi klinikken ligger i et lægedækningstruet område. Personlige forhold kan være kronisk eller alvorlig sygdom hos den praktiserende læge selv eller i nærmeste familie, eller at den praktiserende læge stiller sin arbejdskraft til rådighed for andre faglige funktioner, f.eks. undervisning, konsulentarbejde eller fagpolitisk arbejde minimum 10 timer pr. uge.

Kilde: Delepraksis, Praksisformer, Læger.dk





ÆGTESKABSPRAKSIS:

Hvordan er det at være sammen både i praksis og privaten?

I dette interview møder vi et lægepar, der deler både hjem og arbejdsplads. Her fortæller de om glæderne og udfordringerne ved at forene kærlighed og karriere.

Hvem er I? Hvor længe har I kendt hinanden? Og hvor længe har I haft praksis sammen?

Vi er Stine, speciallæge i almen medicin siden 2019, og Morten, speciallæge i almen medicin siden 2011. Vi har kendt hinanden siden 2015 og åbnede klinik sammen i september 2023 – en god gammeldags ægteskabspraksis.

Har det altid været planen at arbejde sammen – eller kom det gradvist?

Nej, det har ikke altid været planen. Vi erfarede dog over tid, at vi havde samme syn på faglighed, faglig ledelse og klinikdrift, og derfor dannede vi vores tomands-kompagniskabspraksis.

Hvad er den største fordel ved at arbejde sammen som ægtepar?

Den største fordel er helt klart, at vi har et tæt kendskab til hinanden, som gør, at vi sjældent bliver usikre på de beslutninger, vi skal træffe. Vi har helt klart investeret en anden kapital i virksomheden end bare at have købt goodwill, og det synes vi godt, vi kan mærke i hverdagen. Klinikken føles som en mere integreret del af os, og vi føler også, at vi lægger en anden energi i dagligdagen. Vores klinik er en klar afspejling af det værdisæt, vi har generelt.

Er der andre fordele?

Vi har begge en del aktiviteter uden om vores praksisliv, og det er i den forstand en stor fordel, at vi driver klinikken som ægtepar. Vi nyder formentlig større fleksibilitet og frihed til planlægning, end man traditionelt set gør. Vi skelner ikke så meget til, om den ene arbejder mere i klinikken end den anden. Stine er praksiskonsulent ved OUH og har en del mødeaktivitet om det tværsektorielle samarbejde, hvor det er vigtigt, at de praktiserende lægers synspunkt repræsenteres. Morten er fagpolitisk aktiv i PLO, hvilket bestemt også tager noget tid. Dertil er vi begge sagkyndige ved STPK og sagsbehandler klagesager. Det er en stor fornøjelse, at vi på den vis kan imødekomme et varieret og udviklende arbejdsliv. Vi bruger hinanden utrolig meget til faglig sparring – langt mere end nogen af os har gjort med andre kolleger tidligere. Vi har en stor trykthed ved at søge hinandens hjælp, og vi kender hinandens styrker og svagheder i detaljer.

Hvad er de største udfordringer? Og hvordan håndterer I dem?

Der er selvfølgelig nogle udfordringer forbundet med at være ægtepar i en klinik. Den åbenlyse udfordring ligger i, at vores personale skal kunne føle sig trygge og sikre i en arbejdsrelation, hvor lederne også er et par privat. Det er noget, vi har været meget bevidste om fra starten – vi er læger på job og private derhjemme. Vi mener selv at have fundet en god balance i det.

Hvordan adskiller I arbejde og privatliv?

Det kan altid være fristende at have flydende grænser mellem privatliv og arbejdsliv. Vi valgte dog ret hurtigt at etab-



Morten og Stine har valgt at forene kærlighed og karriere i en god gammeldags ægteskabspraksis. Foto: Privat.

lere en ramme for supervision med en psykolog. Og det er en løbende proces, vi har med en helt fantastisk psykolog, Helene, som hjælper os med at holde tungen lige i munden. Det at kunne italesætte udfordringerne, før de vokser sig for store, er guld værd. Vi har en sammenbragt familie med store børn, og vi prioriterer som regel at komme hjem til dem så hurtigt, som vi kan. Derfor kan det nogle gange være nødvendigt at have lidt flydende rammer, hvis vi har opgaver med en kort deadline.

Er det en fordel at kunne tage beslutninger om praksisdrift ved køkkenbordet – eller bliver det for meget?

Det kan være begge dele. De fleste praktiserende læger kan nok genkende at have en travl hverdag – og det har vi også. Så tit har vi måske ikke tid nok i klinikken til at runde en problemstilling tilstrækkeligt af, og der kan det nuancere tingene bedre, at vi kan gøre det på en gåtur eller i sofaen derhjemme. Vi træffer bedre beslutninger, når vi har belyst alle vinkler.

Har I “regler” for, hvornår I taler arbejde, og hvornår I lader det ligge?

Nej, det har vi ikke som sådan. Men vi har “regler” for, at vi begge har fokus på, om det nu lige er det rigtige tidspunkt til at tage en snak om arbejde. Morten er nok den, som nemmest “falder i” og går i problemløsningsmode, men så laver vi bare en aftale om, hvornår vi så tager snakken. På den måde forsøger vi overordnet at holde fri, når vi har fri.

Hvad betyder det for jeres medarbejdere, at I er et par? Giver det en særlig stemning eller dynamik i huset?

Vi gør utroligt meget ud af ikke at være “bare fordi”, vi er på arbejde. Når vi er i klinikken, holder vi fast i den professionelle rolle. Vi taler med hinanden, som vi vil gøre med enhver anden kollega. Men selvfølgelig kan grænserne blive lidt udvaskede indimellem. Vi har en personalegruppe med en helt unik fællesskabsfølelse, og ikke så sjældent kan fredagen ende med at samle alle mand til vin og pizza – og i

sådan en situation er der mere hygge end formalia. I de situationer hænder det også, at de ansattes partnere kigger forbi og hygger med. Sådanne relationer er guld værd og noget, der gør arbejdslivet endnu mere sprudlende.

Møder I patienter, der reagerer anderledes, når de finder ud af, at I er gift?

Vi har haft et par sjove episoder, når vores patienter “opdager”, at vi også danner par privat. Vi skifter ikke med vores ægteskab i arbejdsmæssig sammenhæng, og vi har heller ikke helt ens navne – så på den måde forsøger vi også at adskille de to ting. Men Odense er trods alt ikke større, end at vi kan møde patienter på gaden eller til sociale sammenhænge, og vi er kun blevet mødt af smil og imødekommenhed.

Vil I anbefale andre lægepar at købe praksis sammen?

Ja, det ville vi. Såfremt man har en god kommunikation og evner at samtale om og håndtere de udfordringer, der kan dukke op. ●



Practicus stiller spørgsmål til Forsikring & Pension

Denne sommer rundede antallet af danskere, der er dækket af en sundhedsforsikring eller sundhedsordning, 3 millioner.

Det skyldes, at langt flere arbejdspladser nu har en sundhedsordning som en integreret del af deres pensionsordning og dermed en del af ansættelsesforholdet. Det er således ikke en ordning, der er forbeholdt de få. Produkterne er i dag et supplement til de offentligt finansierede sundhedsydelser på flere områder.

Men hvad betyder den nye virkelighed for patienterne, lægerne og forsikringsbranchen? Practicus har spurgt Mie Rasbech, som er sundhedspolitisk chef i brancheforeningen for landets forsikrings- og pensionsselskaber.

Mange praktiserende læger er skeptiske over for sundhedsforsikringerne. Kan du forstå det?

