

Practicus

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

SEPTEMBER 2025 • 48. ÅRGANG • 276

A photograph of three people standing in a modern interior. On the left is a woman with dark hair wearing a white dress with colorful floral embroidery. In the center is a woman with dark hair pulled back, wearing a dark blue button-down shirt and black trousers. On the right is a man with short brown hair and a beard, wearing a light blue button-down shirt and light-colored trousers. They are all smiling. The background features a modern staircase with white railings and a large, textured tree trunk on the left.

FOKUS PÅ Lovpakke 2b

Indhold

LEDER

- 3 Faget formes af fortællingen
Solvej Videbæk Bueno

DSAM

- 4 Bestyrelsens klumme: Lovpakke 2b
Bolette Friderichsen
- 6 Siden sidst i DSAM:
Sommeren 2025
Mogens Folkmann Andersen
- 8 Ny medredaktør på
vejledningsområdet
Mogens Folkmann Andersen
- 9 Nye vejledninger til dig
Maria Eiholm Frederiksen, Gitte Krogh Madsen, Morten Orth m.fl.
- 12 Nye lægefaglige
specialebeskrivelser på vej
Bolette Friderichsen, Mireille Lacroix
- 14 Deling af journalnotater:
Pligt til at dele – ret til diskretion
Katrine Høgenhaven, Bolette Friderichsen, Karin Zimmer
- 16 Digitale stimulanser:
Hvordan forholder vi os til dem?
Helene Larsson
- 18 Folkemødet 2025:
Sundhed var igen på dagsordenen
Mogens Folkmann Andersen

FORSKNING

- 20 Kontinuitet i almen praksis
– en kerneværdi vi kan miste
Anders Prior, Peter Vedsted
- 22 En overset ulighedsydelse
med stort potentiale
Marie Strøm Zangenberg, Anne Dige Søgaard

LÆGELIV

- 25 Partnerlæge – et alternativ til
ansat speciallæge...
Jette Stagsted Galatius
- 26 Kvinders sundhed i fokus
Malene Nepper
- 28 Positiv sundhed – en vej til
meningsfulde samtaler...
Troels Mengel-Jørgensen

LÆGELIV

- 30 Lægen og præsten: Beretning fra et
symposium med højt til himlen
Gunver Lillevang
- 32 Når troen møder praksis
– kristen og praktiserende læge
Anne Marie Rask
- 34 Når troen møder praksis
– muslim og praktiserende læge
Urfan Ahmed
- 36 Når troen møder praksis
– buddhist og praktiserende læge
Christian Mose-Christensen
- 38 Visionsdag: Almenmedicineren er
specialist i det hele menneske
Christian Mose-Christensen, Signe Uhlenfeldt Græsholm, Kristine Binzer
- 41 Grønt tip: Rejsepolitik
Åsthildur Árnadóttir,
Nanna Holt Jessen
- 42 En dag med ...
Hans Christian Brix Nørgaard

FYAM

- 44 Fra chok til handling
– vores kærlighedserklæring til
almen praksis
Bolette F. Jeppesen
- 46 FYAM-klummen:
Vi taster os væk fra hinanden
Jakob Mathiesen

SAMS

- 48 Kære kommende kollega
Cecilie Skov Petersen

DEBAT

- 49 Tanker fra stolen:
Den øverste lægelige autoritet
Asger Dalmose
- 50 Vedvarende gener efter fødslen
bør behandles bedre
Emma L. M. Smith
- 52 Lægens bogstaver:
Alt for mange ord!
Benny Ehrenreich

ANMELDELSER

- 53 Samarbejds ABC for praktiserende
læger og sognepræster
Gunver Lillevang
- 54 Klima og sundhed
Cees Stavenuiter
- 56 Læger der leder
Thomas B. Purup
- 58 Gentagne spor
Peder Olesgaard

OPSLAG

- 57 Podcast: Vejen til at eje praksis
- 59 KOS2025
- 60 Webinar om afmedicinering



Kontinuitet i almen praksis – en kerneværdi vi kan miste

Lektor Anders Prior og professor Peter Vedsted giver os et forskningsindblik i kontinuitet, som er en veldokumenteret kerneydelse i det almenmedicinske speciale.



Når troen møder praksis

Anne Marie Rask, Urfan Ahmed og Christian Mose-Christensen fortæller, hvad troen betyder for deres virke, og hvordan den manifesterer sig i mødet med patienten.

Faget formes af fortællingen

Jeg kender en klog praktiserende læge, som for et halvt år siden fortalte mig, at ord er magt.

Almen praksis består af en masse teknik – tidsbestillinger, prøver, diagnoser – men rummer i høj grad også dyb menneskelig indsigt. Den tavse viden om et menneskes livsvilkår. Koordineringen, der gør en forskel for patienten med kompleks eller akut sygdom. Relationen, der gør mavefornemnelsen til en faglig grundingrediens. Den uvisiterede adgang for alle. Indgangen til resten af sundhedsvæsenet. Alt det gør os til specialister i det hele menneske, og det kan ikke beskrives i tal og skemaer.

Jeg tror, at vi står stærkt, når vi selv sætter ord på værdien af det arbejde, vi udfører. Også den del, der ikke så let lader sig måle og veje. Hvis vi ikke finder sproget for det, forsvinder det i statistikker og styringsmodeller. Vi har brug for at kunne tale om kontinuitet, relationskompetence og tryk-

hed som kvaliteter på lige fod med blodtryk og blodsukker.

Til alle jer praktiserende læger derude: I gør hver dag en forskel, ikke bare for jeres patienter, men også for jeres kollegaer og for faget som helhed. Den faste læge, som følger sine "egne" patienter gennem årene, er noget særligt. Jeg er yngre læge, og jeg kan sige det uden tøven. I er grunden til, at jeg har valgt almen medicin. Jeg blev drevet mod specialet og en fremtid som praktiserende læge, fordi jeg mødte jer på min vej. I tog jer tid til den ekstra samtale. I viste mig, at sygdom altid må ses i lyset af livet omkring. I skabte klinikker, hvor både faglighed og arbejdsglæde trives.

Almen praksis har udviklet sig massivt gennem tiden. Fremtiden – også den helt nære – bringer reformer, teknologier og nye opgaver. Det kommer vi ikke uden om. Men vi står på et stærkt fundament. Præcis på grund af de menneske-

lige kerneværdier i det almenmedicinske speciale. Lad os blive ved med at synliggøre og italesætte dem. Vi ved, at de er værdifulde. Tal om almen praksis med omtanke og med vægt på de værdier, som gør almen praksis unik. Det skylder vi både patienterne, faget og os selv. ●



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



Lovpakke 2b

– det er da vist en ommer!

Hverdagen i almen praksis er begyndt efter sommerferien. Det er dejligt at møde patienterne igen og komme i omdrejninger med verdens bedste job. Vi har masser af erfaring og en virkelig god uddannelse. Vi kender vores patienter, er effektive, fleksible og bruger hele registret, når vi finder løsninger sammen med patienterne. Der er ikke mange minutter i dagens løb, som ikke er dybt meningsfulde. Dagen flyver afsted.

Men når dagen er slut, rammes jeg af en pludselig tristhed. Jeg gør mig sådan umage med mit arbejde, men mødes af en lovtekst, der signalerer, at jeg skal mistænkeliggøres og tugtes, og min indflydelse på eget arbejdsliv skal reduceres til nogle ligegyldigheder. Myndighederne kan snart bruge løs af en skov af sanktionsmuligheder, for ellers kan samfundet ikke regne med, at jeg leverer. Det er "management by fear". Hvorfor? Forstår man ikke, hvad man er ved at ødelægge? Lovpakke 2b i sin nuværende form vil få alvorlige konsekvenser for faget og for patienterne.

Mange praksislæger og FYAM-læger, jeg kender, ligger vågne om natten med de samme tanker. Nogle bliver rasende og bitre. Jeg håber, at ikke for mange af os går i stykker. Kan vi holde til dette? Eller flygter vi væk fra faget?

Vores særlige kompetencer

Det er fantastisk, at planen er, at vi skal blive 5.000 praksislæger. Vi er også enige i, at sundhedsvæsenet bør være mere nært. Jeg tror, at mange af de ting, som i dag ligger i sygehusambulatorierne, vil kunne løses bedre i almen praksis, men på en anden måde. Vores fag er ikke summen af det, de andre ikke gider. Almen medicin benytter sig af tilgange og kompetencer, der er særligt udviklet i vores speciale, som gør at vi kan være specialister i det generelle: uvisiteret tilgængelighed, kontinuitet, læge-patientrelationen, gate-keeping, overblik over hele patienten og konsultationsprocessen, der effektivt finder en individuel udredning og behandlingsplan.

Sundhedsøkonomerne har faktisk opdaget, at vi er billige og effektive. Sundhedsreformen vil øge antallet af praksislæger, fordi det batter på bundlinjen. Man tror så, at man kan rette den billighed og effektivitet i enhver retning, man politisk/administrativt måtte ønske og kalde det et "almenmedicinsk tilbud". De glemmer, hvad der virker "inde i maskinen". Jeg er ikke i tvivl om, at fjerner man lægens ansvarsfølelse ved at overtage styringen eller underlægge os en fjern chef, så vil en stor del af vores særlige kompetencer gå tabt.

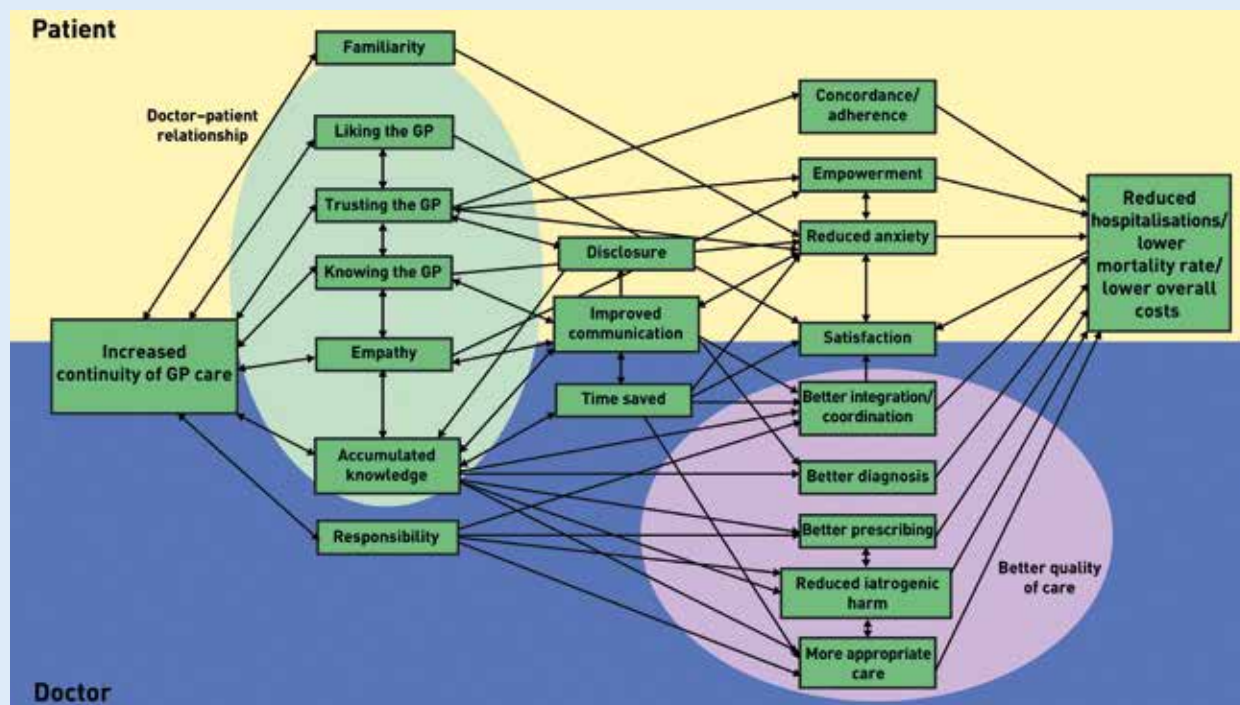
Vælger man at oprette en regions- eller udbudsklinik, er der endda intet krav om, at der skal være en almenmediciner til stede! Det er en hån mod vores speciale og urimeligt over for befolkningen.

Opgavebeskrivelse og sundhedsplan

Ifølge lovpakken skal Sundhedsstyrelsen (SST) udfærdige en almenmedicinsk opgavebeskrivelse. Den består af en basisfunktion, dvs. hvad alle de enkelte almenmedicinske klinikker som minimum skal levere, og en myndighedsrettet del, som regionen skal levere, f.eks. lægevagtsordninger, bostedslæger og plejehjemslæger.

Basisfunktionen er faktisk en god idé, hvis den bliver forvaltet klogt. DSAM sidder med i dette arbejde. Vi har indtryk af, at SST lytter til os og får en del aha-oplevelser: "Nå ja, det er jo det, I laver". Vi havde håbet, at basisfunktionen kunne blive et værn mod ureguleret opgaveglidning, men det viser sig at være umuligt at beskrive vores fag i detaljer på den måde. Så den bliver i ret generelle vendinger.

I et andet rum i SST deltager vi i beskrivelsen af "den nationale sundhedsplan". Hvilke opgaver skal løses hvor? Og hvordan flytter man opgaver? Her må vi forklare forudsætningerne for, at vi kan overtage noget som helst nyt: Opgaven skal være relevant og velbeskrevet, kapaciteten skal være til stede, og rammer og vilkår skal være forhandlet på plads. Også her oplever vi lydhørhed. Men SST lyt-



Flowdiagrammet viser de potentielle positive mekanismer og gavnlige mellemliggende resultater, der forbinder øget kontinuitet i plejen med overordnede positive resultater såsom reduceret dødelighed. Pile viser potentialet for, at én faktor kan føre til en anden. Den nederste halvdel (blå) af diagrammet inkorporerer lægerelaterede faktorer, og den øverste halvdel (gul) patientfaktorer. Kilde: What mechanisms could link GP relational continuity to patient outcomes? Kate Sidaway-Lee m.fl. Br J Gen Pract. 2021; 71 (707): 278-281. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8163455/>

ter også nøje til Danske Regioner og er selvfølgelig underlagt Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Basisfunktionen skal løbende udvikles, efterhånden som sundhedsplanen skrider frem, men det er ikke skrevet ind i loven, at almen praksis også fremover skal deltage. Sundhedsministeren kan tilføje opgaver til opgavebeskrivelsen, og hvis opgaven ikke vurderes "væsentlig", bliver der ikke nogen forhandling. Intetsteds får vi svar på, hvem der skal regne på, om opgaven er væsentlig.

Ifølge lovteksten skal basisfunktionen fastlægges "med det formål, at det almenmedicinske tilbud i højere grad skal afspejle sundhedsvæsenets aktuelle behov." DSAM finder det ødelæggende, at fokus er på systemets behov, og ikke på patienternes. For Danske Regioner er primært sygehus-ejere og ved ikke ret meget om, hvad vi laver. Det kan medføre, at hensynet til sygehusøkonomi og sygehusets arbejdsgange vil fortrænge rent almenmedicinske opgaver. Det vil ramme kerneopgaven og dermed patienterne.

Hvordan lander vi?

