

Practicus

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

APRIL 2026 • 49. ÅRGANG • 278

Maria Krüger, formand, og Cees Stavenuiter, næstformand, er et nyt makkerpar i DSAM's formandskab.

FOKUSOMRÅDER

**- Vi skal også tale om sex
- AI lyder som en specialist**

Indhold

LEDER

- 3 Almen praksis kan bidrage til flere sunde leveår
Solvej Videbæk Bueno

DSAM

- 4 Bestyrelsens klumme: Når diagnostik flyttes ud af konsultationen
Maria Krüger
- 6 Siden sidst i DSAM: Reform og formandsskifte
Mogens Folkmann Andersen
- 8 Skal vi tale om dit kolesteroltal – eller om din kæreste?
Daniel Staal Nyboe, Sladjan Sehested
- 11 At holde hovedet koldt, hjertet varmt og fødderne på jorden
Bolette Friderichsen
- 14 Den nationale opgavebeskrivelse er landet. Hvad betyder det for almen praksis?
Mireille Lacroix

FORSKNING

- 16 Ph.d.-Cup: Relationskompetence – en værktøjskasse af færdigheder
Cæcilie Hansen
- 18 Forskning i almen medicin har formet vores faglige fundament
Niels Kr. Kjær, Dorte Jarbøl, Helle Ibsen, Jesper Lykkegaard

LÆGELIV

- 22 Patienten har spurgt sin AI – og den lyder som en specialist
Michael Hejmadi
- 24 Monogenetisk diabetes – en vigtig differentialdiagnose ved ung debut af diabetes
Mathilde Svendstrup, Johanne Skov Jensen, Julie Støj, Henrik Vestergaard
- 26 DSAM's pejlemærker – nu som DGE-modul
Karen-Dorthe Bach Nielsen
- 28 Practicus spørger: Line Soot er både praktiserende læge og sexolog
Line Soot

LÆGELIV

- 31 Jeg forstod først forældrene, da jeg selv blev én
Sladjan Sehested
- 34 Lad uddannelseslæger se magien i en Deep End-praksis
Tessa Engkrog Boyles, Sara Radl Hensel
- 36 DAUS – Dansk Almenmedicinsk Ultralyds Selskab
Ulrike Mehnert
- 38 Kan schweiziske kvalitetscirkler inspirere vores klyngearbejde?
Thomas Bo Drivsholm, godkendt af Adrian Rohrbasser
- 42 Når land kan noget, by ikke kan – refleksioner over hoveduddannelsen
Ásthildur Árnadóttir
- 44 En dag med ...
Line Gisselmann
- 46 3x3: Fra bonde til almen medicin
Roar Maagaard
- 49 Grønt tip: Medicinforbrug
Karolina Lewandowska

FYAM

- 50 Trivsel i praksis: Vi skaber løsninger sammen med jer
Malene Nepper, Daniel Staal Nyboe
- 52 FYAM-klummen: Tryghed former dygtige læger
Bolette F. Jeppesen

SAMS

- 54 Fra Nuuk til Danmark: Når rammerne former behandlingen
Anna-Sophia Alexandrov

DEBAT

- 55 Tanker fra stolen. Almen praksis er mere end en leverandør
Jørgen Steen Andersen
- 56 Lægens bogstaver: Jeg er ramt af demens
Benny Ehrenreich

BOGANMELDELSE

- 58 Hvordan får man kloge mennesker til at ændre sig, uden at de føler sig dumme?
Daniel Staal Nyboe

OPSLAG

- 13 Tag med til konference i byernes by
- 41 Årsmøde 2026
- 60 Practicus og DSAM har brug for dig!



Sådan fik det almenmedicinske speciale sin identitet, s. 18

Tredje og sidste del af temaserien handler om Forskningsenhederne for Almen Praksis.



Line Soot er både praktiserende læge og sexolog, s. 28

Practicus stiller nysgerrige til Line om hvorfor, og hvilke erfaringer det har ført til.

Almen praksis kan bidrage til flere sunde leveår

Med sundhedsreformen er der lagt op til en kommende folkesundhedslov. Ambitionen er flere sunde leveår og mindre ulighed i sundhed. Det er svært at være uenig i målet. I dette forår går arbejdet med loven ind i en afgørende fase, og en politisk aftale forventes at være på plads i 2026. Loven rummer en mulighed for at styrke forebyggelsen og tydeliggøre, hvilken retning vi ønsker for folkesundheden i Danmark. Spørgsmålet er, hvilken rolle almen praksis vil tage.

For mig er svaret klart. Forebyggelse, sundhedsfremme og lighed i sundhed ligger mig dybt på sinde. Jeg har svært ved at forestille mig almen medicin uden et stærkt fokus på netop det – også selvom opgaverne er mange, og vi skal prioritere.

I almen praksis ser vi uligheden helt tæt på. Ikke som en kurve i en rapport, men som patienter med multisygdom og komplekse forløb, hvor sygdom og sociale vilkår hænger tæt sammen.

Den Nationale Sundhedsprofil 2025 illustrerer omfanget. I alt 38,3 pct.

voksne danskere lever med en langvarig sygdom eller et helbredsproblem. Næsten hver femte lever med svær overvægt, og 29 pct. har en høj stressscore. Tallene følger en tydelig social gradient: sygdom, risikofaktorer og dårlig mental trivsel forekommer markant hyppigere blandt mennesker med kort uddannelse, lav indkomst eller svag tilknytning til arbejdsmarkedet.

Hvis målet er flere sunde leveår for alle, må forebyggelse og reduktion af ulighed være et bærende princip. Almen praksis har en særlig position. Kontinuitet i sig selv giver flere leveår. Populationsomsorg, den lave adgangstærskel og relationen til vores patienter giver mulighed for at identificere dem, som har brug for en ekstra indsats. For ikke alle skal behandles lige for at skabe mere lighed i sundhed.

Men forebyggelse kan ikke løftes i konsultationsrummet alene. Det kræver mere end en KRAM-samtale med patienten. En nylig artikel i The Lancet Primary Care peger på, at fremtidens almen praksis bør være et

sted, hvor behandling, forebyggelse og forståelse af patienters livsvilkår hænger tæt sammen. Det er i virkeligheden et velkendt princip i primær sundhedspleje siden Alma-Ata-erklæringen i 1978. Og det kræver systematisk opsporing og tværfagligt samarbejde med aktører, der også former patienternes hverdag.

Almen praksis kan ikke løse alt. Men vi står et sted i sundhedsvæsenet, hvor vi kan se både sygdommen og det liv, den opstår i. Derfor bør vores erfaringer og faglige rolle også forme dagsordenen for forebyggelse. ●



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



Når diagnostik flyttes ud af konsultationen

Dansk Selskab for Almen Medicin er i den senere tid blevet kontaktet af medlemmer, som er faldet over nye tilbud fra udvalgte apoteker: test og behandling for kønssygdomme på under 45 minutter.

Apotekerne samarbejder med et onlinefirma, som udskriver recepter ved positivt testresultat på apoteket. Markedsføringen reklamerer med, at man undgår ”akavede besøg” hos egen læge og opnår fuld diskretion – paradoksalt nok i et apoteksmiljø, hvor det tilsyneladende er en farmaceut eller farmakonom, der ved skranken skal udspørge om symptomer, partnere og seksuel adfærd.

Hurtighed fremhæves som kvalitet; 45 minutter præsenteres som et ideal. Men diagnostik og behandling af seksuelt overførte infektioner er ikke en ekspedition. Det er klinisk medicin.

Usikker testmetode og manglende resistensbestemmelse

Man reklamerer med ”ingen podning”, selvom anbefalet diagnostik af klamydia hos kvinder er podning. En urinprøve alene kan overse op mod 20 procent af infektionerne. Vælger man en mindre sensitiv metode af hensyn til bekvemmelighed, har det konsekvenser – både for den enkelte og for smittespredningen.

Mycoplasma genitalium er et endnu

tydeligere eksempel. Omkring halvdelen af de positive prøver er makrolidresistente. Derfor skal alle positive prøver resistensbestemmes, hvilket kræver specialiseret laboratorieanalyse. Alligevel brugte man på apotekerne Azithromycin som standardbehandling. Uden forudgående resistensafklaring risikerer man behandlingssvigt, fortsat smitte og yderligere resistensudvikling. Efter kritik fra blandt andet DSAM, henviser apotekerne nu patienter med mycoplasma til egen læge.

Hvem følger op

Asymptomatiske partnere skal testes. Patienten skal informeres om smitteopsporing. Der skal planlægges kontrol efter tre måneder. Får ”kunden” disse beskeder? Hvem tager ansvaret for opfølgningen?

Gonorré håndteres tilsyneladende ved henvisning til veneriklinik. Det illustrerer pointen: Nogle infektioner kræver specialiseret vurdering. Men hvem laver den initiale kliniske vurdering? Og hvad med differentialdiagnoserne?

Der er også et juridisk og strukturelt lag. Når behandling iværksættes, forudsætter det informeret samtykke på et lægefagligt grundlag. Hvor dokumenteres indikationen? Hvor journalføres vurderingen? Hvilket ansvar påtager apoteket sig? Og inden for hvilke rammer?

Apotekerne må ifølge loven ikke

drive lægevirksomhed. Men hvornår bliver test og ordination reelt udøvet af en lægevirksomhed? Hvad siger Lægemiddelstyrelsen? Hvad siger Styrelsen for Patientsikkerhed om rolle- og ansvarsfordeling? Hvordan ser de kliniske mikrobiologer og AMR-alliancen på en model, der potentielt øger uhensigtsmæssig antibiotikaanvendelse?

DSAM-vejledninger følges ikke

Ifølge hjemmesiden er næste skridt test for halsbetændelse og urinvejsinfektion.

Her bliver problemstillingen endnu tydeligere. I almen praksis har vi gennem årtier arbejdet målrettet for at reducere overdiagnostik og overbehandling. Ved halssmerter anvendes Centor-kriterierne. Ingen test ved hoste og tydelige virustegn. Point-of-care-tests skal bruges selektivt – ikke rutinemæssigt.

Ved urinvejsinfektion hos ældre behandler vi ikke asymptomatisk bakteriuri. Vi laver ikke kontrol-dyrkninger uden indikation. I min klinik har vi brugt mange år på at lære især vores ældre kvindelige patienter, at de ikke skal komme og aflevere en urinprøve ”for en sikkerheds skyld”.

Manglende overvågning og øget antibiotikaresistens

En yderligere konsekvens er den manglende epidemiologiske overvågning.



Foto: Privatfoto.

Når test og behandling sker uden integration i de kliniske registrerings-systemer, svækkes datagrundlaget for overvågning af smitte og resistens. Det er ikke en detalje. Det er et folkesundhedsanliggende.

Vi har været i dialog med Dansk Selskab for Klinisk Mikrobiologi, som deler vores bekymring for mangelfuld klinisk vurdering og antibiotikaresistens. Men bekymringen findes ikke kun i lægevidenskabelige selskaber. Danske Bioanalytikere har rejst spørgsmål om kvalitetssikring, validering og dokumentation af de analyseapparater, der anvendes i denne nye type ordning.

Analysekvalitet er ikke et teknisk detaljespørgsmål. Sensitivitet, specificitet, korrekt kalibrering og løbende kvalitetskontrol er forudsætningen for, at et prøvesvar overhovedet kan danne grundlag for behandling. Når test flyttes ud af de etablerede laboratorier og kvalitetsstrukturer, må det være fuldstændig transparent, hvordan kvaliteten sikres – og hvem der fører tilsyn.

Spørgsmålet er, om dette blot er begyndelsen på en udvikling, hvor diagnostik og behandling af stadig flere tilstande gradvist kører uden om lægen.

Pligt til at råbe op

Jeg er ikke imod innovation. Jeg er ikke imod nye, smarte løsninger. Tværtimod. Men når hastighed gøres til kvalitetsmål, og bekvemmelighed risikerer at trumfe faglighed, så har vi en pligt til at råbe op.

På den baggrund har DSAM rettet henvendelse til Lægemiddelstyrelsen for at få afklaret de regulatoriske rammer og ansvarsforhold i denne type ordning. Vi afventer aktuelt svar. Lægemiddelstyrelsen har orienteret os om, at henvendelsen er videresendt til Styrelsen for Patientsikkerhed. Det understreger i sig selv, at der er tale om spørgsmål, som rækker ind i patientsikkerhed og autorisationsforhold.

Det er afgørende for tilliden til sundhedsvæsenet, at rolle- og ansvarsfordelingen er tydelig, når nye

aktører bevæger sig ind på områder, der traditionelt har været forankret i lægelig virksomhed.

Og det er netop derfor, det betyder noget, når medlemmer henvender sig. Denne sag begyndte, da medlemmer af DSAM gjorde os opmærksomme på et nyt tiltag. Tak for det!

Vores fælles faglighed forpligter os til at reagere, når en ny udvikling i sundhedsvæsenet potentielt kan udfordre patientsikkerheden.

Som sagt har virksomheden Plus-Medical nu valgt at undlade at behandle mycoplasma genitalium og i stedet henvise patienter til egen læge eller veneriklinikken. Det er positivt, at virksomheden har lyttet til kritikken af behandling uden resistensbestemmelse. Det ændrer imidlertid ikke på den grundlæggende problemstilling ved at teste uden for en klinisk kontekst. Vi risikerer, at almen praksis unødigt får henvist patienter, som aldrig skulle have været testet i første omgang, og patienterne risikerer samtidig unødigt dobbelttestning. ●



Reform og formandsskifte

Arbejdet med sundhedsreformen fortsætter. I anden halvdel af 2025 handlede det om, at lovgivningen om sundhedsreformen skulle vedtages i Folketinget, men nu er fokus på implementering af lovgivningen. Siden årsskiftet har DSAM haft særligt fokus på de 17 nye sundhedsråd. Ingen ved endnu, hvordan de kommer til at arbejde, men DSAM's regionale afdelinger er i gang med at kontakte de forskellige sundhedsråd, så DSAM og almen praksis' synspunkter og viden også kan blive repræsenteret i sundhedsrådenes arbejde.

Selvom sommeren stadig er nogle måneder ude i fremtiden, er DSAM's og FYAM's forberedelser til

Folkemødet på Bornholm gået i gang. Både DSAM og FYAM stiller med en delegation, der skal tale almen praksis' sag i forskellige debatter og ved netværks-

møder. Allerede nu er der debatter om afmedicinering og kræftpakke V på tegnebrættet. I 2025 deltog DSAM's repræsentanter i mere end 20 forskellige møder, debatter og lignende.

I medierne

I første kvartal af 2026 handlede presseomtalen blandt andet om palliation, kvinder i overgangsalderen og hormonbehandling, cannabis til medicinsk brug og nye regler for import af medicin, så danskerne nu frit kan indføre forskellige typer af medicin til eget brug, også fra lande uden for EU. Herudover har Novo Nordisk besluttet at droppe en kampagne om kvinder i overgangsalderen og vægttabsbehandling efter skarp kritik fra blandt andet DSAM og Lægeforeningen. Derudover har DSAM været i medierne vedrørende ADHD-vejledninger, og der er også udsendt et nyhedsbrev om emnet.

Før jul godkendte DSAM's bestyrelse, at der blev oprettet en interessegruppe for LGBT+. Det har ligeledes givet en del positiv medieomtale.

Herudover har en sag om apotekerne og test af klamydia også været i medierne. En række apoteker er i samarbejde med en ekstern leverandør begyndt at tilbyde klamydiatest og efterfølgende antibiotikabehandling

ved positiv test. Det har skabt bekymring hos blandt andet DSAM, der frygter for patientsikkerheden og manglende hensyn til AMR. Maria Krüger og DSAM har været i direkte dialog med Apotekerforeningen om bekymringerne. Læs også bestyrelsens klumme om dette emne.

Instagram

Vidste du, at DSAM har en Instagram-profil? Her kan du løbende finde diverse opslag med nyt fra DSAM.

Ud over DSAM kan du også finde FYAM på Instagram. I deres nye kampagne har FYAM fokus på trivsel i praksis – den kører i februar og marts måned.

Høringer

En vigtig del af DSAM's arbejde er at repræsentere almen praksis i forskellige sammenhænge, herunder give vores holdning til kende i form af høringssvar, f.eks. ved lovforslag eller nye bekendtgørelser. Selvom året nærmest kun lige er begyndt, har DSAM allerede i årets første to måneder afgivet hele 10 høringssvar.

I 2025 sendte DSAM 57 hørings-svar. Vi modtog 131 anmodninger om at udpege repræsentanter og udpegede repræsentanter i 110 af anmodningerne.



Formandsskifte

Ved årsskiftet stoppede Bolette Friderichsen som formand for DSAM. Maria Krüger tiltrådte som konstitueret formand for selskabet frem til det ordinære repræsentantskabsmøde, der blev holdt lørdag den 14. marts 2026 på Comwell Kellers Park i Børkop. Her blev Maria valgt som ny formand for DSAM uden modkandidater. Formandskabet udgøres nu af Maria Krüger (formand) og Cees Stavenuiter (næstformand). Cees har siddet i bestyrelsen for DSAM siden 2023, og herudover er han praktiserende læge på Sydfyn.

Velkommen til DSAM's nye formandskab. Tak til Bolette for hendes store indsats for selskabet, almen praksis og patienterne.

Farvel til Bolette Friderichsen

Bolette blev valgt som formand for DSAM i oktober 2021, efter hun i flere år havde været næstformand. Hun overtog formandsposten efter Anders Beich.

Bolette har i sin formandstid blandt andet været med til at italesætte brugen af vægttabsmedicin i almen praksis, samtidig med at hun har sat fokus på kontinuitet, overdiagnosticering, palliation, behandling af ADHD, forholdene for kræftpatienter og hensynet til de mindre ressourcerstærke pa-

tienter. Indsatsen har haft patienternes bedste som omdrejningspunkt og med fokus på overholdelse af tavshedspligten. Et andet særligt område har været forskning, hvor Bolette sammen med resten af DSAM's bestyrelse har været på årlige besøg på landets forskningsenheder for almen praksis.

I de seneste par år har Bolette særligt beskæftiget sig med sundhedsreformen og de tilhørende underområder som patientfordeling, den nationale opgavebeskrivelse, kvalitet og faglig ledelse samt samarbejdet med landets sygehuse.

Og netop hensynet til patienterne var også det, der fik Bolette til at stoppe som formand før tid. Hun savnede sine patienter og det kliniske arbejde.

Bolette er 66 år og driver praksis i Hobro.

Velkommen til Maria Krüger

Maria Krüger blev valgt ind i DSAM's bestyrelse i 2023. I 2025 overtog hun posten som næstformand, inden hun ved årsskiftet først blev konstitueret formand og siden valgt af repræsentantskabet som ny formand.

Maria Krüger har i sin tid som medlem af DSAM's bestyrelse været synlig i danske og udenlandske medier, særligt om prioritering af nye lægemidler, vægttabsmedicin, palliation, AMR, kunstig intelligens og implementeringen af sundhedsreformen. Ud over at sidde i bestyrelsen for DSAM har Maria også været aktiv i bestyrelsen for DSAM Hovedstaden siden 2023.

Det seneste år har hun været medlem af Medicinrådet, hvor hun har bidraget med almen praksis' perspektiv og understøttet rådets kommende arbejde med rationel og evidensbaseret lægemiddelanvendelse efter nedlæggelse af IRF – en plads, hun nu har for-

ladt for at koncentrere sig om formandsrollen.

Maria har i sin interessevaretagelse prioriteret brede og konstruktive samarbejder med lægefaglige selskaber, patientorganisationer, relevante myndigheder og politiske aktører. Udgangspunktet er, at almen praksis står stærkest i fællesskab, og at løsninger udvikles i dialog på tværs af sektorer.

Som formand vil Maria arbejde for at styrke det fortsatte samarbejde med forskningsmiljøet og PLO. En central opgave for den nye formand bliver at bidrage aktivt til implementeringen af sundhedsreformen i praksis og sikre en tydelig almenmedicinsk stemme i samarbejdet med de 17 nye sundhedsråd.

Maria er 49 år og driver praksis på Frederiksberg. ●

BESTYRELSEN

Da Bolette Friderichsen stoppede som formand for DSAM og forlod bestyrelsen, indtrådte Daniel Sindhøj, Region Hovedstaden, i bestyrelsen. Daniel blev valgt som suppleant ved repræsentantskabsmødet i oktober 2025.

PODCAST

Hør podcast med den afgående og den nye formand i Practicus Podcast.



FIND OS PÅ INSTAGRAM

DSAM



FYAM





“Skal vi tale om dit kolesteroltal – eller om din kæreste?”

Om hvorfor det stadig er sværere at spørge ind til sex end til søvnapnø.

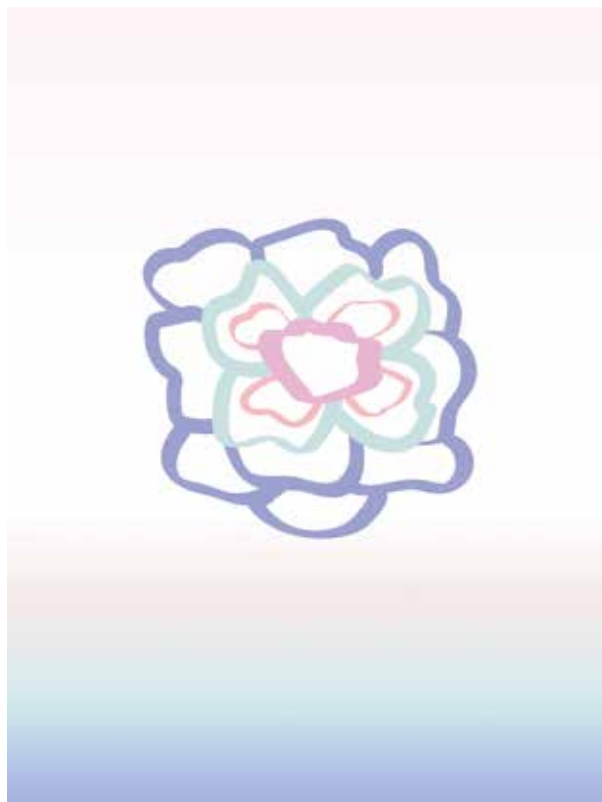
Seksualitet er en del af livet. Og livet er vores arbejdsfelt. Alligevel hakker samtalen tit, når vi nærmer os, hvem man elsker, hvordan man lever, og hvad der betyder noget uden for blodprøver og skemaer.

Vi læger taler gerne om søvnapnø og statiner. Men vi taler mindre gerne om sex, køn og relationer. Ikke fordi det er irrelevant, men fordi det stadig føles sværere. Det er et paradoks i et sundhedsvæsen, der ellers bryster sig af åbenhed, lighed og evidens.

Tiden er moden. Patienterne er klar. Spørgsmålet er, om vi er? Med initiativet Sund LGBT+-praksis, som udspringer af DSAM's interessegruppe om LGBT+, vælger vi at være det. Vil du være med? Du kan skabe en stor forskel for de omkring 200 LGBT+-patienter, der allerede er en del af din praksis.

Når samtalen knækker, før konsultationen begynder

Vi ved det godt. Vi er gode til at spørge til rygning, alkohol, motion og stress. Vi kan få en patient til at tale om afføring på under 20 sekunder. Men så snart temaet nærmer sig seksualitet, partnernkøn eller kønsidentitet, bliver selv



Interessegruppen har hyret grafisk designer Louis Bøgsted ('LouisB' - <https://louisb.dk/>) til at designe en visuel identitet for projektet, som fremstår med nedtonede regnbuefarver, pæon-blomsten, som symboliserer kærlighed, skønhed og lykke, samt øvrige tekst- og billedelementer til projektets mange facetter.

vi har brug for din stemme

mens du venter

scan QR-koden og del din oplevelse
af at gå til lægen



Som led i interessegruppens arbejde har grafiker Louis Bøgsted (LouisB) designet denne opfordring til praksisskærmen, hvor de spørger patienterne i venteværelserne, hvad der virkelig betyder noget for dem, når det handler om køn og seksuel orientering i almen praksis. Undersøgelsen er åben for alle, og alle kan svare – også dig. Der planlægges rapport om besvarelsenerne i april 2027.

erfarne læger pludselig meget optagede af journalskabeloner. Og det er et problem.