Ikke altid. Jeg tror, at der ofte er mange misforståelser om, hvad du kan få hjælp til med en sundhedsordning i ryggen. Det overordnede formål med en sundhedsordning er at kunne yde

en tidlig indsats, hvis en lønmodtager bliver syg eller kommer til skade, for at forebygge sygdom og i sidste ende undgå, at lønmodtageren mister tilknytningen til arbejdsmarkedet. En hurtig og tidlig indsats kan også være med til at forebygge, at forsikrings- og pensionsselskaber på sigt skal udbetale ydelser til tab af erhvervsevne.

Men jeg medgiver, at det høje antal danskere, der har en sundhedsforsikring, gør, at vi skal arbejde intenst med at sikre, at ordningerne spiller bedst muligt sammen med og supplerer det offentlige sundhedsvæsen.

Næsten 700.000 danskere fik hjælp fra deres sundhedsordning alene i 2024. Heraf fik 403.000 personer hjælp på muskelskeletområdet, primært til fysioterapi og kiropraktik. Men igen i år fylder det mentale område mere, særligt i relation til stress. Og stress er jo et område, som ikke er omfattet af den offentlige psykologordning.

Dækker forsikringsselskaberne alle ønsker om psykologbehandling, som ikke dækkes af det offentlige? Du nævner selv stress. Men hvad med skilsmisse, søvnløshed eller seksual dysfunktion?

Det er op til de enkelte forsikrings- og

pensionsselskaber at beslutte, hvilke behandlinger deres sundhedsordninger dækker. Her er det værd at huske på, at markedet er drevet af efterspørgsel, og at der er konkurrence på området.

Det er forskelligt, om selskaberne stiller krav om, at der skal foreligge en henvisning til en psykolog. I mange af de tilfælde, hvor en sundhedsforsikring dækker psykologbehandling, er det ikke muligt at lave en henvisning, fordi patienten ikke lever op til henvisningskriterierne i den offentlige ordning, f.eks. i tilfælde af stress. Derfor tilbyder de fleste forsikrings-selskaber andre psykologordninger.

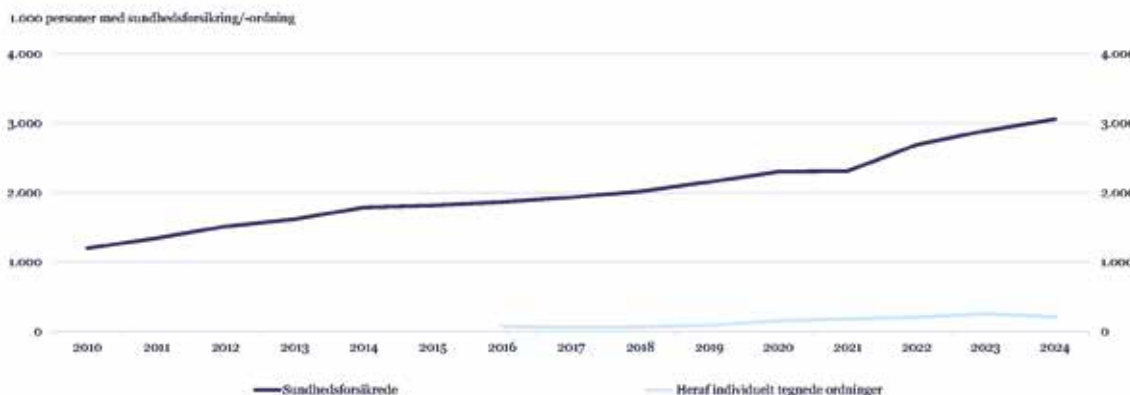
Afviser selskaberne ydelser, selvom egen læge har henvist?

Det kan forekomme, men det vil typisk være, fordi forsikringen ikke dækker den undersøgelse eller behandling, der er henvist til, eller hvis forsikringsbetingelserne i øvrigt ikke er opfyldt.

Patienterne skal oftest selv sende journalmateriale til deres forsikringsselskab, i stedet for at selskabet anmoder om FP 710. Hvad er tankerne bag den praksis?

FP 710 er ikke tidssvarende, fordi den er for generel. F&P har derfor gennem

Antallet af sundhedsforsikrede stiger



Udvikling i antallet af voksne danskere med en sundhedsforsikring siden 2010. Kilde: Forsikring og pension.

længere tid opfordret Lægeforeningen til at lade attesten udgå af aftalen mellem F&P og Lægeforeningen for i stedet at benytte mere målrettede attester. Vi afventer pt. Lægeforeningens kommentarer til nye attester, som skal erstatte FP 710. De nye attester er målrettet sager, hvor patienten har komplekse mentale udfordringer.

I det seneste år – fra 1. september 2024 til 1. september 2025 – har selskaber anmodet almen praksis om FP 710 i alt 686 gange. Hovedparten kommer fra selskaber, der ikke er medlem af F&P. Kun 16 anmodninger er fra medlemsselskaber.

Mange læger finder forsikringspatienter mere insisterende. Hvad tænker du om det?

Branchen bakker op om almen praksis' rolle som gatekeeper og tovholder for alle patienter, uanset om de har en sundhedsforsikring eller ej. Det betyder også, at branchen forventer, at lægen foretager en lægefaglig vurdering af patientens undersøgelses- og behandlingsbehov, og at den vurdering er uafhængig af, om patienten har en sundhedsforsikring eller ej.

Hvis nogen mener, at de har ret til

en bestemt ydelse eller henvisning, skal de naturligvis ikke henvises, hvis der ikke er lægefagligt belæg for det. Vi har lavet notatet "Lægen kan også sige nej" (se QR-kode), der beskriver, at lægen har pligt til det, hvis der ikke er lægefaglig indikation for undersøgelse eller behandling.

Er I ikke med til at skabe et A-hold og et B-hold inden for sundhedssektoren? Altså dem med en sundhedsordning og dem uden?

Den påstand hører vi tit. Og det er klart, at vi skal være opmærksomme på det. Vi er meget tydelige om, at vi som branche bakker op om et stærkt offentligt sundhedsvæsen. Der er intet ønske om eller tendens til, at vi bevæger os mod et forsikringsbåret sundhedsvæsen i Danmark. I 2024 finansierede vores branche knap 3 pct. af de samlede sundhedsudgifter, danskerne betalte selv 14 pct. af egen lomme, og det offentlige finansierede de resterende 83 pct.

Noget andet, vi er tydelige om, er, at vi primært er der for de danskere, der er på arbejdsmarkedet, da sundhedsordninger for langt hovedparten er noget, man har i sin lønpakke eller

i sin overenskomst. Til gengæld gør vi os umage med at bidrage med brede og kollektive løsninger, så flest muligt på arbejdsmarkedet kan få et forsikringsalternativ til egenbetaling af de sundhedsydelser, der ikke finansieres af offentlige midler. ●

”

Det overordnede formål med en sundhedsordning er at kunne yde en tidlig indsats, hvis en lønmodtager bliver syg eller kommer til skade, for at forebygge sygemelding og i sidste ende undgå, at lønmodtageren mister tilknytningen til arbejdsmarkedet.

LÆS

Lægen kan også sige nej.



Af: **Helle Therese Kirkegaard**, speciallæge i almen medicin og supervisor, **Jan-Helge Larsen**, speciallæge i almen medicin og supervisor, **Torsten Bjerre Fuglsang**, praktiserende læge og supervisor, og **Rikke Pilegaard**, praktiserende læge - d021733@dadlnet.dk

Poetisk afrapportering fra et konsultationskursus på Bornholm

Kan man holde et ugekursus i Danmark og spare flyveturen til udlandet? Ja! I sommeren 2025 blev et kursus om konsultationsprocessen afholdt på Bornholm, og det sluttede med digtoplæsning.