Vi behøver et nationalt almenmedicinsk specialeråd, som løbende skal kvalificere opgavebeskrivelsen. SST bør sidde for bordenden, og DSAM, PLO, forskningsenhederne, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening og måske andre relevante aktører skal deltage. Her skal det vurderes, hvilke opgaver der giver faglig mening. Specialerådet

bør understøttes af et almenmedicinsk videnscenter, der kan regne på opgavemængde og tidsforbrug ved omlægninger. De kan vurdere, hvad der er kapacitet til, komme med idéer til klogere sektorsamarbejde og kvalificere andres gode idéer. Det kunne forankres på et universitet, for eksempel i Aarhus.

Når opgaven er prioriteret, velbeskrevet, og der er kapacitet til den, skal den selvfølgelig forhandles mellem aftalepartnere.

På det lokale niveau kan en almenmedicinsk leder være ansat i regi af sundhedsrådene og være sideordnet sygehusdirektørerne. Pågældende formidler det almenmedicinske perspektiv ind i sygehusene og tilser, at basisfunktionen overholdes af lægehusene.

Han har ikke nogen chance for at yde støtte og vejledning til alle lægehuse, og han vil ikke have legitimitet hos lægerne, hvis han er sygehusets mand uden ansvar for egne patienter. Han bør have arbejdsdage i almen praksis og et almenmedicinsk netværk omkring sig, som han kan være koordinator for. Han skal kunne støtte sig op af vores faglige institutioner: KiAP og klyngerne, forskningsenhederne, efteruddannelsen og desuden meget gerne en robust PKO-ordning, der dur, og som bygges klogt op fra starten alle steder. Så kunne vores fag få den vægt og den stemme, som sundhedsvæsenet har brug for. ●



Sommeren 2025: Hvad er der sket?

Sommeren 2025 har været travl. Inden for medieverdenen taler man sommetider om "agurketid" – en periode, hvor nyhedsdækningen traditionelt er lav. Men i DSAM har arbejdet langt fra stået stille, hverken i bestyrelsen eller blandt medarbejderne. Særligt arbejdet med regeringens lovpakke 2b om almen praksis og sundhedsreformen har været en stor opgave.

Høringer

Det politiske arbejde trak ind i sommerferien, og lige op til feriestart blev lovpakke 2b om sundhedsreformen offentliggjort. Den sætter blandt andet fokus på ledelse i almen praksis og opgavefordeling.

Det har givet anledning til grundige læsninger og udarbejdelse af høringssvar hen over sommeren. Lovpakken er vigtig, fordi den i høj grad er med til at definere, hvad almen praksis skal varetage i fremtiden.

Ud over dette har DSAM afgivet en række høringssvar til både lovforslag og bekendtgørelser.

Et af de mest centrale høringssvar vedrører bekendtgørelsen om "den nationale model for fordeling og styring af lægekapaciteter i det almenmedicinske tilbud".

Modellen skal være med til at fastlægge, hvor mange patienter almen praksis skal kunne håndtere. DSAM har bidraget med input og påpeger i sit høringssvar først og fremmest, at modellen ikke kan bruges på klinikniveau. Dertil sikrer modellen ikke i sig selv, at de rette patienter får lægens opmærksomhed. Der er behov for yderligere tiltag – eksempelvis dataunderstøttet overblik på patient- og klinikniveau samt incitamenter, der understøtter, at lægen kan give ekstra tid til patienterne med størst behov, f.eks. i form

af overblikskonsultationer, samtaleterapi og populationsomsorg.

Et andet væsentligt høringssvar handler om etableringen af Digital Sundhed Danmark. Her advarer DSAM om, at initiativet risikerer at underminere de eksisterende lovfæstede garantier for genetiske oplysninger, ligesom det potentielt åbner for adgangen til følsomme sundhedsdata for aktører, som i dag er udelukket – herunder efterretningstjenester.

Pressen

Ikke overraskende har sundhedsreformen også givet anledning til en række pressehenvendelser. Dertil har emner som palliation, børn i mistrivsel og et nedlagt professorat i Region Sjælland fyldt i medie billedet.

Dækningen af sundhedsreformen har blandt andet kredset om lægedækningen i udkantssområder og antallet af patienter i almen praksis. Sagen om professoratet handler mere principielt om prioriteringen af forskning i almen medicin i Region Sjælland, hvor det blev besluttet ikke at forlænge regionens eneste kliniske professorat i almen medicin. Det er et skridt, som er i modstrid med regeringens reformudspil, hvilket DSAM har påpeget i en henvendelse til regionen.

”

Hver gang der er en yngre læge, der ikke kommer ind i faget, så er der 1.600 patienter, der kommer til at stå uden egen læge.



Forskning i almen medicin er afgørende, netop fordi den tager udgangspunkt i de patienter, som praktiserende læger møder i deres daglige virke. DSAM deltog efter sommerferien i et møde med Region Sjælland om fremtiden for forskning inden for almen medicin.

I juli og august 2024 havde DSAM/FYAM omkring 70 presseomtaler. For samme periode i 2025 gælder det, at DSAM/FYAM har været med i langt over 100 omtaler i medierne – alt fra Go' Aften Danmark og P1 på DR til diverse debatindlæg og interviews.

Er sundhedsreformen også for børn?

DSAM har desuden – sammen med de fagvidenskabelige selskaber for henholdsvis børnepsykiaterne og børnelægerne – skrevet et fælles debatindlæg i Sundhedsmonitor med overskriften "Er sundhedsreformen også for børn?"

Udfordringen i det nuværende system er, at det ofte er vanskeligt at hjælpe børn og unge i mistrivsel, da sektorerne ikke kommunikerer effektivt med hinanden. Ofte er underretning det eneste værktøj, almen praksis og børnelæger på hospitalerne har. Men det er ikke altid den rigtige løsning. I mange tilfælde er der i højere grad brug for dialog – eksempelvis mellem læge, PPR og familien. En underretning kan virke unødigt dramatisk.

De tre selskaber efterlyser derfor en form for "rød knap", som lægen kan trykke på, hvis der er behov for at samle flere aktører om et barn eller en ung i mistrivsel – uden nødvendigvis at gå via en indberetning. Dette initiativ vil de tre selskaber arbejde videre med og konkretisere hen over sensommeren og efteråret.

Ud over debatindlægget var DSAM også medarrangør af en debat om emnet under Folkemødet.

Informations- og debatmødet i Aalborg

Fra en løs idé før sommerferien om, at der var brug for et "rum eller sted", hvor der var mulighed for at have den store samtale om almen praksis, og hvor almen praksis var på vej hen set i lyset af regeringens forslag til lovpakke 2b, til pludselig en konkret idé i starten af august, gik det hurtigt. Datoen blev fastsat til den 18. august kl. 17 i Aalborg. Folk kunne deltage fysisk eller online på skærmen derhjemme. Arrangementet blev holdt sammen med Aalborg Universitet (AAU) og FYAM.

Interessen var overvældende. I løbet af knap to uger kom der 1.100 tilmeldinger til online deltagelse og ca. 75 til fysisk deltagelse. Og mange sad flere og kiggede med online. Den store tilslutning vidner om, at I har haft et stort behov for et fagligt rum for information og dialog om lovpakken.

Ud over læger og andre med direkte tilknytning til almen praksis var der også en række politikere, embedsfolk og journalister med bag skærmen, hvor de kunne følge med.

DSAM's formand, Bolette Friderichsen, havde i samarbejde med Kent Kristensen, lektor på Juridisk Institut på AAU, udarbejdet et udkast til program. For netop at vise, at DSAM er det fagvidenskabelige selskab, var det vigtigt at inddrage det videnskabelige miljø, så debatten om lovpakke 2b byggede på et faktuel grundlag.

Mødet bestod af fire oplæg efterfulgt af en paneldebat med mulighed for at stille spørgsmål fra publikum. Panelet bestod af:

- Bolette Friderichsen, formand for DSAM
- Malene Nepper, formand for FYAM
- Niels Ulrich Holm, næstformand i PLO
- Kjeld Møller Pedersen, professor i sundhedsøkonomi, AAU
- Kent Kristensen, lektor, Juridisk Institut, AAU.

De fem paneldeltagere formåede at komme rundt om en lang række problemstillinger i lovpakken – lige fra det mere kringledede juridiske sprog til fremtiden ift. at eje egen klinik og selv være med til at bestemme over den faglige udvikling og hensynet til patienterne. Patienterne kan jo i sidste ende risikere at stå uden fast læge, hvis der er mange læger, der enten vælger at stoppe som praktiserende læger eller slet ikke kommer ind i faget. Som FYAM's formand, Malene Nepper, påpegede: Hver gang der er en yngre læge, der ikke kommer ind i faget, så er der 1.600 patienter, der kommer til at stå uden egen læge.

Den 21. august var der frist for at indsende høringssvar til regeringens lovpakke. DSAM, FYAM, PLO m.fl. har indsendt høringssvar. DSAM's og FYAM's høringssvar kan læses på DSAM's hjemmeside (se boks). DSAM skrev blandt andet i sit høringssvar:

"DSAM anbefaler, at lovforslaget gennemgår en grundig revision med henblik på genfremsættelse."



HØRINGSSVAR FRA DSAM

Se alle DSAM's
høringssvar



HØRINGSSVAR FRA FYAM

Se FYAM's
høringssvar



DEBATMØDE I AALBORG

Se videoer fra mødet



Mens FYAM i sit høringssvar bl.a. skrev :

"Overordnet er vi bekymrede for, at lovpakken vil underminere de praktiserende lægers evne til at levere behandling af høj kvalitet baseret på kontinuitet og patientcentreret tilgang, som er styrken i almen praksis."

Kampagner og debatindlæg

Sideløbende med arrangementet i Aalborg har der været en række andre initiativer fra DSAM, FYAM og PLO ift. lovpakken.

Der har været forskellige interviews i medierne og debatindlæg. Derudover har FYAM ført en kampagne – en kærlighedserklæring til almen praksis – på de sociale medier.

Malene Nepper, FYAM's formand, var medio august med i Go' Aften Danmark og DR P1 sammen med Daniel Sindhøj, der er associeret medlem af DSAM's regionsbestyrelse i Hovedstaden. Her fortalte de om deres bekymringer ift. lovforslaget og var i debat med blandt andet Sophie Løhde. Daniel Sindhøj stod bag et protestbrev

til ministeren om lovforslaget, som 1.400 læger har underskrevet.

Herudover har både DSAM og FYAM haft møder med politikere og embedsmænd fra både regioner og styrelser. Alt sammen med det mål for øje at forklare, hvad vi ser som problemerne ved lovpakke 2b i den form, den så ud, da den blev fremsat af regeringen før sommerferien. ●

Practicus • Nyt om navne

Af: Mogens Folkmann Andersen, presse- og kommunikationsmedarbejder i DSAM - mfa@dsam.dk

Ny medredaktør på vejledningsområdet

Karolina Lewandowska er ansat som medredaktør på vejledningsområdet pr. 15. juni 2025. Stillingen er nyoprettet, og Karolina vil – sammen med Rasmus Køster-Rasmussen (vejledningsredaktør) og Anette Sonne Nielsen (chefkonsulent) – udgøre vejledningsteamet hos DSAM.

Stillingen er på 5 timer ugentligt, og opgaven består i at bistå vejledningsredaktøren med at læse og kommentere udkast til vejledninger samt støtte arbejdsgrupper i at finde de bedste løsninger på almenmedicinske problemstillinger i vejledningsarbejdet.

Karolina er 44 år gammel, special-

læge i almen medicin og har flere års erfaring med arbejde i almen praksis i Region Sjælland. I øjeblikket er hun ansat på femte år i lægehuset Familielægerne Viby Sjælland, som er en delepraksis med et ydernummer.

Hun besidder en lang række faglige og sociale kompetencer, som vil styrke både drift og udvikling i DSAM's vejledningsteam.

Karolina har desuden væsentlig erfaring med at udarbejde vejledninger i DSAM, idet hun har deltaget i arbejdsgrupperne for både "Den ældre skrøbelige patient" og "Afmedicinering".

Derudover er hun medstifter af in-



teressegruppen Grøn Praksis og har været redaktør på bogen "Klima & sundhed", der udkom i maj 2025. Hun sidder endvidere i bestyrelsen for Læger for Klimaet.

Vi glæder os til samarbejdet. ●



NYE VEJLEDNINGER TIL DIG

Practicus sendes denne gang i en sampak med tre nye udgivelser på vejledningsområdet: et redskabsark om vægttabsmedicin, en vejledning om afmedicinering og et FAQta-ark om vitamin B12-mangel. De tre udgivelser præsenteres på de følgende sider.

Vægttabsmedicin i almen praksis

Nyt redskabsark om vægttabsmedicin fremhæver sundhed frem for BMI-værdier, og at behandling kan afslås ved mangel på lægefaglig indikation.

Arbejdsgruppen til vejledningen om "høj vægt" har forfattet et redskabsark om anvendelse af vægttabsmedicin i almen praksis.

Arket gælder for brugen af GLP-1-receptoragonister og kombineret GLP-1/GIP-receptorantagonister.

Vi har valgt, at indikationen for anvendelse af vægttabsmedicin er at øge sundheden, og vi anbefaler at undlade at medikalisere bestemte BMI-værdier. Det kan f.eks. være patienter med hypertension, hjertesvigt eller prædiabetes/type-2 diabetes (se Boks 1 på redskabsarket), der kan have en sundhedseffekt af vægttabsmedicin.

Det er vigtigt for os at pointere, at ved manglende lægefaglig indikation kan der afstås fra behandling trods patientens ønske, også selv om patienten opfylder kriterierne, som er beskrevet på pro.medicin.dk.

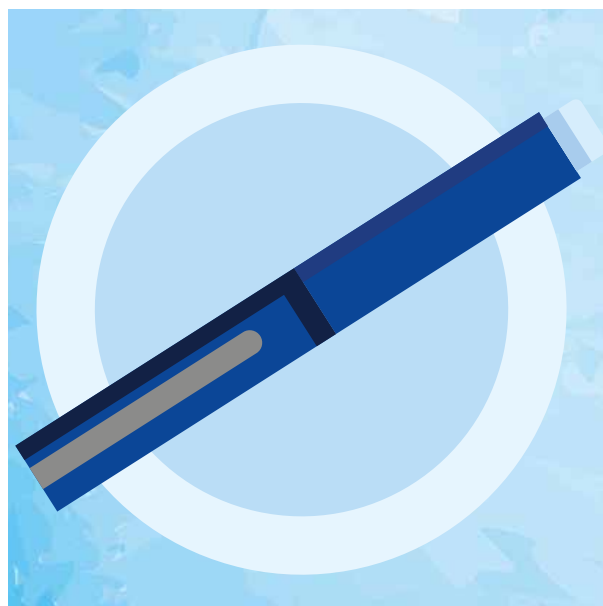
En pointe er, at det er vist i studier, at 10-20 % af patienterne ikke opnår et vægttab på 5 % efter 3 måneder på maksimalt tolerabel dosis, og dette må ses som værende behandlingssvigt.

En anden vigtig pointe er, at studier viser, at forsøgspatienterne gradvist tager på igen, svarende til ca. ½ kg om måneden, efter de er stoppet med vægttabsmedicin, selvom de fortsætter med kalorierestriktion og motion.

Redskabsarket indeholder desuden en gennemgang af absolutte og relative kontraindikationer, bivirkninger og et forslag til patientens forløb i praksis. ●

”

Vi har valgt, at indikationen for anvendelse af vægttabsmedicin er at øge sundheden, og vi anbefaler at undlade at medikalisere bestemte BMI-værdier.