LGBT+-personer møder stadig flere barrierer i sundhedsvæsenet end andre patienter. Det er ikke teori, men en virkelighed i konsultationsrummet. Flere fortæller, at de holder igen på grund af tvivl: "Er det her et trygt rum? Tør jeg sige det, som det er?"

Og når patienten holder igen, mister vi klinisk relevant viden.

Der er aktuelt ca. 3.400 praktiserende læger fordelt på ca. 1.600 klinikker. Vi ved, at 6-9 % af befolkningen identificerer sig som LGBT+-personer. Derfor kan man godt sige, at en gennemsnitlig praksis har omkring 200 LGBT+-patienter. Med cirka 56 kontakter om dagen svarer det til, at du i gennemsnit kunne have op mod 20 kontakter med LGBT+-patienter om ugen. Oplever du, at det er noget, der fylder i din kliniske hverdag?

Hvis ikke, er du langt fra alene. Og netop dér begynder spørgsmålet om, hvad vi ser, og hvad vi ikke får øje på.

Det har mere at gøre med somatisk sygdom, end man tror

Forskning dokumenterer betydelig ulighed i sundhed blandt LGBT+-personer. De har i gennemsnit dårligere mentalt og fysisk helbred, højere forekomst af risikoadfærd og lavere deltagelse i forebyggende tilbud.

Disse forhold hænger ikke sammen med seksualitet i sig selv, men med langvarig diskrimination, stigmatisering og minoritetsstress, som reducerer tilliden til sundhedsvæsenet og kontakten til almen praksis. Samtidig er det væsentligt at understrege, at flere minoriteter oplever denne ulighed i sundhed, og at dette fokus derfor blot er ét af mange mulige.

Konsekvensen for denne gruppe er øget forekomst af livsstilssygdomme, kræft, psykisk mistrivsel og seksuelt overførbare infektioner og samlet set en forventet levetid, der er op til 12 år kortere end i den øvrige befolkning.

Det er veldokumenteret, at manglende tryk i konsultationen reducerer både fremmøde og åbenhed. Det

SÅDAN KAN DU SPØRGE

1. "Jeg stiller alle patienter et par spørgsmål om relationer og trivsel. Hvordan ser dit liv ud lige nu?"

Den brede åbning giver patienten mulighed for selv at bestemme niveau. Ofte giver den partneroplysninger helt naturligt.

2. "For at give dig den bedst mulige behandling kan det hjælpe mig at vide lidt om din seksuelle helbredssituation. Er det okay, at jeg spørger kort ind til det?"

Spørgsmålet giver patienten kontrol og gør det tydeligt, at det er fagligt relevant, ikke nysgerrighed.

3. "Mange har forskellige erfaringer med seksualitet og identitet. Er der noget i den del af dit liv, som har betydning for dit helbred lige nu?"

Et neutralt og rummeligt spørgsmål kan signalere åbenhed uden at presse.



forringer mulighederne for forebyggelse og tidlig opsporing, når klinisk relevant viden først kommer sent - eller slet ikke. Omvendt giver indsigt i hele patientens kontekst et bedre grundlag for risikovurdering, forebyggelse og samarbejde om behandlingen.

Almen praksis er derfor ikke bare et oplagt sted at starte. Det er det eneste rigtige sted at starte.

Begynder i almen praksis, hvor det giver mest mening

Sund LGBT+ praksis er et nyt projekt, der er udviklet i samarbejde mellem DSAM's LGBT+-interessegruppe og AIDS-Fondet.

Ambitionen er simpel: At gøre det lettere for læger at spørge, og lettere for patienter at svare.

Det handler ikke om, at vi skal være specialister i LGBT+-medicin eller finde ekstra tid i en i forvejen travl praksis. Det handler om at blive bedre til det, vi allerede gør: at skabe trygge samtaler, hvor patienten kan sige det, der faktisk betyder noget.

Vores ambition er at mindske ulighed i sundhed for LGBT+-personer ved at understøtte inddragelsen af patienternes egne ressourcer og perspektiver samt ved at styrke kommunikationen i mødet mellem patient og praktiserende læge. Projektet tager afsæt i almen praksis' eksisterende styrker og har til formål at bidrage med konkrete redskaber og visuelle greb, der kan understøtte en patientcentreret, tryk og inkluderende konsultation.

Projektet består af tre hovedindsatser

Det samlede projekt består af tre hovedindsatser: et efteruddannelses tilbud til praktiserende læger, visuelle elementer i klinikken og en kampagne.

Efteruddannelses tilbuddet til praktiserende læger er et DGE-modul om LGBT+-sundhed med fokus på klinisk

relevans. Det er baseret på konkrete cases og refleksionsværktøjer i velkendte efteruddannelsesformater, der er kortfattede, praksisnære og anvendelige i en travl hverdag. Supplerende uddannes ambassadører som lokale sparringspartnere, så vidensdeling forankres i kollegial dialog frem for alene i skriftligt materiale.

De visuelle elementer i klinikken består af plakater, budskaber og grafisk identitet – ikke som regnbue-bombardement, men diskrete markører, der signalerer: "Her er det trygt at tale om det, du ellers holder for dig selv."

Kampagnen "Her snakker vi om sex" bygger på én tanke: Sex er en del af sundheden, og derfor angår det os. Det gælder forebyggelse, trivsel og risikovurdering. Kampagnen giver sproget tilbage til klinikken til glæde for både lægen og patienten.

Trygge samtaler i praksis – nu og fremover

Samtalen om sex kan ikke vente. Vær med. Med projektet åbner vi døren, og det er dig, der kan invitere samtalen indenfor. Projektet evalueres løbende og har fokus på faglig tryghed, kvaliteten af den kliniske kommunikation, patientoplevelser og samtalens relevans i hverdagen i almen praksis.

Konkret sigter projektet mod, at størstedelen af de deltagende læger oplever øget viden, bedre kommunikation og større tryghed i mødet med LGBT+-patienter, samtidig med at patienterne i højere grad oplever åbenhed, og at der bliver spurgt ind til deres sexliv.

Men uanset udfaldet står én ting fast: Behovet for tydelige, trygge og fagligt forankrede samtaler i almen praksis forsvinder ikke.

En konsultation, der kan noget mere

Dette projekt handler ikke om politik eller identitet. Det handler om relation, faglighed og sundhed. Det hand-

ler om at give lægerne kommunikative værktøjer og patienterne stemmen tilbage. Det handler om almen medicin, og om at give mere til nogle af dem med størst behov.

Almen praksis er stedet, hvor vi tager ansvar for det hele menneske. Derfor må vi også tage ansvar for hele samtalen. ●

6 GODE RÅD

1. Undgå antagelser om partnerkøn, seksualitet og kønsidentitet. Spørg åbent og neutralt: "Har du en partner?" frem for "Har du en kæreste/mand/kvinde?"
2. Husk, at seksuel sundhed også er forebyggelse. For mange LGBT+-patienter er seksuelle praksisser tæt knyttet til mental trivsel, risikoadfærd, seksuelt overførte infektioner og medicinske behov.
3. Spørg hellere én gang for meget end én gang for lidt. Spørg til screeningsdeltagelse. Særligt cervixscreening, mammografi og test for livsstilssygdomme. En ekstra invitation fra egen læge kan gøre forskellen.
4. Vær opmærksom på, at hormonbehandling kan udløse specifikke medicinske behov. Særligt interaktioner mellem kønshormonbehandling og blodtryk, lipider, knoglesundhed og behov for individuel screeningsplan.
5. Husk, at præcis og åben kommunikation styrker alliancen. Sæt ord på normaliseringen: "Det her er noget, jeg spørger alle om. Det hjælper mig til at give bedre behandling."
6. Indfør diskrete, men synlige markører i klinikken. Diskrete regnbuesymboler eller materiale med "Her snakker vi om sex" kan øge patienters oplevelse af tryghed og villighed til at fortælle det klinisk vigtige.



At holde hovedet koldt, hjertet varmt og fødderne på jorden

Noget om almenmedicinsk ledelse

Sundhedsreformen ønsker mere behandling tættere på borgeren. Almen praksis skal have en større rolle, og årtiers vækst i sygehusøkonomien skal afløses af vækst i primærsektoren. Den politiske forligstekst fra 2024 bliver nu udmøntet i lovpakker fra Indenrigsministeriet og nationale faglige anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.

De lokale myndigheder skal finde en struktur for beslutninger og implementering. Især regionerne og de kommende 17 sundhedsråd skal finde nye ben at gå på og spørger: Hvordan skal vi løfte myndighedsansvaret for fagligheden og for det, der skal leveres i almen praksis? Hvilke håndtag får vi egentlig?

Læger fra både DSAM og PLO har deltaget i mange drøf- ➔



telser med regionsfolk om dette. Vi møder i øjeblikket en højere grad af åben interesse og lydhørhed, end vi ellers er vant til, når vi instrumentelt bliver adfærdsreguleret af Lunas lunefulde returregninger.

PLO-E har et kursusforløb i pipeline, der forbereder praktiserende læger til at søge de lederstillinger for almen medicin, som vil blive slået op i de kommende år i sygehus- og regionsadministrationerne.

To ledelseskulturer støder sammen

Sundhedsrådene kommer til at bestå af valgte fra regioner og kommuner. Almen praksis bliver ikke repræsenteret. Vi er ganske vist også valgte – men kun af vores egne patienter.

Det kan gøre os urolige: Sidder de to andre parter og bliver enige om, hvad vi skal og ikke skal, mens vi står uden for døren?

Det er en reel risiko.

Regioner, kommuner og sygehuse ledes hierarkisk, vertikalt. Der kan godt være tværfaglig samtale forud for en beslutning, men processen er topstyret på en måde, vi ikke kender fra vores egen branche. Vi oplever det allerede i dag, når en sygehusafdelings ledelse uden dialog bare beslutter fremover at afvise henvisninger, hvis almen praksis ikke allerede har gjort x, y og z – og nærmest skrevet indlæggelsesjournalen.

Almen praksis har også intern ledelse, men den er horisontal og kollegial. Vi tilpasser os hinanden. Vi bærer kasketterne på skift, med funktionstidsbegrænsning på de tungeste poster. Omkring 35 % af os har en kasket inden for forskning, kvalitet, efteruddannelse, videreuddannelse, IT, organisationsarbejde, kvalitetsklynge, KAP-enheder, praksiskonsulentordning eller formidling – og nu også andelsforening.

Som praksisejere har vi opnået vores slutstilling. Vi skal ikke gøre mere

karriere. Vi har patientarbejde i hænderne alle sammen, og vi skal selv leve med de beslutninger, vi er med til at træffe for vores kolleger.

Hvordan får man to så forskellige ledelsestraditioner til at samarbejde?

Hovedet koldt, hjertet varmt, fødderne på jorden

For mig at se er det afgørende, at vi får sendt gode almenmedicinere ind på de faglige niveauer, der kommer til at ligge på regionsgårdene og under sundhedsrådene – i ledelsesgangene på sygehuset eller i koncerndirektionen.

De skal være klædt godt på til opgaven.

De skal kunne holde hovedet koldt. Der er meget nyt at lære, nye hensyn at tage og et andet sprog, der skal tales.

De skal kunne holde hjertet varmt og have patienternes ve og vel på sinde – ellers er de ikke værd at høre på.

Men de skal også have fødderne på jorden. De må ikke så let lade sig flytte rundt med af de stærke interesser, de vil møde fra embedsfolk og klinikere, som befinder sig langt fra vores virkelighed og mangler kendskab til vores rammer og vilkår.

Netop det kan blive svært.

En enlig almenmediciner, ansat af en sygehusledelse, overtager meget nemt et sygehusperspektiv. Selv hvis vedkommende stadig har patientarbejde en dag om ugen, er det ikke jordforbindelse nok til at stå fast over for den samlede koncerndirektion. Hensynet til sygehusenes enorme budgetter og personalemængder vil i længden tippe beslutningerne i retning af sygehusperspektivet.

Vi kender allerede eksempler fra praksiskonsulentordningen – og praksiskonsulenterne har endda deres hovedindtægt fra egen praksis.

Bottom up-ledelse

Hvis det almenmedicinske perspek-

tiv skal have reel indflydelse i koncerndirektionen, skal der være en solid bevægelse nedefra.

Den almenmedicinske leder kan ikke stå alene. Vedkommende skal have en organisation bag sig – et sted at sparre, hente forstærkning og forankre beslutninger blandt kollegerne i marken.

Det kunne være en gentænkning af praksiskonsulentordningen, hvor konsulenterne sparrer internt og får tyngde, legitimitet og reel indflydelse – i stedet for at blive gidsler. Det kunne også være en anden organisering. Det afgørende er, at praksiserfaringerne formidles ind i beslutningsrummet på en måde, så de ikke blot kan verfes væk.

For at gøre det faglige perspektiv tydeligt kræves støtte fra vores organisationer, herunder klyngerne og forskningsenhederne.

Og princippet må være klart: Ingen ny opgave af betydning kan pålægges almen praksis, før den er forhandlet hjem med PLO – nationalt eller lokalt.

Hvad er almenmedicinsk ledelse?

Den gode almenmedicinske leder skal ikke blot lede sin egen sektor. Vedkommende skal kunne bringe specialtets kerneværdier, kontinuitet og generalistblik helt ind i koncerndirektionen.

Målet er, at disse værdier bliver retningssgivende for hele sundhedsvæsenet, så vi får mere sammenhængende og personcentrerede forløb.

Patienterne lever i dag længere og med flere sygdomme. Hvis hver behandlingsalgoritme følges til punkt og prikke, får vi usund polyfarmaci og overbehandling. Der er derfor brug for generalister. For prioritering. For kliniske beslutninger, som er truffet sammen med patienterne – tæt på deres liv og virkelighed, i et trygt rum med kontinuitet.

Det er almenmedicinsk DNA.

Den almenmedicinske leder i en sygehusdirektion skal kunne stille spørgsmål som: Er vi ved at optimere én afdeling på bekostning af det samlede patientforløb? Ville det give mere værdi at satse på relationel kontinuitet frem for guidelinebaserede enkelttydelser her?

Giver denne investering reel værdi for den enkelte borger – eller følger vi blot en standardprocedure oppefra?

Det uundværlige, som reformen risikerer at overse

Der er også alt det andet, vi fortsat leverer i almen praksis, som risikerer at blive fortrængt i reformens fokus på de sygdomme, der medfører henvisning til det øvrige sundhedsvæsen.

Det er patienter, vi selv håndterer

– måske sammen med kommunen – og som fylder godt i vores kalendere. De har også brug for vores åbne dør, opmærksomhed og hjælp.

Jeg tænker blandt andet på:

- Mennesker i livskriser og deres belastede pårørende
- Mennesker med lave sundhedskompetencer
- Unge, der ikke kan finde vej i livet
- Midaldrende i "attestalderen", slidt op på arbejdsmarkedet
- Mennesker med funktionstab uden entydige diagnoser.

Vi skal være læger for vores patienter gennem hele deres livsforløb – ikke kun for de ældste med mange kroniske sygdomme. Vi skal også tage os af de helbredsspørgsmål, som aldrig berører sygehusvæsenet.

Disse opgaver har en tendens til at blive usynlige set fra Danske Regioners perspektiv. Regionerne er sygehusejere med ansvar for store budgetter og personalegrupper. De har ikke driftsansvar for vores klinikker og mangler ofte indsigt i, hvad vi leverer, når det ikke vedrører sygehusaktivitet.

Den almenmedicinske leder skal også bære disse erfaringer ind i ledelsen.

Almen medicin er ikke summen af det, andre aktører ønsker, at vi skal løse for dem. Vores ekspertise må reserveres til det, vi er bedst til. Ellers fortrænges vores kerneydelser – dem, kun vi kan løfte – og de risikerer at forblive usynlige, hvis vi ikke insisterer.

For almen praksis er stadig det eneste speciale i sundhedsvæsenet, hvorfra man aldrig bliver afsluttet. ●



Tag med til konference i byernes by

WONCA Europe er den europæiske organisation for almen praksis i Europa. Hvert år afholdes en konference på skift i de forskellige europæiske lande. I år bliver den holdt i Paris.

De første 3.000 tilmeldte får adgang til et privat specialarrangement på Musée du Louvre. Der er præsen-

tationer fra primært europæisk almen praksis, men også fra mange andre steder i verden. Tag med, og mød kolleger fra vores naboer i Europa. Se mere på: woncaeurope2026.org

Søg tilskud

WONCA Europe 2026 er forhåndsgod-

kendt af Efteruddannelsesfonden, og der kan søges tilskud, når konferencen er afholdt.

Kongressen er godkendt til 3 x kursusafgift, 2,5 x efteruddannelseshonorar og transportomkostninger.

Den har aktivitetsnummer 2026-0665. ●



Den nationale opgavebeskrivelse er landet. Hvad betyder det for almen praksis?

Almen praksis har haft et turbulent år. Først kom sundhedsreformen, så loven om national fordeling og styring af lægekapaciteter ('normtalsloven'). Med sommeren kom lovpakke 2b, som indførte opgavebeskrivelsen, differentieret honorarstruktur og et praksisklagenævn.

Efter omfattende protester fulgte forståelsespapiret mellem Indenrigs- og Sundhedsministeriet og PLO. Det medførte en justering af lovpakken og oprettelsen af Fagligt Råd. Lovpakken udkom i sin endelige udgave i december – nu under betegnelsen L78.

I februar blev opgavebeskrivelsen offentliggjort. Den træder i kraft den 1. januar 2027, men først skal økonomi, vilkår og en enklere honorarstruktur forhandles mellem PLO og Danske Regioner.

Opgavebeskrivelsen – et fagligt pejlemærke

Opgavebeskrivelsen er både et fagligt pejlemærke og et nationalt styringsredskab. Den beskriver almen praksis' kerneopgaver og værdier, men den fastlægger samtidig en ramme for regional ledelse og opfølgning. Den består af en myndighedsrettet del, som omhandler det samlede almenmedicinske tilbud, og en basisfunktion, der gælder for alle praksis, når den træder i kraft.

Dokumentet beskriver kontinuitet, personcentreret medicin og populationsansvar som bærende principper. Faglig ledelse skal tage afsæt i indsigt i det almenmedicinske speciale, og ledelse omfatter ikke drift og organisering af den enkelte klinik. Krav til basal tilgængelighed og åbningstid videreføres uændret.

Samtidig indføres nye opgaver i basisfunktionen, her-

under pakkeforløb for KOL og kroniske lænderygsmærter, udredning af udvalgte patienter med demens, systematisk opfølgning på senfølger efter kræftforløb, en øget rolle i basal palliation og opsøgende indsats ved manglende børnevaccinationer. Der lægges også op til mere systematisk registrering, herunder ICPC-kodning. Det anføres dog, at dataindsamling skal ske med mindst mulig administrativ byrde og så vidt muligt afledes af kliniske arbejds gange.

Fagligt Råd er formelt forankret

Et centralt resultat er, at forståelsespapirets formuleringer om Fagligt Råd nu indgår i opgavebeskrivelsen. Regionens ledelse skal understøtte den faglige udvikling af det

HOVEDPUNKTER I OPGAVEBESKRIVELSEN

- Træder i kraft den 1. januar 2027
- Beskriver regionernes ledelsesrolle
- Består af myndighedsrettede opgaver, som nogle klinikker (men ikke alle) skal varetage
- Består også af basisfunktioner, som alle klinikker skal varetage
- Fagligt Råd får en formel rolle i kvalitet, efteruddannelse og forskning
- Fagligt Råd vurderer, om ændringer skal udløse genforhandling af økonomi
- Nye opgaver er bl.a. pakkeforløb, demensudredning og opsporing af senfølger efter kræft
- Øget fokus på data og monitorering
- Revision forventes om fire år med inddragelse af relevante aktører, inkl. DSAM og PLO.

almenmedicinske speciale med respekt for det, som Fagligt Råd udpeger i relation til kvalitet, efteruddannelse og forskning.

Derudover får Fagligt Råd en central rolle i at vurdere, hvilke væsentlige justeringer i opgavebeskrivelsen der skal medføre genforhandling af de økonomiske vilkår. Det er en vigtig sikring i et dokument, der ellers tydeligt placerer et styringsansvar hos regionerne.

Hvor står vi nu?

Når opgavebeskrivelsen træder i kraft, hviler et betydeligt ansvar på regionerne. Indtil videre har de meldt ud, at de satser på selvstændige praktiserende læger. Nu skal de planlægge det samlede almenmedicinske tilbud og følge op på opgaveløsningen.

Hvis reformens intentioner skal realiseres, kræver det reel inddragelse af almen praksis. Fraværet af repræsentation i sundhedsrådene svæk-

ker den almenmedicinske faglighed ved lokal planlægning. DSAM forventer, at regionerne sikrer struktureret inddragelse af de praktiserende læger.

Til gengæld er der ingen tvivl om, at DSAM bliver inddraget i det videre arbejde med sundhedsreformen i både Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Opgavebeskrivelsen markerer begyndelsen på en omfattende implementeringsfase. DSAM's repræsentanter er allerede udpeget til et rekordhøjt antal møder og arbejdsgrupper i Sundhedsstyrelsen i forbindelse med sundhedsreformen. Aktuelt gælder det bl.a. pakkeforløb for KOL og kroniske lænderygsmærter, ICPC, PRO-data, kvalitetsstandarder for akutsygeplejersker og hjemmesygeplejersker, specialebeskrivelser for 29 sygehusspecialer og palliation.

Forude venter den første specialebeskrivelse for almen medicin, derefter en revideret målbeskrivelse og planlægning af yderligere tre pakkeforløb. Dertil skal DSAM formentlig opskalere antallet af vejledninger, da vi som en del af sundhedsreformen får en myndighedsnær opgave i at udarbejde kliniske vejledninger, der understøtter basisfunktionen.

Dit bidrag er vigtigt

DSAM oplever en øget efterspørgsel på udpegninger til Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og andre dele af sundhedsvæsenet. Et stigende antal organisationer og faglige selskaber ønsker en almenmedicinsk synsvinkel repræsenteret i deres konferencer, udviklingsarbejde og retningslinjer.

Fremover må DSAM's udpegede forvente en højere arbejdsbyrde og mere mødedeltagelse. Det er afgørende, at den almenmedicinske faglighed er til stede dér, hvor beslutningerne formes. Fremtiden tyder på et sundhedsvæsen, der er båret af koordinering.



Se opgavebeskrivelsen her:



Du kan også hjælpe. DSAM har brug for praktiserende læger med specifik faglig viden, f.eks. om kroniske sygdomme, kræft, palliation, psykiatri, data, kvalitetsudvikling og organisering. Har du særlig faglig ekspertise, som du gerne vil bidrage med, opfordres du til at kontakte sekretariatet, så du kan indgå i DSAM's ressource-database.

Samtidig har vi brug for bred opbakning. Jo flere medlemmer, desto stærkere står DSAM i dialogen med myndigheder og regioner.

Og endelig: Ønsker du reel indflydelse på specialets udvikling, bør du overveje at stille op til næste valg til DSAM's repræsentantskab i efteråret 2026. Du kommer ind i et fagligt fællesskab, hvor vi drøfter og former fremtiden sammen.