U gekurset om konsultationsprocessen har i mange år været afholdt på den græske ø Kalymnos. Af hensyn til klimaproblematikken ville vi gerne prøve at arrangere det på en dansk ø. Kurset afholdes fortsat på Kalymnos, så kurset på Bornholm er målrettet de læger, der vil blive i Danmark. Kurset er godkendt som 2 dages systematisk efteruddannelse og 3 dages selvvalgt efteruddannelse.

Kurset bød på undervisning i teori om konsultationsprocessen og om redskaber, bl.a. kvitteringer, så man lettere kan komme igennem praksisdagen. Derudover var der teori om menneskelige grundvilkår, om affektregulering, skyld, skam, og hvordan man kan tackle besværlige patienter og regulere sig selv. Vi havde et meget givende arbejde i tre grupper, hvor hver læge kunne arbejde med det, som var særligt udfordrende for den enkelte med støtte fra gruppen.

Kursisterne var meget glade for kurset. Evalueringerne var gode, og Bornholm var dejlig – alt var åbent,

men øen var rolig efter Folkemødet. Kurset rundedes af med oplæsning af kursisternes egne digte. Det var en stemningsfuld afslutning på et inspirerende forløb i nye omgivelser.

Til gruppen i lokale 10

Frygt for processen
Det er godt I siger det
Hvad ønsker I jer?

Hjælp til at hjælpe
Kvittering viser vejen
Lidt ros giver ro

Sol på bare ben
Vind med salt i hår og mund
Tidens sand er væk

I er som sommer
Vigtig del af livets hjul
Tak fordi du kom

*Af Thomas Ostensen Mukai,
Bornholm (2025)*

Godt du kom

Det er godt, du kommer.
Det er godt, du kom.
Ikke bare fordi der står det
i min kalender,
men fordi du kom
med noget tungt.
Noget der ligger i kroppen, som
en bøvs der smager af røget sild
og tabte decemberdage.

"Puha, det lyder træls," siger
jeg,
og du nikker, og det er som om,
det første vindue åbner sig i et
hus,
der ellers stod stille.
Jeg siger: "Det kan jeg godt
forstå," og du trækker vejret lidt
friere.

Keramikturen på Bornholm var
fin, men nu sidder vi her. Igen.
Med dine smerter, dine søvnløse
nætter, dit ægteskab, dit ar-
bejdsliv, din krop.



Deltagerne på konsultationskurset på Bornholm juni 2025. Foto: Privat.

"Det er hårdt at være dig."
Du smiler, lidt undskyldende,
som om det er dig,
der skal trøste mig.
"Fortæl mere."
"Er der mere, jeg skal vide?"
"Er der mere omkring det?"
Du ser på mig som én,
der ikke helt ved,
om det er en fælde,
eller om det faktisk er tilladt
at fylde lidt.

For symptomerne i sig selv er
tomme.
De flytter ikke noget.
De er postkort uden tekst,
mærker i jorden – uden tanke,
uden betydning,
uden forankring –
før nogen sætter sig og spørger:
Hvad betyder det her – for dig?

"Det var da ubehageligt,"
siger jeg,
og du synker, og noget i dig
falder på plads – ikke fordi det
blev løst,
men fordi nogen satte ord på,

at det var det.
"Det er da trættende."
"Det er tungt for dig lige nu."
"Der er flere ting, du kæmper
med."
Og du nikker, og du ved det jo
godt selv, men det er som om,
man glemmer det,
når man bærer det alene.

Vi sidder et øjeblik i stilhed,
som ikke er tom.
Der er bare ikke mere, der skal
pakkes ud i netop det sekund.
"Det var godt tænkt," siger jeg,
for det var det. Det, du forsøgte.
Det, du overvejede.
Den strategi,
du brugte,
selv om den ikke rakte hele
vejen.

"Tak fordi du deler det med
mig."
Og det mener jeg faktisk.
Det gør jeg.
Måske ikke helt som McCartney
mente det, da han skrev "Let It
Be",

men mere som en læge,
der læser i et sanghæfte på
Kalymnoskurset
og ser Lennons navn stå der,
selvom han hadede den sang.

Og det gør ikke noget.
Det gør ikke noget, at verden er
lidt forkert krediteret,
at vi siger de samme 17
sætninger igen og igen,
for nogle gange virker de,
og nogle gange sidder de som en
røget sild i halsen.

Men du kom.
Og jeg siger igen:
"Godt du kom."
Det vil jeg gerne prøve
at hjælpe dig med.
Fortæl hvad der bekymrer dig."
Og du fortæller.
Og vi sidder her.
Og det er måske ikke meget.
Men det er heller ikke lidt.

*Af Johnny the Rocker,
Bornholm (2025) ●*



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

EN DAG MED ...

KBU-lægen på Fanø

Thomas Victor Christensen søgte en KBU-stilling i Region Hovedstaden, men endte som begejstret ø-læge på Fanø.

06.00: Vækkeuret ringer i min lægebog i Esbjerg. Jeg er træt, men glæder mig til endnu en spændende og lærerig dag som ø-læge. Morgenerne er efterhånden blevet rutine. Jeg laver en kop kaffe, spiser min morgenmad, mens jeg fra vinduet kaster et blik på vejret udenfor. Når man dagligt er afhængig af færgen for at komme på arbejde, udgør vind og vejr en central rolle.

07.10: Turen går mod havnen. Færgen sejler kl. 07.30, og de 15 minutter på dækket har vist sig at være dagens vigtigste. Jeg søger stilheden, kigger ud over vandet og lader tankerne falde på patienterne, dagens opgaver, og hvordan jeg kan gøre det bare en smule bedre end i går.

07.50: Færgen lægger til i Nordby. Fem minutters gang bringer mig til den smukkeste røde murstensbygning, hvor både Lægehuset Fanø og Center for Det Maritime Sundhedsvæsen holder til. På vejen hilser jeg på en ældre herre. Jeg har set ham flere gange, og vi er kommet på fornavn. Jeg møder ofte patienterne uden for klinikken, særligt på de små stier og på færgen. Det skaber en særlig form for nærhed.

08.00: De første af mine patienter er mødt ind, begge ældre kronikere. Den ene har haft åndenød hele weekenden, den anden smerter i flere af sine led. Patienterne kommer sjældent med kun ét problem. Sygdom, bekymringer og små hverdagshistorier fylder meget og en stærk relation er vigtig. De ønsker at lære deres læge at kende. Jeg mærker det i deres blikke, især når de spørger, om jeg bliver længe på øen.

09.00: Efter en spændende start på dagen er det blevet tid til en kort kaffepause. Stemningen er let og munter. Vi taler om vores weekend samt dagens program. Det giver en god mulighed for at samle tankerne, grine lidt og styrke fællesskabet. Det er et vigtigt øjeblik, og man mærker tydeligt, hvordan det giver os alle energi til dagens næste mange timer.

09.30: Et par akutte tider har presset sig ind i programmet. Et tysk barn har et sår, der skal lukkes, og en anden har fået hjernerystelse. En af mine faste patienter sidder i venteværelset og venter på at få fjernet et modermærke, som længe har bekymret ham. Jeg må beklage ventetiden, men blandt de lokale er der generelt god forståelse. Skadestueopgaver og småkirurgi er en naturlig del af arbejdet. På øen varetager vi mange opgaver selv, og som yngre læge giver det mulighed for at opnå en bred vifte af kompetencer tidligt i sin karriere.