Afmedicinering – en systematisk tilgang

I september 2025 udgiver DSAM vejledningen "Afmedicinering – en systematisk tilgang" for at understøtte praktiserende læger i at reducere uhensigtsmæssigt medicinforbrug, optimere behandling og inddrage patientens ønsker og behov.

Vejledningens struktur

Vejledningen er opdelt i tre dele. Første del omhandler organisatoriske aspekter, tankegangen bag afmedicinering, relevante patientgrupper og tilgængelige ressourcer. Anden del er

mere praksisnær og illustrerer forberedelse op til, dialogen under og opfølgningen efter afmedicinering. Tredje del indeholder to længere patientcases. Vejledningen indeholder ikke kriterier for specifikke terapigrupper, men søger i stedet at understøtte en almenmedicinsk tilgang til revurdering.

Første del: organisatoriske aspekter

Ansvar for afmedicinering ligger primært hos den praktiserende læge, der oftest kender patienten bedst og derfor fungerer som naturlig tovholder. Revurdering og ophør af behandling kræver dog tydelig kommunikation mellem almen praksis og speciallæger i både primær- og sekundærsektoren. Organiseringen af afmedicinering skal tilrettelægges i den enkelte praksis og kan f.eks. inkludere målrettede opsøgende besøg eller en fokuseret indsats over for specifikke patientgrupper, med aktiv involvering af praksispersonale i både opsporing af relevante patienter og opfølgning. Vi angiver en række tilgængelige ressourcer, herunder Seponeringslisten, redskaber til me-

dicingennemgang og spørgeskemaet PREPAIR, som involverer patienterne mere aktivt.

Anden del: Praktisk tilgang

Vejledningens kapitler om forberedelse, konsultation og opfølgning understreger vigtigheden af grundig forberedelse, hvor patientens perspektiv indhentes aktivt, eksempelvis ved brug af PREPAIR-skemaet. I konsultationen bør prioritering af medicinændringer ske i tæt dialog med patienten og eventuelt pårørende. God opfølgning efter afmedicinering omfatter tydelig kommunikation om mulige effekter af behandlingsændringer samt involvering af relevante sundhedspersoner og pårørende for at sikre kontinuitet og tryghed.

En ny retning

Vi håber, at almen praksis vil finde vejledningen anvendelig og inspirerende, og at den vil medvirke til, at revurdering og reduktion af medicinsk behandling bliver en naturlig del af hverdagen i klinikken. Derudover håber vi, at vejledningen vil skabe øget fokus på behovet for at inkludere overvejelser om afmedicinering i fremtidige kliniske guidelines inden for specifikke sygdomsområder. ●





Udredning og behandling af vitamin B12-mangel

Det nye FAQta-ark om udredning og behandling af mangel på vitamin B12 udspringer af vores egne personlige erfaringer med usikkerhed om håndtering af B12-mangel i almen praksis. Vi håber, at anbefalingerne i FAQta-arket vil hjælpe almen praksis i dag til lettere at kunne overskue emnet.

Efter vores pensionering besluttede vi at undersøge, om andre praktiserende læger havde problemer, der mindede om vores. I regi af Forskningsenheden for Almen Praksis i Region Nordjylland indsamlede vi derfor i 2020-2022 data via auditmetoden med journalgennemgang af 287 patienter i behandling med vitamin B12 fra almen praksis i hele landet.

Denne audit viste samstemmende følgende:

1. En stor del af patienterne blev ikke udredt efter de gældende anbefalinger, idet de kliniske symptomer, der udløste blodprøver, sjældent var beskrevet.
 2. B12-mangel syntes mere at være en biokemisk og ikke en klinisk sygdom.
 3. Kontrol efter opstart af behandling bestod primært af blodprøver.
 4. Der var ikke klinisk opfølgning på effekten af B12-behandling.
- Kun 40 % fik taget MMA, hvis B12 var

i grænseområdet, og 79% blev opstartet med B12-behandling på et usikkert grundlag.

Disse resultater blev præsenteret på Nordisk Kongres i Almen medicin i Stavanger i 2022.

På baggrund af disse fund ønskede DSAM, at vi i en tværfaglig gruppe udarbejdede et FAQta-ark om emnet.

Ingen konsensus på området

Efter litteraturgennemgangen måtte vi konstatere, at der hverken er national eller international konsensus om emnet, så FAQta-arket er et resultat af best practice. Analysen af vitamin B12 er desuden behæftet med en vis usikkerhed, og laboratorierne i Danmark bruger forskellige analyseapparater og har ovenikøbet forskellige referenceværdier for B12 diagnostik. Det ville være ønskeligt, at der nationalt kunne opnås enighed om en fælles standard, også i forhold til måling af MMA og autoantistoffer ved mistanke om autoimmun atrofisk gastrit.

En hjælp til almen praksis

I FAQta-arket har vi bestræbt os på at hjælpe almen praksis med, hvor-

når man bør overveje mangel på vitamin B12, hvordan man stiller diagnosen, og hvilke mulige årsager der kan være til mangel på vitamin B12. Forslag til både den initiale behandling og vedligeholdelsesbehandling er beskrevet, og vi pointerer, at kontrollen heraf skal baseres på klinikken og ikke på en blodprøve. Endelig giver vi vores bud på, hvordan man kan prøve at seponere en behandling, der er opstartet på et usikkert grundlag. ●





Nye lægefaglige specialebeskrivelser på vej: DSAM deltager

Sundhedsstyrelsen har igangsat et omfattende arbejde med at udarbejde specialebeskrivelser for hvert af de 39 lægelige specialer i det danske sundhedsvæsen. Formålet er at formulere specialernes kerneopgaver, grænseflader og forventede faglige udvikling i de næste 10-15 år.

Specialebeskrivelserne bliver udarbejdet i tværfaglige arbejdsgrupper, hvor fagfolk fra de enkelte specialer bidrager med kvalificering og konkretisering. Almen medicin har overlap med næsten alle andre specialer. Derfor deltager Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) i arbejdsgruppen for 30 af specialerne.

De nye specialebeskrivelser bliver et vigtigt fundament for fremtidig specialeplanlægning og revision af målbeskrivelserne for speciallægeuddannelserne. Desuden er der fokus på sundhedsreformen, hvor man forventer, at flere

opgaver skal flyttes fra hospital til det nære sundhedsvæsen – både til almen praksis og praktiserende speciallæger. Desuden ønsker man at beskrive den forventede teknologiske udvikling inden for de forskellige specialer.

DSAM's tilgang

DSAM ser arbejdet som en mulighed for at afklare, hvilke opgaver der reelt hører hjemme i almen praksis – og samtidig få stoppet den ukontrollerede opgaveglidning, vi har set i de seneste år. DSAM's repræsentanter redegør i ar-

PRINCIPPER FOR OPGAVEFLYTNING TIL ALMEN PRAKSIS

- Kan opgaven afskaffes, varetages af patienten selv eller varetages bedre af andre uden for almen praksis (f.eks. kommunerne)?
- Giver opgaven mening i forhold til DSAM's pejlemærker?
- Er opgaven almenmedicinsk? Det vil sige: almene, ikke sjældne sygdomme – ikke farlige eller ekstremt dyre behandlinger.
- Er opgaven praktisk gennemførlig i almen praksis i forhold til udstyr, lokaler og mulighed for at rekvirere diagnostiske undersøgelser? Kan den gennemføres i alle geografiske områder af landet?
- Findes den nødvendige kapacitet i almen praksis? Den demografiske udvikling giver et løbende pres, uagtet at der ikke flyttes opgaver.
- Er der brug for det almenmedicinske speciales kernekompetencer: helhedssyn, patientkendskab, kontinuitet og nærhed?
- Accepteres det, at opgaven ikke kan flyttes 1:1? Konsultationen i almen praksis er ikke den samme indholdsmæssigt og tidsmæssigt som en på sygehuset.
- Er samarbejdet og grænseflader velbeskrevet med entydigt behandlingsansvar?
- Findes den nødvendige viden? Er der behov for efteruddannelse eller ændret speciallægeuddannelse i almen medicin for at kunne varetage opgaven?



Illustration: Mireille Lacroix.

bejdsgrupperne for, hvordan special-
let håndteres i almen praksis. Vi løser
ikke opgaverne på samme måde som
på sygehuset. Generalistperspektivet,
patientrelationen, kontinuiteten og
forskellene i sygdomshyppighed og
rammevilkår betyder, at den samme
patient kræver en anden tilgang i al-
men praksis end på hospitalet. Opg-
aver kan ikke flyttes 1:1. For eksempel
kan patienten have andre dagsordner
og andre sygdomme, der fylder mere
ved besøg hos egen læge.

Der er således mange faktorer, man
skal se på før en eventuel opgaveflyt-
ning. DSAM har derfor løbende formu-
leret principper for opgaveflytning (se
boksen). Desuden har vi argumenteret
for et mere entydigt behandlingsan-
svar og et mere ligeværdigt samarbej-
de mellem speciallæger i almen medi-
cin og de øvrige specialer, hvor vi bru-
ger hinandens kompetencer via kon-
ferencer og afskaffer ordet rådgivning.

DSAM har i foråret deltaget i ar-
bejdsgrupper for ortopædi, kardiologi
og endokrinologi. I efteråret har vi ud-
peget DSAM-repræsentanter til yder-
ligere 11 arbejdsgrupper inden for 7
internmedicinske specialer samt neu-
rologi, pædiatri, psykiatri og børne-
og ungdomspsykiatri.

Hvad ser specialerne for sig?

Det mest interessante for os er, hvilke
opgaver specialerne ønsker placeret i
almen praksis:

- Ortopædi ønsker færre henvisnin-
ger og tydeligere afgrænsning af,
hvornår ortopædkirurgien ikke har
et tilbud til patienten.
- Endokrinologi åbner for, at patien-
ter med type 1-diabetes fremover
skal følges i praksis.
- Kardiologi lægger op til, at en stor
del af den ambulante opfølgning
flyttes til det primære sundheds-
væsen.

DSAM er positiv over for at overtage
opgaver, som er reelt almenmedicin-
ske og få en større tovholderrolle. Det
er dog en afgørende forudsætning, at
vi faktisk bliver 5000 praktiserende
læger. Her skal man huske, at de før-
ste godt 700 kommende læger går til
at dække lægemangel og den demo-
grafiske vækst. Først derefter er der
kapacitet til nye opgaver fra sygehu-
sene.

Hvis ikke det tages alvorligt, risi-
kerer vi at fortrænge vores kerneop-
gaver med visitation, diagnostik og
gate-keeping. Det er blandt andet dét,
vi har givet udtryk for i vores kom-
mentarer til Sundhedsstyrelsen ind-
til videre. Fordi: I et sygehusambula-
torium ser vi patienterne komme og
gå, men sygdommene består. I almen
praksis ser vi sygdommene komme og
gå, men patienterne består. ●



Deling af journalnotater fra almen praksis: Pligt til at dele – ret til diskretion

Journalnotater fra almen praksis skal deles med patienter og andre sundhedsfaglige aktører. Men hvordan bevarer vi det fortrolige rum mellem læge og patient?

Fra udgangen af 2026 bliver det et krav, at journalnotater fra almen praksis skal deles med både patienten og relevante sundhedsfaglige aktører i sundhedsvæsenet, eksempelvis hospitalslæger. Baggrunden er blandt andet ønsket om sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer og et EU-direktiv, som skal styrke patientens indsigt i eget forløb og understøtte patientsikkerheden – særligt ved sektorovergange.

En løsning med patienten i centrum

I FYAM, PLO og DSAM har vi været repræsenteret i en arbejdsgruppe, hvor vi sammen med regionerne, IT-chefer og lægepraksissystemleverandører har arbejdet for, at delingen sker med patientens tarv i centrum. Journalnotater er en vigtig brik i den samlede patientjournal, men samtidig er de et udtryk for den fortrolige relation mellem læge og patient. Derfor har det været afgørende for os at sikre, at patienten eller lægen får mulighed for at fravælge deling og privatmarkere, hvis der er personlige eller sociale forhold, der taler for det.

Balance mellem åbenhed og fortrolighed

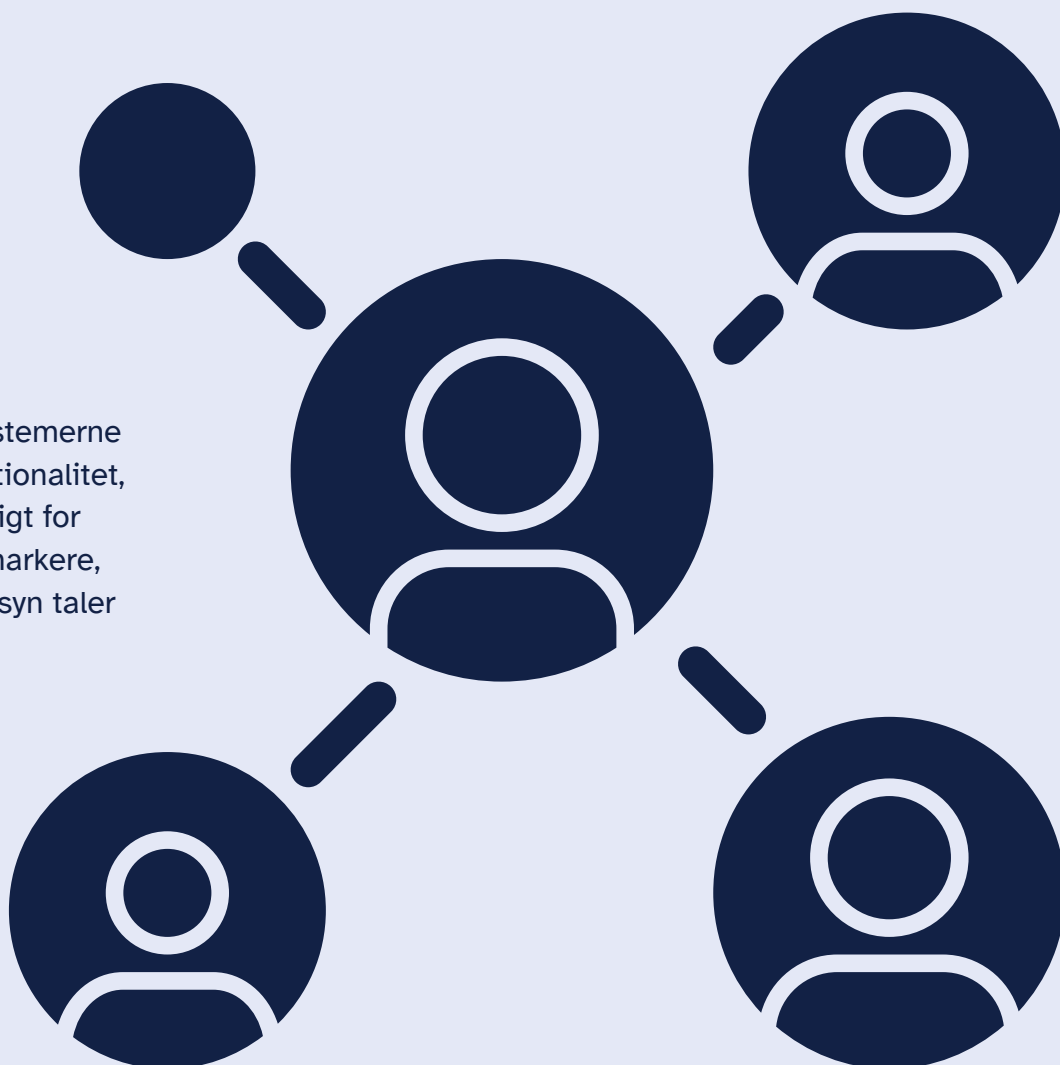
Arbejdsgruppen har drøftet centrale temaer som fortrolighed, afgrænsning af journalnotatets indhold, tidsforbrug i almen praksis, håndtering af historiske notater og tidspunktet for, hvornår et notat bliver synligt for patienten og andre sundhedsfaglige aktører. Delingstidspunktet bliver efter kl. 24. Der bliver mulighed for, at patienten i Min Læge-app og på Sundhed.dk kan frabede sig deling af journaloplysninger. I lægepraksissystemerne udvikles en funktionalitet, som gør det muligt for lægen at privatmarkere, hvis særlige hensyn taler for det. Det er en vigtig balancegang mellem pligten til at dele og retten til diskretion.