Opgavebeskrivelsen sætter en national ramme. Hvordan den udfolder sig i praksis, afhænger af PLO's forhandlinger. Vi skal alle tage ansvar for vores faglige udvikling som almenmedicinere. ●

FAGLIGT RÅD

Fagligt Råd er et centralt koordinerende organ, der skal sikre sammenhæng mellem:

- Kliniske vejledninger
- Klyngebaseret kvalitetsudvikling
- Efteruddannelse
- Forskning
- Den nationale opgavebeskrivelse.

Rådet har en central rolle i vurderingen af væsentlige ændringer i opgavebeskrivelsen, herunder om ændringer skal medføre genforhandling af økonomi.

Sammensætning:

- 2 repræsentanter fra DSAM
- 2 repræsentanter fra PLO
- 2 repræsentanter fra Danske Regioner
- 1 repræsentant fra Sundhedsstyrelsen
- 1 repræsentant fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet



Relationskompetence – en værktøjskasse af færdigheder

Cæcilie Hansen er cand.mag. i sprogpsykologi og ph.d. Hendes ph.d.-afhandling handler om relationskompetence i almen praksis. Hun var en af de fire deltagere ved DSAM's Ph.d.-cup i 2025.

Jeg ankommer et par minutter for sent til lydprøven. Jeg smider hurtigt blazeren på en stol og tager et par dybe indåndinger, mens jeg satser på, at sveden på min pande ligner at være forskyldt af min forsinkelse. Jeg stirrer ned i manuskriptet. Få meter fra mig går en anden deltager rundt i cirkler og mumler sit oplæg for sig selv. Om ti minutter går det løs. Jeg er klar til at indtage scenen – med talepapiret i lommen og bankende hjerte. Klapsalver, skarpt hvidt lys. Jeg hører Anne Møllers stemme runge ud over publikum, da hun annoncerer mit navn og får min nervøsitet til at toppe. Det er blevet min tur.

Pædagogisk teori for praktiserende læger

I mit ph.d.-projekt har jeg brugt pædagogisk teori inden for professionel relationskompetence til at skabe en lignende teori for praktiserende læger. For den professionelle relationskompetence kan forbedre relationen med patienter. Den kan skabe og vedligeholde relationen gennem både kommunikation og handling og derigennem opfylde hele relationens formål: at øge patientens sundhed og livskvalitet.

Som praktiserende læge har man en særligt skarp evne til at sortere i, hvilken information man skal bruge til noget. Hvis man allerede føler sig god til at snakke med men-

nesker, vil man måske helst blot undervises i brugbare "kommunikationsværktøjer". Derfor har jeg taget en værktøjskasse med på scenen til ph.d.-cuppen ved DSAM's årsmøde, hvor jeg skal præsentere min forskning.

En værktøjskasse af kompetencer

Værktøjskassen skal illustrere, hvordan udviklingen af en teori om professionel relationskompetence for praktiserende læger gør det muligt at se, hvornår kommunikation virker. Selvom vi kan beskrive enkeltstående handlinger som noget, der fungerer godt i kommunikation med patienten, er det ikke nok. Det kræver mere end bare kommunikationsværktøjer at få kommunikationen og relationen til at fungere – også fordi almen praksis som institution sætter rammen for, hvordan kommunikationen ser ud.

Mange forhold har betydning for relationen: patientens sundhed og livskvalitet, formålet med almen praksis, men også de underliggende betingelser, herunder ydelsesstrukturen. Derfor lægger mit projekt op til, at læge-patient-kommunikationen kan styrkes ved at fokusere på relationskompetence, fordi den giver et bredere overblik over, hvordan rammerne i almen praksis påvirker, hvad der udgør en god læge-patient-relation.

At tune sig ind på patienten

Mit ph.d.-projekt har undersøgt, hvordan konkrete handlinger i konsultationer kan være betydningsfulde for relationen. Ytringer som f.eks. "Så du spekulerer nogle år frem, kan man sige" eller "Du tænker, det går nok" kan introducere en relationskompetent handling. Begge ytringer kan ses som 'opsummeringer' eller 'kvitteringer', men de kaldes 'formulationer' i samtaleanalysen.

Tidligere samtaleanalytisk forskning viser, at formulationer kan afskære patientens perspektiv og føre en konsultation mod dens afslutning i akutte konsultationer. Det kan være et nødvendigt onde, fordi der er andre patienter i venteværelset og et begrænset antal timer til rådighed på en arbejdsdag. Men hvis formulationer bruges i lange konsultationer, kan de skabe en pause, der kan åbne for patientens perspektiv. Den mulighed kan medføre, at patientens perspektiv uddybes, fordi begge parter samarbejder om at få det til at ske. Det kan både være, når patienterne bekræfter lægens udlægning, og når de er uenige. Hvis patienten ikke selv uddyber sit perspektiv, kan lægen bruge formuleringen til at spørge yderligere ind. Dette samarbejde, som sker i kølvandet på en formulation i lange konsultationer, kaldes også 'attunement'. Det handler mit første delstudie om. Her beskrives en relationskompetent handling, som 'tuner sig ind' på patienten. Så med hammeren i hånden foran publikum, giver jeg et eksempel på den relationskompetente handling 'attunement'.

Prioritering gennem relationen

I vores undersøgelse af praktiserende lægers overordnede indstilling til læge-patient-forholdet fandt vi en relationskompetent indstilling bag de relationskompetente handlinger, nemlig relationel prioritering. I den relationelle prioritering er relationen afgørende for, hvilken behandling der skal igangsættes for patienten, og hvad målsætningen er.

Vi fandt en vigtig sammenhæng mellem relationel prioritering og følelsesmæssig balance hos læger med denne indstilling – særligt mellem tilfredshed og frustration. Derimod viste ikke-relationel prioritering sig at skabe følelsesmæssig ubalance. I den ikke-relationelle prioritering har lægen forudbestemte eller måske slet ingen målsætninger for patienten, og derfor inddrages relationen ikke. Ubalancen ses i en overrepræsentation af frustration eller en underrepræsentation af følelser generelt. Den manglende kontakt med følelser fører til en mangelfuld investering i patienten. Omvendt vil der være en investering i patienten, når lægen bruger relationel prioritering og oplever både tilfredshed og frustration.

Relationel prioritering handler derfor om at engagere sig i patienten på en måde, der afspejles i følelsesmæssig kontakt, samtidig med at der opretholdes en balance i disse følelser. Selvom det kan virke uundgåeligt (til tider nødvendigt) at lukke af for nogle følelser i konsultationsrummet, kan det også betyde, at man afskæres fra at opleve tilfredshed med arbejdet. At mærke noget indikerer også, at man vil noget – som når jeg mærker nervøsiteten på

scenen, fordi jeg vil publikum noget, når jeg præsenterer min forskning. Relationel prioritering kræver, at man er åben for at mærke disse følelser, og det gør det samtidig muligt at opleve tilfredshed i balance med frustration. Derfor er denne indstilling – illustreret ved svensknøglen – et værktøj til at skabe følelsesmæssig balance hos lægen, men det er også en investering i patienten og dermed i relationen.

Hele værktøjskassen er nødvendig

Betyder det så noget, om man møder op med et enkelt stykke værktøj eller en hel værktøjskasse? Ja, det betyder noget. Relationskompetente handlinger og indstillinger skal begge ligge i relationskompetencens værktøjskasse, før vi kan sige, at en læge er relationskompetent. Men lægen skal også have hele værktøjskassen med, hvis relationen skal kunne bruges til at støtte hele formålet med at se patienten; at øge patientens sundhed og livskvalitet. Og så er vi fremme ved kernen af mit ph.d.-projekt. Man kan ikke handle på en måde, der på overfladen kan kaldes relationskompetent uden også at have en relationskompetent indstilling (eller omvendt) – så er det ikke relationskompetence.

Undervisning i professionel relationskompetence kan give et mere helhedsorienteret perspektiv på læge-patient-kommunikation, fordi kommunikationen rækker ud over enkeltstående handlinger og konkrete redskaber som hammer eller svensknøgle. ●

RELATIONS IN CONSULTATIONS: INITIATING PROFESSIONALIZATION OF RELATIONAL COMPETENCE FOR GENERAL PRACTITIONERS

- Delstudie 1: systematisk litteraturreview med søgning i MedLine og PsycInfo
- Delstudie 2: samtaleanalytisk studie med videooptagelser
- Delstudie 3: videostimulerede genkaldsinterviews med praktiserende læger

Hovedbudskaber:

- Formulationer kan bruges til at tune sig ind på patienter under lange konsultationer.
- Relationel prioritering skaber bedre læge-patient-relation gennem følelsesmæssig balance hos lægen.
- Relationskompetence kræver udøvelse af både relationskompetente handlinger og relationskompetente indstillinger.
- Undervisning i relationskompetence kan tydeliggøre, hvordan gode patientrelationer opbygges.



Tema: Sådan fik det almenmedicinske speciale sin identitet – 3

Forskning i almen medicin har formet vores faglige fundament

To tidligere artikler i Practicus beskriver, hvordan speciallæge- og efteruddannelse har præget den almenmedicinske faglighed og identitet. Denne artikel beskriver, hvordan forskningen har formet vores faglige fundament.

*Alle børn med feber bør have antibiotika!
Alle borgere over 50 år bør have årligt
helbredstjek!
Alle patienter med kræft debuterer med
et alarmsymptom!*

Du kan sikkert komme i tanke om andre udsagn, som, vi nu ved, er forkerte bl.a. pga. almenmedicinsk forskning.

I almen praksis har vi kontakt med hele befolkningen. Vi har en enestående mulighed for at undersøge, hvordan symptomer og sygdomme præsenterer sig og behandles – lige der,

hvor langt de fleste patienter møder sundhedsvæsenet. Vi kan skabe viden, der er direkte anvendelig i almen praksis; viden, der tager højde for konteksten, for patientens levede liv, sociale forhold og præferencer, og som understøtter beslutningstagning i hverdagen.

Styrker vores faglige fundament

Almenmedicinsk forskning er væsentlig for at styrke vores faglige fundament. Forskningen er med til at udvikle faget, tiltrække og fastholde dygtige læger i faget og bibeholde et akademisk perspektiv.

Praktiserende læger har eksisteret i århundreder, men specialet "almen medicin" er relativt nyt. Viden blev tidligere overvejende skabt i sekundærsektoren og blev stort set direkte overført til almen praksis. Forskningen i sekundærsektoren er nødvendig for almen praksis, men den viden, der genereres blandt stærkt selekterede og svært syge patienter, kan ikke altid komplikationsfrit overføres til borgere og patienter i almen praksis. De

fundamentale forskelle betyder, at vores fag også har brug for viden, der er skabt i almen praksis, og som bygger på vores særlige patientpopulation.

Når vi flytter fokus fra de syge i hospitalssengene til at udforske symptomer og sygdomme blandt en a priori rask population, får vi et anderledes landskab at navigere i. Det er relevant, da de fleste symptomoplevelser begynder i hverdagslivet.

Forskningsmiljøerne i dag

De almenmedicinske forskningsmiljøer er centreret omkring de fire medicinske uddannelsesinstitutioner og deres regionale enheder. Forskningsmiljøerne har vokset sig store med mange ansatte og et stort internationalt netværk. Tilsammen udgiver de årligt mere end 600 videnskabelige publikationer.

Forskningsmiljøerne består af Forskningsenhederne for Almen Praksis, der er selvejende institutioner, og universiteternes almenmedicinske enheder. De udgør tilsammen vores forskningsmiljøer, der udover forsk-



ning også bidrager til undervisning på både medicinstudiet, speciallægeuddannelsen og praktiserende lægers efteruddannelse.

En væsentlig del af lægeuddannelsen

Praktiserende læger har mange betydningsfulde og udfordrende roller. Vi har bl.a. ansvaret for behandlingen af patienterne i egen praksis, et medansvar for koordinationen af hele sundhedsbetjeningen og meget andet. Vi ser ind i en strukturreform, hvor endnu flere opgaver fremover skal håndteres i almen praksis. Der er og bliver rigeligt med opgaver til os alle.

Mere uddannelse af kommende kollegaer er også lagt ud i praksis. Vi har heldigvis grebet denne opgave som tutorlæger for medicinstuderende, KBU-, intro- og hoveduddannelseslæger. Det er godt, for almen medicin bør

udgøre en væsentlig del af alle lægeuddannelser. For langt de fleste praktiserende læger er opgaven som tutorlæge i dag en helt naturlig del af lægefunktionen. Det er en opgave, som kan være tidskrævende, men som også ofte giver god faglig dynamik i hverdagen.

Mellem klinisk hverdag og videnskabeligt ansvar

Almen praksis har også taget en akademisk funktion til sig, f.eks. deltog 40 % af lægepraksis i Region Syddanmark i et forskningsprojekt i 2023 og 2024. Det kan være ved at svare på et spørgeskema, at deltage i et interview eller et APO-projekt, at levere data eller på anden måde bidrage til forskning.

Det er imponerende, for med lange dage og mange opgaver vil det være naturligt at lægge energien og fagligheden i patientbehandlingen. De fle-

VIL DU VIDE MERE?

De fire forskningsenheder

Hvis du gerne vil høre mere om din forskningsenhed og om din praksis' mulighed for at deltage i et stort eller lille projekt, er du velkommen til at kontakte en kollega på forskningsenheden i din region. Det gælder naturligvis også, hvis du ønsker at undersøge noget i din klynge eller praksis. Kontaktoplysninger finder du her:

København:



Aarhus:



Odense:



Aalborg:



ste læger, der vælger specialet almen medicin, har heldigvis primært fokus på at være gode klinikere, og fagets adgangskriterier forudsætter ikke akademiske meriter. Det efterlader os dog i et dilemma. Skal vi, når den daglige byrde øges, give slip på de videnskabelige projekter? Skal vi overlade udviklingen af den nye viden, som vores fremtidige faglighed skal bygge på, til forskere, som ikke har en almenmedicinsk baggrund eller forståelse? Skal forskere fra andre specialer beskrive, hvad der er udfordringerne og den gode behandling i almen praksis? El-

ler kan vi fortsætte med at udvikle tilgange til forskning, der kan føre forskningsbaseret kvalitetsudvikling ud i vores kliniske hverdag på vilkår og rammer, der er forenelige med den daglige drift og et almenmedicinsk perspektiv?

Brug for kliniknær forskning

Tværfaglig forskning kan styrke værdien og kvaliteten, mens monofaglig forskning uden almenmedicinsk deltagelse ofte vil ramme forbi skiven. Hvis vi vælger udliciteringsmodellen og lader "andre forske for os", kan det øge afstand mellem den daglige patientbehandling og forskerne. Det vil ikke blot gøre den almenmedicinske forskning mindre relevant for vores patienter; det vil også give problemer med fortolkningen af resultaterne, når der ikke er en faglig indsigt i den almenmedicinske hverdag. Det er uhenigtsmæssigt at sidde på store centrale enheder eller hospitaler og udtænke kliniknære studier. Det har desværre ført til eksempler på studier, der giver et misvisende billede af fagligheden i almen praksis, bl.a. fordi forskerne kun har undersøgt en mindre og ikke repræsentativ del af en klinisk aktivitet. Det handler ikke om dårlige forskere; det handler om, at forskerne har manglet sparring fra kollegaer med klinisk indsigt.

Vi har brug for studier, der inkluderer de relevante patienter i deres faktuelle kontekst, og som er operativt realistiske at gennemføre. Disse studier kan kun designes og gennem-

føres, hvis klinisk arbejdende læger bistår og vejleder forskerne, når det handler om kliniknær forskning.

I den bedste af alle verdener tager vi som praktiserende læger et medansvar for den viden, der genereres om vores faglige virke. Så sikrer vi kvalitet og relevans af den forskning, hvilket naturligvis skal foregå på klinikernes præmisser og muligheder.

Viden skal bygge på vores virkelighed

Det er vores vision, at vi som praktiserende læger fortsat vil indgå i overskuelige projekter, når der er luft og rum. Vi er forskellige steder i vores sociale og arbejdsmæssige liv. Der er stunder, hvor tiden bliver brugt flere gange. Men heldigvis er der også stunder, der kunne give plads til et akademisk åndehul i en hektisk klinisk verden, hvor vi ser en akademisk tilgang som en del af vores faglighed. Her skal vi være parate til lejlighedsvis at bistå de almenmedicinske forskningsmiljøer i at udvikle projekter, som giver fagligt mening – projekter, som er gennemførbare uden at lægge hele praksis ned. Vi kan også stille vores praksis' data til rådighed eller påpege etiske udfordringer ved forskning.

Via klynge- og projektsamarbejde kan vi skabe netværk og relationer mellem os, der primært arbejder klinisk, og os, der arbejder primært akademisk. Det vil skabe et rum, hvor klinikere i stedet for at ryste på hovedet over tåbelige projektdesign kan give feedback og supervision til kolleger og forskere, der forstår at lytte aktivt.

Det handler ikke kun om, at vores fremtidige faglighed står på viden, som er genereret i vores egen faglige virkelighed. Det handler også om at vise hospitaler og samfund, hvilke opgaver vi kan løse, og som hører hjemme i almen praksis nu og på længere sigt. Her kan vi ikke udelukkende bygge på de resultater, som er fundet på hospitalerne. ●

DET NYE NATIONALE PRAKSISNETVÆRK

Dansk Almenmedicinsk Praksisnetværk er en del af det danske almenmedicinske forskningsmiljø, som har til formål at fremme samarbejdet mellem forskere og klinikere omkring forskning og kvalitetsudvikling i almen praksis.

Praksisnetværket er et forum, hvor praktiserende læger enkelt og fleksibelt kan bidrage til forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter på forskellige stadier. Blandt andet vil man som praktiserende læge kunne deltage i udvikling af nye projekter.

Se mere:



HØR DE FOREGÅENDE TO TEMAARTIKLER I PRACTICUS PODCAST

Efteruddannelse:



Specialeuddannelsen:



Forskningsenhedernes historie – et tilbageblik på 50 års udvikling

Hvordan blev det akademiske fundament for vores faglighed grundlagt? Det kan du læse mere om her.

De almenmedicinske forskningsmiljøer voksede ikke ud af ingenting. De havde en lang fødsel. I 1974 anbefalede Planlægningsrådet for Forskning, at forskning blev opprioriteret i den primære sundhedstjeneste. Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd nedsatte en tværfaglig arbejdsgruppe med Finn Kamper-Jørgensen som formand og med flere centrale almenmedicinske medlemmer.

I 1976 kom gruppen med en række forslag, heriblandt:

- Opprioritering af forskning i primærsektoren gennem forskningsrådsbevillinger.
- Oprettelse af en central organisation med et levende og fleksibelt samarbejde mellem centraliserede og decentraliserede forskningsaktiviteter.

De decentraliserede forskningsaktiviteter blev defineret som forskning, der foregik ude i de enkelte lægepraksis eller tandlægepraksis.

Etablering af første forskningsenhed

Statens Lægevidenskabelige Forsk-

ningsråd iværksatte samtidig en række initiativer for at fremme forskningen i primærsektoren gennem kurser, konferencer og registrering af eksisterende forskning.

Det mest spektakulære initiativ var oprettelsen af en forskningsenhed ved Københavns Universitet i en 5-årig forsøgsperiode. Det var forventet, at Københavns Universitet (KU) ville overtage driften efter forsøgsperioden, men det ønskede KU ikke. I 1982 blev det derfor aftalt, at finansieringen fremover skulle være en del af landsoverenskomsten mellem sygesikringen og PLO. Desværre brød overenskomstforhandlingerne sammen i 1983. Forløbet med den efterfølgende lovgivning var ganske dramatisk og endte i konflikt, som de ældste blandt os kan huske.

I 11. time blev der fundet en løsning for forskningsenheden. I 1984 blev Fonden for Forskning og Efteruddannelse oprettet ved en aftale mellem sygesikringen og PLO. Hermed blev et mere sikkert fundament aftalt. At det skete "i 11. time" skal forstås relativt bogstaveligt. Det betød, at der i 1984-aftalen blev tilføjet en passus om, at forskningsenheden ved fremtidige overenskomstopphør ville være sikret i 12 måneder. Feberredningen i 1983 havde den konsekvens, at etableringen af forskningsenhederne i Aarhus (1992) og Odense (1993) blev forsinket, da alle involverende parter først ville være sikre på det økonomi-

ske fundament. I 2015 blev en forskningsenhed oprettet i Ålborg.

En lang række engagerede nøglepersoner fra almen medicin var drivkraften i denne proces. En opremsning af navne bliver hurtigt til kedelig læsning for flertallet af læserne. Derfor vil vi her kun kort nævne Gert Almind, Poul A. Petersen, Poul Backer, Frede Olesen, Niels Nørremark og Carl Erik Mabeck, selvom listen er ikke fyldestgørende.

Forskningsleder skal være praktiserende læge

Forskningsenhedernes organisation tog udgangspunkt i et sæt aftalte vedtægter fra 1985, hvor det blandt andet blev fastslået, at forskningslederne skulle være praktiserende læger under landsoverenskomstens område. Arbejdet i forskningsenhederne har siden starten foregået i et meget tæt og konstruktivt samarbejde med universiteternes almenmedicinske afdelinger.

Hvordan ser fremtiden så ud? Den nye opgavebeskrivelse anfører, at regionerne skal understøtte almenmedicinsk forskning. Et "fagligt råd" skal, med deltagelse af PLO og DSAM, være med til at koordinere kvalitet, forskning og efteruddannelse. Forskningen skulle således være sikret fremover, så længe vi der arbejder klinisk også husker på fortsat at bidrage til vores fælles faglighed når og hvor vi kan. ●



Patienten har spurgt sin AI – og den lyder som en specialist

Det sker dagligt nu. En patient sætter sig og siger: “Jeg har spurgt ChatGPT, og den mener, det kan være...” Det er ikke længere en Google-søgning, patienten har med. Det er en samtale med et værktøj, der formulerer sig som en specialist, citerer studier og tilpasser svaret til netop deres symptomer. Og det lyder overbevisende.

Vores autoritet har været under pres i årevis. Men det her er anderledes. Det er sværere at afvise en patient, som har haft en times samtale med et AI-værktøj, der har sammenholdt deres blodprøvesvar med internationale retningslinjer, end én med et udprint fra Netdoktor. Spørgsmålet er, om vi forholder os til det nu – eller venter, til patienten kommer med et behandlingskrav.

Hvad kan patienten komme med i morgen?

Ifølge OpenAI stiller over 230 millioner mennesker sundhedsspørgsmål til ChatGPT hver uge. I januar 2026 lancerede OpenAI, Google og Anthropic sundhedsprodukter, der går langt videre end en søgemaskine. Amerikanske brugere kan allerede kombinere patientjournaler, data fra wearables og laboratorieresultater i én AI-samtale.

Det, der ændrer spillet, er ikke bare, at værktøjerne slår ting op; det er, at de nu bruger patientens egne data. En patient med diabetes kan indtaste oplysninger om blodsuktermålinger, kost og motion over måneder og sammenholde disse med data om egen behandling. Patienterne har indsigt i, hvad vi har gjort, og hvad de selv gør derhjemme. Og når de holder det op mod den nyeste viden om behandling, danner de sig et klart billede af, hvilken medicinering der passer bedst.

Hvad gør vi, når patienten følger den europæiske endokrinologiforenings nyeste anbefalinger, mens vi følger retningslinjer, der er et skridt bagefter?

Hvor er AI'en stærk – og hvor fejler den?

AI'ens styrke er dens omfattende viden om behandling: virkningsmekanismer, bivirkninger, interaktioner, internationale retningslinjer. Hallucinationer er nu et mindre problem, end det var for et år siden.