10.45: En ung mor kommer ind med sin søn på fem år. Han har haft høj feber i tre dage, og hun er bekymret. Det fremgår tydeligt, at barnet har fået mellemørebetændelse. Jeg fortæller hende om situationen og om, hvordan hun bedst kan hjælpe sit barn igennem den kommende tid. Inden de går,



Udsigt fra færgens tag lige inden ankomst til Fanø. I forgrunden ses færgelejet, mens den charmerende havnefront med farverige huse og rolige gader breder sig i baggrunden under en blå himmel med lette skyer. Foto: KBU-læge Thomas Victor Christensen.



En tidlig morgen i mit konsultationsrum inden dagens første patient hos Lægehuset Fanø. Foto: KBU-læge Michelle Sand.

kan man mærke roen, måske lige så meget på grund af samtalen som behandlingen.

11.00: Plejehjemmet har ringet. De ønsker, at en læge fra lægehuset tilser en af deres beboere, som har begyndende demens, men de sidste par dage ikke har opført sig helt, som hun plejer. Inden længe er jeg på cyklen og på vej mod plejehjemmet. Ved ankomst viser personalet mig vej, og vi konfererer kort, inden jeg tilser patienten. Henvisninger og indlæggelser finder oftest kun sted, når det er absolut nødvendigt. Mange af de ældre bryder sig ikke om at skulle til fastlandet. Vi følger deres forløb tæt fra start til slut, og det giver et unikt indblik i patienternes liv og udvikling.

12.30: Frokost med kollegerne i personalerummet. Stemningen er god, og samtalerne veksler mellem komplekse patienter, ferieplaner og lokale begivenheder. Vi er få, men vi passer på hinanden, og der er altid plads til sparring. Supervisionen er let tilgængelig og skaber et trygt læringsmiljø, som, vi alle ved, er afgørende for god trivsel på arbejdspladsen.

13.00: Næste konsultation er med en ung kvinde med pludseligt opståede brystsmarter. Efter en grundig anamnese og undersøgelse udelukkes det

mest alvorlige. Hun går derfra beroliget, og jeg mærker igen, hvor vigtigt det er at kunne handle roligt og sikkert, også i pressede situationer.

13.30: Min tutorlæge banker på døren og sætter sig på stolen ved siden af mig. Hun spørger med oprigtig interesse til min dag, og jeg begynder at præsentere dagens patienter. Hun lytter opmærksomt og stiller spørgsmål, når hun vurderer, at det er nødvendigt. Den faglige sparring og de gode råd, som ofte bygger på mange års erfaring i specialet, er en stor hjælp. Vi trives godt sammen, og indimellem sniger der sig også et par grin ind, hvilket gør supervisionen både tryk, lærerig og hyggelig.

14.45: Eftermiddagen byder på et hjemmebesøg hos en ældre mand, som ikke længere har mulighed for at komme til klinikken. Han er terminalt syg og har behov for, at vi taler om lindring, tryghed og det at få lov til at være hjemme. Samtalen bevæger sig over i det eksistentielle for derefter at slutte af med historier fra gamle dage, som han glædeligt deler. Jeg får et par gode råd med mig på vejen, som bliver hos mig længe.

15.30: Dagens sidste journalnotat bliver gemt, og de sidste recepter klargøres og sendes afsted. Jeg er en smu-

le træt, og mit hoved føles tungt. Alligevel forlader jeg lægehuset med et smil. Det har været en dag med mange forskellige opgaver, som alle på hver sin måde har været meningsfulde. Både patienter med kroniske og akutte problemstillinger er blevet hjulpet, og dybe samtaler om livets afslutning har fundet sted. Dette er en af grundene til, at almen medicin er min fremtid som læge.

15.50: På vej hjem over vandet står jeg igen ved rælingen. Vinden er frisk, og jeg reflekterer over dagens patienter, hvad jeg har lært, og hvad jeg kunne have gjort anderledes. Denne ro, tid og nærhed er afgørende for, hvordan jeg dag for dag kan udvikle mig og på sigt blive en dygtig praktiserende læge.

16.10: Tilbage på havnen i Esbjerg. Jeg ved, at min tid på Fanø snart er slut, men oplevelserne er for altid mine. Jeg havde egentlig ønsket mig et forløb i Region Hovedstaden, hvor jeg bor til daglig. Det fik jeg ikke. I stedet fik jeg Fanø og en oplevelse, der har givet mig både faglig tyngde og stor menneskelig glæde. Mit næste stop er Bornholm, hvor ø-lægelivet fortsætter, og nye relationer venter. Tak for nu, kære Fanø. Du blev en gave. ●



Af: **Susanne Reventlow**, professor ved Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet, og forskningsleder af Forskningsenheden for Almen Praksis, København - susrew@sund.ku.dk

Mellem flodhytter, praksis og patientmøder: tre nedslag i mit Lægeliv

Hvordan bliver man den læge, man er? For mig har særligt tre perioder formet min faglige identitet og mit valg af karriere: et feltarbejde i Peru, mit første møde med almen medicin i en praksis i Horslunde, og de mange samtaler med patienter, der har lært mig, hvad sygdom også er, og som har inspireret mit virke både klinisk og i forskning.

Peru – hvor medicin blev til mennesker

På første del af medicinstudiet savnede jeg viden om mennesker og deres sygdomme i konteksten af kultur og samfund. Derfor begyndte jeg at læse antropologi. Jeg fik mulighed for at rejse til Peru for at være på et IMCC-projekt i Pucallpa, hvor også min kæreste Johan var. Jeg udførte feltarbejde i et slumområde langs floden og blev samtidig tilknyttet det lokale sygehus.

Jeg talte med familier om liv, sygdom og død – blev konfronteret med en meget høj børnedødelighed. Infektioner, diarré, drukning og stivkrampe var almindelige dødsårsager. Jeg

lærte, at de basale forhold som rent vand og føde er afgørende for sundhed, som vi ellers ofte tager for givet.

En kvinde med et mystisk udslæt viste sig at have spedalskhed. Hun havde ikke tillid til hospitalet, så jeg måtte overtale hende til at tage med ind på sygehuset, så hun kunne få den rigtige behandling (med talidomid). Jeg lærte, at tilliden til sundhedsvæsenet er afgørende for kontakt og behandling.

En dag blev jeg kaldt ind i et hus. Her havde en yngre kvinde fået to store bylder, en i hver balle. Hendes mand, der var selvudlært i at give injektioner, havde givet hende nogle injektioner for noget hoste. Jeg lærte om overbehandling og andre opfattelser af sygdom og behandling, men jeg fik også set, hvor galt det kan gå, hvis hygiejnen ikke er i orden. Modsat oplevede jeg under- eller fejlbehandling, da en yngre mand, der var indlagt med lungebetændelse, blev dårligere dag for dag. Det viste sig, at han kun havde haft råd til den ene del af behandlingen, nemlig binyrebarkhormon/steroid, men ikke til antibiotika. Jeg

lærte, hvor afgørende kommunikation er, og hvor vigtigt det er at følge op på, hvilken medicin patienterne tager. Det blev tydeligt, hvor vigtigt det er, at sundhedsprofessionelle føler ansvar og ikke oplever magtesløshed.

Jeg deltog i det forebyggende arbejde sammen med lokale sygeplejersker. Det gav utroligt stor mening. Jeg deltog i fødslerne, vaccinerede børn i slumbyen og på skolerne, underviste i hygiejne, kost og ernæring. Jeg så mennesker med sygdomme, jeg formentlig aldrig kommer til at se igen. Jeg lærte, at forebyggelse og basale forhold som rent vand og hygiejne er fundamentet for sundhed.