HVILKE MULIGHEDER FÅR PATIENTEN?

- Spærre for deling af data fra specifikke sundhedspersoner med autorisation (personspærring).
- Frabede deling af data fra bestemte tidsperioder.
- Frabede deling af data fra et bestemt behandlingssted.

”

I lægepraksissystemerne udvikles en funktionalitet, som gør det muligt for lægen at privatmarkere, hvis særlige hensyn taler for det.



Pilotafrøvning

Der er stillet krav til alle leverandører af lægepraksissystemer om, at de skal udvikle mulighed for, at journalnotater kan privatmarkeres og dermed ikke deles.

For at sikre en løsning, der fungerer i praksis, gennemføres en pilotafrøvning af journaldeling i almen praksis, inden den endelige udrulning den 1. december 2026. Pilotprojektet skal afdække eventuelle udfordringer og give mulighed for nødvendige justeringer af både IT-løsninger og arbejdsgange, inden ordningen gøres landsdækkende.

Hensyn til arbejdsgange i praksis

Vi ved, at deling af journalnotater vil få betydning for hverdagen i almen praksis. Det kan give anledning til fle-

re spørgsmål fra patienter og potentielt mere administrativt arbejde. Derfor er det vigtigt, at løsningen er gennemtænkt og understøtter lægens arbejde – uden at gå på kompromis med kvaliteten i patientkontakten.

Fælles mål om tryghed og transparens

Vi tror på, at vi i fællesskab kan finde en model, der både sikrer transparens og fortsat beskytter det fortrolige rum mellem læge og patient. Vores fælles mål er at skabe et trygt og sammenhængende sundhedsvæsen med patienten i centrum. ●

HVORFOR SKAL JOURNALNOTER DELES?

Med OK-25 har Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN) og Praktiserende Lægers Organisation (PLO) aftalt, at journalnotater fra almen praksis skal deles via sundhed.dk fra udgangen af 2026.

- Patienten får dermed adgang til sine journalnotater, og øvrige sundhedspersoner med behandlingsansvar kan ligeledes tilgå notaterne.
- Formålet er at styrke patientens indsigt i egen sygdomshistorik og øge patientsikkerheden, særligt i overgange mellem sektorer.



DSAM Midtjyllands sommermøde 2025

Digitale stimulanser: Hvordan forholder vi os til dem i almen praksis?

En lun aften i juni samledes omkring 45 almenmedicinere, medlemmer af DSAM og FYAM fra Region Midtjylland, på Signesminde Kro, som ligger nordvest for Silkeborg.

Thomas Purup, formand for DSAM Midtjylland, bød velkommen og introducerede først aftenens emne "Digitale stimulanser – en ny trussel for folkesundheden" og dernæst oplægsholderen, Imran Rashid, tidligere praktiserende læge i Kastrup og forfatter til flere bøger om digitale stimulanser.

Indre og ydre styring

Imran Rashid startede med at gennemgå, hvordan den menneskelige adfærd fungerer. Den er sjældent rationel og påvirkes af et samspil mellem indre styring (følelser, instinkter, vaner) og ydre styring (vilje, refleksion, viden). Denne dynamik udnyttes i dag gennem "psykografiske data", der anvendes til at målrette kommunikation til bestemte grupper på baggrund af livsstil, interesser, vaner og værdier.

Stimulanser og impuls kontrol

Imran Rashid fremhævede, at stimulanser spiller en central rolle for mennesker, og vi går særligt efter dopamin-release. For eksempel responderer en baby med glæde og begejstring på en is og med væmmelse på broccoli. Mennesker søger automatisk mod det, der giver hurtig belønning. Vi får vores dopamin-release fra flere forskellige stimulanser, f.eks. sukker, fedt, nikotin, alkohol, sex, mad og stoffer. Alle disse stimulanser er vanedannende.

Han talte også om impuls kontrol. Det foregår i frontal-lapperne. En veludviklet impuls kontrol er vejen til succes. Ifølge Imran Rashid bør forældrene lære deres børn impuls kontrol i barndommen. At mestre dette har altafgørende betydning for det videre forløb af livet.

Digitalisering og mental fastfood

Efter en kort pause fortsatte Imran Rashid med at fortælle om digitaliseringens rolle i det moderne liv. Her er smartphonen blevet en vigtig platform for dopaminpåvirkning. Den samler vores adfærdsdata – likes, klik og vaner – og anvender dem til at fastholde vores opmærksomhed.

Smartphones er nu en af de største industrier i verden. Det er en industri, der lever af at forudsige og påvirke menneskelig adfærd. Der er penge at tjene på at få folks opmærksomhed. Skærmeksponering sælger, særligt negativt indhold. Men det overbelaster tankeapparatet, for vi bruger konstant ressourcer på ligegyldige ting, f.eks. at slette uvæsentlige mails. Det er mental fastfood. Alt, der sker på skærmen, er stressfremkaldende. Og den tid, vi bruger på skærmen, er ikke planlagt på forhånd.

Værktøj eller stimulans?

Imran Rashid trak flere paralleller mellem tech- og medicinalindustrien. Han fortalte, at scanninger af "TikTok"-hjerner minder om ADHD-hjerner – og at de har samme symptomer.

Han fortalte om sukker-apps (stimulanser), f.eks. spil, sociale medier, scrolling, som alle er afhængighedsska-



På det velbesøgte sommerarrangement i DSAM Midtjylland talte Imran Rashid bl.a. om sukker-apps og gulerods-apps. Foto: Emil Heilmann Lydicksen.

bende, og gulerods-apps (værktøjer), f.eks. lommeregner, bank, redskaber, der ikke på samme måde er afhængighedsskabende.

Hvad kan almen praksis bidrage med?

Flere af DSAM's pejlemærker er i spil på dette område. Det gælder særligt pejlemærke 4: "Vi skaber en dialog, der fremmer sundhed hos den enkelte" og pejlemærke 6: "Vi tager ansvar lokalt, tværfagligt og tværsektorielt".

Almen praksis har unikke kompetencer, som ikke fås via sociale medier eller chatbots. Vi kan tilbyde patienten den personlige samtale med fysisk tilstedeværelse. Vi har den tætte relation og kendskab til patienten. Vi kan se hele patienten, skabe tryghed og styrke patientens handleevne (empowerment).

Interessegruppe om digital sundhed

Aftenen rundede af med spørgsmål fra salen og et lille ind-

læg fra Kamilla Gundersen, FYAM-medlem fra Region Syddanmark. Her er de ved at oprette en interessegruppe under DSAM om digital sundhed, bl.a. så de praktiserende læger kan få noget viden og vejledning om dette emne. Hvis du vil vide mere eller vil deltage i interessegruppen, kan du sende en mail til hende på G.kamilla@hotmail.com. ●

DIGITALE ANBEFALINGER

Som praktiserende læger kan vi oplyse patienterne:

- at risikoen for angst, depression og stress fordobles ved mere end 3 timers daglig skærmtid
- at sort-hvid skærm reducerer stress
- at der er forskel på digitale værktøjer (gulerods-apps) og digitale stimulanser (sukker-apps)
- at man kan hente mere viden på Skærmpolitik.dk.



Folkemødet 2025: Sundhed var igen på dagsordenen

Folkemødet på Bornholm løb endnu engang af stablen i juni. I år stillede DSAM og FYAM igen med et stærkt hold på 12 repræsentanter, otte fra FYAM og fire fra DSAM's bestyrelse, sammen med to fra sekretariatet. Indkvarteringen var fordelt mellem private boliger og Hasle Vandrehjem.

Folkemødet bød på cirka 3.500 debatter – lidt flere end sidste år – og tiltrak formentlig omkring 100.000 besøgende i løbet af de tre dage. Der var med andre ord masser af deltagere i og mange muligheder for at sætte sit aftryk, både i organiserede debatter og ved uformelle møder. DSAM og FYAM var involveret i omkring 25 debatter, hvilket vidner om en markant interesse for almen praksis. DSAM var arrangør eller medarrangør af tre debatter, mens FYAM havde arrangeret én.

Et funky præparat – debatten om Wegovy

Et af de mest omdiskuterede emner var Wegovy – det nye slankemiddel, som over 100.000 danskere allerede har prøvet. Lørdag formiddag diskuterede DSAM's næstformand, Maria Krüger, præparatet med Apotekerfor-

eningens formand, Jesper Gulev, og professor Anton Pottegård fra Syddansk Universitet. Sidstnævnte beskrev Wegovy som "funky" – et udtryk, han brugte for at illustrere, hvordan præparatets udbredelse og anvendelse udfordrer vores tidligere forestillinger om medicinforbrug.

Debatten handlede både om effekter, bivirkninger og de uklare muligheder for at trappe ud af behandlingen. Publikum bidrog engageret med erfaringer og refleksioner. Stemningen var så levende, at debatten snildt kunne have varet længere end de programsatte 45 minutter.

Verdens bedste psykiatri?

Fredag eftermiddag deltog DSAM i en debat om, hvordan vi kan skabe verdens bedste psykiatri. DSAM's psykiatriordfører, Helene Larsson, deltog i et stærkt panel med Anders Kühnau, (formand for Danske Regioner), Christian Harsløf (direktør i KL), Jesper Fisker (formand for Sundhedsstrukturkommissionen og direktør i Kræftens Bekæmpelse) samt Mia Kristina Hansen (formand for SIND – Landsforeningen for psykisk sundhed).

Helene Larsson understregede, at

flere midler er et skridt i den rigtige retning – men langt fra nok. Der er brug for flere læger, som kender deres patienter, og geografien spiller en stor rolle: Bor man i udkantsdanmark, kan afstanden til psykiatriske tilbud være en afgørende barriere for adgang til behandling.

Sundhedsreformen – gælder den også børn og unge?

En anden debat satte fokus på sundhedsreformens betydning for børn og unges mistrivsel. Panelet bestod af Bøllette Friderichsen (formand for DSAM), Simone Markøw (bestyrelsesmedlem, Dansk Pædiatrisk Selskab), Nina Tejs Jørring (forperson, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab) samt to politikere. Diskussionen tog udgangspunkt i casen om drengen Anton, hvor lægerne ønskede at hjælpe – men ikke kunne under de nuværende rammer.

Der var bred enighed i panelet om, at området kræver langt mere opmærksomhed, handling og tværfagligt samarbejde. Det videre arbejde skal blandt andet munde ud i en arbejdsgruppe med deltagere fra de tre selskaber, som kan følge op på de konkrete udfordringer. ●

VOXPOP: Hvad siger deltagerne om Folkemødet?

Umiddelbart efter Folkemødet spurgte Practicus fire deltagere om deres oplevelse af Folkemødet som et socialt og fagligt samlingspunkt.



ANTON POTTEGÅRD, professor ved SDU: Dialog og nye idéer

Jeg er ret ny på Folkemødet (i år var anden gang). Jeg havde mange fordomme, men blev virkelig positivt overrasket. På Folkemødet er alle, høj som lav, åbne for input og dialog. Der er ikke langt fra tanke til samtale, aftale og handling. En af de mest spændende – og højtravende – idéer, jeg har været med til, opstod i snak med en repræsentant fra DSAM. Det har allerede sat nye ting i gang hjemme igen.



HELENE LARSSON, psykiatri-ordfører i DSAM: Meningsfulde samtaler

Det var min første gang på Folkemødet. Stemningen var venlig og afslappet, og det føltes, som om der var kort vej til meningsfulde samtaler. Jeg oplevede stor åbenhed, og det var let at komme i kontakt med beslutnings-

tagere, kolleger og samarbejdspartnere. Jeg fik især meget ud af samværet med folk fra DSAM, FYAM og PLO. Det var både fagligt og personligt givende at lære hinanden bedre at kende i de uformelle rammer. Det gav ny energi og inspiration.



MALENE NEPPER, formand for FYAM: En liveudgave af LinkedIn

Mit første Folkemøde blev en oplevelse, jeg sent vil glemme. Allerede før afrejse havde jeg hørt, at ens første gang er den bedste – og det må jeg give folk ret i! Som FYAM-formand var det inspirerende at være i front, når fremtidens sundhedsvæsen blev debatteret under åben himmel i Allinge. FYAM's kalender var tætpakket. Vi deltog i ni debatter og arrangerede selv en om rekruttering af fremtidens almenmedicinere. Teltet var proppet, stemningen konstruktiv og budskaberne håbefulde – med en tydelig vilje til handling. Regionsrådsformand Lars Gaardhøj sagde, at han gerne tager ansvar for lægedækning i hele Region Øst. Jeg svarede, at FYAM nok skal komme med bud på de løsninger, der virker.

Der var stor interesse for de yngre

almenmedicinere. Som Jonas Egebart, direktør i Sundhedsstyrelsen, sagde i Ugeskrift for Læger: "De er jo fremtiden". Det samme Ugeskrift gav os en forside. Det var stort at mærke anerkendelsen. Folkemødet føltes som en slags liveudgave af LinkedIn – fyldt med både planlagte og spontane møder med politikere, patientforeninger og kolleger. Vi fik skabt relationer, der bliver vigtige i arbejdet med at styrke vores fag.



DANIEL NYBOE, næstformand i FYAM: Vigtige emner til debat

Solskin, sundhed og socialt samvær med gode kolleger. Folkemødet var meget mere, end jeg havde forestillet mig – og jeg følte mig hjemme, selv om jeg aldrig havde været med før. Jeg har aldrig været glad for at tale offentligt, så at planlægge at deltage i fire debatter var noget, jeg virkelig skulle forberede mig på. Men emnerne var for vigtige til at tie: ulighed i sundhed for LGBT-personer, AI i almen praksis, bedre kommunikation med borgerne og behandling af kroniske smerter. Som yngre læger har vi vigtige stemmer, og vi har endelig fået tale-tid. Det forpligter – og inspirerer. ●



Kontinuitet i almen praksis

Spørgsmålet er, om kontinuiteten stadig bør være en kerneydelse, eller om det er et gode, vi ikke længere kan prioritere.

Kontinuitet i almen praksis debatteres for tiden intenst. På den ene side peger mange på, at kontinuiteten i forholdet mellem patient og egen læge er en klassisk værdi, vi skal værne om. På den anden side står udviklingen med digitalisering, større klinikker, lægemangel og en bredere vifte af sundhedsydelse, der trækker mod mere fragmenterede forløb og delegering.