Det reelle problem er diagnosen. AI'en følger det mest sandsynlige spor. Hvis en patient skriver “Jeg er konstant tørstig og træt”, går chatbotten ned ad diabetessporet. Men hvis det er midt i juli, og patienten arbejder udendørs, er det mere relevant at spør-

ge: “Har du drukket nok vand?” Det spørgsmål stiller vi. AI'en gør det ikke.

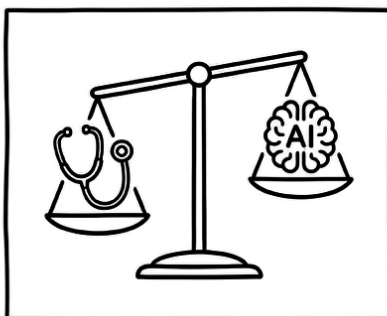
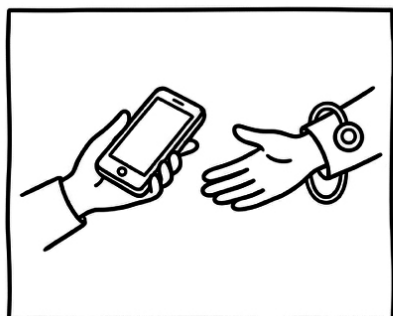
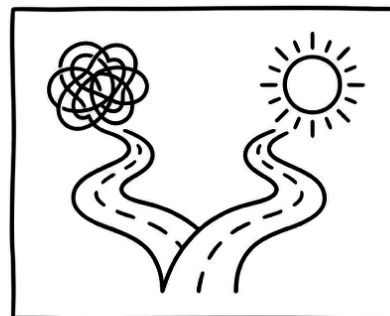
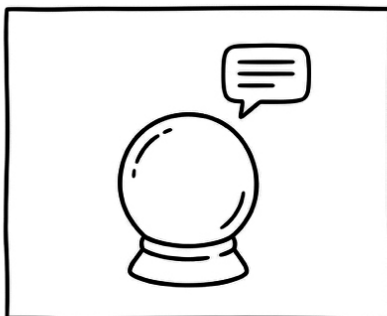
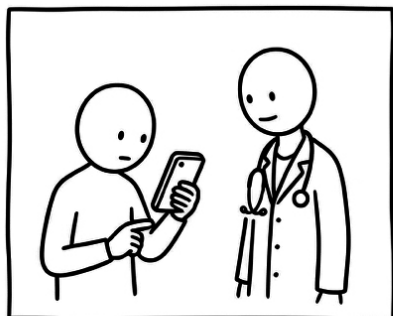
Det er vores egentlige styrke: Vi ser, når noget ikke passer. Det kan godt være, at 99 procent peger én vej – men noget stemmer ikke. Maskinen følger mønstret. Vi reagerer anderledes.

Første sikkerhedsevaluering af ChatGPT Health

I februar 2026 publicerede Mount Sinai i Nature Medicine den første uafhængige sikkerhedsevaluering af ChatGPT Health. I 960 testforløb undertriagerede systemet 52 procent af de akutte tilstande. Atypiske tilfælde – diabetisk ketoacidose med milde symptomer – blev henvist til “vurdering inden for 24-48 timer” i stedet for til akut læge.

AI-modeller, som er specialtrænet til medicin, klarede sig i flere tilfælde dårligere end almindelige modeller; de stolede mere på selvssikker klinisk formulering.

Vi så konflikten i stor skala med GLP-1. Men den version, jeg møder i praksis, er mere subtil. En patient med et BMI på 25 og let forhøjet kardiovaskulær risiko kræver GLP-1-behandling. Med ChatGPT har han fundet SELECT-studiet og konkluderet, at semaglutid beskytter mod hjertesygdom



AI-genereret

– også uden for studiets indikation. Jeg holdt fast. Studiet er ikke en indikation, og indikationen er ikke min at udvide.

Det er kernen: Der kan gå flere år, fra et studie påviser lovende resultater, til det bliver anbefalet behandling. Vores patienter læser med i realtid. Og de forstår ikke altid, at et spændende resultat ikke er en klinisk konklusion.

Vidensforsikring skaber ulighed

De sundhedsværktøjer, som bygger på AI, fungerer som en vidensforsikring: De giver hurtigere kontakt med sundhedsvæsenet, for nu kender man de ord, der sikrer en tid. Men præmien er tid og digitalt overskud. De, der har mest brug for det, har mindst adgang.

Den velinformerede patient møder op med "oversatte" prøvesvar og præcise spørgsmål til en fokuseret konsultation. Den anden – uden smartwatch, uden ChatGPT – får mindre ud af de samme 10 minutter. Når den forberedte patient kræver stillingtagen til behandlinger uden for retningslinjerne, involverer det visitation, second

opinions, korrespondance. Systemet risikerer at bruge stigende ressourcer på dem, der allerede er bedst stillet.

ECRI har udpeget utilsigtet afhængighed af AI-chatbots som den største sundhedsteknologiske risiko i 2026.

Ansvar og fremtid

I januar 2026 advarede det globale advokatfirma Clyde & Co om, at patienter snart vil kritisere lægen for ikke at følge AI'ens anbefaling. Ansvarsgabet er tydeligt: Vi har et autorisationsbaseret ansvar, mens AI-plattformen har en ansvarsfraskrivelse. Den leverer funktionel klinisk rådgivning. Juridisk leverer den underholdning – det er jo rart, at advokaterne ikke føler sig truet...

Men fremtiden er ikke kun mørk. AI-skribenter har forbedret arbejdsglæden for mange læger. AI-værktøjerne kan potentielt nå de patienter, vi har svært ved at nå. Almen praksis er ved at blive det speciale, der går forrest i anvendelsen af AI – fra tidligere at være blandt de mindst teknologiorienterede til nu at fremstå som en af de mest agile.

Prøv det. Investér i et af de store AI-værktøjer. Se, hvordan svarene er konstrueret.

Patienterne har allerede en digital ekspert med, når de kommer. Vi skal ikke konkurrere med den. Vi skal være det kliniske filter, som den mangler. Du kender dine patienter bedst. ●

TRE GODE RÅD TIL PATIENTEN

1. Brug AI som forberedelsesværktøj, ikke diagnoseværktøj. Du kan skrive: "Hjælp mig med at beskrive mine symptomer for min læge. Stil ikke diagnoser." Eller spørg bagvendt: "Hvilke symptomer taler imod, at det er det her?"
2. Vær opmærksom på, at alt, du uploader til et AI-værktøj, potentielt kan deles. Så undlad at oplyse dit CPR-nummer – det hører ikke hjemme i en chatbot.
3. Husk, at uanset hvor selvsikkert svaret fra AI-værktøjet lyder, kender den ikke dig. At det lyder rigtigt, betyder ikke, at det er rigtigt.



Monogenetisk diabetes – en vigtig differentialdiagnose ved ung debut af diabetes

Op til 1-3 % af diabetespopulationen estimeres at have en monogenetisk årsag til deres diabetes, men de fleste har ikke fået stillet den genetiske diagnose og er fejlklassificeret som enten type 1- eller type 2-diabetes. Korrekt diagnose er afgørende for behandling, livskvalitet og familieopsporing.

Camouflerer sig som type 2-diabetes

Hovedparten af individer med T2D følges i dag i almen praksis, og incidensen af T2D er stigende, især blandt yngre (< 40 år). Studier har vist, at der blandt yngre personer med formodet T2D findes individer med monogenetisk diabetes, særligt MODY2, som er en tilstand med mild, ikke-progrederende, ikke-behandlingskrævende hyperglykæmi, som kan mistolkes som ukompliceret T2D.

I en landsdækkende kohorte af nydiagnosticerede individer med (formodet) T2D i alle aldre har man fundet en prævalens af MODY2 på 0,6 %, svarende til omkring 135 individer om året med denne diabetestype. Udenlandske opgørelser har vist, at op mod

5 % af teenagere med overvægt og formodet T2D reelt har MODY. Når den genetiske diagnose er stillet, kan de fleste med MODY2 trappes ud af medicinsk behandling og på den måde slippe for unødvendig sygdomsbyrde og behandling. Andre MODY-typer vil ofte have gavn af en omlægning af behandlingen hos en diabetesbehandler med erfaring og ekspertise inden for monogenetisk diabetes, ligesom alle personer med MODY bør modtage familierådgivning, da sygdommen udviser autosomal dominant arvegang og dermed typisk videregives til 50 % af efterkommere.

HVAD ER MONOGENETISK DIABETES?

Monogenetisk diabetes er en samlet betegnelse for diabetesformer, hvor en enkelt variant i ét af en række gener med central betydning for betacellefunktion forårsager sygdommen.

Hyppigst er 'Maturity Onset Diabetes of the Young' (MODY), som er en selvstændig type af diabetes, der kendetegnes ved familiær ophobning af diabetes i tidlig voksenalder med bevaret (men utilstrækkelig) betacellefunktion. Forekomsten af autoantistoffer og metabolisk syndrom, som er typiske kendetegn for hhv. type 1-diabetes (T1D) og type 2-diabetes (T2D), er hos personer med MODY på niveau med baggrundsbefolkningen. Behandlingen af MODY adskiller sig markant fra både T1D og T2D. Derfor bør disse patienter henvises til behandling ved specialiseret diabetesklinik.

Hvem kan henvises?

Det er velkendt at personer, som får 'T2D' i ung alder har større risiko for at udvikle tidlige og svære diabeteskomplikationer end den generelle population med T2D. I populationen vil der desuden være en øget forekomst



Også raske personer bør henvises, hvis f.eks. forældrene har monogenetisk diabetes.
Foto: Colourbox.



Foto: Colourbox.

af individer med uopdaget MODY. Derfor tilbyder flere regioner i Danmark telefonisk specialistvejledning og evt. efterfølgende henvisning til diabetesklinik for yngre personer med diabetes (< 35-40 år), især hvor der er tvivl om diagnosen. Genetisk udredning foregår på landets diabetesklinikker eller via genetisk afdeling, og patienter med genetisk verificeret MODY tilbydes forløb på et af de danske Steno Diabetes-centre.

Det er altid relevant at konferere med den lokale diabetesklinik mhp. henvisning af førstegradsslægtninge til personer med kendt MODY til genetisk screening og individer, som er kendt med MODY, men ikke følges i et diabetesambulatorium på nuværende tidspunkt (se faktaboks 2 for henvisningskriterier). Ved enhver tvivl om diabetesstype hos en person med diabetes anbefales det at konferere med speciallæge fra den lokale diabetesklinik. ●

HVORNÅR BØR KONFERERING OG EVT. HENVISNING FRA ALMEN PRAKSIS TIL DIABETESKLINIK OVERVEJES?

- Personer med debut af diabetes før 35-40 år, uanset diabetesstype
- Personer, som er kendt med monogenetisk diabetes
- Personer med diabetes og kendt monogenetisk diabetes blandt førstegradsslægtninge
- Raske personer med kendt monogenetisk diabetes blandt førstegradsslægtninge
- Personer med diabetes i ≥ 2 generationer af familien og debut før 35 år (hos individ/slægtning).

HVORNÅR BØR GENETISK UDREDNING FOR MODY OVERVEJES VED FORMODET TYPE 2-DIABETES?

- Fravær af øvrige type 2-diabetes karakteristika (overvægt og dyslipidæmi) OG
- Diabetes i ≥ 2 generationer af familien OG
- Diabetesdiagnose før 35 år (evt. GDM).

HVOR KAN DU SØGE VEJLEDNING OM MONOGENETISK DIABETES?

Videncenter for Diabetes



Modern Mody-projektet



- Nyligt publiceret oversigtsartikel i Ugeskrift for Læger, DOI: Ugeskr Læger 2026;188:V10250809
- Du kan også kontakte MODY-teamet på Steno Diabetes Center Copenhagen: Tlf 24 79 28 36.



DSAM's pejlemærker

– nu som DGE-modul

Hvordan holder man fast i kernen af almen praksis i en travl hverdag? Et nyt DGE-modul, "Pejlemærker i almen praksis", fra Midtkraft giver en struktureret ramme for at arbejde systematisk med DSAM's pejlemærker og diskutere værdier, læge-patientrelation og ulighed i sundhed.

Det nye modul tager udgangspunkt i pejlemærkerne for almen praksis og

inviterer til drøftelser af blandt andet kontinuitet, rettidig diagnostik, og hvordan ressourcerne bruges dér, hvor behovet er størst.

Modulet adskiller sig fra de klassiske syg-

domsspecifikke moduler ved i højere grad at fokusere på fagets grundlag og lægerollens værdier. ●

FAKTA OM MODULET

- Materialet indeholder drejebog, cases, diskussionsoplæg og videoer.
- Formatet minder om PLO-E's SGE- og DGE-moduler, men kræver ikke en uddannet facilitator.
- Kurset er gratis og godkendt som selvvalgt efteruddannelse.
- Deltagelse giver ret til et efteruddannelseshonorar på 2.000 kr, som søges via Grupperne.dk og trækkes fra selvvalgte midler i Fonden for Almen Praksis.
- Kurset bestilles via MidtKrafts hjemmeside. Kun én person fra gruppen behøver at bestille materialet, som derefter tilsendes via e-mail.

LÆS MERE



Hvad siger brugerne om modulet?



RIKKE PILEGAARD,
praktiserende læge, Århus,
Region Midtjylland

Vi rekvirerede DGE-pakken om "Pejlemærker i almen praksis", da vi i vores DGE-gruppe (som består af erfarne praktiserende læger) syntes, at det kunne være interessant at forsøge at forholde os lidt til pejlemærkerne fra DSAM – som vi nok kendte, men aldrig rigtig havde diskuteret....

Vi havde virkelig fine diskussioner, som vi trygt blev guidet igennem, om kontinuitet, læge-patientrelation, rettidig diagnostik (ikke overdiagnostik), og hvordan vi forsøger – med mere eller mindre held – at give mest til dem med størst behov.

Det var lærerigt at diskutere fordele og ulemper ved disse temaer – også i forhold til de forskellige praksisformer og -størrelser, som vi sidder i. Vi har indrettet os meget forskelligt i vores DGE-gruppe. ●



JOACHIM NØRMARK,
praktiserende læge, Aalborg,
Region Nordjylland

Vi kendte jo godt pejlemærkerne, men det var faktisk ret interessant at dykke lidt dybere ned i betydningen, og hvordan vi hver især fortolker dem.

Vi har mange gange brugt andre gruppemoduler (DGE, SGE), men det her var noget anderledes, da det ikke var fag-fagligt og det tydeliggjorde vores forskelle, ligheder og værdier mere end ved de andre modultyper.

Det var nemt at gå til. Det sværeste var faktisk at stoppe de gode diskussioner, vi fik.

Vi har flere gange sidenhen relateret til pejlemærkerne og modulet på andre DGE-møder. ●



CAMILLA LIEDER,
praktiserende læge, Ryomgård,
Region Midtjylland

Jeg har været materielt igennem 2 gange, både med læger fra min DGE-gruppe og sammen med mine 2 kolleger. Det var forskellige oplevelser.

I vores faste DGE-gruppe er der både yngre og meget erfarne læger. Vi mødtes en aften hjemme hos mig. Modulet er ret "plug and play". Det bedste var de diskussioner, vi fik ud fra de overordnede emner.

Det var meget spændende at snakke om pejlemærkerne, som på trods af vores forskellighed forbinder os til hinanden og faget. Pejlemærkerne beskrev det, der samler os om kernen i lægerollen og glæden ved faget. Det er vigtige drøftelser i en tid, hvor man hører meget om udbrændthed. Det var inspirerende at opleve, hvordan både nyuddannede og erfarne læger fandt genklang i de samme værdier for almen praksis.

Modulet åbnede for en ny type samtale – ikke om diagnoser og retningslinjer, men om drømme, værdier, og hvordan vi ønsker at forme vores praksis. Materialet gav os et rum til at reflektere over, hvilken slags læger vi vil være, og hvordan vi ville indrette vores arbejdsliv.

Det gav mig inspiration til at lave et projekt i min egen praksis, hvor vi med udgangspunkt i DSAM's pejlemærker lavede vores egne. Vores pejlemærker hænger nu på en plakat i frokoststuen, og vi bruger dem til at navigere efter, når vi skal tage beslutninger, der vedrører hele praksis. ●



PRACTICUS SPØRGER:

Line Soot er både praktiserende læge og sexolog

Practicus stiller nysgerrige spørgsmål til Line om, hvorfor hun blev sexolog, og hvilke erfaringer det har ført til.

Du har tidligere været læge og siddet i PLO i København, men valgte at flytte på landet uden for Svendborg og købe praksis dér. Hvad lå bag den beslutning?

Det var en svær beslutning at forlade min praksis i Valby, hvor jeg havde været ualmindeligt glad for at være.

Men stilheden og naturen trak i mig (og i min ægtefælle). Vi er begge vokset op på landet og længtes tilbage til uforstyrret natur. I 2020 fik vi mulighed for rent faktisk at gå efter det, som trak i os. Det var en fantastisk beslutning for mig som menneske at forlade boligen i Storkøbenhavn og erstatte den med et hus midt i en stil-

le skov på Fyn. Arbejdsmæssigt fulgte der meget godt med den beslutning. Den bedste nye kompagnon for mig viste sig at være min næsten-nabo her på Fyn, så jeg har været heldig igen at få et lægeliv, som jeg i meget høj grad værdsætter.

Hvornår og hvordan opstod din interesse for sexologi?

Det gjorde den, fordi mit eget sexliv for nogle år tilbage var gået i stå på en helt vanlig, grænsende til triviell, baggrund: Mange år med børn i alle aldre, kalenderymnastik, karrierer, ikke så meget tid og søvn, og pludselig en dag var børnene væk, og der var



Foto: privat.

LINE SOOT

Line Soot er praktiserende læge i Svendborg. Hun driver også en sexologisk klinik med parterapi, sexologisk rådgivning og individuelle samtaler.



Fotos: privat.

mere tid til os som par. Men da var seksualiteten smuldret væk i forbifarten. Det ville jeg ændre på. Jeg ønskede ikke at skifte manden eller livet ud. Men jeg ønskede mig mere liv i livet og mere kontakt med manden.

Så jeg begyndte at skaffe mig al den viden, jeg kunne få om sex og parforhold. Det blev til flere videreuddannelser og en stor nysgerrighed på hele grænselandet omkring det seksuelle i menneskelivet. Den nysgerrighed brænder stadig i mig. Heldigvis er min mand også nysgerrigt anlagt, så vi har kunnet dele interessen for mennesker, seksualitet og personlig udvikling.

Hvordan har kombinationen af almen praksis og sexologi ændret din tilgang til patientarbejdet?

Det har givet mig en større arbejdsglæde som praktiserende læge, at jeg beskæftiger mig med noget andet ved siden af; noget, som føles helt anderledes både i indhold og form.

Mit arbejde som praktiserende læge er karakteriseret ved korte konsultationer, tempo, løsninger og langt hen ad vejen det muliges kunst mht. at dosere tidsforbruget på en guldvægt, så enhver patient får det, som giver bedst mening i det samlede regne-

stykke. Min rolle som læge er at dosere min tid retfærdigt og fornuftigt.

Arbejdet som sexolog og parterapeut er kendetegnet ved lange samtaler, åbne spørgsmål og meget mere fokus på anerkendelse, nysgerrighed og klientens egne løsninger. Min rolle som terapeut er mere tilbagelænet, en mere nysgerrig og lyttende rolle.

De to meget forskellige måder at arbejde på giver næring til hinanden og afføder kontraster i mit arbejdsliv. Dualiteten giver mig som behandler en oplevelse af at kunne anvende flere af mine menneskelige facetter, end jeg tidligere har haft i brug.



Hvilke sexologiske problemstillinger kommer patienterne oftest med?

Seksuel lystubalance fylder rigtig meget. Hvor den ene part har mere lyst til sex, end den anden har. Det kan medføre forkerthedsfølelse og ensomhed hos begge parter. Det kan være en ubalance, der gradvist har listet sig ind i relationen over en årrække eller noget, som er kommet i kølvandet på konkrete begivenheder som børnefødsler, utroskab, sygdom, medicin eller overgangsalder.

Fastlåste kommunikationsmønstre og manglende kommunikation om sex fylder også en del. Mange mennesker har ikke ret meget konkret sprog for deres seksualitet. Det kan være svært at tale om, fordi vi nok generelt i samfundet ikke taler ret meget om det, hverken om kroppen som et seksuelt sted at opholde os, eller hvad vi drømmer om og har lyst til seksuelt. Og det er jo virkelig ærgerligt, fordi seksuel trivsel har så stor og afgørende betydning i langt de fleste menneskers liv. Når seksualiteten lider, er det meget svært at være i balance med sig selv.

En tredje almindelig årsag til at søge min hjælp er variationer over emnet tillidsbrud. Både den slags brud på tilliden, som handler om utroskab, men også de mere subtile former for tab af tillid, der kan handle om løgne, overgreb eller ikke at blive mødt i sine vigtigste behov.

Hvad har overrasket dig mest i mødet med mennesker gennem dit arbejde som sexolog?

Det overrasker mig til stadighed, hvor gode mennesker er til at finde både brugbare og til tider ganske kreative løsninger på deres problemstillinger, når de får en lille smule hjælp til at sætte ord på og udfolde deres tanker og følelser. Ofte også løsninger og idéer, som jeg aldrig selv ville have kunnet udtænke.

Det er derfor, det er så energiskabende at arbejde som sexolog og terapeut. Det er ikke mig, der udtænker vejen eller målet, det er klienten eller parret selv. Min rolle er at skabe mulighed for, at det enkelte menneske kan vise sig tydeligere og mere nuanceret for sig selv og en eventuel partner. Derfra bliver vejen ofte lettere at finde.

Er der nogle sexologiske emner, vi skal blive bedre til at håndtere i almen praksis?

Det er nok snarere omvendt, tænker jeg. At vi i almen praksis kun kan blive bedre til snart sagt alle sexologiske emner. Det er desværre ikke et emne, som andet end helt perifert berøres i regi af vores efteruddannelseskurser. Både de selvvalgte og de systematiske. Det mener jeg, er problematisk.

Seksualiteten er en integreret del af vores personlighed som mennesker. Det er den, fra vi bliver født, til vi dør, selvom den selvfølgelig ændrer form og udtryk i forskel-



Fotos: privat.

lige livsfaser. Der er så meget livskvalitet, resiliens og glæde forbundet med en velfungerende seksualitet. Omvendt er der derfor også meget lidelse og nedsat livskvalitet forbundet med en seksualitet, der er kompromitteret.

Og når man tænker på, at vi som faggruppe behandler ganske mange sygdomme, som i sig selv medfører en ændring af seksualfunktionen, og når man tænker på, at meget af den behandling, vi giver (både kirurgisk og medicinsk), har store seksuelle følgevirkninger, kan det godt undre mig, at der ikke er mere fokus på sexologien i almen praksis.

Vi er ganske enkelt som gruppe ikke gode nok til at tale om det i denne udvidede forståelsesramme (synes jeg).

Hvilke råd vil du give dine kolleger, hvis de vil blive bedre til at tale med patienter om sex og seksualitet?

Start med at spørge dig selv: "Hvor god er jeg til at tale om seksualitet og sex i mit eget liv?". Er det helt naturligt, relativt let, svært eller næsten umuligt?

Hvis det er svært at tale om vores egen seksualitet og problemstillinger, som er koblet til sex i vores eget liv, er det helt sikkert også svært at tale afslappet om emnet med vores patienter i klinikken. Så kan det være en rigtig god idé at begynde samtalen i det private. Med en partner eller eventuelt med en fortrolig ven. ●



Jeg forstod først forældrene, da jeg selv blev én

Forældreskabet har givet mig et nyt blik på forældres bekymringer og udfordret forestillingen om, at faglighed alene er tilstrækkelig til at lindre dem.