Peru lærte mig, at medicin handler om mennesker og helheder – og at antropologi og medicin kan gå hånd i hånd. Da jeg kom hjem, var jeg ikke i tvivl om, at jeg skulle være læge.

Horslunde – hvor praksis blev til passion

Jeg havde forestillet mig en fremtid som socialmediciner, inspireret af mit studenterjob på Socialforskningsinstituttet. Jeg ville gerne prøve at ar-

Centrale personer inden for det almenmedicinske speciale fortæller, hvilke tre værker eller begivenheder der har formet dem som fagpersoner. Der er ingen krav til værkernes form, og det kan således være alt fra fagbøger, artikler, børnebøger, religiøse værker og poesi til sange, et særligt møde, en keynotesession ved en konference eller perioder, der har defineret karrieren.



På patientbesøg hos ung mor med barn. Bemærk, at huset står på pæle i vandet, så familien lever tæt med deres dyr. Foto: Privat.



Susanne og Johan på familiebesøg i Barrio Iquitos, Pucallpa. Foto: Privat.

bejde i almen praksis. I forlængelse af en ansættelse på Nykøbing Falster Sygehus fik jeg heldigvis en praksis-reservelægestilling hos Lisbeth Errebo-Knudsen og Kim Kristensen på Lolland.

Som praksisreservelæge i Horslunde fik jeg ansvar for egne forløb med mulighed for sparring og supervision. Jeg mødte patienter med komplekse problemer, og jeg lærte at tage ansvar og søge supervision. Jeg husker tydeligt en af mine første patienter, som led af noget angst og depression. Jeg følte mig ikke sikker på, hvad der var bedst, og jeg foreslog en henvisning til en psykiater i Nykøbing. Nej tak, sagde patienten, det må du klare. Jeg blev opmuntret til at udvikle mine kliniske færdigheder, at tage patienter til samtale, at optage samtalerne for at få supervision og lære af det.

Et andet eksempel var en ældre patient med skinnebenssår, hvor hjemmet var fyldt med katte og hunde – derfor var det ikke nemt at opnå den nødvendige hygiejne. Jeg fik den idé, at der måtte laves en hunde-kattegård, så hygiejnen i huset kunne bedres. Det lykkes ikke at få hjælp til dette, men vi fandt en løsning: Patienten fik bad på plejehjemmet før behandling og var taknemmelig. Jeg erfarede, hvor stor betydning et velfun-

gerende lægehus har – og hvor afgørende gensidig tillid og kendskab til hinandens kompetencer er for et godt samarbejde internt i praksis, i samarbejdet med kommunen, plejehjemmet, hospitalet og andre aktører. Det er nøglen til fælles løsninger og den bedst mulige behandling.

Det alsidige arbejde og den tætte kontakt med patienternes liv og lokale samarbejdspartnere gjorde almen praksis til mit speciale.

Patienterne – hvor sygdom blev til liv... og forskning

Johan (Reventlow) og jeg overtog praksis i Slagelse i 1987. Siden kom Ulla

(Wolfhagen) og Lisbeth (Bendtsen) til. Det var virkelig godt at få mulighed for at videreudvikle praksis og skabe nogle gode rammer for mødet med patienterne og medarbejderne. Med os havde vi et værdigrundlag, blandt andet baseret på vores viden og erfaringer fra Peru. At sidde på forreste række i mødet med patienternes virkelighed var lærerigt. Jeg lærte, at sygdom både er biomedicinsk og psykosocialt formet.

En tyrkisk førstegangsfødende troede, at der var noget galt med hende eller barnet, fordi jeg spurgte, hvem der skulle med til fødslen; i hendes kultur tog man kun pårørende med,



Vaccination intracutan for TB.
Foto: Privat.





Lægerne i Langes Gaard Slagelse, 2002. Susanne, Johan og Ulla Wolfhagen sammen med den nye kompagnon Lisbeth Bendtsen. Foto: Lars Bendtsen.



Ved telefonen i Horslunde. Foto: Lisbeth Errebo Knudsen.

hvis det var alvorligt. Det lærte mig at være nysgerrig og tydelig i kommunikationen. Andre patienter lærte mig, at sprogforbistring kan skjule alvorlige symptomer – og at fejl skal bruges til læring.

En gang kom en tyrkisk familie gentagne gange og sagde, at der var problemer med barnets "tis". Jeg konstaterede, at bleen var våd, og der var ingen tegn på infektion. Først senere forstod jeg, at barnet havde Hirschsprungs sygdom – og at familien brugte "stor og lille tis" om afføring og urin. Det understregede, hvor afgørende det er at kommunikere klart og forstå bekymringer – især når sproget er en barriere.

Jeg arbejdede med afmedicinering af beroligende medicin og lærte vigtigheden af dialog og respekt for patientens tempo. En dag havde ægtefællen til en af mine patienter bestilt tid. Han ville sige til mig, at 'vi skal også leve' og mindede mig om, at processen skal være fælles.

Flere af patientcasene præsenterede spændinger mellem evidensbaseret behandling og patienternes egne værdier og præferencer. Jeg tog ofte afsæt i det medicinske risikobegreb om sandsynligheden for sygdom og død, mens patienterne ofte havde en anden opfattelse. For eksempel sagde en patient: "Det er så mit risikoregnskab." Hun havde flere sygdomme, som skulle behandles, men havde gjort sig nogle overvejelser om, hvad der var vigtigst for hende. Hun prioriterede livskvalitet og socialt liv over et langt liv – en indsigt, der satte gang i min egen forskning. Det rejste spørgsmålet: Hvordan kan vi styrke vores faglighed med forskning, der også rummer patienternes perspektiver? Her blev antropologi og kvalitative metoder centrale. En tidligere læse-makker fra antropologi pressede mig lidt til at genoptage antropologistudiet som afsluttedes med en magisterkonferens, så jeg fik et ordentligt afsæt for videre forskning.

Mit første forskningsprojekt om kvinders risikoopfattelse og osteoporose tog form. Jeg blev inviteret til dialog om projektet ved Forskningsenheden for Almen Praksis. Her mødte jeg Hanne Hollnagel, Dorte Gannik, Niels Olivarius, Gert Almind, Kirsti Malterud og Lotte Hvas, der støttede og udfordrede mine ideer. Det blev starten på en ny rejse – fra fuldtidspraktiserende læge til en kombination af praksis, forskning og nye samarbejder.

Afsluttende refleksioner

Disse tre nedslag – Peru, Horslunde og patientmøderne – har formet min lægefaglige identitet, som både praktiserende læge og forsker. De har lært mig, at medicin er mere end diagnoser og behandling. Det er også relationer, kontekst og forståelse. Det er antropologiens blik og praksis-sens virkelighed. Og det er i mødet med mennesker, at vi bliver til læger. Jeg har fået erfaringer fra arbejdet i egen praksis igennem en årrække, fra andre klinikker i Danmark, i Norge og i Grønland, og jeg har lært meget af kolleger og gennem forskningssamarbejder på tværs af discipliner.

Det er afgørende at indgå i udviklende samarbejder og få den støtte, der er behov for – lige der, hvor man er i sin udvikling og karriere. Det har jeg været så heldig at opleve i praksis, i det faglige arbejde uden for praksis (DSAM, Lægeforeningen, regionalt, lokalt), i forskningen på Forskningsenheden for Almen Praksis, Center for Almen Medicin og i det nordiske samarbejde.