Hvad mener vi med kontinuitet i sundhedsvæsenet?

Kontinuitet indeholder tre elementer (se boksen), der sammen understøtter konsultationsprocessen, at visitere og være gatekeeper, koordinere, kunne håndtere usikkerhed, bruge ti-

den som diagnostisk instrument, prioritere og være en empirisk læge.

De tre elementer læres som speciallæge i almen medicin og doseres både akut og over tid. Mange patienter får pludseligt behov for en særlig sundhedsperson, hvor egen læge bliver helt central i en periode, f.eks. den sygemeldte eller den multisyge ældre, der over lang tid skal have en særlig plads. I almen praksis doseres kontinuitet som en aktiv ingrediens, når vi leverer almen medicin.

Hvad kan kontinuitet?

Noget tyder på, at kontinuitet er nøglen til at sikre kvalitet, effektivitet og bæredygtighed i et presset sundhedsvæsen. Samspillet med de øvrige kerneydelser i almen praksis gør, at en satsning på kontinuitet i netop almen praksis har betydning for både patienterne og sundhedsvæsenet på en række områder: dødelighed og sygelighed, brug af sundhedsydelser og kvaliteten af den sundhedsfaglige indsats.

Forskningen viser, at relationel kontinuitet har veldokumenterede effekter. Den er forbundet med øget kvalitet i behandlingen, bedre håndtering af kroniske sygdomme og færre akutte indlæggelser. Flere studier finder en sammenhæng med lavere dødelig-

hed, men det formodes, at dette er en afledt effekt af de øvrige effekter. Patienternes oplevelse af tryghed og tilfredshed er tæt knyttet til denne kontinuitet, og de, der møder deres faste læge, har i gennemsnit færre kontakter fremadrettet.

Hvordan virker kontinuitet?

Mekanismerne bag effekten er komplekse. Hjortdahl introducerede i 1990'erne begrebet om akkumuleret viden, hvor lægens fortrolighed med patientens liv, familie og sociale situation gradvist opbygges og danner en unik ramme for konsultationen. Meget af denne "tavse" viden nedfældes ikke i journalen, men er afgørende for lægens vurdering og beslutninger. For patienterne er det en lettelse ikke at skulle genfortælle deres historie, og de møder en læge, der kan se symptomer i en bredere sammenhæng. Tillid og empati vokser over tid, og relationen bliver dermed en aktiv ingrediens i behandlingen.

Lægerne forandres også af kontinuiteten. Gentagne møder med samme patient øger oplevelsen af ansvar for den langsigtede udvikling, og det giver mening og arbejdsglæde i en travl hverdag. For mange er det netop relationen til patienterne, der gør spe-

TRE DIMENSIONER AF KONTINUITET

- **Relation:** Patient og læge mødes gentagne gange og opbygger en relation og viden.
- **Information:** Viden om patienten samles og anvendes på tværs af tid, kontakter og sygdomme.
- **Forløb:** Enkelthændelser bindes sammen til et sammenhængende forløb på tværs af sygdomme.



"The Doctor" er malet af engelske Luke Fildes i 1890-1891. På maleriet ser vi tydeligt, at lægen har en relation til sin patient. Faktisk var det så tydeligt, at da billedet blev udstillet i 1891, fik kunstneren mange henvendelser fra beskuerne, der gerne vil have navnet på lægen, fordi han så omsorgsfuld og dedikeret ud.

ciallet almen medicin særligt og værdisfuldt. Kontinuitet bidrager dermed også til lægernes og personalets trivsel. Forskning peger på, at netop fastholdelse af læger hænger sammen med graden af kontinuitet i praksis.

Kontinuitet er samtidig tæt forbundet med effektivitet. Behovet for gentagne kontakter falder og dermed ses færre unødige konsultationer, mindre brug af akutte tilbud og bedre patientoplevelse. Tryghed ved egen lægepraksis er vigtig for sundhedsadfærd. Informationskontinuitet, som inddrager hele praksis, kan reducere "failure demand", dvs. kontakter, der opstår, fordi problemet ikke blev løst første gang. Ofte giver højere kontinuitet bedre adgang, fordi patienter ikke har behov for at komme så tit.

Kontinuiteten er under pres

Større praksisser med mere personale, flere deltidsansatte læger og vikarer reducerer den relationelle kontinuitet til lægen. For patienterne kan det betyde, at de sjældnere møder deres faste læge. Derfor skal lægen nu mere aktivt dosere kontinuitet, når den skal bruges.

Samtidig viser vores nye danske studie, at det at være tilknyttet den

samme praksis er positivt forbundet med kvaliteten i patientbehandlingen, så kontinuitet gælder også på klinisk niveau. Konsekvensen af tab af kontinuitet kan blive en ond cirkel: Lavere kontinuitet fører til flere kontakter og større pres på systemet. Derfor skal man satse aktivt på kontinuitet for at få de fordele, der følger med.

Kontinuitet kan praktiseres i alle dele af sundhedsvæsenet, men det har størst effekt i almen praksis. Her er den primære adgang til sundhedsvæsenet, de mange møder og de relationer, som er den aktive ingrediens, der både skaber sundhed, kvalitet og økonomisk bæredygtighed.

Kan vi fastholde og udbygge kontinuiteten?

I en fremtid med lægemangel, større klinikker og flere faggrupper er kontinuiteten presset. Det er vigtigt at skabe en ramme for flere læger og bedre mulighed for informations- og forløbskontinuitet. Erfaringer fra andre lande viser, at det er muligt at organisere sig, så patienterne stadig møder en navngiven læge eller et fast team. Pointen er, at kontinuitet ikke opstår af sig selv; den kræver prioritering og struktur.

I hverdagen i klinikken må vi som

læger være bevidste om dilemmaet mellem hurtig adgang og relationel kontinuitet. Er "tid samme dag", online booking og fragmenterede forløb godt for antallet af ydelser eller har det bivirkninger? Forskningen viser, at det på længere sigt kan øge behovet for nye kontakter og underminere patienternes oplevelse af adgang, sammenhæng og tryghed.

Kontinuitet er altså ikke en luksus eller et nostalgisk blik på "familielægen", men en veldokumenteret kerneydelse, som bør stå centralt i fremtidens almen praksis og læres aktivt som speciallæge i almen medicin. ●

BUDSKABER TIL KLINIKKEN

Kontinuitet er forbundet med bedre behandlingskvalitet, færre unødige kontakter og lavere risiko for indlæggelser. Den styrker lægens arbejdsglæde og kan bidrage til at fastholde kolleger i faget. Faldende kontinuitet øger presset på systemet og underminerer patienternes oplevelse af tryghed. Evidensen viser, at relationel kontinuitet er en af almen praksis' vigtigste ydelser – en aktiv ingrediens, vi ikke har råd til at miste.



En overset ulighedssydelse med stort potentiale

I 2022 blev ydelse 2150 "Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykisk lidelse" indført som en del af flere ulighedssydelser. Formålet var at mindske ulighed i sundhed.

Antallet af personer med psykisk sygdom i Danmark er generelt stigende. Det estimeres, at omkring 82 % af befolkningen på et tidspunkt i livet enten får udskrevet medicin for psykiske symptomer og/eller bliver behandlet i psykiatrien. Personer med svær psykisk sygdom dør 10-20 år tidligere sammenlignet med den øvrige befolkning.

Overdødeligheden skyldes bl.a. underdiagnosticering og underbehandling af fysiske sygdomme som f.eks. hjerte-kar-sygdomme, hjerneblødninger, blodpropper og kræft. Ønsket med ydelse 2150 var at forbedre sundheden hos en sårbar patientgruppe ved at tilbyde en fokuseret somatisk undersøgelse på baggrund af en opfølgende indsats.

Hvornår bruges ydelse 2150?

Ydelse 2150 er en lægeforbeholdt til-lægsydelse, som kan tages sammen med en almindelig konsultation 0101 eller sammen med årsstatus 0120. Ydelsen beskrives i "Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser", hvor der defineres to målgrupper (se tabel 1). For patienter i målgruppe 1 (Figur 1) kan ydelsen tages

HVAD FANDT VI?

Hos over halvdelen af de patienter, hvor ydelsen blev anvendt, blev der fundet uopdaget somatisk sygdom, som krævede behandling. Alligevel blev ydelsen sparsomt anvendt. Der er formentlig stort potentiale for at opspore somatisk sygdom hos denne sårbare patientgruppe.

TABEL 1. MÅLGRUPPER FOR YDELSE 2150

Målgruppe 1: "Patienter mellem 18 og 60 år med svær, kronisk psykisk sygdom, som er defineret som patienter med skizofreni eller andre psykoser, svære personlighedsforstyrrelser eller bipolar sygdom, hvor diagnosen er stillet på psykiatrisk sygehusafdeling eller hos privatpraktiserende speciallæge i psykiatri, samt er i fast behandling med Lithium eller antipsykotisk medicin i større doser."

Målgruppe 2: "Øvrige patienter på 18 år og derover med diagnosticeret psykisk sygdom som f.eks. alvorlig angst, moderat til svær depression og ADHD, hvor den praktiserende læge konkret vurderer, på baggrund af sygdommens alvor og patientens livsforhold (f.eks. isolation eller manglende arbejdsmarkedstilknnytning), at patienten er i risiko for at have uopdagede somatiske sygdomme, misbrug og/eller betydelig mistrivsel, som patienten ikke selv kontakter almen praksis med."

Kilde: Overenskomst om almen praksis (2022).



De hyppigste diagnoser, hvor ydelsen blev anvendt, omfattede depression, hyperkinetiske forstyrrelser, skizofreni og psykoselidelser. Diagnoser afgør dog ikke alene, om det er relevant at lave fokuseret somatisk undersøgelse hos en patient.

årligt, hvorimod man hos patienter i målgruppe 2 kun kan bruge ydelsen en enkelt gang. Målgrupperne er defineret ud fra bestemte diagnoser, medicinsk behandling og alder.

Et tidligere forskningstræningsprojekt har fundet, at den komplekse definition af målgrupperne er en barriere for brug af ydelse 2150.

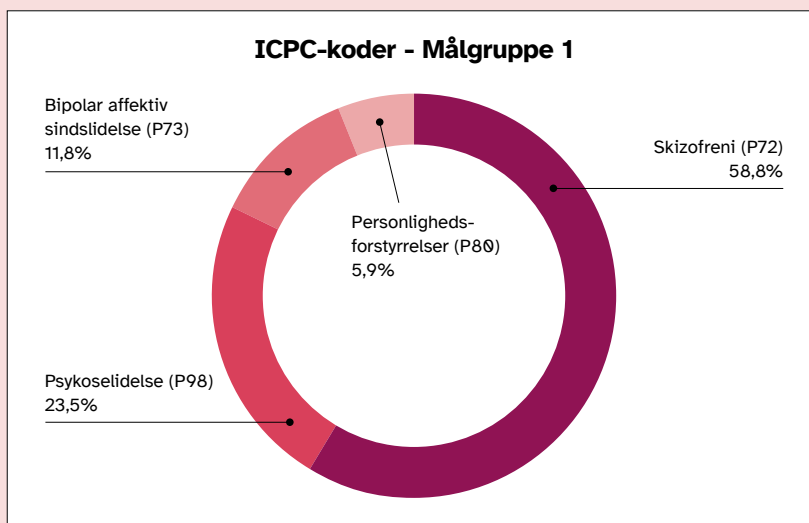
Brugen i to midtjyske praksis

Vores forskningstræningsprojekt fandt sted i to midtjyske kompagniskabspraksis med samlet 11.444 patienter. Data på diagnosekoder og ydelser blev fundet ved søgning i klinikernes IT-system.

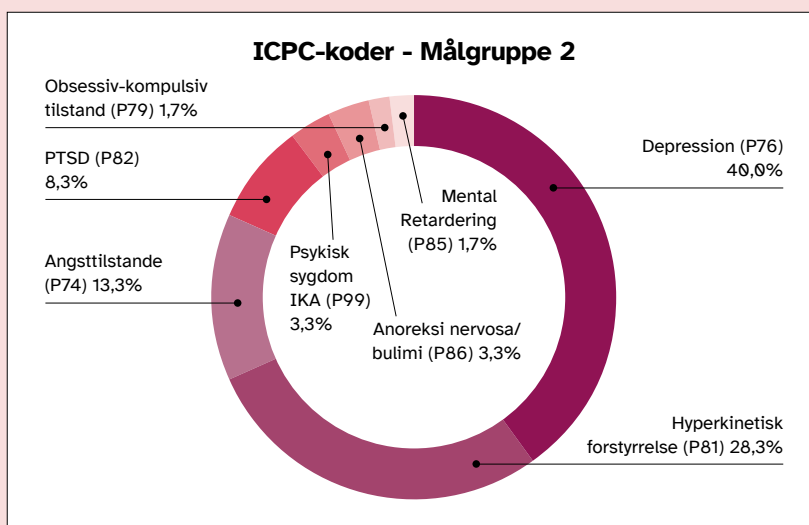
Vi fandt i alt 53 patienter, der har fået ydelse 2150 siden 2022. Heraf tilhørte 17 patienter målgruppe 1, mens 36 patienter tilhørte målgruppe 2 (Figur 2). De hyppigste diagnoser, hvor ydelsen blev anvendt, omfattede depression, hyperkinetiske forstyrrelser, skizofreni og psykoselidelser.

Ydelsen anvendes sparsomt

Ydelsen er generelt sparsomt anvendt (Figur 3), når man ser på antallet af patienter i de to praksis, hvor ydelsen ville kunne anvendes. Ved datasøg-



Figur 1: Fordelingen af diagnoser blandt patienter i målgruppe 1 (n = 17), hvor ydelsen blev anvendt.



Figur 2: Fordelingen af diagnoser blandt patienter i målgruppe 2 (n = 36), hvor ydelsen blev anvendt.

ning fandt vi, at ydelsen, afhængigt af diagnose, kun blev anvendt hos under 12 % af patienterne med samme diagnosekoder.

Diagnoser afgør dog ikke alene, om det er relevant at lave fokuseret somatisk undersøgelse hos en patient. Det kræver en individuel vurdering fra den praktiserende læge i forhold til overenskomstens beskrivelse af bl.a. sygdommens alvor og patientens livsforhold. Vi vurderer, at der er et stort potentiale, selvom denne indi-

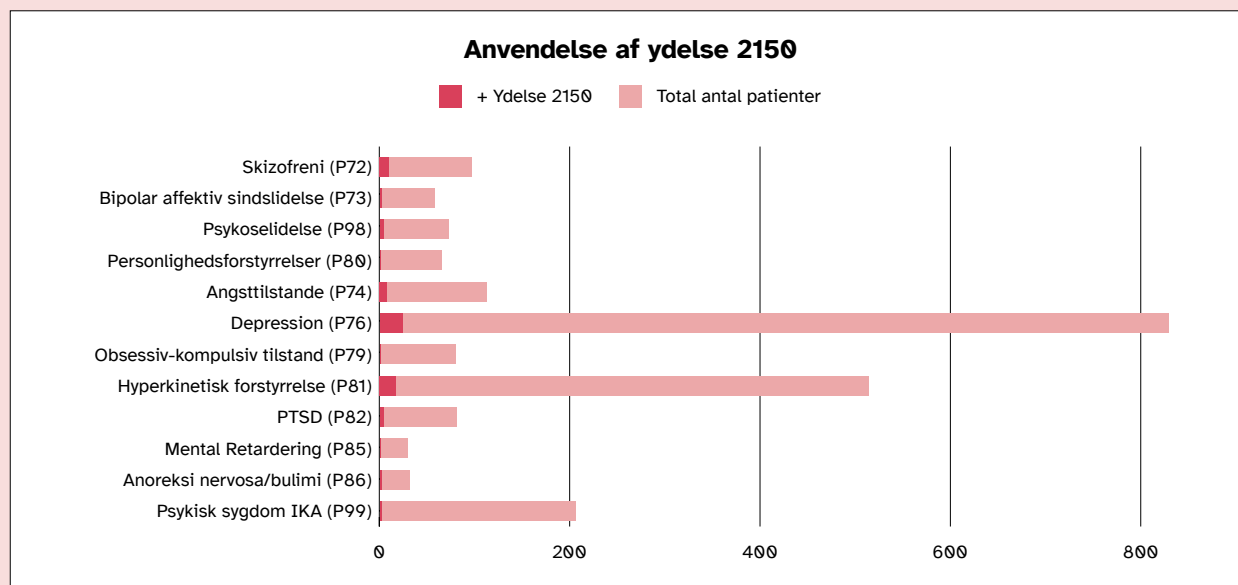
viduelle vurdering formentlig vil mindske antallet af relevante patienter.