Da jeg selv blev forælder, ændrede mit blik på sygdom sig fundamentalt. Ikke kun på sygdom hos børn, men på alt det, der følger med forældrene ind i konsultationen. Den usikkerhed, jeg tidligere forsøgte at berolige med faglige forklaringer og kliniske vurderinger, mærkede jeg pludselig i min egen krop.

Pludselig var rollerne byttet om. Jeg vidste godt, hvad feber oftest er. Jeg kendte alarmsymptomerne. Jeg kunne recitere retningslinjerne. Alligevel sad jeg der som forælder med et barn i armene og en knugende fornemmelse i maven. Min faglighed forsvandt ikke, men den blev overdøvet af en mere grundlæggende følelse: frygten for at overse noget.

Det blev en personlig påmindelse om, at viden ikke nødvendigvis op-

hæver sårbarhed, og at vores rolle som læger ikke kun er at vurdere sygdom, men at rumme den menneskelige reaktion på den.

Min blinde plet

Når jeg ser tilbage på min tid som læge før forældreskabet, kan jeg tydeligt få øje på en blind plet. Jeg var god til at vurdere børn. Mindre god til at se forældrene.

Hvis et barn selv kom gående ind i konsultationen, og min vurdering af almentilstanden ikke vakte bekymring, havde jeg en tendens til at lade min egen ro definere rummets stemning. Jeg tænkte, at faren var drevet over. At det vigtigste var sagt. At resten var overflødigt.

Jeg ser nu, at jeg ofte hørte forældrenes mange spørgsmål som støj frem for signaler. Jeg anerkendte ikke altid



Billede genereret af forfatteren vha. AI.





Billede genereret af forfatteren vha. AI.

den omsorg, angst og ansvarsfølelse, der lå bag. Det var ikke, fordi jeg manglede empati, men fordi jeg manglede erfaringen indefra.

I bagklogskabens lys fremstår det både umodent og naivt. Jeg vurderede til tider forældrenes bekymringer som overdrevne, når de ikke stemte overens med min kliniske vurdering. Først nu forstår jeg, at bekymringen sjældent handler om symptomet alene, men om alt det, der står på spil.

Når frygten bliver konkret

Som forælder findes der ingen manual. Kun et konstant indre beredskab. Overser jeg noget? Er det meningitis? Er det kødædende bakterier? Har jeg reageret for sent?

Den kærlighed, man føler til sit barn, kommer med en pris. Frygten for at miste. Frygten for at fejle. Frygten for ikke at slå til. Den præmis forstod jeg først fuldt ud, da jeg selv stod der. Også i de stille nattimer, hvor tankerne larmede mest. Jeg husker, at det var så overvældende at blive nybagt forælder. Minderne står stadig stærkt. Alt var nyt, og alt var 'første gang'. Det var den største omvæltning i mit liv, og samtidig det mest meningsfulde.

Når forældre i dag kommer ind i konsultationen med deres barn i hånden, genkender jeg noget i deres blik. De-

res anspændthed. Deres træthed. Følelsen af at være på konstant vagt. Det har ændret min måde at være læge på. Jeg giver mere plads. Ikke fordi sygdommen nødvendigvis er mere alvorlig, men fordi oplevelsen af den er.

Når jeg har talt åbent om forælderrollen i konsultationen, oplever jeg, at dynamikken ændrer sig. Der opstår et fælles rum, hvor bekymringen ikke skal forsvares, men kan deles. Og først dér kan den ofte falde til ro.

Fra faglighed til medmenneskelighed

Jeg er ikke blevet en bedre læge i klassisk forstand. Men jeg er blevet en mere menneskelig version.

Som forælder har jeg selv haft et udtalt behov for at blive set, valideret og betrygget, også når der ikke var noget alvorligt galt. Jeg har forstået, at det at være forælder i sig selv er en tilstand af kronisk bekymring.

Min rolle er ikke kun at behandle sygdom, men også at lindre bekymring. Det tog mig længere tid at forstå, end jeg bryder mig om at indrømme. For det er en erkendelse, man ikke kan læse sig til; den skal mærkes.

En lille situation med stor betydning

En situation gjorde særligt indtryk på mig. Jeg overhørte en sygeplejekollega spørge en forælder, om det var i orden

at gennemføre dagens vaccination, fordi hun fornemmede nervøsitet.

Det enkle spørgsmål åbnede for en fortælling om bekymringer derhjemme, om hvem der skulle ledsage barnet, og om en usikkerhed, der havde fyldt mere, end forælderen selv havde forventet.

Situationen mindede mig om, at vaccination ikke kun er en klinisk rutine. For nogle forældre er det en følelsesmæssigt krævende begivenhed. Sygeplejerskens opmærksomhed skabte tillid og ro. Hos forælderen. Og hos barnet.

Det blev tydeligt for mig, hvor meget det betyder at møde hele familien. Den indsigt har været en modningsproces, jeg er dybt taknemmelig for, og som jeg føler et ansvar for at dele.

Sygdom i kontekst

Som læge ved jeg, at sygdom aldrig eksisterer isoleret. Det er blevet tydeligt for mig, at sygdom opleves forskelligt afhængigt af det menneske og den livssituation, den rammer. Det er velbeskrevet i den biopsykosociale forståelsesramme, at sygdommens betydning ikke alene formes af kliniske fund, men også af relationer, ansvar og eksistentielle vilkår. Men først som forælder har jeg for alvor forstået, hvad det betyder i praksis.

En vanskelig fødsel, tidligere tab, egen sygdom eller mangel på søvn kan farve enhver symptomoplevelse. Når et barn bliver sygt, udfordres forældrenes grundlæggende oplevelse af kontrol og ansvar. Bekymringen handler sjældent kun om feber eller hoste, men om skyld, utilstrækkelighed og frygten for at overse noget alvorligt.

Forskning peger på, at denne dimension ofte fylder mere for forældrene end selve det kliniske billede og derfor ikke kan imødekommes gennem medicinsk afklaring alene. I almen praksis, hvor vi ofte har et langvarigt kendskab til familien, bliver det tydeligt, at kvaliteten af den kliniske vurdering også afhænger af, om vi formår at forstå og adressere den sammenhæng, barnet og familien befinder sig i.

Relationen er en del af behandlingen

Den relationelle tilgang er ikke kun en personlig erkendelse. Studier viser, at god kommunikation og fælles beslutningstagning mellem forældre og barnets læge er forbundet med færre ikke-akutte henvendelser. Forældre, der oplever høj grad af familiecentreret behandling, har op til 49 % lavere risiko for ikke-akutte kontakter, mens utilfredshed og kommunikationsproblemer hos egen læge ofte angives som årsag til brug af akutmodtagelsen.

Relationen mellem forældre og læge har derfor betydning, der strækker sig ud over den konkrete konsultation. Når forældre mødes med lydhørhed og inddragelse, styrkes deres forståelse af sygdom og evne til at håndtere usik-

kerhed. Bekymringen forsvinder ikke nødvendigvis, men den bliver mere håndterbar. For os som læger muliggør en stærk kontinuerlig relation mere målrettet og forebyggende behandling og en mere hensigtsmæssig anvendelse af sundhedsvæsenets ressourcer. Det handler ikke kun om færre kontakter, men om de rigtige kontakter på det rigtige tidspunkt.

Empati og professionel distance

Jeg mindes kommunikationsundervisningen på medicinstudiet, hvor vi arbejdede med forskellen mellem empati og sympati. Hvordan en professionel konsultation forudsætter, at man formår at udvise empati og ikke sympati. Opfordringen var, at den faglige og professionelle rolle burde fastholdes. Det gav mig en fornemmelse af, at empati i lægerollen skulle balanceres op imod en professionel distance. Og at for tæt identifikation med patienternes bekymringer kunne skabe frygt for at miste overblikket eller faglig ro. Jeg har selv været bange for, at for tæt identifikation kunne udfordre min faglige ro.

Min erfaring er blevet den modsatte. Når jeg deler personlige erfaringer, bliver berørt eller spejler mig i de følelser, forældrene sidder med, da oplever jeg et rum, hvor information lettere deles, og hvor rådgivning modtages med større tillid. Det personlige engagement har for mig tværtimod styrket min faglige ro.

Forælderrollen har for mig ikke sløret min faglighed, men skærpet min opmærksomhed på kontekst, timing og kommunikation. Professionel ro er for mig ikke opstået gennem større distance, men i egen erfaring, i refleksion og i en gradvis erkendelse af, hvornår mine egne oplevelser kan bringe værdi i mødet, og hvornår de bør træde i baggrunden. Det er i dette spændingsfelt mellem empati og distance, jeg har fundet en ny faglig tryghed. Evnen til at kunne rumme bekymringen uden at handle for hurtigt, berolige uden at bagatellisere og være menneskelig uden at give afkald på ens faglige dømmekraft.

En ændret praksis

At blive forælder har ikke givet mig flere svar. Tværtimod. Det har givet mig større ydmyghed over for den sårbarhed, vores patienter og deres pårørende møder os med. Jeg har lært, at faglighed uden menneskelighed sjældent er beroligende, og at identifikation med forældrene er et uundværligt og gratis klinisk redskab, som vi bør udnytte.

Når jeg i dag møder det syge barn og de bekymrede forældre, står jeg ikke kun som læge. Jeg står også som 'medforælder'. Det fællesskab er blevet en af de vigtigste ressourcer i mit arbejde og noget, jeg håber, vi tør give mere plads i lægestanden. ●



Lad uddannelseslæger se magien i en Deep End-praksis

Deep End-netværket af praktiserende læger holder deres årlige nationale kongres den 29.-30. maj 2026. I år inviteres uddannelseslæger med til en parallel kongres, der giver indblik i maskinrummet og en dybere forståelse af, hvorfor Deep End-arbejdet er så meningsfuldt.

Jeg er uddannelseslæge i fase 3 hos Lægerne i Gellerup i Aarhus – en af Danmarks 55 Deep End-klinikker. Jeg søgte til Gellerup af mange grunde, men når jeg fortæller, hvor jeg arbejder, møder jeg ofte uforstående blikke fra mine hoveduddannelseskolleger. Mit håb er, at denne artikel kan bidrage til at nedbryde fordomme om arbejdet i en Deep End-praksis.

Hvad er Deep End?

Deep End er et internationalt netværk af praktiserende læger, som har mange patienter med komplekse sundhedsbehov, multisygdom og lav socioøkonomisk status. I Danmark er ca. 100 praktiserende læger en del af netværket.

Jeg må indrømme, at der har været dage, hvor jeg er gået lettere overvældet hjem over den store kompleksitet, der er i arbejdet med patientgruppen i Gellerup. Omvendt lærer jeg hver dag mere, end jeg havde turdet håbe på, ligesom engagementet og arbejdsglæden lyser ud af mine tutorlæger.

Jeg er en af de heldige, som får lov at deltage i konferencen om Deep End i maj 2026. Jeg glæder mig til at få en

dybere forståelse af, hvad netværket er for en størrelse. Forhåbentlig får jeg mere blod på tanden i forhold til at blive i den "dybe ende" på længere sigt. Måske får jeg endda manet nogle fordomme til jorden?

Hvorfor involvere uddannelseslæger i Deep End?

Jeg har spurgt Anna Rørbæk Uldall, praktiserende læge på Langeland,

FAKTA OM DEEP END:

Deep End Denmark udspringer af en international Deep End-organisation, som er inspireret af Julian Tudor Hart (praktiserende læge i Wales fra 1961 til 1991). Hart formulerede den omvendte omsorgslov: områder med de største sundhedsfaglige udfordringer har også færrest sundhedsfaglige ressourcer. Det gælder også i Danmark: den største koncentration af borgere med kort uddannelse, lav indkomst og kroniske sygdomme ses i områder med fattige kommuner, lægemangel og langt til nærmeste sygehus. Deep End-organisationen blev etableret i Skotland i 2009 af professor Graham Watt. Formålet var at modarbejde konsekvenserne af den omvendte sundhedslov. Organisationen betragter Deep End-læger som eksperter i at møde og behandle komplekse patienter. Skotterne opdagede, at praktiserende læger fra to belastede områder kunne lære mere af hinanden om at håndtere hverdagens udfordringer, end de kunne lære af specialister. Initiativet har bredt sig til England, Irland, Abu Dhabi, Australien, Japan og nu Danmark.

TILMELD DIG

Deep end-kongressen for uddannelseslæger 29.-30. maj 2026



Hvad siger lægerne i Deep End-netværket?

Kan I spejle jer i hinanden, selvom I kommer fra vidt forskellige dele af Danmark?

Michael Schriver, Lægerne i Gellerup, Brabrand: "Jeg oplever, at Deep End-klinikker alle har noget helt grund-

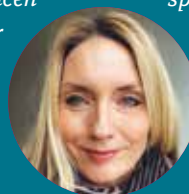
læggende til fælles, som giver en stærk følelse af at være i samme båd, på tværs af by, land og patient-etnicitet. Nemlig at vi alle har et højt antal patienter, som enten er udsatte, sårbare, marginaliserede, psykosocialt udfordrede eller har lave sundhedskompetencer. Her findes ofte de mest tidskrævende konsultationer. Derfor er det fantastisk lærerigt og motiverende at møde kolleger med lignende udfordringer og lære om deres måder at håndtere det på. Det er et stærkt middel mod den utilstrækkelighed, usikkerhed og frustration, som



kan opstå i arbejdet med meget komplekse patienter."

Jeg er mor til tre små børn og kan kun arbejde cirka 37 timer om ugen. Hvad er dit bedste råd, hvis jeg gerne vil arbejde med de, i mine øjne, mest spændende patienter, men samtidig levere på hjemmefronten?

Anna Rørbæk Uldall, Lægerne Frensdensvej, Rudkøbing: "Balancen mellem arbejds- og familieliv er vigtig. Jeg vil vove den påstand, at den er endnu vigtigere for læger og andre fagprofessionelle, der dagligt arbejder med socialt udsatte mennesker, der meget ofte har en tung arv af ophobede belastninger med i bagagen. Det kræver derfor en meget bevidst



tilgang at arbejde i en Deep End-praksis og en særlig opmærksomhed på, hvordan man som person og klinik opbygger og vedligeholder et godt arbejdsmiljø med fokus på resiliens.

I vores praksis har vi haft deletilladelse i de første 10 år, hvor alle tre kolleger havde små børn. Det er helt sikkert én af de faktorer, som gør, at vi alle fortsat er glade for vores arbejde. Inden man køber sig ind i en praksis, bør man stille sig selv nogle afgørende spørgsmål: Hvem vil jeg gerne arbejde tæt sammen med i hverdagen? Her tænker jeg på både patienter, personale og kolleger. Hvor meget har jeg brug for at tjene for at økonomien hænger sammen? Hvordan er mine muligheder for at organisere og fordele opgaverne på hjemmefronten?" ●

hvorfor hun har taget initiativ til at involvere uddannelseslæger i Deep End-netværket:

"Jeg fik idéen til kongressen for almenmedicinske intro- og hoveduddannelseslæger i forbindelse med et møde i vores regionale Deep End-gruppe, hvor vi drøftede rekruttering og fastholdelse. Det har i flere år været et udtalt ønske fra Deep End-lægerne at kunne tage deres uddannelseslæger med på de nationale møder, som vi alle inspireres af og lærer meget af. Fra FYAM's bud på rekruttering og lægedækning ved vi, at yngre almenmedicinere blandt andet ønsker støtte til deltagelse i faglige aktiviteter for at trives. Derfor var det helt oplagt at søge Lægedækningspuljen om midler til at afholde en Deep End-kongres for uddannelseslægerne. Formålet med kongressen er at rekruttere prak-

tiserende læger til Deep End og lægedækningstruede områder ved at øge kendskabet til Deep End-arbejdets karakter, ledelse og organisering af Deep End-klinikker, men også netværksdannelse, gensidig inspiration og fremtidsperspektiver."

Konteksten former konsultationen

Allerede i min KBU på Sydsjælland fandt jeg ud af, at jeg trives godt blandt de "sygere" patienter – omvendt kunne min intro i Valby i København, hvor der var mange studerende og veluddannede, veloplyste mennesker, sende mig mere drænet hjem fra arbejde.

Kompleksiteten i Gellerup når dog nye højder for mig. Specielt bruger jeg mange ressourcer i mine konsultationer på at (øve mig i at) afvise at lave

flere undersøgelser og at få patienterne til at føle sig trygge ved min lægelige vurdering af, at de ikke fejler noget alvorligt. Det var ikke en udfordring, jeg havde på Sydsjælland, hvor der også var patienter fra lavere socialklasser. Her kom patienterne senere til læge og gik lettet hjem, når de første undersøgelser ikke viste tegn på sygdom. Jeg kan derfor kun forestille mig, at der også er stor variation i, hvilke udfordringer de 55 Deep-End klinikker står med i deres hverdag.

Jeg glæder mig til at få mulighed for at stille mange flere spørgsmål, når jeg får 2 dage sammen med Deep End-lægerne den 29. og 30. maj 2026. Jeg håber, at jeg går derfra med endnu mere blod på tanden til at kæmpe for selv at blive en del af netværket en dag. ●



DAUS – Dansk Almenmedicinsk Ultralyds Selskab

Hvad en lille DSAM-interessegruppe kan blive til.

Velkommen til årsmødet! Sådan lød det for 10. gang, da nuværende formand Thomas Løkkegaard åbnede programmet den 24. oktober 2025 til endnu en spændende dag om brugen af ultralyd i almen praksis.

Her var der lagt op til et tætpakket program med fokus på ultralydsundersøgelse af lunger. På scenen var nogle af de mest erfarne brugere af point of care ultrasound (POCUS) fra diverse specialer, f.eks. akutmedicinerne Stig Holm-Ovesen og Jesper Wamberg, lungemediciner Christian B. Laursen og endda kommende geriatrer Siri Aas Smedemark.

Almen praksis var stærkt repræsenteret ved Camilla Aakjær Andersen, Julie Jepsen Strøm og Martin Bach Jensen fra Forskningsenheden for Almen Praksis i Aalborg. De har alle tre været med til at drive introduktionen af ultralyd i almen praksis. Som vanligt stillede forskellige ultralydsfirmaer op med alt, hvad der måske kun-



Foto: Thomas Purup.

ne bruges i almen praksis, så deltagerne på diverse workshops om eftermiddagen kunne lære nyt og forbedre det kendte. Det var alt fra skulderblokader til scanning for karpaltunnel-syndrom, graviditetsundersøgelser og DVT ved ultralydsundersøgelse af lunger.

En selvstændig forening

Det hele startede tilbage i 2013, hvor DSAM havde inviteret nogle praktiserende læger til Aalborg, for at se om man kunne samle nogle stykker til en interessegruppe om ultralyd under DSAM. Det kunne man da helt bestemt. De få ildsjæle, mest fra Nord-

jylland, deltog i kurser og påbegyndte forskning om brugen af ultralyd i almen praksis. Hurtigt blev de første appetitvækkende kurser holdt for andre interesserede på Lægedage. På denne måde blev de få hurtigt til flere. I 2017 blev det så til den selvstændige forening "Dansk Almenmedicinsk Ultralyds Selskab" (DAUS), som siden er kommet ind under paraplyen af de lægevidenskabelige selskaber.

DAUS afholder hvert år afholdt et landsdækkende møde om ultralyd i almen praksis. Mødet holdes næsten altid den sidste fredag i oktober. I mange år har det været i ganske flotte lokaler på Severin kursuscenter i Middelfart. Det 11. årsmøde, som afholdes den 30. oktober 2026, er allerede i støbeskeen.

Løbende er der kommet endnu flere ildsjæle til. Det estimeres, at næsten hver fjerde praktiserende læge i Danmark allerede har adgang til ultralyd i egen klinik, bl.a. takket være det store overenskomstprojekt i 2023/2024.

Uddannelse og forskning

Uddannelsen er der blevet arbejdet hårdt på. I samarbejde med Lægehåndbogen er der udgivet action cards om de hyppigste scanninger, mens forskningsenheden i Aalborg har hjulpet med løbende at opdatere kurserne, der nu foregår over tre måneder med tæt mentorstøtte. Sammen med PLO-E er der udviklet målrettet kursusmateriale som forberedelse.

FAKTABOKS

Er du interesseret i ultralyd? Og søger du ligesindede?

Så findes de lige her:

- Facebook:
 - Ultralyd i almen praksis
 - DAUS
- LinkedIn og Instagram: DAUS
- www.daus-online.dk

Der er også blevet forsket en del og udgivet diverse publikationer. Hele to ph.d.-afhandlinger omhandler ultralyd i almen praksis. De har endda begge vundet ph.d.-cuppen på DSAM's årsmøde. Så der eksisterer allerede et solidt fundament af viden om anvendelsen.

Et af de førende lande

Samarbejdet med andre specialer var lidt svært i starten. Kunne de praktiserende læger nu virkelig finde ud af det? Det kan de. Ultralyd skal anvendes målrettet, med omtanke og til udvalgte modaliteter. Nu er der et rigtigt givende samarbejde med diverse andre specialer.

Udbredelsen arbejdes der videre med. Politikere har været på besøg i klinikker, der bruger ultralyd. Det er blevet til diverse oplæg på temadage for uddannelseslæger, klynger, DGE-grupper og SAMS.

Fra udlandet kigger rigtig mange mod Danmark. En del spørger til vores kurser og til vores forskning, inviterer på konferencer og beder om understøttelse ved planlægning af kurser. Takket være forskningsenhedens indsats er Danmark nu et af verdens førende lande inden for ultralyd i almen praksis. I Europa samarbejder vi også konstruktivt, f.eks. gennem den nystiftede forening European Family Medicine UltraSound Group (EFMUS).

Honoreringen halter

Og nej, vi går ikke ind for at arbejde gratis efter en så stor økonomisk og tidsmæssig investering. De første har fået en ydelse for ultralyd; nogle som forskningsprojekter, andre som lokal-aftaler. Lige præcis honoreringen arbejdes der hårdt videre på.

Og nej, vi tænker ikke, at alle skal tvinges til at lave ultralydsscanninger. Nogle kan eller vil ikke, ligesom nogle kolleger laver tympanometri og lægger spiraler, mens andre – af forskellige årsager – ikke gør.



Foto: Thomas Purup.

Vi går heller ikke ind for at scanne alt muligt, måske endda uforsvarligt. Derfor underbygges både uddannelse og scanningsmodaliteter med forskningsresultater.

Vil du vide mere?

Hvis du brænder for noget, som vi gør for ultralyd, så ved du også, at man får meget ud af at være sammen med andre med samme interesse. Det giver arbejdsglæde. Det giver energi, og det er utroligt inspirerende hver eneste gang. Både på årsmødet og alle de andre gange.

Så pas på, hvis DSAM inviterer til en interessegruppe. Hvis du er begejstret for emnet, er der stor risiko for, at du bliver fanget af det, og pludselig er der gået 10 år eller mere med engagement og dedikation. ●



Kan schweiziske kvalitetscirkler inspirere vores klyngearbejde?

Kan vi lære noget nyt af Schweiz? De schweiziske kvalitetscirkler peger på, at nøglen til mere meningsfuldt kvalitetsarbejde kan ligge i balancen mellem autonomi, forpligtelse og trykke faglige fællesskaber – perspektiver, der taler direkte ind i det arbejde, vi allerede er godt i gang med i klyngerne.

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedsvæsenet (DSKS) holdt årsmøde d. 8-9. januar 2026. Her var den schweiziske praktiserende læge Adrian Rohrbasser inviteret til at holde en keynote-frelæsning og en masterclass om kvalitetscirkler.