Mange samarbejder og kolleger har haft indflydelse og støttet mig på min færd i mit lægeliv. Det er en læring, jeg tager med mig i mit arbejde, og når jeg møder yngre kolleger. Hvordan støtter vi bedst op om deres udvikling – i både praksisliv og forskningen? ●



Nyt DGE-modul sætter fokus på trivsel hos uddannelseslæger

Hvordan finder man balancen mellem læring, drift og arbejdsglæde som uddannelseslæge i almen medicin? Find svaret i det nye junior-DGE-modul "Trivsel og arbejdsglæde for uddannelseslæger".

Udviklet til yngre læger

Modulet er en del af Gruppebaseret Efteruddannelse (DGE) og er udviklet af FYAM i samarbejde med PLO Efteruddannelse. Det er målrettet hoveduddannelseslæger i almen medicin for at styrke faglighed, fællesskab og personlig trivsel.

Gennem fire cases og 37 læringspunkter deler deltagerne erfaringer

om emner som balance mellem arbejdsliv og privatliv, ensomhed, supervision, ledelse og værdier for kommende praksisejere.

Formålet er at skabe bevidsthed om, at trivsel er et fælles ansvar:

- Klinikejeren skal sikre rammerne.
- Uddannelseslægen skal bidrage aktivt og italesætte egne behov.

Trivsel er nemlig ikke kun et individuelt projekt; det er et fælles anliggende for hele fagets fremtid.

Temaer i modulet

I modulet arbejder man med fire cases om scenarier for uddannelseslæger i almen medicin. Narrativerne bygger

på FYAM's medlemsundersøgelse, som også har inspireret FYAM's fire tips.

Modulet indeholder en informationssektion med 37 læringspunkter om kerneopgaver og begreber i almen praksis, at arbejde og trives som uddannelseslæge, at være speciallæge i ledelse og trivsel i praksis. Modulet afsluttes med FYAM's fire tips til trivsel og arbejdsglæde samt redskaber til at måle egen trivsel og drøfte kulturen i egen klinik.

Vi håber, at mange af jer vil benytte trivselsmodulet som led i efteruddannelsen af yngre almenmedicinere. ●

PRAKTISK INFORMATION

- Modulet er godkendt som selvalgt efteruddannelse og kan gennemføres i eksisterende junior-DGE-grupper.
- Efter gennemførelse søges tilskud via Gruppeperne.dk eller via Fonden for Almen Praksis.
- DGE-grupper for læger og praksispersonale finansieres via Fonden for Almen Praksis (årligt honorar). Deltagerne kan anvende midlerne til oplæg og anden efteruddannelse.
- Læs om DGE-ordningen og oprettelse af junior-DGE-grupper her.



FACILITATORUDDANNELSE

- PLO udbyder en facilitatoruddannelse for hoveduddannelseslæger i almen medicin.
- Som uddannet facilitator får du mulighed for at facilitere samtlige DGE-moduler for din gruppe eller moduler hos andre grupper på lige fod med speciallægefacilitatorerne.
- Læs om facilitatoruddannelsen for hoveduddannelseslæger her.





“Trivsel i praksis”

– en ny FYAM-kampagne

Hvordan trives uddannelseslæger i almen praksis? Hvordan bevarer vi arbejdsglæden – midt i travlhed, patientpres og skiftende rammer? FYAM's nye kampagne sætter fokus på arbejdsglæde, fællesskab og mental sundhed for uddannelseslæger i almen medicin.

Kampagnen har ladet vente på sig og er blevet varslet flere gange. Egentlig har den været klar et stykke tid, men på grund af sommerens fokus på Sundhedsreformen, lovpakke 2b og den medfølgende uro, valgte vi at udskyde lanceringen og lade kærlighedskampagnen fylde medieplatformene.

Det viste sig at være godt givet ud med knap 1 mio. visninger på tværs af hele Danmark og en større forståelse mellem PLO's formand Jørgen Skadborg og sundhedsminister Sophie Løhde.

Men nu skal I (snart) ikke snydes længere. FYAM-kampagnen “Trivsel i praksis” kommer i starten af 2026. Her præsenterer vi de elementer, der bliver udrullet i løbet af 2026.

En kampagne med mange formater

Kampagnen består af flere elementer, som tilsammen skal inspirere, engagere og skabe debat:

- **En session på DSAM's årsmøde** – hvor trivsel, balance og faglig identitet blev sat på dagsordenen gennem oplæg og workshop



- **Et nationalt arrangement** om trivsel og arbejdsglæde for FYAM's medlemmer
- **Et junior-DGE-modul** om trivsel og arbejdsglæde (målrettet uddannelseslæger, udviklet i samarbejde med PLO Efteruddannelse)
- **En facilitatoruddannelse for hoveduddannelseslæger** (til at lede og facilitere DGE-grupper i efteruddannelsesmoduler).
- **Fire tips til uddannelseslæger** – konkrete og jordnære råd til, hvordan man passer på sig selv og hinanden i hverdagen
- **Podcasts, nyhedsbreve og andet SoMe-indhold**, hvor yngre læger deler erfaringer og gode råd om trivsel og fællesskab i praksis.

Hvorfor er trivsel og fællesskab vigtigt?

Trivsel og arbejdsglæde handler ikke kun om at have det godt på arbejdet; det er et fundament for læring, kvalitet og patientsikkerhed. En læge, der trives, lærer bedre, har overskud til patienterne og har mindre risiko for at blive udrændt.

FYAM-undersøgelsen fra 2025 viste, at mange uddannelseslæger har tegn på mistrivsel og ensomhed – især under hospitalsdelen af uddannelsen – men samtidig har de et stærkt ønske om at finde løsninger. Kampagnen “Trivsel i praksis” er derfor udviklet af yngre læger til yngre læger.

FYAM har udviklet kampagnen i samarbejde med PLO



Efteruddannelse, KAP-H og Månedsskriftet for almen praksis. Målet er at skabe et fælles sprog om trivsel blandt uddannelseslæger i almen medicin, så det bliver mere naturligt at tale om, hvordan vi har det – ikke kun, hvordan vi præsterer.

En session i tre dele

På DSAM's årsmøde i Kolding i år fik vi lov at afholde en givende session om uddannelseslægenes trivsel og mistrivsel. Sessionen blev afholdt i tre dele: (1) et oplæg om udbrændthed og PLO's trivselsundersøgelse, som viser tiltagende moderat og svær udbrændthed i almen praksis, (2) en workshop om de fremmødtes tanker om trivsel, og hvilke værktøjer DSAM, FYAM eller lægerne selv kunne have brug for eller udvikle og (3) en premierefremvisning af FYAM's kampagne "Trivsel i praksis" og de forskellige delelementer samt FYAM's 4 tips om trivsel.

De fremmødte var godt engagerede og deltog aktivt og givende i diskussionen om fremtidens almen praksis, og hvilke værktøjer der kan give bedre trivsel og arbejdsglæde for uddannelseslæger i almen medicin.

Sidst, men ikke mindst, præsenterede vi også FYAM's tre værdier, som vi ønsker at lave interessevaretagelse ud fra:

1. Vi er med dig hele vejen.
2. Vi støtter din udvikling.
3. Det vi vander gror.

Vi ses i 2026!

Udrulningen af kampagnens delelementer er så småt i gang, og de sidste detaljer er i skrivende stund ved at være på plads.

Vi ser frem til et 2026 med stort fokus på trivsel! ●





Ledelse handler også om at lede sig selv

Jeg havde ikke planlagt at tage orlov fra hoveduddannelsen i almen medicin. Det kom snigende – som så mange andre ting i livet – et sted mellem træthed, småbørnskaos og følelsen af, at min kalender styrede mig mere, end jeg styrede den.