En vej til effektiv udredning

Vi udførte journalaudit på alle 53 patienter for at undersøge indholdet af konsultationerne og vurdere, hvorvidt de gav anledning til diagnosticering og behandling af somatisk sygdom.

I 93 % af konsultationerne indgik en objektiv undersøgelse, og alle patienterne fik taget blodprøver. Dette førte i 57 % af tilfældene til en ny so-





Figur 3: Antal patienter, der fik ydelse 2150 (mørkerød), ud af det totale antal patienter (lyserød) med hver diagnose (angivet til venstre med ICPC-kode).



Ved brug af ydelsen diagnosticerede og opstartede man behandling for somatisk sygdom hos over halvdelen af patienterne.

matisk diagnose. De hyppigste tilstande omfattede hyperkolesterolemie og essentiel hypertension. Begge er tilstande, hvor behandling har stor betydning for at nedbringe den kardiovaskulære dødelighed. Der blev desuden konstateret enkelte tilstande med vitaminmangel, astma, hypothyroidisme, forstoppelse, høfeber, underlivsgener og blødningsforstyrrelser. I 53 % af tilfældene blev somatisk behandling startet. I langt størstedelen af tilfældene blev dette håndteret i almen praksis, idet kun 9% af patienterne blev sendt videre til yderligere

udredning, behandling eller forebyggende indsats.

Stort potentiale for opsporing

Mange patienter med psykiske lidelser har sparsom kontakt til deres praktiserende læge. Det er ligeledes en patientgruppe med mange udeblivelser. Dette er blot nogle af de barrierer, som resulterer i manglende diagnosticering af somatiske lidelser i patientgruppen.

I vores forskningstræningsprojekt fandt vi, at man ved brug af ydelsen diagnosticerede og opstartede behandling for somatisk sygdom hos over halvdelen af patienterne. Dette tyder på, at der er et stort potentiale i at opspore somatisk sygdom ved anvendelsen af ydelse 2150. Hermed sætter vi fokus på det almenmedicinske pejlemærke "Vi giver mest til dem, som har størst behov".

Hvordan kan det gribes an?

Vi fandt, at en systematisk tilgang i anvendelsen af ydelsen, herunder anvendelse af fraser, bevirkede, at der i højere grad blev dokumenteret for-

hold omkring KRAM-faktorer og misbrug. Fraser kan lette det kliniske arbejde for lægerne. Derudover er organisering en væsentlig faktor, når en ny ydelse som denne tages i brug, herunder systematisk opsporing af patienter. Hvordan det opsøgende arbejde angribes, tilrettelægges i den enkelte praksis. Tanken om en opsøgende indsats er, at patienter, som ellers ikke vil komme til lægen, aktivt inviteres til dette. Men hvordan man får inviteret uden at stigmatisere patienterne? Det omtales blandt andet i podcasten "Sådan kan du bruge 2150: Fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med svær psykisk sygdom", som er udgivet af Månedsskrift for almen praksis (se QR-kode). ●

YDELSE 2150

Hør Månedsskriftets podcast om ydelsen.





Partnerlæge

– et alternativ til ansat speciallæge i almen praksis

Mange overser muligheden for at blive partnerlæge i almen praksis. Den er et oplagt alternativ til ansat speciallæge i almen praksis og gør lægen til fuldgældigt PLO-medlem.

En partnerlæge er en interessent, der ejer en mindre andel af den samlede praksis, f.eks. blot 10 % eller 25 %. Ejerandelen har ikke et fastsat minimum.

Ejerforhold og kliniktyper

Ifølge "Overenskomst om almen praksis" kan praksis drives som enkeltmandspraksis (sololæge) eller som en kompagniskabspraksis, hvor to eller flere læger ejer og driver en praksis sammen og deles om patientkreds, økonomi, lokaler og personale. I et kompagniskab ejer kompagnoner oftest lige andele af praksis. Dette udgangspunkt kan dog fraviges, f.eks. hvis en læge i kompagniskabet har fået tilladelse til delepraksis og er mindre til stede i praksis. Udgangspunktet kan også fraviges, hvis kompagnonerne ønsker en anden intern ejerfordeling. Det kan være relevant for en yngre almenmediciner, som har

mod på praksislivet som selvstændig, men ikke har lyst til en større investering. Lægen kan så købe en mindre andel og blive "partnerlæge".

Eksempel: En læge ejer 2 kapaciteter med en samlet værdi på 3 millioner. Lægen sælger 5 % til partnerlægen for 150.000 kr. De arbejder samme antal timer, men lægen med størst ejerandel kompenseres via en lidt større overskudsandel.

Vilkår som partnerlæge

På PLO's hjemmeside ses et oplæg til interessentskabskontrakt, som er udarbejdet med udgangspunkt i en typisk praksis, hvor 2 læger råder over 2 lægekapaciteter og har samme ejerandel. Der er også en vejledning, som peger på de særlige forhold, som er relevante at overveje ved en partnerlæges indtræden i ejerkredsen. Det er forhold som:

- Hvordan skal arbejdstid og overskud af praksis fordeles?
- Hvad skal gælde, hvis en af parterne udtræder af interessentskabet?
- Hvad hvis praksis ønskes opdelt?
- Hvorledes skal beslutningsstrukturen være?

- Hvordan hæftes for interessentskabets forpligtelser?

Det er karakteristisk for interessentskaber, at honorering sker i form af overskudsdeling og ikke i form af løn. Overskudsdelingen kan relateres til arbejdstidsfordelingen, men med en justering som afspejler, at den/de interessent(er), som har foretaget den største investering i praksis, også skal have et tilsvarende afkast. Det betyder, at partnerlægen ikke oppebærer lige så stor en overskudsandel pr. arbejdsdag. På PLO's hjemmeside findes et regneark, som kan benyttes til beregning af en konkret overskudsfordeling, som begge parter finder rimelig, ved at regulere på det, der i regnearket benævnes "kapitalafkastprocent".

Vil du vide mere om partnerlæger?

Forholdene kan virke komplicerede, men PLO's sekretariat kan vejlede dig om etablering af et partnerlægeskab. Du kan kontakte medlemsservice på 3544 8477 eller plo@dadl.dk. ●

LÆS MERE HER

Gå til Partnerlæger på PLO's hjemmeside





Kvinders sundhed i fokus

Kvinders møde med sundhedsvæsenet har fået ny politisk opmærksomhed. Men hvad betyder det for os i almen praksis? Her deler jeg erfaringer og refleksioner fra Christiansborg, hvor kvindesundhed var til debat.

Kvinders sundhed fylder lige nu i både politik og presse. Det tværpolitiske initiativ 'Alliancen for Kvinders Sundhed' har italesat at kvinder lever længere end mænd, men bruger 25 % mere af deres liv i dårligt helbred ifølge en nylig opgørelse fra World Economic Forum. Det skyldes til dels historisk skævhed i forskning og innovation.

Hvilken rolle spiller almen praksis for kvinders sundhed? Tager vi os lige godt af alle køn? Eller bidrager vi også til den kønsmæssige forskel i sundhed?

Kontinuitet og kommunikation

DSAM deltog i Dagens Medicins høring på Christiansborg i april. I den forbindelse blev jeg inviteret til dialogmøde med bl.a. Camilla Fabricius (S) og Anne Sophie Callesen (RV). Her præsenterede de tal fra en undersøgelse, som var lavet af Norstat for Aller Media. Den viste, at 47 % af de adspurgte kvinder ikke følte sig taget alvorligt af deres praktiserende læge – mod 29 % af mændene.

Det er et tankevækkende tal, især i lyset af den nationale tilfredshedsundersøgelse fra 2024, hvor 83 % er tilfredse eller meget tilfredse med deres praktiserende læge, og hvor en subanalyse, som blev foretaget for DSAM, ikke viste forskel mellem mænd og kvinder (figur 1).

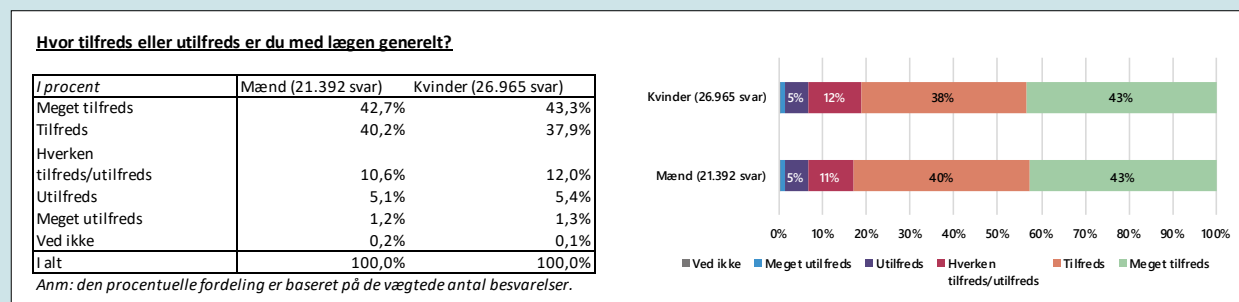
Hvordan hænger det sammen? Jeg tror, det handler om forventninger og kommunikation. Når patienter føler sig afvist, handler det måske ikke om dårlig behandling. Det handler måske mere om, at vi ikke får forklaret, at de

indgår i et planlagt forløb. At vi starter med det enkle og justerer undervejs. Og at vi faktisk følger op.

En stemme i debatten

Ved høringen på Christiansborg blev der talt meget om behovet for forskning i kvindesygdomme, ligesom der blev præsenteret et forslag om at etablere et nationalt center. Men hvad kan vi gøre allerede i morgen?

I paneldebatten med en række sundhedsordførere pegede jeg på flere ting. For det første kan vi øge kompetencerne hos fremtidens praktiserende læger, f.eks. gennem fokusere de ophold hos speciallæger i gynækologi under hoveduddannelsen i almen medicin, for vi kan ikke lære alt i almen praksis og på hospital. For det andet skal vi kommunikere tydeligt om, at patienten er i et forløb hos os og derigennem sikre kontinuiteten. Vi starter typisk med mindre tiltag og kan skrue op eller henvise videre, hvis vi ikke kommer i mål. For det tredje



Figur 1: Tilfredshedsundersøgelse for DSAM. Kilde: Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

skal vi have udjævnet de geografiske forskelle i adgangen til praktiserende speciallæger i f.eks. gynækologi. Endelig skal vi også have intensiveret samarbejdet mellem almen praksis og hospital. Det kan gøres ved specialistkonference, færre afviste henvisninger og mulighed for, at hospitalsafdelinger taler bedre sammen. En patient med uafklarede underlivssmerter bør kunne udredes i samarbejde mellem relevante hospitalsafdelinger, så almen praksis ikke skal henvise patienten gentagne gange til et opslidende og ressourcetungt stjerneløb.

Under debatten gav det genklang, at kun almen praksis har det nødvendige tværfaglige blik. En patient med underlivssmerter skal ikke nødvendigvis direkte til gynækolog, men skal udredes bredt, og dét kan vi i almen praksis.

Bias eller gaslighting?

Fra salen kom der mange spørgsmål om almen praksis' rolle i kvindesygdomme. Jeg blev blandt andet spurgt om, hvordan vi i almen praksis arbejder med vores egne bias som praktiserende læger, og hvordan vi kan forhindre medicinsk gaslighting, altså den situation, at sundhedspersonale får en patient til at tvivle på egne symptomer eller oplevelser, hvilket kan føre til forsinket eller forkert diagnose og nedsat tillid til sundhedssystemet. Spørgsmålet kan ikke fuldstændigt afvises. Bias findes. Vi har alle forskellige baggrunde, præferencer og mønstre. For eksempel er det i rapporten "The Power of Daughters: How Physicians' Family Influences Female Patients' Health" vist, at mandlige læger med to døtre diagnosticerer kvindespecifikke kræftformer tidligere end andre mandlige læger.

Den personcentrerede metode er i min optik det bedste værn mod bias, fordi vi der tager udgangspunkt i den enkelte patient og ser dem, hvor de er. Styrken ved almen medicin som stand



Kvindesygdomme – sammen kan vi skabe forandring for kvinders sundhed, Christiansborg den 22. april 2025. Privatfoto.

er blandt andet, at vi som enkelte læger er enormt forskellige, og at vi tilpasser vores kompetencer til vores patientpopulationer. Og at vores dør er åben – uanset hvilket køn du har, eller hvad du fejler.

Fokus på endometriose og overgangsalder

To tilstande, som har særligt politisk fokus i øjeblikket, er overgangsalder og endometriose.

Endometriose har vundet så meget politisk gehør, at Folketinget i december 2024 vedtog en erklæring, der anerkender endometriose som en alvorlig sygdom og understreger behovet for øget fokus på behandling og forskning. Som led i denne indsats blev der afsat midler på finansloven.

Endometriose rammer op mod 10 % af kvinder og kan være svær at diagnosticere i almen praksis. Vores rolle bør være at få mistanken og igangsætte behandling på mistanken med smertestillende og kontinuerlige piller. De kvinder, hvor det ikke er tilstrækkeligt, bør henvises til gynækolog.

Overgangsalder har stort mediefokus i øjeblikket. Man har aftalt en sær-

skilt ydelse til privatpraktiserende gynækologer vedrørende overgangsalder. Det kan føles som en rød klud for de praktiserende læger, der allerede i dag påtager sig denne komplekse opgave. Under Folkemødet på Bornholm deltog jeg i en paneldebat, som var arrangeret af Sundhedsstyrelsen, med fokus på oplysning om overgangsalderen ud fra patientens, almen praksis' og arbejdsgivers perspektiv. Det var en konstruktiv debat med stor lydhørhed for vores vigtige rolle i almen praksis. Vi mangler en opdateret vejledning fra Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi (DSOG). Den er heldigvis på trapperne.

Hvad kan vi gøre bedre?