Rohrbasser fortalte overbevisende om forskellige dokumenterede effek-

ter af kvalitetscirkler. Det er ikke mere et spørgsmål, om arbejdet i kvalitetscirkler virker, men nærmere hvorfor det virker. Det kunne måske inspirere os til at videreudvikle kvalitetsarbejdet i klyngerne i Danmark.

Kvalitetscirkler kan noget andet

Kvalitetsarbejdet via kvalitetscirkler adskiller sig markant fra de mere klassiske kvalitetsmodeller, som er baseret på databaser, indikatorer og standarder. Det er modeller, som mange klinikere i primærsektoren oplever som demotiverende og fjernt fra den kliniske hverdag. Kvalitetscirkler synes at kunne noget andet og mere.

Rohrbasser og kolleger har sammenfattet evidensen bag kvalitetscirkler i en omfattende programteori, som i 2022 blev publiceret i kondenseret form i BMJ. Den teoretiske baggrund for kvalitetscirkler trækker ikke kun på medicinsk evidens og den velkendte Plan Do Study Act-metode,

men også på evidens fra andre videnskabsdiscipliner som pædagogik, sociologi og organisationsforskning.

De centrale elementer er blandt andet balancen mellem autonomi og forpligtelse, en velfungerende gruppedynamik, et trygt læringsmiljø og mulighed for at afprøve og integrere nye tiltag i egen praksis (se Boks).

En vej til øget arbejdsglæde

Arbejdet i kvalitetscirkler har vist sig at kunne øge arbejdsglæden hos behandlerne i alle sektorer af sundhedsvæsenet. Udgangspunktet er at aktivere behandlernes grundlæggende motivation og professionelle identitet. Det bruges som drivkraft for et bæredygtigt kvalitetsarbejde, som er tæt koblet til det kliniske arbejde.

Kvalitetscirkler baserer sig på, at sundhedsprofessionelle som udgangspunkt ønsker at levere god behandling, og at deres faglige dømmekraft er værd at bygge videre på. Det er formentlig grunden til, at mange behand-



Fagligt engagement i klyngearbejdet til Inspirationsdag i marts 2025. Foto: Carsten Ringholm, Brutto Film Production.

lere oplever, at kvalitetscirkler intuitivt giver mening. Er der overhovedet behandlere i det danske sundhedsvæsen, som ikke valgte at blive behandlere, fordi de ønskede at gøre en positiv forskel for patienterne? Næppe.

Klynger og cirkler er tæt beslægtede

Kvalitetscirkler ligner jo det, vi allerede gør i kvalitetsklyngerne, kunne man fristes til at sige. I KiAP har vi sammen med de regionale kvalitetsenheder siden 2018 haft fokus på, at den databaserede kvalitetsudvikling i de almenmedicinske kvalitetsklynger skal fokusere på emner, som de praktiserende læger lokalt finder meningsgivende at arbejde med, og hvor de selv har en reel mulighed for at påvirke kvaliteten.

Tilgangen har vist sig succesfuld i langt de fleste klynger, selvom enkelte praktiserende læger forståeligt nok kan have svært ved at finde energien til overenskomstforpligtet, gruppebaseret kvalitetsarbejde efter en lang arbejdsdag i klinikken. ”Jeg hader

hvert eneste minut!”, udtrykte en kollega i en spørgeskemaundersøgelse.

Hvad er det så præcist, der fungerer i klyngearbejdet, når det er bedst?

Tværasektorielle klyngepakker er populære, men udfordrende

Klyngerne har spredt sig som kvalitetsmodel, så de kan helt sikkert noget. Men et er kvalitetsarbejdet i egen faggruppe. Noget andet er de udfordringer, der ligger i det tværasektorielle samarbejde, for det stiller andre krav til de involverede. Selvom vi har gode forudsætninger for at videreudvikle det tværasektorielle samarbejde, erkender alle involverede vist, at vi skal lære mere om hinandens sprog, kulturer og ledelsessystemer, før vi for alvor måske kan sikre bedre patientforløb og undgå dobbeltarbejde, spildte kræfter og penge.

De schweiziske erfaringer peger entydigt på, at kvalitetscirkler fint kan fungere i tværfaglige og tværasektorielle sammenhænge. God facilitering med udgangspunkt i en fælles forståelse af principperne for kva-

litetsarbejde i kvalitetscirkler er afgørende.

I KiAP og de regionale kvalitetsenheder kan vi se, at tværasektorielle klyngepakker er blandt de hyppigst tilvalgte klyngepakker i disse år. Det tyder på, at alle involverede ønsker at kvalitetsarbejde rækker ud over eget fag. Hvordan vi sammen – tværfagligt og tværasektorielt – udvikler kvaliteten til patienternes bedste, er vores eksistensberettigelse og fælles faglige drivkraft.

Kan de schweiziske erfaringer bruges i Danmark?

Erfaringerne fra Schweiz giver os alle et skærpet fagligt afsæt til at arbejde videre med kvalitetsudvikling i almen praksis.

Rohrbassers oplæg pegede på flere forhold ved kvalitetscirkler, som også er værd at hæfte sig ved i en dansk sammenhæng. Ikke som færdige løsninger, men som erfaringer, der ligger tæt op ad de opmærksomhedspunkter, vi i KiAP allerede arbejder med i udviklingen af kvalitetsklyngerne. →



Tværsæktorielt kvalitetsarbejde i Østfyn-klyngen en fredag aften i november 2025. Foto: Thomas Bo Drivsholm.

Gruppernes størrelse, og hvordan den påvirker dynamikken i arbejdet, er en af de ting, vi er opmærksomme på. Mindre grupper lægger op til åben og ærlig dialog. Her kan deltagerne lettere opleve et trygt rum for faglig diskussion og refleksion. Gruppernes størrelse er ikke noget, vi i KiAP lige kan ændre på, men vi kan støtte klyngerne i at arbejde i mindre grupper under møderne og hjemme i eget lægehus.

En balance mellem autonomi og forpligtelse er et andet fokuspunkt i dansk klyngearbejde. Rohrbasser peger på, at kvalitetsarbejdet står stærkest, når rammerne er tydelige, men indholdet formes lokalt. Når klyngerne selv vælger, hvad de vil arbejde med, styrkes både ejerskab og engagement. Samtidig forbliver arbejdet forpligtende og fælles.

En kvalitetsmeter findes ikke

Efter endt masterclass spurgte jeg Adrian Rohrbasser, om han ville uddybe de vanskeligheder, som mange praktiserende læger oplever i forsøget på at definere kvalitet i deres fag? Han svarede, at man selvfølgelig ikke kan udvikle én samlet kvalitetsmeter i almen praksis. Men man kan via kvalitetscirkler arbejde med sin kvalitet på en meningsgivende måde. Data skal bruges lokalt til at vurdere effekten af eget arbejde, ikke til kontrol.

Det er måske essensen: Kvalitet i almen praksis lader sig ikke reducere til én måleenhed, men kvaliteten kan videreudvikles systematisk, meningsfuldt og med respekt for det komplekse, kliniske arbejde. Evidensen bag kvalitetscirkler kan hjælpe i denne proces. Og ifølge Adrian Rohrbasser er vi rigtigt godt på vej herhjemme. ●

KERNEELEMENTER I KVALITETSUDVIKLING VIA KVALITETSCIRKLER

Forudsætninger:

- En balance mellem autonomi og forpligtelse. Kvalitetscirkler skal være indlejret i en samlet kvalitetsmodel. Deltagerne i kvalitetscirkler skal selv have noget at skulle have sagt og skal vide, hvad de kan forvente.

En velfungerende gruppe:

- Gruppens medlemmer skal have sammenlignelige behov og have en intern relation, autonomi og kontrol over processen. Gruppen skal være tilpas stor (5-12) til at sikre uenighed (kognitiv dissonans), dog ikke så meget, at gruppens selvbillede trues.

Et velfungerende læringsmiljø:

- Gruppens medlemmer skal føle sig trygge for at kunne øge kompetencer og selvudvikling og aktivere allerede tillært viden. Ny viden skal være relevant for egen praksis. Der skal være plads i gruppen til diskussion og refleksion. Gruppens facilitator har en afgørende rolle mhp. at stimulere gruppedynamikker og sikre fælles læring.

Ny viden kan tilegnes, udvikles og testes:

- Gensidig positiv afhængighed og tillid mellem de praktiserende læger og de nationale administratorer er afgørende. Professionel identitet må ikke trues. Barrierer for gruppens udvikling skal identificeres og fjernes. Faglig kompetence, lokal autonomi, samhørighed og gensidig forpligtelse er afgørende. Nye tiltag skal kunne afprøves i egen praksis.

Processerne skal gentages:

- Gruppens medlemmer skal have tid og rum til at afprøve nyt. Hvis det giver mening, skal det nye kunne omsættes til rutine. Øvelse gør mester!

ÅRSMØDE 2026

Fredag den 2. oktober på Hotel Comwell Kolding

Du kan godt sætte kryds i kalenderen og begynde at glæde dig til DSAM's årsmøde 2026. Med temaet "Vores patienters virkelighed – hvor kan vi gøre en forskel?" tager vi udgangspunkt i, hvordan vi igennem prioritering, kommunikation og faglighed sætter patienten i centrum på trods af tidspres, utallige retningslinjer og større opgavemængde i almen praksis.

Årets hovedtalere er:

- Victor Montori (USA), professor og endokrinolog ved Mayo Clinic, USA. Victor er kendt for patientrevolutionen og at fremhæve patientcentreret behandling. Han taler om, hvordan vi kan forfine vores omsorg for patienterne og vores kommunikation, når vi planlægger undersøgelser og behandlinger ud fra patientens eget perspektiv.
- Minna Johansson (Sverige), praktiserende læge og associate professor ved Gøteborgs Universitet. Minna er kendt for udvikling af time needed to treat, og hun taler om, hvordan vi bedst prioriterer vores tid i forhold til de opgaver, vi bliver pålagt, så vi kan bruge tiden relevant i forhold til patientens virkelighed.

Udover de to hovedoplægsholdere vil der være en række spændende parallelle sessioner, hvor du blandt andet kan vælge mellem oplæg om vold i nære relationer, demens, ADHD i almen praksis, palliation,

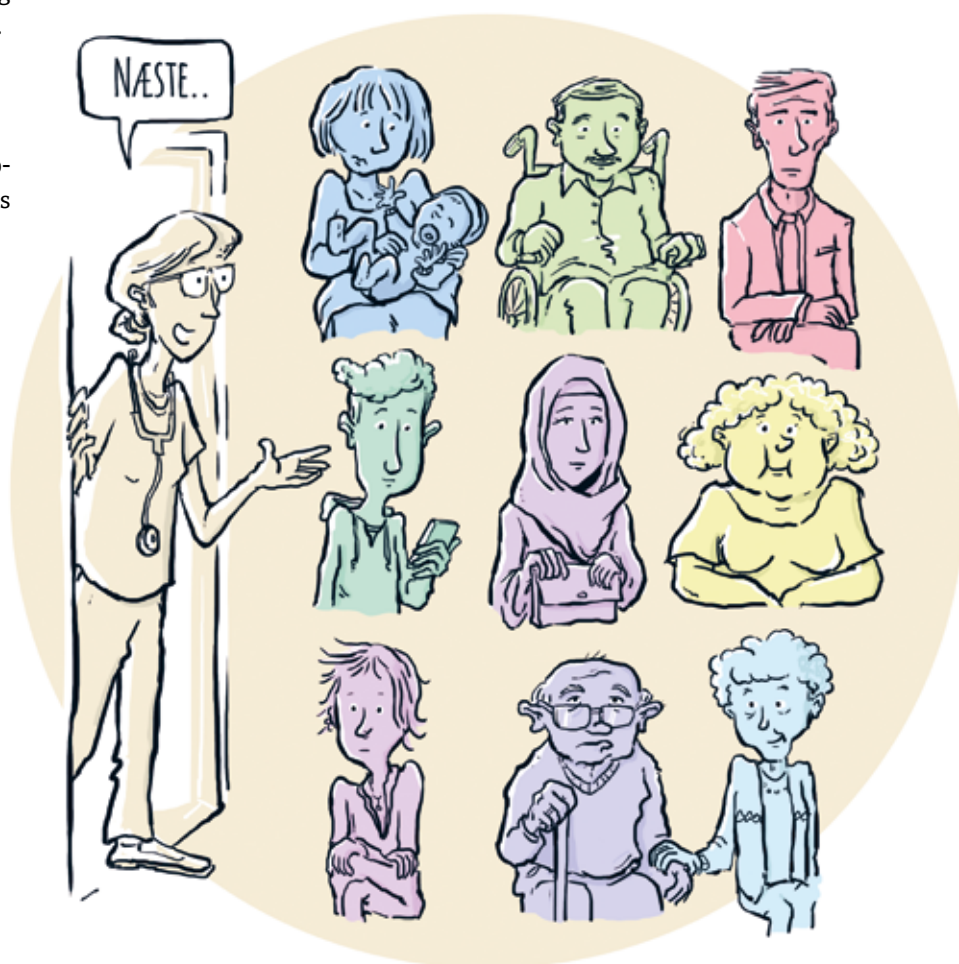
kunstig intelligens og den diagnostiske proces. Fjernsyn fra FYAM vil være til stede og introducere ny forskning fra Forskningsenhederne, og du kan også høre dygtige ph.d.-studerende dyste til Ph.d-cuppen.

Bliv fagligt inspireret og nyd det sociale fællesskab med nye og gamle kolleger og studiekammerater – og uanset om du kommer alene eller sammen med dine kolleger fra praksis, venter der et godt årsmøde. Vi slutter

som altid af med et brag af en fest og dans for dem, der har lyst!

OBS! Det fulde program lægges på DSAM's hjemmeside i løbet af april måned, og tilmeldingen åbner 1. maj. De sidste to år har der været deltagerrekord og flere af de parallelle sessioner har været udsolgt, så husk at melde dig til i god tid.

Årsmødet er godkendt som en dags selvvalgt efteruddannelse. ●





Når land kan noget, by ikke kan

– refleksioner over hoveduddannelsen

Klichéen passer. Det har været en rejse med op- og nedture. Min rejse begyndte i 2019, og nu er ansøgningen om specialelæge-
anerkendelse indsendt. Når dette publiceres, er jeg blevet speciallæge.

Det giver tid til eftertanke. Når jeg ser mig tilbage, bliver det tydeligt, hvor stor læring der er i vores hoveduddannelse. Vores veje er forskellige, men der er meget, vi kan lære af hinanden, Hvis du er en ung kollega, der står og tvivler i det politiske stormvejr omkring almen medicin, er det vigtigt at huske, at der findes gode fortællinger – også ude på landet. Det er en af dem.

Sammen i det svære

Arbejdsdagene i både almen praksis og sygehus har budt på stor lærdom. Et af de største indtryk fik jeg på børneafdelingen. Det, jeg selv frygtede allermost, inden jeg startede, var at møde alvorligt syge børn, hvor lægefagligheden møder sine begrænsninger, og det kom jeg til. Barnet fra den vagt overlevede kun en uge, og vi gjorde alt, hvad vi kunne med helikopter, slanger og udstyr. Det var en situation, der gjorde indtryk på alle involverede, og det blev en af de erfaringer,

jeg aldrig glemmer. Det, der var vigtigt i efterforløbet, var den kollegiale faglighed og det sammenhold, der samlede os op og bragte os videre. De løbende samtaler og supervision viste, hvor meget vi kan bære på vores skuldre, når vi deles om det svære. Det er noget, jeg vil have med mig for altid, og som har givet mange refleksioner sidenhen.

Ud over det akutte arbejde tager vi mange beslutninger på vores patienters vegne i almen praksis i løbet af en dag, og det kan også blive en tung byrde at bære. Et af de bedste råd, jeg selv har fået, sender jeg hermed videre: Husk at sende "aben" med patienten ud ad døren igen. Med andre ord: de udfordringer, patienterne kommer med i konsultationen, skal ikke "efterlades" på lægens bord, hvor man kan sidde tilbage med en følelse af at bære hele ansvaret alene. "Aben" skal håndteres i samarbejde med den enkelte patient, og den skal gerne forlade konsultationslokalet igen med patienten.

Skab netværk

Til mit held skulle sygehuset søsætte et nyt projekt den dag, jeg begyndte – et netværk for hoveduddannelses-

læger i almen medicin i blokstilling. Desværre kan man ikke forvente, at det findes på alle sygehuse endnu, men det er et tiltag, der begyndte og vokser uden for de større byer. Disse netværk er initieret, fordi hoveduddannelseslæger i almen medicin oplever større ensomhed på hospitalsdelen af uddannelsen sammenlignet med almen praksis-delen. Der er der flere grunde til.

Man er besøgende på afdelingen i kort tid og i skiftende specialer, hvor man ofte skal starte forfra fagligt ved hvert skift. Der er ikke altid mange andre bloklæger, og man bliver helt naturligt træt af de mange afdelings-skift. Socialt sammenhold løfter arbejdsstrivelsen under hospitalsdelen. Hvis det ikke allerede findes, så skab et! Det kan også være en DGE-gruppe for juniorer, hvis der ikke er mulighed for netværk i blokforløbet. I vores netværk mødtes vi månedligt på sygehuset til almen praksis-faglig undervisning med enten interne eller eksterne undervisere. Efterfølgende var der tid til at drøfte trivsel og høre lidt om de afdelinger, man snart skulle besøge. Ud over disse møder tog vi afsted sammen på Store Praksisdag og Nordisk Kongres og støttede de lokale restau-



Karolina og jeg med Grøn Praksis på Store Praksisdag i 2022. Foto: privat.



Slagelse Sygehus på en smuk forårsdag i 2023. Foto: privat.

ratører med besøg. Det har givet venner og bekendtskaber for livet. Måske er det her, du finder din kommende kompagnon?

Øv dig i ledelse

Se på din hoveduddannelse som et laboratorium, hvor du kan øve dig i kommunikation, strategiske overvejelser og konstruktive konfliktløsninger. Ledelse findes mange steder i hverdagen, og man har også som uddannelseslæge mulighed for at "lede op ad". Det fik vi prøvet i flok, da vi var flere yngre læger på tværs af specialer som gik i konstruktiv dialog med afdelingen for at styrke vores uddannelse. Vores fokus var flere ambulatoriedage med udgangspunkt i vores målbeskrivelser. Det havde en effekt dengang, og vi skal konstant holde fast i, italesætte og insistere på vores uddannelse.

Hvis du tager initiativ, så vær godt forberedt. Overvej samtidig, hvad du ville gøre som leder, hvis du fik den samme henvendelse. Det kan være fint at reflektere over, hvordan det er at sidde på hver sin side af bordet. Du kommer med stor sandsynlighed selv til at være leder på et tidspunkt.

Dyrk fagligheden

At have noget ved siden af hoveduddannelsen har holdt mig oppe på trods af "nedture". Jeg søgte fagligt fællesskab i DSAM's interessefællesskab Grøn Praksis og fik afløb for min nysgerrighed i Forskningsenheden for Almen Praksis. Den sidste tilknytning gjorde, at jeg gik ned i tid i klinikken. Det var noget, jeg måtte søge tilladelse til hos alle cheflæger på kommende hospitalsafdelinger og hos min fase 2-praksis. Det var tidskrævende og lidt usikkert.

Den første afdeling så ikke meningen i det, men jeg fik efter flere forhandlinger lov at gå ned i tid for at kunne forske en dag om ugen. Ændringer kommer sjældent uden en lille kamp. Giv det en chance, og giv ikke op. Det kan virkelig anbefales at engagere sig i noget uden for hoveduddannelsen. Du møder inspirerende kollegaer og ildsjæle, der giver energi til rugbrødsarbejdet. Meld dig ind i FYAM, DSAM eller en af de mange andre gode faglige grupper, og vær med til at sætte et præg på retningen.

Fagligheden dyrkes også i almen praksis. Med mine erfaringer kan jeg kun anbefale at søge hoveduddannelse uden for de større byer. Du får en solid uddannelse i multisygdom, polyfarmaci, kræftpakker, palliation, men også i diagnostik, opfølgning og medicinjustering for kroniske sygdomme. Du bliver både øvet i relationskompetence og diagnostisk tankegang, og du kommer til at se og mærke, hvad kontinuitet betyder for patienter med kroniske sygdomme. Vi hører tit om den demografiske ulighed i sundhed, men vi glemmer at tale om den demografiske ulighed i uddannelsen af kommende praktiserende læger.

Jeg håber, at fremtidens uddannelse sørger for, at forløbene i højere grad bliver en blanding mellem praksisser med høj og lav tæthed af patienter med kroniske sygdomme. Det kommer alle til gavn!

Råd er gratis – brug dem, du kan

Dyrk din faglighed, øv dig på ledelse, find et fællesskab, og brug dine kloge kollegaer i almen praksis og på sygehusene; de vil gerne lære fra sig. Vidderne er åbne, og fagligheden er stor.

Du kan se frem til en god speciallægeuddannelse! ●



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

EN DAG MED ...

Line Gisselmann

Line Gisselmann, praktiserende læge på 13. år i kompagniskabspraksis i Sorø, er begyndt at anvende AI til journalføring.

6:30: Vækkeuret larmer. Jeg er ikke Amenneske. Heldigvis er børnene så store, at de enten klarer sig selv eller er på efterskole. Bliver relativt hurtigt klart til at komme ud ad døren. Bor i Sorø, hvor jeg arbejder. Cykler i dag – fint vejr.

7:15: Åbner lægehuset, laver kaffe og får tjekket lidt indbakke, inden de første kolleger begynder at dukke op. Åbner mit AI tekst-til-tale-hjælpeprogram, som så ligger klar i baggrunden hele dagen. Hyggeligt lige at have lidt tid til småsnak, inden arbejdsdagen begynder.

7:55: Morgenmøde for hele klinikken. Vi samles foran én skærm og gennemgår, hvem der er til stede, og får et overblik over dagens program. Det giver rigtig god mening for os, at alle

lige ved det, hvis der er sygdom, hvis nogen skal til møde, ellers hvis der er mangel på akuttider. Alle tjekker lige ind og ønsker hinanden god dag. Vi er i et større lægehus, hvor vi er to klinikker under samme tag, som samarbejder og deler personale, udstyr, m.v.

8:00: Dagens program starter med patienter kl. 8-9. Jeg starter AI-hjælpeprogrammet til alle konsultationer, men bruger ikke nødvendigvis det notat, den genererer til mig. Hvis det bliver et godt notat uden behov for mange rettelser, kopieres notatet over i journalen. Dejligt ikke at komme bagud fra morgenstunden. Alle notater gemmes i 24 timer i AI-programmet og slettes derefter. Så man kan godt vente med at evaluere et notat til lidt senere på dagen – eller blot bruge det som reminder om konsultationens indhold. Ret praktisk.

9:00: Jeg når lige at få en kop kaffe, inden telefonen begynder at ringe kl. 9. Ofte er der godt tryk på telefonerne. Mange vil gerne tale med en læge. Mange skal egentlig bare have en tid, hvor jeg bedre kan vurdere deres pro-

blem. Mindre opgaver klares telefonisk. Har ikke fundet en god løsning på, hvordan AI kan afhjælpe dagens længste time...

10:15: Efter lidt administration efter telefонтiden er det tid til en formiddagspause for hele klinikken. Frisk kaffe, et stykke brød og hygge med kollegerne.