Orloven var ikke blot en mulighed, men en nødvendighed. Det var ikke et fravalg af faget, men et fravalg af tempoet.

Jeg skulle i balance – og i kontrol over livet.

Vores historier tæller

Jeg har tidligere skrevet om trivsel i Practicus og om nødvendigheden af medindflydelse i Dagens Medicin. Den-

”

Det er mærkeligt, hvordan meget af vores selvforståelse som læger er bundet op på kontinuitet, tempo og progression.

gang handlede det om systemet, om strukturerne og om behovet for at skabe plads til at være hele mennesker – også som læger.

Denne gang handler det mere om det personlige: Hvad sker der, når man faktisk gør alvor af det og trykker på pauseknappen?

For mit vedkommende betød det at gå fra “uddannelseslæge i almen medicin” til noget mere diffust: “læge på orlov”. En titel uden visitkort, uden struktur og uden den velkendte uddannelsesplan. I stedet blev det erstattet af masser af identitetsspørgsmål: Hvem er jeg, når jeg ikke har et planlagt program i min returpraksis, på ambulatoriet eller er på nattevagt? Og hvordan passer det ind i vores familieliv?

Hvorfor har vi så travlt?

Det er mærkeligt, hvordan meget af vores selvforståelse som læger er bundet op på kontinuitet, tempo og progression. Vi bevæger os fra lægestudiet, henover KBU, videre til intro(er) for at tage en HU og så ‘til sidst’ videre til praksis – som perler på en snor.

Men pauserne er sjældne. Og når de opstår, føles det næsten som om, man skal forsvare dem.

Jeg har i min pause fundet en anden form for lægeliv. Den består af refleksioner, fleksibilitet til at favne min families behov og små såvel som store projekter i faglighedens tegn.

Pausen handler ikke om at forlade almen praksis; den handler om at vende tilbage med lidt mere overskud, lidt bredere perspektiv og måske en mere bæredygtig rytme.

Et nyt formål i horisonten?

For mig har orloven ikke været et ophold i meningsløs venten. Den har vist sig at byde på et helt andet slags arbejdsliv. Jeg har brugt tiden på at fordybe mig i de områder, der altid har optaget mig – trivsel, ledelse og liv i sundhed – men nu uden fast program, målbeskrivelse og mistrivsel i min familie.

Jeg har arbejdet med projekter som FYAM’s kampagne ‘Trivsel i praksis’. Jeg har skrevet og talt om det, der får os læger til at brænde – og brænde ud. Jeg har mødt kolleger, politikere, ledere og patienter på nye måder, fordi jeg ikke længere ‘stod i lægekittel’, men i stedet med interesse og nysgerrighed.

Ét af mine interesseområder er minoritetsfamilier. Som far til en adop-



teret datter har jeg set, hvordan systemet (både politisk og sundhedsfagligt) kan forbedres. Jeg har derfor nu taget lidt aktivisme på mig og meldt mig som bestyrelsesmedlem i to foreninger, der har med adoption at gøre, og jeg har sagt ja til et tværfagligt netværk om børns rettigheder.

Senest har jeg skabt et netværk, der i de kommende år vil sætte fokus på forebyggelse for LGBT+-personer i almen praksis. Uligheden for disse personer er signifikant, og til stadighed oplever de diskrimination og øget sundhedsmæssig belastning. Det vil vi søge at ændre ved bl.a. at nedbryde barrierer for at tale om sex og seksualitet hos den praktiserende læge.

Fremtiden ser lysere ud

Jeg tror, jeg er blevet en bedre læge af denne orlov. Jeg er mere bevidst om, at faglighed ikke kun handler om at

kunne være til stede og hjælpe de enkelte patienter, men også om at kunne gøre gavn, have ro i maven og bruge sin faglige viden konstruktivt.

Jeg ved også nu, at ledelse også handler om at lede sig selv. Og at pausen kan være et aktivt valg – ikke et svaghedstegn. Når jeg vender tilbage til min uddannelsesstilling, gør jeg det med et klarere blik for, hvad der skal være plads til, hvis både jeg og mine patienter skal have det godt i længden.

For jeg tror, at hvis vi virkelig mener det, når vi taler om trivsel, så skal vi også turde leve det ud selv. Turde stå af for en stund, turde være sårbare og sige: "Lige nu kan jeg ikke køre videre, som det er."

Jeg ved ikke, hvordan min tur/retur ser ud endnu. Måske vender jeg tilbage i en ny

form. Måske bliver jeg bare lidt bedre til at trykke på 'pause' i tide. Men jeg håber, at vi i FYAM og i DSAM kan blive bedre til at tale åbent om de pauser, vi tager – frivillige som ufrivillige. For måske er de faktisk et tegn på styrke.

Hamsterhjulet stopper ikke af sig selv. Men vi kan godt stå af, gå en tur og beslutte os for at hoppe på igen med en ny rytme og et nyt mål. Og det endda med god samvittighed og ro i maven. ●



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



Almen praksis som ramme for trivsel

– set med en studerendes øjne

Efter at have deltaget i DSAM's årsmøde med temaet "*Trivsel i almen praksis*", gik jeg derfra med en varm og positiv følelse. Det var en af de mest inspirerende oplevelser blandt de årsmøder, jeg har haft mulighed for at deltage i som medicinstuderende gennem de sidste tre år. Temaet rørte noget i mig, fordi trivsel er et emne, vi som medicinstuderende mærker tæt på kroppen – midt i et studie, der både udfordrer og former os.

Senere på dagen, da jeg sad sammen med andre studerende ved midtidsbordet, gik snakken netop på, hvor meget oplæggene havde ramt noget genkendeligt i os alle. Mange af os delte den samme oplevelse – at temaet om trivsel føltes både aktuelt og personligt.

Et rum for nærvær og læring

Når jeg træder ind i almen praksis, mærker jeg en særlig ro. I konsultationsrummet bliver patienterne mødt med tid, opmærksomhed og respekt – og man fornemmer hurtigt, at relationen betyder lige så meget som diagnosen.

For mig blev det et frirum midt i studielivet, hvor meget ellers handler om præstation og tempo. I mødet med

patienterne og kollegaer oplevede jeg, at læring opstår, når der er plads til refleksion, dialog og nysgerrighed.

Kontinuitet og genkendelse

I almen praksis oplevede jeg, hvordan relationer vokser over tid. Nogle patienter kom jævnligt til konsultation, og jeg lærte dem gradvist at kende – både deres helbred og deres hverdag. Andre dukkede kun op en gang imellem for at få taget en blodprøve eller et enkelt tjek, men selv dér blev der ofte tid til et smil og en kort snak om stort og småt.

Jeg blev hurtigt opmærksom på, hvor meget disse små møder betyder, ikke kun for patienterne, men også for os, der arbejder i lægehuset. Når personalet hilser på hinanden og på patienterne med navn, skaber det en særlig stemning af trykthed og genkendelse. Det mindede mig om, hvorfor jeg valgte medicin: for at møde mennesker, ikke bare sygdomme.

Trivsel som læring

Jeg havde ikke forventet, at trivsel kunne være en del af min læring. Men i almen praksis, såsom andre i specialer, lærte jeg, at et godt læringsmiljø skaber tid, tillid og ægte interesse. Når lægen tog sig tid til at forklare sin

tankegang højt, eller når sygeplejersken spurgte, hvordan min dag gik, betød det noget. Det skabte en følelse af ro og motivation – en kontrast til det præstationspres, mange studerende kan opleve i løbet af studietiden.