Kvinders sundhed skal ikke reduceres til forskning og teknologisk udvikling. Det handler også om relationer og tillid. Om kommunikation og kontinuitet. Vi skal som stand tage del i debatten – ikke med løftede pegefingre, men med blik for patienternes oplevelser og behov. Min oplevelse er, at der er politisk lydhørhed og interesse. Og en klar forventning til, at vi i almen praksis bidrager med viden, erfaring og pragmatiske løsninger. ●



Positiv sundhed – en vej til meningsfulde samtaler i almen praksis

"Health is broader than the absence of disease or symptoms. An increasingly central role is played by other aspects, such as resilience, sense of purpose, meaningfulness and self-management." (Machteld Huber)

Jeg blev opmærksom på "positive health"-konceptet til WONCA Europe i Bruxelles 2023, hvor den hollandske læge Machteld Huber var keynote speaker. Siden har jeg mødt hendes kollega Karolien van den Brekel flere gange til Nordisk kongres i Turku og igen til WONCA Europe i Dublin 2024, hvor jeg fik dybere indsigt i konceptet og kunne se meningen med at bruge det tilhørende spindelvæsværktøj i dansk almen praksis. Problemet var bare, at det fandtes på hollandsk, engelsk, tysk, fransk, islandsk og andre sprog – men ikke på dansk.

Siden har en arbejdsgruppe i DSAM's bestyrelse arbejdet sammen med Karolien for at få en dansk udgave af værktøjet. Det er nu lykkedes, og vi afventer de sidste godkendelser, inden spindelvævet kan blive offentligt tilgængeligt.

En ny definition af sundhed

Begrebet er udviklet af Machteld Huber som en omformulering af WHO's definition af sundhed som "fravær af sygdom". Huber blev selv ramt af

sygdom og følte, at dette begreb ikke var dækkende, så hun gik i gang med at redefinere begrebet sundhed sammen med en arbejdsgruppe. Det satte fokus på helbredsopfattelsen "sundhed som evne til at håndtere livets udfordringer og finde mening via selvreflektion".

Gruppen bag positiv sundhed mener, at spindelvæsværktøjet kan være løsningen for mange i almen praksis. Med et unikt, enkelt værktøj kan mennesker reflektere over deres egen sundhed og deltage i en "alternativ samtale" om essensen i de ting, der er vigtige for dem, og hvilke skridt de skal tage for at komme videre.

Erfaringer fra bl.a. Holland viser, at værktøjet kan understøtte et sundere liv, at patienter og sundhedsprofessionelle er mere tilfredse med konsultationerne, at de sundhedsprofessionelle får større arbejdsglæde, og at sygdomsorienteret tænkning kan ændres til sundhedsorienteret tænkning.

I Holland er spindelvævet nu integreret i mange lægejournalssystemer. Man har også indført begrebet mange

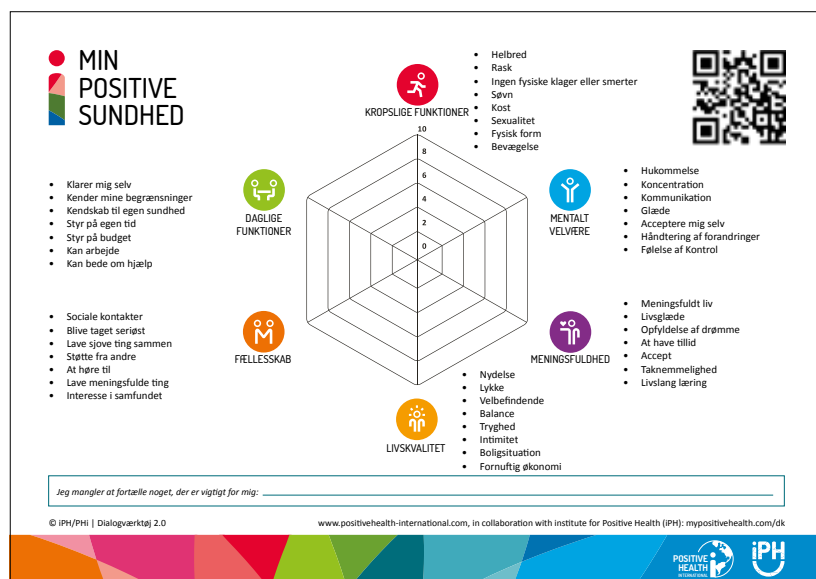
andre steder i samfundet, bl.a. i kommuner og forskellige organisationer.

Seks komponenter i modellen

Spindelvævsmodellen omfatter seks grundkomponenter i sundhedsbegrebet: kropslig funktion, mentalt velvære, meningsfuldhed, livskvalitet, fællesskab og daglig funktion. Patienten bliver bedt om at vurdere hver af de seks komponenter på en skala fra 1 til 10, hvor 1 angiver, at det "stemmer ikke", mens 10 angiver, at det "stemmer" med min situation lige nu.

For hver af de seks begreber er der et udspecificeret spørgeskema med 7-8 spørgsmål. Alternativt kan man arbejde ud fra de 7-8 stikord på figuren. Vælger man den udspecificerede model, skal man udregne et gennemsnit af talværdien, som så sættes på en skala fra 1 til 10 ud for hver af de seks akser. Derefter tegner man en streg mellem hver af talværdierne på de seks akser og får et spindelvæv med sin egen aktuelle livssituation.

Når spindelvævet er udfyldt, stiller man patienten nogle spørgsmål: Hvad tænker du, når du ser spindel-



funktion”. Det er en stor positiv overraskelse, at hun har et godt netværk med mange mennesker, der kerer sig om hende, og fin økonomi. Hendes liv er faktisk ikke så slemt, som hun gik og troede! Hun mener, at hun kan løfte ”kropslig funktion” og ”mentalt velvære”, hvis hun tager sig sammen til at gå nogle ture i skoven. Hun går fra konsultationen med en plan, hun selv har lavet. ●

vævet? Er der noget, der er vigtigt for dig at ændre? Hvis der er det, hvad skulle det så være? Hvordan vil du gøre det?

I stedet for, at lægen giver råd om, hvad lægen foreslår at ændre, giver det patienten råderum til at tale om det, der betyder mest for patienten – og nogle gange får man nogle overraskende svar! Det kræver, at lægen giver rum og tid til at lytte for at mediere patienten til selv at tage aktivt stilling og ansvar for problemløsningen.

Fokus på det vigtigste for patienten

Spindelvævet gør det muligt at tale om andet end symptomer og diagnoser. Det understøtter patientcentreret kommunikation og fælles beslutningstagning.

Det er vigtigt at pointere, at selve tallene ikke er så vigtige. Det vigtige er, at dialogværktøjet giver patienten et overblik over egen livssituation (godt/mindre godt), og hvad patienten vil ændre for at få det bedre.

Dialogværktøjet hjælper med at finde ind til det, der er vigtigt for patienten. Det kan især være nyttigt i samtaleforløb, der er kørt fast, og hvor det er svært at finde ud af, hvad der nager patienten – måske ved patienten

ten ikke rigtigt selv, hvad problemet er. Denne facilitering kan også betyde, at lægen ikke bliver udbrændt. Den praktiserende læge kan endda bruge modellen på sig selv og få indsigt i egen livssituation.

Spindelvævet er særligt velegnet til patienter med multisygdom, psykisk sårbarhed, kroniske tilstande eller lavt funktionsniveau. Det kan bruges i den daglige konsultation, samtaleforløb, forebyggelsessamtaler, årsstatus og somatisk undersøgelse ved psykisk sygdom. Patienten kan udfylde værktøjet hjemmefra eller i venteværelset.

Case fra praksis

Mia (54 år) er voksenpædagog på et bosted. Hun har været sygemeldt en måned, men hun har det ikke godt og kan ikke komme tilbage på arbejde. Hun har ikke overskud til noget og er usikker på, hvad der nager hende. Vores samtale er kørt fast. Jeg introducerer hende for ”Min positive sundhed” og beder hende udfylde skemaet derhjemme.

Ved næste samtale kommer hun smilende ind. Hun har udfyldt spindelvævet. Hun scorer lavt på ”kropslig funktion” og ”mentalt velvære”, men højt på ”fællesskab” og ”daglig

LÆS

Handbook Positive Health



LÆS

What is Positive Health?



DOWNLOAD

Kort dansk version af spiderweb



SÅDAN KOMMER DU I GANG:

- Find den korte, danske version af spiderwebbet på QR-koden ovenfor. Scroll et stykke ned og download.
- Vil du læse mere: Handbook Positive Health in Primary Care, the Dutch Example, af Machteld Huber, Karolien van den Brekel m.fl.

OM KAROLIEN

Karolien van den Brekel er en af hovedtalerne ved DSAM's årsmøde den 3. oktober 2025, hvor hun holder oplæg om ”Positive health”.



Lægen og præsten: Beretning fra et inspirerende symposium med højt til himlen

Fra Kolding breder lokale samarbejder mellem praktiserende læger og sognepræster sig i disse år. Samarbejdet handler om de af vores patienter, der har brug for hjælp til at håndtere kriser og nye livssituationer via eksistentielle og åndelige samtaler. Der er god energi og synergi i samarbejdet. Oplevelsen er, at de to faggruppers tilgang kan berige og supplere hinanden.

Som praktiserende læger udøver vi hver dag eksistentiel omsorg for vores patienter. Vi har krisesamtaler og eksistentielle samtaler. I mange konsultationer indgår små dryp af samtale om håb, mod, accept, mening, skyld, angst, ensomhed og andre grundlæggende aspekter af livet. Vores patienter kan hyppigt finde støtte i samtalen med os – den trygge, kendte læge, som måske kan sætte ord og perspektiv på det, den enkelte patient udfordres af. Patienten kan dele sin sorg og eller sine håb og derved få lettet vejen videre en lille smule.

Sognepræster tilbyder sjælesorgssamtaler, når livet gør ondt. For os læger virker det måske som et lidt fremmed ord, hvor det kan være godt at

vide, at sjælesorg handler om omsorg og ikke nødvendigvis om sorg. Langt hen ad vejen kan disse samtaler handle om det samme, som vi som læger taler med vores patienter om. Men præstens åndelige tilgang og mere rigelige tid til rådighed i den enkelte samtale, kan for nogle af patienterne være et godt supplement til det, vi kan tilbyde.

Det er gratis at opsøge sjælesorgssamtaler hos præsten, og det er et tilbud til alle, uanset om man er kristen, har en anden religion eller er ateist. Fokus i sjælesorgen er ikke forkyndelse, men omsorg for den enkelte – uanset religiøst ståsted.

Symposium med højt til himlen

En solrig tirsdag i maj samledes 90 mennesker i Fredericia til et symposium om samarbejde mellem praktiserende læger og sognepræster. Her mødtes præster, praktiserende læger, forskere, patienter og en enkelt biskop. De to ildsjæle fra Kolding, tidligere praktiserende læge Inger Uldall Juhl og sognepræst Lone Vesterdal, sørgede for smittende energi og et program smækfyldt af kloge tanker, gode op-

læg og en livlig afsluttende paneldebatt.

Grundidéen fra Kolding er, at interesserede praktiserende læger og sognepræster i et område mødes og får bedre kendskab til hinanden. Det handler om at få professionelt og personligt kendskab til hinandens hverdag, og det handler om at foreslå patienter og sognebørn kontakt til henholdsvis præst og læge, når det findes hensigtsmæssigt.

Idéen og erfaringen er, at når vi kender hinanden og hinandens kompetencer, muligheder og tilbud, kan vi som læger hhv. præster supplere vores egne tilbud med en uformel henvisning til hinanden, når det findes relevant. Det kan være os som læger, der henviser til en samtale med præsten efter et dødsfald, og det kan være præsterne, der henviser til os, hvis de mistænker angst eller depression. Erfaringen er, at det er lettere at henvise til et menneske, man kender og kan sætte navn på.

Det hele startede i Kolding

I Kolding har de gennem flere år holdt årlige møder for interesserede læger



Vil du vide mere: Inger viser her bogen "Samarbejdets ABC", som er anmeldt på side 53 i dette blad. Foto: Gunver Lillevang.

og præster, og de har udformet en pjece, som den enkelte læge og præst kan uddele, når det findes relevant. De har efterhånden en del erfaring med at henvise patienter fra den ene profession til den anden. Ideen til samarbejdet opstod hos læge Inger Uldall Juhl og præst Lone Vestergaard. Ud over at iværksætte det lokale samarbejde har de også skrevet bøger og flittigt fortalt og undervist om konceptet, så det lige så stille er blevet kendt og spredt ud i hele landet.

På symposiet fremlagde repræsentanter fra Roskilde, Guldborgsund, Nyborg-Kerteminde og Haderslev fire forskellige fortællinger om, hvordan de hver især har grebet idéen an og er gået i gang med lignende samarbejder i deres lokalområder. Glæden og synergien mellem læger og præster var til at føle i rummet.

Problemer kan løses – byrder skal bæres

Lektor i sjælesorg Ole Raakjær talte om sjælesorgens relevans i almen praksis. Det var kloge ord, som jeg i hvert fald godt kan genbruge et par stykker af i samtalerne med mine patienter.

Lidelse er et vilkår i livet. Som læ-

ger kan vi lytte og trøste og derved lette byrden lidt for patienten. Ikke ved at overtage eller fjerne byrden, men ved at følges og være med patienten.

En vigtig pointe er at skelne mellem problemer og byrder. Som læger er vi eksperter i at løse problemer. Vi kan være så optagede af problemløsning, at vi selv – eller andre – kan forvente af os, at vi også skal løse noget, som faktisk ikke er løsbart. Byrder er ikke problemer. Det er livsvilkår, som vores patienter kan have brug for vores hjælp og støtte til at bære. Problemer kan løses – byrder skal bæres.

Den skelnen kan være supervigtig for os som praktiserende læger. Jeg kender i hvert fald følelsen af i en konsultation at sidde med en forventning til mig selv og/eller fra patienten om, at jeg skal løse et problem, som jeg egentlig ikke har magt til at løse. Lige netop der kan det være en hjælp, hvis jeg kan få øje på, at det handler om en byrde, som jeg hellere skal hjælpe patienten til at bære. Den opgave er meget mere fredelig for mig at gå ind i.

Og så sagde Ole Raakjær noget væsentligt om håb og håbløshed, som gik lige ind på min lystavle: "Håbet

kan skabes ved, at håbløsheden deles". Tankevækkende og vigtigt...

Kærlighed til medmennesket

Der var i det hele taget mange kloge ord i løbet af dagen. Formand for DSAM Bolette Friederichsen kom med en hel række fine hverdagsfortællinger om, hvordan den åndelige og eksistentielle omsorg kan fylde for os og patienterne i almen praksis. Professor Niels Christian Hvidt fortalte fra forskningen på området, at de åndelige behov i snit topper omkring en måned efter, at en kræftdiagnose er stillet. Det kan måske være godt at være opmærksom på.

Før den afsluttende debat holdt biskop Marianne Christiansen, Haderslev Stift, et oplæg, hvor hun på smukkeste vis kom rundt om bl.a. præster og lægers oprindeligt fælles ophav, om Hippokrates, lægeløftet og det, der i nutiden er fælles for læger og præster: kærlighed til medmennesket. Smukt!

Og så sluttede dagen af med en livlig paneldebat med plads til grin – ikke mindst af praktiserende læge Jens Rosbachs patientfortællinger og billeder af gule recepter med ordinationer af f.eks. "en hund med behov for daglige gåture" og "sund egoisme".

Jeg gik glad og beriget fra symposiet. Jeg håber, at ideen om dette tværfaglige samarbejde fortsat vil trives og brede sig ud over landet. Jeg tror, at samarbejder som dette kan lette vores hverdag lidt – til vores og vores patienters gavn. ●

VIL DU VIDE MERE OM EMNET?