10:30: På den igen. Resten af formiddagen går med ambulante og akutte patienter. Forsøger at bruge AI-hjælpeprogrammet til de fleste konsultationer. Jeg starter optagelsen, inden jeg henter patienten. Vi oplyser om brug af programmet på vores hjemmeside. Det er et eksternt program, som man logger ind i med MitID og sit eget CRP-nummer. Intet i systemet er personhenførbart. Man angiver ikke navn på patient eller andet, som kan identificere, hvem man har i konsultationen. Man skal lige vænne sig til at kommunikere lidt anderledes i konsultationen, f.eks. skal man være lidt mere eksplicit i sin anamnese: "Du kommer altså i dag, fordi du har haft ondt i maven". Den objektive under-



Line Gisselman i sin konsultation. Foto: privat.

søgelse skal man også vænne sig til at sige højt: ”Nu undersøger jeg dit venstre knæ. Jeg kan se, at det ikke er hævet, og når jeg tester dine ledbånd, virker de helt stabile”. Des bedre man er til at sige ting højt, jo bedre bliver notaterne.

Jeg oplever, at jeg har størst glæde af AI-hjælpeprogrammet, når det er konsultationer med mest ”snak”, f.eks. personer med stress, psykiske problemer, lidt længerevarende forløb. Ved korte akutte konsultationer er det hurtigere for mig at skrive notatet selv. Man skal læse programmets notater igennem, for de er sjældent perfekte. Ofte kommer der helt skæve sætninger eller ord ind.

En fordel ved AI-supporteret journal-skrivning er, at notatet bliver væsentligt mere grundigt og med oplistet plan. Det slår altså de ultrakorte notater med indforståede forkortelser og sparsomt nedskrevne planer. Jeg tænker, det bliver en klar fordel, når patienterne på et tidspunkt får adgang til deres egne notater, eller hvis man bliver involveret i en klage og skal kunne dokumentere et forløb.

12:30: Efter et par årskontroller, vurdering af smerter i bevægeapparatet, kørekortattest, feberbarn, mavesmer-

ter og hududslæt er det blevet tid til frokostpause.

13:00: Supervision af uddannelseslæge. Vi har valgt, at vores uddannelseslæger ikke har AI-hjælpeprogrammet. Det er en lærerig proces at skrive notater om de problemstillinger, de ser. Vi har en KBU for tiden, og vi gennemgår hendes patienter og notater. Hun skriver gode notater og har styr på det kliniske langt hen ad vejen. Vores uddannelseslæge synes også, at vores program-notater er gode, for de er lettere at forstå og med en mere klar plan, så hun lettere kan følge op, hvis hun ser patienten en anden dag.

13:30: Næste patient skal have lavet en generel helbredsattest – enhver læges mareridt... Man kender ofte både patienten og historikken godt, men det tager lang tid at skrive selve attesten. Jeg er begyndt at bruge AI-hjælpeprogrammet til disse konsultationer. Jeg læser anmodningen op for patienten (og dermed for programmet) og beder patienten opsummere sygdomsforløbet, og hvad der er sket indtil nu. På magisk vis laver programmet efterfølgende et fantastisk notat, som let klippes ind i selve attesten! Kæmpe hjælp og vildt tidsbesparen-

de. Sad ofte og lavede disse attester sent om eftermiddagen, for ikke at blive forsinket i løbet af dagen – nu laves de ofte i den afsatte tid i programmet!

14:15: Flere patienter med diverse problemstillinger ses i den næste 1-1½ time.

15:15: Tid til lidt supervision af vores sygeplejersker, som har en del af de ukomplicerede årskontroller. Får også tid til at gøre et indhug i indbakken. Før vi fik AI-hjælpeprogrammet, ville jeg ofte sidde på dette tidspunkt og samle op på notater, som jeg ikke havde fået lavet færdig i løbet af dagen – en træls opgave, som gav dårligere notater, fordi man måske ikke altid lige kunne huske alle detaljer fra konsultationen 5-6 timer tidligere.

16:00: Slipper afsted ca. kl. 16 i dag – skal lige på et sygebesøg på vej hjem. En ældre dement kvinde er terminal. Passes i eget hjem af sin stovte lige så gamle mand. Han er sej, men slidt efterhånden. Prøver at støtte ham i processen. Vi håber, at hun ikke skal lide for længe.

16:30: Kan lige nå hjem og vende, inden jeg har et bestyrelsesmøde i vores lokale idrætsforening. Giver mig god energi at lave frivilligt arbejde; sunde fællesskaber giver et godt og stærkt lokalsamfund!

19:00: Hjem og hjælpe lidt til med aftensmaden. Yngste barn er på efterskole og ældste går i 3.G. Man er jo nærmest overflødig efterhånden – bare køleskabet er fyldt.

21:00: Slapper af i sofaen, svarer på lidt mails, laver lidt mere foreningsarbejde inden sengetid. ●



Fra bonde til almen medicin

Når jeg ser tilbage på mit lægeliv, har mange elementer gjort, at det nu engang blev, som det blev. Når jeg bliver bedt om at finde tre vigtige nedslag, er udvælgelsen dog ikke så svær: mit første møde med almen praksis i form af to eminente tutorlæger, en keynoteforelæsning, der satte ord og følelser på (mine) patienter i almen praksis, og uddannelsesområdet i vores speciale.

Jeg voksede op på et husmandssted (og senere på en gård) i Vestjylland tæt ved havet. Næsten alle i slægten havde været bønder og resten fiskere, så jeg var den første, der "tog realen med" og senere blev student fra Holstebro. Jeg havde og har en hjertearrytmi, så mine forældre gjorde alt for, at jeg skulle følge godt med i skolen, da der nok ikke kom en landmand ud af mig.

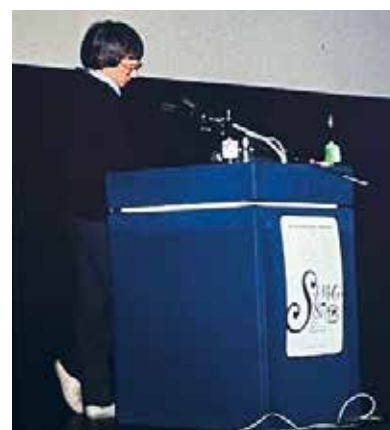
Efter studentereksamen tog jeg et såkaldt "sabbatår". Det indebar dog, at jeg skulle malke 49 køer 2 gange dagligt og også lave meget markarbejde. Det var naturligt for mig at vælge en uddannelse som dyrlæge, og jeg var i en spændende praktik nogle uger hos de lokale dyrlæger. De rådede mig dog til at blive læge, idet der jo aldrig er økonomiske begrænsninger på det område, mens man som dyrlæge ofte mødes af landmandens "til den pris, skal grisen i stedet aflives".

Medicin blev det – på Aarhus Universitet. Det var en stor omvæltning for en bondeknøs som mig. Jeg havde dog forberedt mig; de nederste 50 cm af mit mørkebrune hippiehår var klippet af to dage forinden!

Første nedslag: mødet med almen praksis

Jeg blev læge i 1982. Derefter fulgte 4 år på sygehus. Spændende var det, specielt kirurgien. I 1983 søgte de erfarne yngre læger centralt pga. ny YL-overenskomst. Derfor kunne uerfarne som mig komme til (operations)bordet. Det var vilde ting, vi fik lov til at operere dengang, og vi måtte påtage os et stort klinisk ansvar. Så jeg var lige ved at overveje kirurgien. Jeg har ikke skruet hænderne alt for godt på, så det overraskede mig, at jeg faktisk havde visse evner på området, inkl. den helt nye laparoskopi.

Mit oprindelige lægebillede var dog



Min første præsentation – SIMG-kongressen i Prag, 1987. "Brug af nikotintygggegummi i almen praksis". Tutorlæge Ivar Østergaard var med, men skulle på tur med familien den dag... Så var der jo kun mig!

en praktiserende læge, som f.eks. Peter Skytte i Bøvlingbjerg, så det skulle prøves af. Dengang skulle man søge en praksisreservelægestilling i en bestemt praksis i konkurrence med andre. Jeg ringede frejdigt til en praksis

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.



Jeg arrangerede i september 2004 EURACT-mødet i Aarhus – var selv fotograf.

og bød mig til. Tutorlægen lød ikke specielt begejstret, men jeg kom dog til samtale og fik stillingen hos Frede Olesen og Ivar Østergaard i Galten, vest for Aarhus, fra mandag den 1. september 1986. Torsdag kom jeg hjem til min hustru og fortalte begejstret, at nu var specialevalget 100 % sikkert!

Ivar og Frede var eminente tutorer, og de var begge rollemodeller, jeg kunne spejle mig i. De formåede at holde fokus på den enkelte patient, men samtidigt løfte en problemstilling op i et højere perspektiv. Der blev startet forskningsprojekter og skrevet artikler til aviser og Ugeskriftet, bl.a. blev et ulykkeligt selvmord en kasuistik pga. mistanke om bivirkning af et nyt præparat (som nu står anført i promedicin.dk). Der blev lavet forsøgsordninger med hjemmeplejen og en særlig håndholdt indsats til døende patienter. Og så var de tilmed meget dygtige klinikere; Ivar var en specielt skarp diagnostiker. Dette første halve år i praksis var totalt definerende for mit lægeliv – både for de 34 år i Skødstrup Lægepraksis, men også de øvrige faglige aktiviteter, som fulgte.

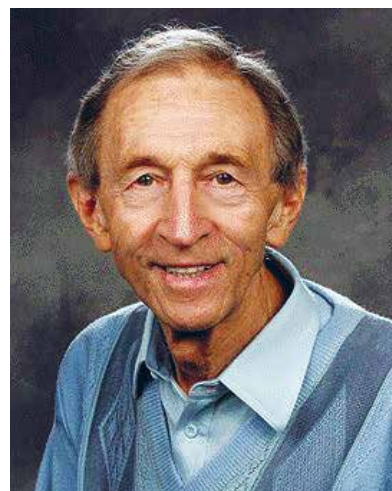
Andet nedslag: en keynoteforelæsning

Min interesse for det internationale

stammer også fra Galten. Nedslaget her er en keynoteforelæsning, som professor Ian McWhinney holdt ved WONCA-kongressen i Wien i 2000: "Being a GP: what it means". Denne "gamle" kollega (73 år dengang – jeg er 71 nu...) anvendte ingen slides, men holdt os alle fangne med sine budskaber, bl.a.

"When I started in practice, the thing that gave me joy was the solving of clinical puzzles, the making of good diagnoses, thus impressing my colleagues. As time went on, I found myself more and more preoccupied with the patients I had come to know. It was their joys and sorrows, their suffering and healing, that moved me. Of course, clinical diagnosis and management did not cease to be crucial; a patient's illness or disability became interwoven with a life story. I came to see medicine as more complex, more context-dependent, more poignant, more a reflection of the human condition".

I hans beskrivelse genkendte jeg, hvad jeg selv havde oplevet om livet i praksis, og i dag ser tilbage på et altid meningsfyldt praksisliv med "mine" patienter. Allerskarpest står dette billede dog i forhold til den relation, der opbygges, når man som læge



Professor Ian McWhinney, 1926-2012.
Kilde: <https://haven.ca/remembering-ian-mcwhinney/>

står til rådighed for en familie i forbindelse med et terminalt forløb; den relation udtynes ikke over tid, heller ikke efter 34 år.

McWhinney omtalte også diagnostikken, og det var helt i tråd med udsagnet fra en anden af mine idoler, norske Per Fugelli, der i slut 80'erne sagde: "Det er en forudsætning for at være terapeutisk henholdende, at man er diagnostisk aggressiv".

Der skal altid være en læge til stede i rummet. Vores patienter har en berettiget forventning om dette. Al-





De nye speciallæger fejres behørigt i Midtjylland – alle får mulighed for at lade sig smage på champagne ved den lejlighed. Her underviser jeg den læge, der så senere købte min praksisandel i Skødstrup Lægepraksis. Foto: privat.

men medicin er mere end et "samtale-speciale".

Tredje nedslag: videreuddannelsesområdet

Tutorlæge Ivar Østergaard havde gødet min interesse for dette område. Da jeg som nyvalgt amtsrepræsentant i DSAM mødte de to kolleger Gorm Jensen fra Glamsbjerg og Lisbeth Errebo-Knudsen fra Horslunde til vores første møde, blev det starten på en livslang passion for uddannelsen i det bedste af alle specialer. Vi fik opbygget et landsdækkende netværk af uddannelseskoordinatorer inden for almen medicin. Det drev en dynamisk udvikling af uddannelsen, så vi sammen kunne løfte kvaliteten på tværs af amter. Almen medicin blev et speciale i 1994 – takket være Frede Olesen m.fl.

Vi fik skabt en speciallægeuddannelse på 3,5 år, som i 2003 blev 5-årig, men nok vigtigst af alt lykkedes det at skabe og fastholde et engageret tutorlægekorps, der som rollemodeller og undervisere var og er helt afgørende for uddannelsens kvalitet.

Med reformen af speciallægeuddannelserne i 2003 (hvor vi fik postgraduate kliniske lektorer i alle specialer) var det godt at se, at almen medicin var med helt forrest på grund af det årelange samarbejde, som var startet af Gorm og Lisbeth.

Jeg var så privilegeret (læs: bl.a. støtte fra kollegerne i Skødstrup Lægepraksis), at jeg kunne være en del af dette i næsten alle mine praksisår. Jeg blev lektor ved Aarhus Universitet, og vi havde i Region Midtjylland en meget stabil gruppe af koordina-

torer, der bar specialeuddannelsen frem. Fantastiske kolleger, der altid havde ja-hatten på, så nye muligheder kunne afsøges. At arbejde sammen med dette team har været noget af det mest givende faglige arbejde, jeg har haft ud over det kliniske – og sjovt har det været.

Det skal tilføjes, at vi først i Aarhus Amt og siden i Region Midtjylland fik meget frie rammer fra embedsmænd på det administrative niveau. De har tilmed bidraget til kreativitet og udvikling.

Den helt nære uddannelse i vores egen praksis har også altid været inspirerende. Vi har haft over 100 uddannelseslæger ansat. De har bidraget til dynamikken i huset og har holdt os andre skarpe.

Yderligere fik jeg lov til at være dansk repræsentant i uddannelsesnetværket EURACT i godt 20 år, hvorved vi fra dansk side har bidraget til uddannelse af kolleger i andre lande og også har fået noget tilbage til den danske uddannelse. Mødet med disse europæiske kolleger har givet mig et blik for vores ret privilegerede betingelser i Danmark, og det har skabt venskaber på tværs af landegrænserne.

Når jeg skal sammenfatte refleksionerne, bliver det dog patienterne og relationen til dem, som fylder aller mest. På det seneste har enkelte patienter – eller patientsituationer – jævnlige optrædt i mine drømme. Og der er ikke tale om mareridt! ●

PRACTICUS PODCAST

Hør flere af Roars beretninger i Practicus Podcasten "Portræt af en praktiserende læge".





GRØNT TIP

Grøn 
praksis

Medicinforbrug

Polyfarmaci

I 2025 fik 18 pct. af danskerne mindst fem slags medicin på recept inden for et halvt år. Polyfarmaci er stærkt associeret med større risiko for behandling med uhensigtsmæssige lægemidler, nedsat compliance og en øget risiko for interaktioner og bivirkninger, herunder fald i hjemmet og dermed lægemiddelrelaterede hospitalsindlæggelser og skadestuebesøg.

Klimaaftryk

Mindst 25 pct. af sundhedsvæsenets klimaaftryk stammer fra lægemidler,

og almen praksis ordinerer ca. 90 pct. af alle lægemidler i Danmark. På globalt plan bruges omkring 100.000 tons medicin årligt.

Medicinrester

Lægemidler er en ressource, vi kan blive bedre til at håndtere. I 2022 fik danske apoteker indleveret lægemidler til destruktion svarende til en værdi på 410 mio. kr. Desuden er produktion og afskaffelse af lægemidler ikke kun en klimabelastning. Lægemiddelrester i miljøet, såsom vores hav, kan skade mennesker, dyr og natur.

Revurdering

Som læger skal vi ikke blot være gode til at vurdere, om vi skal starte en lægemiddelbehandling. Vi skal være lige så gode til løbende at revurdere, om den aktuelle lægemiddelbehandling fortsat er hensigtsmæssig. Derfor anbefaler vi, at man allerede ved påbegyndelse af lægemiddelbehandlingen tager stilling til, hvornår behandling skal stoppes eller revurderes, og aftaler dette med patienten. ●



Foto: Colourbox.

**OVERVEJELSER INDEN
START AF FARMAKOLOGISK
BEHANDLING**

- Er den medicinske behandling af kortere eller længere varighed?
- Hvad forventer lægen sig af den? Hvad forventer patienten?
- Er det livsvigtig, forebyggende eller symptomatisk behandling?
- Hvornår forventes en effekt? Vil den kunne mærkes eller måles?
- Hvilke bivirkninger skal patienten reagere på?
- Hvornår skal behandlingen revurderes?

Kilde: DSAM's
vejledning om
Afmedicinering.



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



Trivsel i praksis: Vi skaber løsninger sammen med jer

Hvordan sikrer vi arbejdsglæden hos uddannelseslæger i almen medicin? Og hvordan får vi i fællesskab hverdagen i praksis og hospitalsblok til at hænge bedre sammen – også når det går stærkt, og læringskurven er stejl?

FYAM-kampagnen i 2026 sætter fokus på “Trivsel i praksis” og tager udgangspunkt i FYAM-undersøgelsen fra 2025. Undersøgelsen viser heldigvis, at de fleste af os trives, men der er også helt konkrete steder, hvor vi kan sætte ind med forbedringer.

Session på DSAM's årsmøde

På DSAM's årsmøde inviterede vi FYAM-medlemmerne ind i arbejdet med udviklingen af kampagnen. Og

de bidrog med masser af idéer, som nu kommer tilbage til fællesskabet.

I sessionen præsenterede vi FYAM-undersøgelsens hovedresultater og kampagnens delelementer. Dertil gennemgik vi de fire overordnede TIPS, som FYAM anbefaler til alle uddannelseslæger i almen medicin, og som kampagnen er bygget op omkring.

Som en del af sessionen afholdt vi en workshop, hvor vi bad deltagerne udfylde Post-its med forslag til FYAM's videre arbejde med de fire TIPS. Vi bad



Deltagerne til sessionen “Arbejdsglæde for uddannelseslæger” ved DSAM's årsmøde 2025. Foto: privat.

deltagerne forholde sig til ting, som de selv kunne gøre, men også til ting, som tutorlærerne og de faglige organisationer (f.eks. DSAM eller YL) kunne gøre. Vi har efterfølgende tematiseret og samlet de mange input til fælles inspiration for hele DSAM.

TEMAER FOR ARBEJDET MED DE FIRE TIPS

TIP 1: Tryk start – forventninger, rammer og introduktion er essentielt for god trivsel.

Det mest markante input var behovet for en god start i uddannelsesstillingerne; ikke kun med faglige mål, men også med fokus på menneskelige behov. Tryghed kræver forudsigelighed. Derfor foreslog medlemmerne:

- Fast punkt i introsamtalen om læringsbehov og personlige præferencer
- Refleksionsark til egen forventningsafstemning: "Hvad har jeg brug for, hvis jeg skal lykkes her?"
- Samtale før start på ny afdeling i hospitalsblokken, evt. som fremrykning af introsamtalen.
- Tydelige strukturer for praktiske forhold: pendling, mødetider, sociale arrangementer.

TIP 2: Vi skal hjælpe hinanden – understøttelse af kollegialitet og netværk

Ingen skal føle sig alene i et uddannelsesforløb, der i sig selv kræver meget af én – både fagligt og menneskeligt. Det sociale og faglige fællesskab fylder enormt i trivslen. Ved workshoppen kredsede medlemmerne om:

- Ønske om gruppebaseret og kollegial supervision
- Netværksmøder for HU-læger på tværs af afdelinger under hospitalsdelen
- Kontaktlister til andre uddannelseslæger ved introduktionen for at kunne skabe netværk
- Ensartet rækkefølge i hospitalsblokken, så man følges med et kendt hold

- Støtte til deltagelse i DSAM's årsmøde og nordiske kongresser mindst én gang i HU for at blive en større del af det faglige fællesskab.

TIP 3: Hverdagen – tæthed, struktur og små handlinger

Den gode relation skaber tryghed, som er en forudsætning for læring. Flere medlemmer satte ord på, hvor meget de små (be)greb betyder:

- Tutor skal følge op, hvis uddannelseslægen trækker sig eller hænger efter
- Hospitalsafdelingerne bør have faste frokosttidspunkter – og vi skal spise sammen
- Ønske om støttende værktøjer til effektiv kommunikation og prioritering i konsultationerne, f.eks. AI-værktøjer og flere kurser i konsultationsprocessen
- Klare rammer for administrations- og patientantal.

TIP 4: Energien skal med på arbejdet

Trivsel handler ikke kun om at undgå belastning, men også om at prioritere det, der lader os op. Som en deltager skrev: "Når jeg får lov at være læge – så trives jeg!". Herunder eksempler på, hvordan man kan få mere energi i arbejdslivet:

- Ønske om fokus på, hvilke opgaver der giver energi og motivation for den enkelte uddannelseslæge
- Tidlig oplæring i konsultationsarbejdet for medicinstuderende, så "lægerollen" hurtigt bliver virkelighed
- Fokus på at bruge den enkelte uddannelseslæges kompetencer
- Fælles sprog for motivation: Hvad tænder gnisten hos dig?

Fra Post-its til praksis

De mange idéer peger på det samme: Trivsel er et fælles ansvar og noget, der kan styrkes med ganske håndgribelige tiltag. Vi ser nu ind i de næste skridt:



Daniel Staal Nyboe og Malene Nepper klar til workshop med FYAM-medlemmerne. Foto: privat.

- At formidle de fire TIPS bredt til både uddannelseslæger og tutorer
 - At fortsætte arbejdet med konkrete redskaber og anbefalinger
 - At sikre, at trivslen er med hele vejen gennem hoveduddannelsen.
- Vi mener ikke, at trivsel er luksus. Det er fundamentet for god patientbehandling, varig arbejdsglæde og et stærkt almenmedicinsk fag i hele Danmark.

Tak for jeres bidrag – og bliv ved

Sessionen ved DSAM's årsmøde viste, hvad der sker, når fællesskabet tænker sammen: Vi finder løsninger, vi selv tror på. Derfor: Fortsæt med at fortælle os om jeres erfaringer. Både gode og svære. For det er jer, der får praksis til at trives. ●

Har du input? Vil du deltage i arbejdet? Skriv til FYAM på fyam@dsam.dk – vi vil gerne høre fra dig.



Tryghed former dygtige Læger

Om hoveduddannelsen som et uofficielt studie i ledelse, kultur og tryghed – og hvorfor psykologisk tryghed er en forudsætning for faglig udvikling.

Mit første job var på byens lokale kebab- og pizahouse. Jeg var omkring 14 år og meget optaget af at gøre det godt, især hovedregningen, som jeg kæmpede med i et tempo, der ikke kunne honorere den kimende telefon med nye bestillinger og baggrundstæppet af pizzadej, der blev æltet i takt til technomusikken. Vi talte ikke sammen. Vi arbejdede bare. Og efter fyraften i den lille by var der travlt, rigtig travlt. Det

”

Som yngre almenmediciner har jeg lært meget om min egen faglighed og mit eget ståsted ved at se på de mennesker og arbejdspladser, jeg møder. Og ved at se tilbage på de jobs, jeg havde, længe før jeg fik et stetoskop i hånden.

var før Wolt, før swipe på telefonen og dengang en dankortterminal ikke var noget, man nødvendigvis havde. I hvert fald ikke dér, hvor jeg voksede op.