Et sted at høre til

Måske er almen praksis ikke bare et arbejdssted, men et medicinsk og menneskeligt kerneområde vi har brug for at bevare. Fordi det giver følelsen af at høre til, at kende sine patienter og at blive kendt som sig selv. For midt i et studie som medicin med højt tempo og et presset sundhedsvæsen minder almen praksis os om, hvad der virkelig betyder noget: at skabe trivsel og mening hos både patient og læge. ●

”

I mødet med patienterne og kollegaer oplevede jeg, at læring opstår, når der er plads til refleksion, dialog og nysgerrighed.



Rammer, opgaver og samarbejde

Det danske sundhedsvæsen står foran store forandringer. Almen praksis mærker det tydeligt. Hvis udviklingen skal lykkes, må rammer, opgaver og samarbejde (ROS) hænge sammen. December giver en naturlig anledning til at overveje, hvad der skal til i en travl og foranderlig hverdag.

Almen praksis kommer til at spille en endnu større rolle i de kommende år. Behovet for flere praktiserende læger er åbenlyst, og rekruttering bliver afgørende for at følge med udviklingen i befolkningens behov. Samtidig må opgaveporteføljen kun udvides i et tempo, som matcher den kapacitet, der faktisk er til rådighed. Ellers spænder vi ben for den udvikling, vi ønsker.

Hverdagen i klinikkerne er allerede fyldt med komplekse forløb, der kræver nærvær, overblik og kontinuitet. Denne indsats løftes hver dag af læger, sygeplejersker og praksispersonale over hele landet – ofte uden at det bemærkes uden for konsultationsrummet.

Lovpakke 2b har skabt bekymring i praksissektoren, selvom ministeren har forsikret, at der vil blive lyttet. Opgaverne skal være til at løfte, og rammerne skal give plads til kerneopgaven; at være der for patienterne på en måde, der er fagligt ansvarlig og bæredygtig.

Det kommende arbejde med specialebeskrivelserne bliver også vigtigt. Her kan vi præcisere samarbejdet på tværs af sektorer. Det gælder samarbejdet mellem almen praksis, sygehusene, psykiatrien, kommunerne, de privatpraktiserende speciallæger, psykologer, terapeuter og civilsamfundets aktører. Patienternes liv følger ikke vores organisatoriske skel, og samarbejdet bør afspejle netop det.

Midt i alt dette ændrer verden sig hurtigt omkring os. Internationale konflikter, klimaudfordringer og nye teknologier påvirker vores vilkår, ofte uden at vi rigtigt bemærker det i hverdagen. Også her

har vi brug for stabile rammer, realistiske opgaver og stærke samarbejder.

December minder os om værdien af små handlinger, der tilsammen skaber varme og retning. Det samme gælder i sundhedsvæsenet. ROS er ikke blot tre ord. Det er et princip. Rammer, opgaver og samarbejde skal hænge sammen og udvikles i et tempo, der giver mening i hverdagen.

Lykkes vi med det, kan almen praksis gå det nye år i møde med mere ro, mere handlekraft og med et håb, der rækker længere end vintermørket. ●



Din irriterende patient

Under en supervision kom jeg til at betegne en af mine patienter: "Han er irriterende!" Hvortil min KBU-læge ivrigt spurgte: "Hvad gør du med de irriterende patienter?" Jeg svarede ærligt: "Dem behandler jeg individuelt og særligt godt – det er sårbare patienter!" Jeg ærgrede mig over mit spontane udbrud, der jo ikke var en tutor værdig over for en ung kollega, som oplevede mange konsultationer med irriterende eller insisterende eller uforstående patienter. Han var selvfølgelig glad for at erfare, at også jeg kunne blive udfordret.

Det er imidlertid sjældent, jeg bogstaveligt bliver irriteret på en patient, men blev det hyppigere som nystartet praktikus! Jeg husker en morgen, hvor jeg så i dagsplanen, at der var hele 2 "irriterende" eller besværlige patienter på samme formiddag, og mit energiniveau imploderede! Idet jeg mærkede dét, blev min forundring vakt: Hvordan kunne de dræne mig, inden vi

overhovedet havde talt sammen? Med så fatal en reaktion måtte jeg finde ud af, hvad der gik galt i konsultationen!? Resultatet blev, at mit energiniveau steg i ren spænding over de forestående konsultationer, hvor jeg nu skulle observere og blive klogere! Siden har jeg ofte formået at fokusere på, hvad jeg kan gøre – frem for at give op på forhånd.

Vi er som praktiserende læger ansvarlige for, at kommunikationen bliver så god som mulig. Det kræver opmærksom lytten og tålmod. Ofte kan det betale sig, at lade patienten tale sig tom og gå med – frem for imod; måske blot bidrage med at gentage hans/hendes sidste ord eller et "hmm!?". De insisterende patienter, der indleder med "jeg har samlet sammen!" eller "hvor lang tid har vi?", prøver jeg at neutralisere med: "Lad mig høre, hvilke emner du har, så tager vi det vigtigste først og finder en ny tid, hvis ikke vi når det hele". Der er selvfølgelig også de reelt sårbare uden kommunikative evner, selvindsigt eller intellektuel formåen – de får lang snor, tages i hånden i overført betydning og bliver hjulpet med tids-

bestilling m.m., og/eller vi aftaler, de tager en pårørende med.

Faldgruben – hvor der ikke burde være rum for irritation – er, når jeg uberettiget bliver irriteret over, at patienten taler om noget helt andet end f.eks. emnet for den årskontrol, der er aftalt! Det gør patienten selvfølgelig, fordi der er noget, der er vigtigere for ham/hende! Og det sker sjældent, at dét irriterer mig, for jeg ved godt, at der kan være vigtigere ting i livet end BT, HgbA1C, blodprøver etc. Nationale kliniske retningslinjer er trods alt kun retningslinjer og ikke lov! Og slet ikke i en almen lægepraksis, der arbejder personcentreret!

Tilbage til patienten fra supervisionen. Når jeg udtrykte irritation, var det blot den følelse, der kan ramme os, når en problemstilling er lidt mere kompleks, end man håbede på eller syntes, tiden rakte til. Det er selvfølgelig ikke retfærdigt at affærdige de svageste, så jeg greb mig i det, og patienten blev imødekommet til både hans og min tilfredshed. Min KBU fik også noget med, da vi siden talte om det uforudseelige og skæve, som er en del af charmen ved almen praksis. ●



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



**PRACTICUS UDGIVES SOM
MEDLEMSBLAD TIL
MEDLEMMER AF DSAM**
Stockholmsgade 55
2100 København Ø
Tlf. 7070 7431
www.practicus.dk
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. 278
Frist for artikler: 21. januar
Udgivelsesuge: 14, 2026

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

FORSIDEFOTO
Mahlerprismodtager Helle Ibsen
Foto: Claus Boesen

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

OPLAG
5.600
ISSN: 0109-2235



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 vejledning-er og Practicus er indpakket i plast. Miljøbelastningen er nogenlunde den samme som ved papir- eller papom-slag. Dog er plast væsentligt billigere. Du kan bidrage til en grønnere fremtid ved at affaldssortere Practicus og emballagen korrekt. Det håber vi, du vil.

Glædelig jul & godt nytår

Vi ønsker alle forfattere og læsere en rigtig glædelig jul og et fredfyldt, lykkebringende 2026, hvor vi supplerer det trykte blad med digitaliserede artikler på www.practicus.dk. Vi takker for mange gode artikler i det forgangne år og håber på lige så mange i det kommende.

Julehilsner fra Practicus-redaktionen