En dag havde de ikke brug for mig mere. Ingen store scener. Ejeren sagde aldrig hvorfor. Jeg spurgte heller ikke. I stilhed forskånedes han mig og sig selv for at udpensle det pinlige faktum, at jeg ikke kunne følge med på bestillinger, Post-its og telefoner – for ikke at tale om det store menukort, hvor en pepperonipizza sommetider hed dét, den var, andre gange nummer 10 eller bare ”det sædvanlige”. Jeg havde sikkert også kostet biksen en 10'er eller 20'er i ny og næ i forkerte byttepenge til kunderne i ren forglemmelse eller travlhed.

I dag ved jeg, hvad der manglede, for at jeg kunne udvikle og lære det, jeg skulle: tryghed.

Ikke al læring kan nedskrives på et kompetencekort

I dag er jeg godt halvvejs i min hoveduddannelse i almen medicin. HU'en har ikke kun været en lægefaglig vi-

dereuddannelse; den har også været et observationsstudie i forskellige ledelsesstile.

Jeg har mødt mange dygtige og generøse kolleger undervejs. Netop derfor bliver det tydeligt, hvor stor betydning kultur og ledelse har for vores mulighed for at lære og udvikle os.

En del af den vigtigste læring i lægelivet kan nemlig ikke sættes på et kompetencekort. Vi forlader sjældent en vagt uden at have lært noget, hvis blot øjnene er åbne for det. Vi får indblik i arbejdspladseres kultur, forskellige tilgange til personaleledelse og organisation og drift af en afdeling. Det kan vi bruge i lederrollen som kommende praktiserende læger.

Ny afdeling – ny kultur

Hver afdeling har sin tone. Sin måde at tale på. Sin måde at skabe tryghed på. Heldigvis oplever jeg de fleste steder en høj grad af hjælpsomhed og kollegialitet, men forskellene er lærerige. Kulturen har betydning for, om man føler sig tryk ved at stille spørgsmål og bringe sin faglighed i spil, og hvordan samarbejdet med andre fag-

grupper udspiller sig. Under hoveduddannelsen i almen medicin er det én af de mere uskrevne ikke-faglige kompetencer, der skal tillæres og navigeres i over en periode.

Måske derfor er jeg med årene begyndt at lægge mere mærke til, hvordan tryghed skabes. Som yngre almenmedicinere har jeg lært meget om min egen faglighed og mit eget ståsted ved at se på de mennesker og arbejdspladser, jeg møder. Og ved at se tilbage på de jobs, jeg havde, længe før jeg fik et stetoskop i hånden.

En dobbeltrolle: under uddannelse og erfaren læge

“Hvad vil du læringsmæssigt have fokus på i dagens vagt?”

Sådan spurgte min bagvagt for nylig ved tavlemødet, da vi ud på eftermiddagen mødte ind til endnu en travl 18-timers vagt.

Mit svar var nogenlunde dette: Jeg vil bare gerne have lov til at holde fokus på at gøre mit arbejde godt, hvis det er okay.

For ærligt talt kan det være svært at være i det læringsparate hjørne hver dag, når arbejdslivet rummer meget vagtarbejde og en central rolle på vagtholdet. Samtidig er det netop i det ansvar, at en stor del af den professionelle udvikling ligger. Vi kender efterhånden hinanden, bagvagten og jeg, så jeg var tryk ved at give mit ærlige svar den dag – at jeg bare gerne ville godt igennem de næste 18 timers maraton uden at skulle forpligte mig ud over at lave godt lægearbejde.

Som HU-læge er man på én gang ny, erfaren og på besøg. Man går ind i kulturen, ser sig omkring, spørger og

lærer nyt. Samtidig er man indimellem den i en vagt, der er mest rutineret i en bestemt patientgruppe. Den, hvor bagvagten efterspørger din almenmedicinske ekspertise.

Tryghed er en forudsætning for læring og mod

Efter oplevelsen med mit første job arvede jeg min storebrors stilling på byens grillbar. I sveden fra frituregryden voksede min selvtillid. Her var der pludselig hverken problemer med hovedregning eller tryghed. Min chef, en ingeniør, der var kommet til Danmark fra Pakistan engang i 70'erne for at arbejde, havde forelsket sig, og så er resten historie. Han blev mit første møde med god ledelse. En fast klippe, der med tillid og tiltro formåede at opbygge de unge mennesker, han havde ansat. En slags mentor, som jeg stadig tænker tilbage på med varme. Siden er mange jobs kommet til både før, under og efter studiet. Alle har givet stor indsigt i forskellige arbejdspladser, ledelsesformer og egne udviklingsmuligheder.

Som yngre læger er vi heldigvis mestre i at skifte job. Det gør vi under HU'en i almen medicin hvert halve år, mens vi sparrer med vores andre akademikervenner, som fejrer 5- og 10-årsjubilæer på samme arbejdsplads, tager ledelses- eller projektlederuddannelser på arbejdet og efterhånden overvejer næste karriereskridt.

Bevægelse og udvikling er i hvert fald sikret som HU-læge. Når jeg en dag leder mit eget team, håber jeg, at jeg husker mine erfaringer fra HU-årene. At tryghed

”

Tryghed frigør faglighed og får os til at præstere vores bedste. Det gælder alle brancher.

frigør faglighed og får os til at præstere vores bedste. Det gælder alle brancher.

I et speciale, hvor vi ønsker stærke faglige fællesskaber, er det værd løbende at interessere sig for de rammer, vi lærer og arbejder i.

FYAM lancerer lige nu en trivselskampagne med fokus på, hvad der fremmer den enkeltes trivsel og danner et sundt fundament for arbejdslivet i almen praksis.

Tryghed er nemlig forudsætningen for, at vi som mennesker kan udvikle os, præstere vores bedste og have det godt undervejs. Når vi uddanner dygtige speciallæger, skal vi derfor interessere os lige så meget for kulturen på vores arbejdspladser, som vi gør for læringsmål og faglighed.

For tryghed former dygtige læger. ●

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





Fra Nuuk til Danmark: Når rammerne former behandlingen

Medicinstuderende Anna-Sophia Alexandrov har haft et 8-ugers udvekslingsophold på Dronnings Ingrid's Sundhedscenter i Nuuk.

Inden mit ophold i Nuuk var jeg spændt på at opleve det grønlandske sundhedsvæsen. Jeg havde hørt, at arbejdet foregår under særlige forhold med sproglige barrierer, kulturelle forskelle, anderledes ventetidsstrukturer og store geografiske afstande. Jeg så frem til at arbejde i en almen praksis, der adskilte sig væsentligt fra det, jeg kendte.

Selvom de strukturelle forskelle kan være tydelige, var min vigtigste erkendelse enkel: Uanset hvor man befinder sig, bygger god klinisk praksis på at møde patienten som et helt menneske og tilpasse behandlingen derefter.

Sejlturen til lægen

En dag mødte jeg en ældre herre med et udbredt eksem. Den kliniske vurde-

ring var ukompliceret. Behandlingen fulgte standarden med Locoid og fedtcreme. For at undgå medicinspild udleveres medicin i Grønland kun i den mængde, der er nødvendig for det aktuelle forløb, så planen var at sende ham hjem med én pakning af hver. Under samtalen kom det frem, at han havde sejlet til Nuuk og skulle hjem igen dagen efter, og at det ofte ikke var så enkelt at få medicin i hans lokalområde, hvor der kun var adgang til et sundhedscenter. Han tog derfor kun til Nuuk, når symptomerne blev uudholdelige.

Denne indsigt ændrede tilgangen. Fokus skiftede til forebyggelse og tidlig håndtering af udbrud, og han fik flere pakninger med hjem, så han kunne håndtere symptomerne fremover. Casen blev en påmindelse om, hvordan forståelse for patientens hverdag og vilkår kan være afgørende for, at behandlingen lykkes.

Fra erfaring til praksis

Når man arbejder i en helt anden geografisk og kulturel kontekst, bliver kontrasterne mellem patient og be-

handler tydelige på en måde, der sjældent opleves herhjemme. Man tager sig tid til at forstå kulturen og samskudsstrukturen og overveje, hvordan disse påvirker patientens muligheder og behov.

Lignende kontraster findes også i Danmark. Til dagligt møder vi patienter, der nylig er flyttet hertil, eller som har en anden sygdomsforståelse og andre erfaringer, der adskiller sig fra vores egne. Som kommende læge minder det en om, at de ekstra spørgsmål, man stiller for at forstå patientens livsvilkår, ofte er nøglen til mere målrettet og effektiv behandling. ●





Almen praksis er mere end en leverandør

Når politikere og økonomer diskuterer sundhedsreformen, fremføres det ofte, at målet er et "normaliseret leverandørforhold" mellem almen praksis og det øvrige samfund. Den synsvinkel er både forfladiget og fejlagtig. Den afslører en fundamental mangel på indsigt i almen praksis' egentlige nytteværdi og natur. Det er dybt bekymrende, at netop denne logik præger det skæbneår, vi er i, før reformen implementeres i 2027.

Kvalitet er ikke kun en hitrate

Man kunne fristes til udelukkende at vurdere almen praksis på evnen til at "fange" alvorlig sygdom, f.eks. via kræftpakkeforløb. En nylig analyse i Practicus viste, at cirka 10 % af de henviste ved mistanke om alvorlig sygdom havde kræft, mens yderligere 5 % led af andre alvorlige kroniske lidelser.

En nærliggende tolkning er, at en succesrate på 10-15 % er målet – at vi

blot skal "levere" de rigtige patienter videre. Men logikken er unuanceret. Hurtig opsporing er ikke den eneste værdi. De lidelser, der fanges i en kræftpakke, ville ofte være diagnosticeret få uger senere, fordi patienten har en tæt relation til sin læge og vender tilbage, hvis symptomerne ikke forsvinder. Relationel kontinuitet er sikkerhedsnettet, der fanger det, som screeningen misser.

Kontinuitet og det kvalificerede fravalg

Et mål for almen praksis er naturligvis tidlig diagnostik, men et mindst lige så vigtigt mål er at ruste patienten til at håndtere diagnosen og det efterfølgende behandlingsforløb.

Jeg har haft patienter med uspecifikke symptomer, der blev henvist sent, men helbredt. Andre blev diagnosticeret øjeblikkeligt, men kunne ikke reddes. I begge tilfælde var min vigtigste opgave min tilgængelighed; at tilbyde kontinuitet før, un-

der og efter de lidelsesfulde sygehusophold. I intet tilfælde var jeg blot en "leverandør".

Som praktiserende læge skal jeg udvise omhu, men først og fremmest tilbyde den kompetente nærhed, der gør det muligt at efterleve lægeløftet om at "trøste, lindre, stundom helbrede og aldrig skade". Mindst lige så vigtigt er de mange patienter, hvor min kompetence netop består i ikke at henvise.

Sundhedsreformens vigtigste opgave er ikke at strømline en leverandørkæde, men at sikre rammerne for, at almen praksis fortsat kan udøve sin kerneopgave: tilgængelighed, kontinuitet og kompetence. ●



Jeg er ramt af demens

Demens er en frygtet tilstand, der fylder mere og mere: i den offentlige debat, fagligt i lægestanden, i almen praksis og på det private plan.

Jeg har en god ven, der – efter en accelererende symptomudvikling over få år – i skrivende stund er døende på et plejehjem, og som ikke mere kan genkende sin kone og teenagedatter.

Jeg har en anden god ven, hvis kone er dement, men langsomt progredierende over mange år. Hun mister nu let orienteringen, kan ikke finde toiletet i en 4-værelses ferielejlighed og bliver vred, når hun tilrettevises. Han går i en pårørendegruppe, hvor de bl.a.

er enige om, at “det altid er for sent, når de kommer på plejehjem”. Han selv tænker tit: “Det er bedst, hvis vi bare er os 2!” Han, der er i pensionsalderen, går stadig på arbejde – det

er en balance mellem at få lidt tid for sig selv og risikoen ved at lade hende alene.

Min tunghøre og fysisk svækkede svigerfars kone er også blevet hurtigt hukommelsessvækket og har mistet balance og orienteringssans. Parret kan ikke længere passe huset og sig selv trods maksimal hjemmehjælp, men de nægter at flytte i en beskyttet bolig endsige på plejehjem.

Som plejehjemslæge har jeg oplevet, hvordan en forvirret kvinde stak af og hjem til sin endnu ikke afhængede lejlighed, hvor behjælpelige naboer og pårørende forventede, at jeg indlagde hende på tvang; men det var ikke muligt – og er det sjældent – da udsigten til, at behandling vil bedre i tilstanden, ikke eksisterer, hvilket er en forudsætning for at lave gule papirer. Så hvad gør man, hvis den demente ikke vil indlægges, ikke vil flytte på plejehjem og ikke kan klare sig trods omfattende hjemmepleje?

Jeg taler for tiden med patienter, der er vidne til en forælders eller en samlevers langsomme opløsning. Bekymringerne og sorgen kan være overvældende og presset ved at skulle passe sit arbejde meget tungt. Man kan ikke som ved barns 1.- og 2. sygedag begære fridage for at tage sig af sin syge mor eller kone, og det er ikke alle arbejdspladser, der er forstående. Man kan søge plejeorlov, men det gælder kun i den sidste fase. Det er først, når presset bliver ubærligt, og sammenbruddet sker, at sygemeldingen anerkendes, og jeg som læge er berettiget til at lave en lægeerklæring.

Kommunen kan stille sig til rådighed med hyppige besøg, hvilket dog ofte kræver, at demensdiagnosen er stillet via en hukommelsesklinik, selv om symptomerne er åbenlyse. Hvis den demente ikke modsætter sig demensudredning, er ventetiderne endnu en barriere.

I den offentlige samtale og i fagli-



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



Illustration: Mireille Lacroix

”

Man kan ikke som ved barns 1.- og 2. sygedag begære fridage for at tage sig af sin syge mor eller kone, og det er ikke alle arbejdspladser, der er forstående.

ge kredse er der en tro på, at medicin er, eller snart bliver, løsningen. De eksisterende demensmidler har minimale klinisk mærkbare effekter; det er i al fald erfaringen blandt plejehjemsleger og -personale.

Håbet om at finde midler, der kan

forhindre demens, har lange udsigter. For nylig afviste Medicinrådet helt berettiget at anbefale lægemidlet Lecanemab til behandling af de tidlige stadier af Alzheimers sygdom. Midlet er et anti-amyloid, der på scanninger reducerer amyloidaflejringer hos patienter med Alzheimers, men som har meget lille klinisk effekt på symptomerne. Dertil kommer, at det kræver gentagne scanninger i behandlingsforløbet for at undgå bivirkninger; ressourcer der skal tages fra andre i et trængt sundhedsvæsen. Godt gået af Medicinrådet, der med beslutningen trodser både Alzheimerforeningen og Lægemiddelindustriforeningen (som forventeligt forfølger indtjeningsmuligheder til medlemmerne).

Forhåbningerne til, at medicin kan forebygge eller behandle demens inden for en overskuelig fremtid, min-

der om de forventninger, vi har til, at CO2-fangst kan redde klimaet. I begge tilfælde tages fokus fra de praktiske tiltag, vi faktisk bør gøre for at mindske skaden.

På demensområdet er der fornuftige mennesker i plejesektoren, og der er kommuner, der faktisk yder støtte uden at vente på en diagnostisk udredning, og heldigvis er der arbejdspladser, som udviser fleksibilitet. Jeg er alligevel ramt af demens, fordi jeg føler mig magtesløs. De pårørende kan jeg kun sjældent hjælpe tilstrækkeligt, udredning giver falske håb om virksom behandling, magtfulde patientforeninger og kommercielle interesser styrer, og ressourcerne i det offentlige er for få eller bruges forkert.

Så hvordan kan jeg som praktiserende læge være en god tovholder for mine demente patienter – og ikke mindst deres pårørende? ●



BOGANMELDELSE:

Hvordan får man kloge mennesker til at ændre sig, uden at de føler sig dumme?

En anmeldelse af bogen
“Udvikling med mening –
Feedback, der rykker orga-
nisationer og mennesker”

Hvis ingen tør sige noget, lærer ingen noget. Men måden man siger tingene på kan være skelsættende for modtagerens opfattelse. Bliver jeg kritiseret? Har jeg trådt nogen over tæerne? Hvad skal jeg bruge det til? Det er sådanne tanker, som forkert feedback kan medføre, og det kan endegyldigt resultere i manglende læring, dårligt samarbejde og elendige patientforløb.

Feedback skal ske i trygge rammer

Som læge i almen medicin med erfaring i ledelse og uddannelse, og som én af stemmerne bag FYAM's kampagne "Speciallæge i ledelse", er jeg både nysgerrig og skeptisk, når en bog om le-

delse og organisation havner på mit bord. "Udvikling med mening" overrasker dog positivt ved at sætte feedback i en meget mere psykologi- og relationsbaseret kontekst end de sædvanlige "gode råd" og talrige instrukser.

Bogen bygger på en grundlæggende tese: Feedback rykker kun, hvis den sker i et trygt samspil, hvor modtagerens mindset, relationen mellem parterne og samtalens form er i fokus. Dens hensigt er ikke blot at præsentere teknikker, men at ændre vores forståelse af, hvad feedback egentlig gør – og hvorfor den ofte mislykkes.

Udvikling sker ikke ved at blive rettet, men ved at blive forstået

Forfatterne introducerer en tilgang til feedback, som er funderet i moderne udviklingspsykologi og peger på, at mange traditionelle feedbackformer (f.eks. bedømmelse og korrigerende) ofte skaber modstand frem for udvikling. De viser, hvordan voksne fagper-

soner reagerer på vurdering, usikkerhed og læringskrav, som jo er centralt i vores fag. I stedet opfordrer forfatterne til at møde hinanden med nysgerrighed, psykologisk tryghed og fokus på udvikling frem for vurdering.

Et centralt budskab i bogen er, at feedback først rykker for alvor, når vi forstår, hvordan hinandens mindset former både samtale og relation.

For mig er det relevant at læse sådan en bog, fordi jeg som person ønsker en mere teoretisk baggrund for ledelse og faglig tyngde. Omvendt er jeg helt med på, at denne teoretiske håndbog ikke er for alle, og at nogle måske vil kalde den tung eller tør.

Stor relevans for almen medicin – hvis du vil blive en bedre leder

På overfladen kan bogen virke som typisk ledelseslitteratur for HR-folk eller mellemledere i større organisationer. Men dens pointer har overraskende stor klinisk og professionel relevans,

især for uddannelseslæger, vejledere og kommende lægefaglige ledere.

I klinisk praksis gives feedback konstant – i konsultationer, ved tværfaglige møder, journalgennemgang og i supervision. Mange læger oplever dog, at feedback ikke fører til forbedring, fordi den er dominerende, bedømmende eller utilstrækkeligt nuanceret. Forfatterne adresserer netop dette og foreslår en undersøgende og dialogisk tilgang, som harmonerer med den bedste praksis i klinisk læring.

Ledelse og uddannelse i praksis

Særligt med fokus på speciallægeuddannelsens nyudviklede ledelseskompetencer er det centralt at forstå, hvordan feedback kan bruges til at skabe psykologisk tryghed og læringsrum. Forfatterne ser ikke bare feedback som et værktøj, men som en kultur og en relationel proces. Det er en vigtig pointe for alle, der arbejder med teams eller som leder i komplekse faglige miljøer.

I en praksis, hvor samarbejdet mellem læger, sygeplejersker, sekretærer og andre faggrupper er afgørende for både arbejdsmiljø og patientforløb, giver bogens relationelle tilgang et stærkt korrektiv til den klassiske ”sådan gør vi her”-kultur.

Bogen rammer dermed et felt, som mange kliniske ledelseskurser kun berører overfladisk – netop den følelsesmæssige og identitetsmæssige side af at blive ledt og vurderet.

Et samlet stærkt værk – til de rette personer

”Udvikling med mening” er ikke en lærebog, men den giver et værdifuldt perspektivskifte på, hvordan vi forstår og giver feedback – både i klinisk supervision, teamudvikling og ledelse. For almen medicin er dens største bidrag, at den flytter fokus fra bedømmelse til relation, og det er et skridt i retning af mere meningsfuld klinisk læring og bedre samarbejde.

Bogens fokus på mindset og psykologisk tryghed giver feedback en dybere teoretisk forankring end den praktiske ”gør-sådan”-tilgang, mange af os har set før. Den tilgodeser den enkelte praksis’ kompleksitet, hvor mennesker ikke opfører sig som simple systemer.

Teksten kan give et mere tilgængeligt sprog og en forståelsesramme for ledelse i sundhedsvæsenet, som ofte mangler i traditionelle ledelseskurser. Bogen kræver dog, at læseren selv kan omsætte teorien til praksis – hvilket kan være en styrke for nogle, men en udfordring for andre.

Er man som jeg interesseret i ledelses- og organisationsteori og ønsker at få en bedre samlet kommunikationsværktøjskasse, vil jeg klart anbefale bogen, særligt til læger med interesse for ledelse, uddannelse og organisatorisk udvikling. ●



TITEL: Udvikling med mening – Feedback, der rykker organisationer og mennesker

FORFATTERE: Michael Martini & Caroline Ahlgren Tøttrup

FORLAG: Dansk Psykologisk Forlag
UDGIVELSEÅR: 2025



**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. 279
Frist for artikler: 9. april
Udgivelsesuge: 28, 2026

MANUSKRIPTER SENDES TIL
practicus@dsam.dk

CITAT
Tilladt med kildeangivelse

FORSIDEFOTO
DSAM's nye formandskab
Foto: Annette Gehrs

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

Practicus og DSAM har brug for dig!

Practicus formidler det, der er vigtigt for jer som medlemmer af DSAM. Vi vil gerne have endnu flere stemmer fra hverdagen i almen praksis.

Har du et bud på bedre organisering i klinikken, klogere behandling eller en klinisk erfaring, andre kan lære af? Har du en beretning fra en travl tirsdag, en patienthistorie (anonymiseret), en refleksion over lægelivets vilkår? En boganmeldelse, en oplevelse fra en konference eller måske et stykke poesi fra konsultationsrummet? Et særligt emne, du gerne vil læse om?

Practicus skal afspejle bredden i faget. Det kræver, at flere bidrager. Redaktionen modtager både indlæg og idéer til kommende artikler. Også fra dig. Din stemme er vigtig!

Tilmeld dig DSAM's resourcedatabase

DSAM får i øjeblikket rekordmange anmodninger om at udpege repræsentanter til arbejdsgrupper, kvalitetsarbejde, vejledninger og følgegrupper inden for både det almenmedicinske område og andre specialer. Og det er godt. For det giver os mulighed for at bringe det almenmedicinske perspektiv ind i det politiske maskinrum.

Har du lyst til at bidrage? Så tilmeld dig DSAM's resourcedatabase. Opgaverne er både givende og udfordrende – og du får støtte af DSAM's sekretariat.

Du kan melde dig med angivelse af:

- særlige interesseområder
- kliniske kompetencer
- erfaring fra forskning, kvalitetsarbejde og undervisning
- erfaring fra organisationsarbejde, f.eks. praksiskonsulentarbejde.

Send oplysninger på mail til dsam@dsam.dk. Det er din mulighed for at omsætte klinisk erfaring til faglig indflydelse.

Stil op til DSAM's valg i efteråret

Til efteråret er der valg i DSAM. Hvis du vil have reel indflydelse på udviklingen af almen praksis og detaljerne i sundhedsreformen, er det nu, du skal overveje at stille op.

Arbejdet indebærer bestyrelsesmøder, men også udpegninger til møder i Sundhedsstyrelsen, SundK og andre centrale fora. Du får godtgørelse for den tid, du bruger på møder og rejseaktivitet.

Vi har brug for praktiserende læger, som vil investere tid og tage ansvar for fagets retning. Almen praksis formes af dem, der møder op. Giv dit bidrag – i spalterne, resourcedatabasen eller via DSAM's repræsentantskab.