Så læs bogen: "Samarbejdets ABC for praktiserende læger og sognepræster – Inspiration og vejledning" af Inger Uldall Juhl og Lone Vestergaard. Du finder en kort anmeldelse af bogen på side 53 i dette Practicus.



NÅR TROEN MØDER PRAKSIS

I den kommende tid vil vi i Practicus bringe interviews med praktiserende læger eller andre med berøring med almen praksis om udvalgte emner. Vi starter med tre interviews, der har fokus på, hvad troen betyder for virket som alment praktiserende læge, og hvordan troen manifesterer sig i mødet med patienten. Vi har talt med tre praktiserende læger, der er hhv. kristen muslim og buddhist.

Når troen møder praksis

Kristen og

praktiserende Læge

Hvordan vil du selv beskrive din tro?

Jeg mener, at min tro er en gave; gaver kan man ikke forlange, men man kan ønske sig dem. Derfor kan jeg tænke, at det er lidt synd for mennesker, som ikke har en tro, men må stå rådvilde, alene og søgende i vildnisset. Det er mest interessant, hvad jeg tror på – meget mere interessant end min tro. Jeg tror på Gud, Jesus, Helligånden, som man kan læse om i Bibelen, så jeg spejder efter mening der. Jeg analyserer og vurderer mine handlinger, mine følelser, mine valg, min skyld og særligt min utilstrækkelighed der. Det er stedet, hvor jeg protesterer, men også bøjer mig og bliver stille og befriende lille. Jeg gør mig umage for ikke at føle mindreværd i menneskelige relationer. Men overfor Gud føler jeg mig befriende lille – som et spædbarn igen.

Hvilken betydning har din tro i dit arbejde som praktiserende læge?

Jeg skal lede lidt efter svaret på det. Min tro er så grundlæggende, at det er svært... at jeg ikke helt kan adskille den fra mit 'jeg'. Den er integreret i hele mit liv, min tankegang.

Har du oplevet, at din tro har hjulpet dig i arbejdet med patienterne?

Ja, den har hjulpet mig i situationer, hvor jeg har begået fejl og mærker skyld. Her kunne jeg ellers have trøstet mig med "det er hele systemet, jeg havde ikke tid nok, andre ville have gjort det samme, det ville nok være sket alligevel"... Men med det spændende lægeliv, kommer der også stort ansvar og dermed også skyld. Den skyld har jeg så et sted at placere, og jeg kan søge tilgivelse og forsoning med mig selv.

Bliver dine værdier udfordret eller beriget, når du møder patienter med andre livsanskuelser?

Det ved jeg ikke. Jeg tager det som en selvfølge, at deres værdier er anderledes end mine, men det er de sikkert i mindre grad, end jeg selv tror. Vi er jo gennemsyret af en del kristne værdier i samfundet. Jeg har altid været i mindretal med mit livssyn. Det har gjort, at jeg har været vant til at holde kortene tæt inde ved kroppen, så mine værdier kunne nok være blevet mere udfordret/beriget, hvis jeg selv var mere åben.

”

Min tro er så grundlæggende, at det er svært... at jeg ikke helt kan adskille den fra mit 'jeg'. Den er integreret i hele mit liv, min tankegang.

Hvordan balancerer du dine personlige værdier med dine patienters ønsker, behov og rettigheder?

Jeg har afvist at henvise til provokeret abort. Jeg har aldrig udskrevet fortrydelsespiller og aldrig udført abort. Hvis jeg ikke havde den mulighed, ville jeg have valgt et andet speciale – måske geriatri... ha ha. Jeg har haft samtaler med kvinder før og efter abort, og jeg har aldrig 'ikke forstået dem'. Jeg har set og mærket deres tvivl, rådvildhed og smerter. Jeg har haft ondt af dem, som skal stå så ubeskyttet i et for mig at se helt umenneskeligt valg. Der er mange etiske områder i lægefaget, f.eks. prioriteringer mellem behandlinger og i forhold til aktiv dødshjælp, men omkring abort har jeg aldrig været i tvivl. Det undrer mig, at Lægeforeningen er så enigt imod. Det ville have givet mere mening at være imod provokeret abort. Men jeg er glad og stolt af Lægeforeningen og lægestanden her. Jeg har aldrig været fordømmende eller nedsættende over for den gravide kvinde. Jeg har aldrig påført en skyld, hun ikke i forvejen bar på. Men jeg er vred på manden, på netværket, på samfundet, på kirken og hele systemet i den her sag.

Ser du din tro som en ressource i de svære samtaler, f.eks. om håb, mening eller afsked?

Jeg beder af og til for en eller anden, som jeg får ondt af. Eller jeg beder for mig selv – at jeg må være mindre irriteret på en patient. Jeg beder om tålmodighed, og om at jeg må kunne tolke og analysere korrekt, så jeg ikke får lavet



En sjældestund. Privatfoto.

fejl. Men jeg husker kun, at jeg ved en enkelt lejlighed har spurgt en patient, om jeg måtte bede for hende. Det blev hun rigtigt glad for. Hmm... måske skulle jeg gøre det igen engang. Jeg spørger – men sjældent – en døende eller en i svær krise, om de har en tro. Men ofte synes jeg faktisk, jeg har rigeligt at gøre med medicingennemgang og hele tovholderfunktionen i de situationer.

Taler du nogensinde med dine patienter eller dine kolleger om tro?

Ja, det gør jeg, men sjældent. Jeg er nok lidt genert omkring det, for jeg er vant til at stå alene. Det er nemmere at tale med en muslim om tro, end det er for mig at tale med en ikke-troende dansker. Tilfældigvis er der flere troende på min arbejdsplads. Det overraskede mig egentlig, men jeg oplever at 'de har min ryg'. Der er noget selvfølgeligt i at arbejde samme sted, måske som at arbejde sammen med sin familie. Modsat kan jeg være flov over for ikke-troende, at jeg ikke er en god repræsentant for kristendommen, når jeg er mindst lige så morgensur og egoistisk som andre. Det er jo helt korrekt. Jeg er ikke bedre. Mange opfatter, uvist af hvilken grund, kristne som fordømmende og 'bedre' end andre. Det undrer mig faktisk. Det har jeg aldrig selv mødt i kirken. Jeg har aldrig følt, at andre kirkelige opfattede sig som bedre. Jeg vil sige, at Gud har haft nogle elendige spindoktorer i os kristne. Vi har åbenbart i ringe grad kunnet formidle kernen af det hele; at vi er utilstrækkelige. Ærgerligt! ●



Når troen møder praksis

Muslim og praktiserende læge

Hvordan vil du selv beskrive din tro?

Jeg er praktiserende muslim. Min tro er en levende del af min hverdag – ikke kun noget, jeg praktiserer inden for hjemmets fire vægge eller ved bestemte lejligheder. Den er et værdigrundlag og en livsforståelse, jeg bærer med mig i alt, hvad jeg gør. Den giver mig en følelse af ansvar, ydmyghed og sammenhæng i livet – også i de udfordringer, vi møder som mennesker og som læger. Troen minder mig dagligt om, at mit arbejde ikke kun handler om symptomer og diagnoser, men også om at være der for mennesker i deres mest sårbare øjeblikke.

Hvilken betydning har din tro i dit arbejde som praktiserende læge?

Min tro har en stor personlig betydning, men jeg er samtidig meget opmærksom på, hvordan den må og ikke må influere mit arbejde som læge. Jeg bærer den med mig som en moralsk rettesnor og som en kilde til empati og tålmodighed. Men det betyder også, at jeg bevidst forsøger at være ekstra rummelig, når jeg møder situationer eller holdninger, som måske umiddelbart kunne stride mod mine egne værdier. I praksis betyder det, at jeg gør mig umage for at lytte og forstå – også når det kræver, at jeg sætter mine egne perspektiver til side.

Er der konkrete situationer, hvor din tro har hjulpet dig i arbejdet med patienterne?

Ja, mange gange. Særligt i samtaler med patienter i eksistentielle kriser, f.eks. i forbindelse med dødsfald, alvorlig sygdom eller håbløshed. Her har troen givet mig sprog, ro

og evne til at være til stede på en måde, som patienterne ofte sætter pris på. Jeg oplever også, at det er nemmere for mig at møde troende patienter i øjenhøjde – uanset om de er kristne, muslimer eller noget helt tredje. Hvis jeg ved, at en patient er engageret i f.eks. folkekirken, nævner jeg det gerne som en mulig støtte, men kun hvis jeg kender patienten godt, som man ofte gør i almen praksis, hvor man følger folk gennem mange år.

Kan du give et konkret eksempel?

En pårørende sagde engang til mig efter sin fars død: "Min far var altid så tryk ved at tale med dig. Han sagde, at han kunne mærke, at du også troede på noget – og at det gjorde, at I kunne tale sammen på et andet plan. Han følte sig ikke alene i det svære." Vi havde haft flere samtaler om hans forhold til det kristne. Jeg oplevede, hvordan det gav ham styrke at få lov at sætte ord på sin tro – ikke fordi vi delte den samme religion, men fordi der var en fælles respekt og genkendelse i det at tro på noget større. Det blev et stille, men meningsfuldt rum midt i sygdommens uvisshed, og det bekræftede for mig, at tro – i al sin mangfoldighed – kan være en bro mellem mennesker.

Har din tro givet anledning til etiske overvejelser i mødet med dine patienter?

Ja, af og til bliver jeg spurgt direkte om min holdning – ikke kun som læge, men også som troende. Det kan være i forhold til abort, organdonation, fertilitetsbehandling eller andre områder, hvor medicinske og religiøse overvejelser mødes. Her er det vigtigt for mig at skelne: Jeg rådgiver

”

Troen minder mig dagligt om, at mit arbejde ikke kun handler om symptomer og diagnoser, men også om at være der for mennesker i deres mest sårbare øjeblikke.

som læge, og det gør jeg ud fra medicinske og etiske retningslinjer – ikke som imam. Men hvis jeg ved, at der ikke er nogen konflikt mellem patientens trosgrundlag og den lægelige anbefaling, nævner jeg det gerne som en mulighed. Ellers henviser jeg dem respektfuldt til deres religiøse vejleder.

Bliver dine værdier udfordret eller beriget, når du møder patienter med andre livsanskuelser?

Jeg oplever det som en berigelse. At være alment praktiserende læge i Danmark er at møde et meget bredt spektrum af livssyn og værdier – og det ser jeg som en gave. Det kræver, at man tør være i det uvisse og møde patienten nysgerrigt og uden fordomme. Jeg prøver at spørge åbent, hvis jeg mærker, at spiritualitet betyder noget for patienten: ”Er der noget, der giver dig styrke i denne tid?” Ofte åbner det op for meningsfulde samtaler – også selv om troen ikke nødvendigvis er formuleret i klassiske religiøse termer.

Hvordan balancerer du dine personlige værdier med dine patienters ønsker, behov og rettigheder?

Min opgave som læge er ikke at få patienterne til at leve som mig, men at hjælpe dem til at leve bedst muligt med deres egne værdier og valg. Derfor er det helt afgørende, at jeg ikke påtvinger mine egne overbevisninger. Jeg bruger min tro som en indre kompasnål til at navigere etisk og medmenneskeligt, men altid med respekt for patientens autonomi. Det kræver nogle gange, at jeg lægger mine egne forestillinger til side, men det er en del af professionalismen.

Ser du din tro som en ressource i de svære samtaler, f.eks. om håb, mening eller afsked?

Absolut. Troen giver mig et indre beredskab og en ro, som jeg tror, mange patienter intuitivt mærker. Den hjælper mig til at være til stede uden at flygte fra det svære. Når



Forfatteren ved den største moske i Tyrkiet. Privatfoto.

en patient eller pårørende bryder sammen, kan jeg blive stående og holde rummet – ikke fordi jeg har svar, men fordi jeg har en tro på, at vi ikke står alene i det meningsløse. Jeg bruger sjældent eksplicit religiøst sprog i samtalerne, men min tro giver mig en ro, som nogle patienter intuitivt mærker og finder trykthed i.

Taler du nogensinde med dine patienter eller dine kolleger om tro?

Med patienter sker det jævnligt, men når det gælder kolleger, afhænger det meget af relationen. Mine nærmeste kolleger kender godt til både min tro og mit aktive religiøse engagement, men i mødet med nye eller mere perifere fagfæller vælger jeg ofte en mere afmålt tilgang. Ikke alle er lige åbne eller forstående over for kolleger, der beken- der sig til en tro og kunne finde på at bede i arbejdstiden. Jeg oplever, at det generelle narrativ i medier og politiske debatter også smitter af på faglige miljøer. Jeg kan godt være bekymret for, hvordan en kollega, der har svært ved at forstå min tro, vil møde en patient med en tydelig tro. Samtidig har jeg dog erfaret, at de fleste læger – troende eller ej – formår at lægge deres egne overbevisninger til side og møde patienten med respekt og åbenhed. Men det kræver bevidsthed – og i nogle tilfælde også mod. ●



Når troen møder praksis

Buddhist og praktiserende Læge

Der er ikke så mange buddhister i Danmark. Hvorfor blev du buddhist?

Mit første møde med buddhismen var i København, hvor jeg i julen 2009 sad med hjertekvaler (af den romantiske slags!) og forbandede min studentikose ungkarleskæbne langt væk (those were the days!). Til alt held ringede min gode veninde Lene mig op, og hun inviterede mig med til et buddhistisk møde i et privat hjem. På mødet blev der – som det mest naturlige i verden – vekslet mellem at tale om livets helt store spørgsmål og om det nære, vedkommende og personlige. Jeg blev fuldstændig bjergetaget af ånden på mødet og den gensidige respekt deltagerne imellem. Jeg har ikke set mig tilbage siden.

Hvordan vil du selv beskrive din tro?

Buddhismen er på én og samme tid en stor og ædel livsfilosofi med udgangspunkt i målet om varig verdensfred og alle menneskers sande lykke, og samtidig er det en helt nede-på-jorden, moderne, hverdagspragmatisk metode til at forbedre mit liv, lige dér hvor jeg er. Buddhismen tilbyder et modent og fremadskuende syn på livet, døden, og på hvorfor tingene sker, som de gør. Den giver redskaber til at skabe ændringer og skabe menneskelig værdi på netop min unikke måde, uden at de grundlæggende værdier går tabt. Dens bud på helt konkrete tiltag i et globalt samfund har aldrig været mere aktuelle i vores verden, som er præget af krig, oprustning og fundamentalt mørke. Michael Jackson sang ”I’m starting with the man in the mirror”, og det er lige netop dét, vi buddhister gør; vi skaber ”menneskelig revolution”.

Hvad gør du helt konkret?

I min sololægepraksis i Svendborg er der mange udfordrin-

ger i løbet af en travl og hektisk hverdag, som kan få mig til at glemme mine trosprincipper. Derfor chanter jeg hver morgen og aften for at styrke min tro og beslutsomhed på daglig basis. Målet med det er ikke at opnå indre ro, men at skabe optimal værdi i enhver situation, som livet (og patienterne!) måtte byde på.

Hvad betyder din tro i dit arbejde som praktiserende læge?

Buddhismen og lægeløftet går hånd i hånd. Helt essentielt står målet om at fjerne al lidelse (eller måske snarere lidelsen i al lidelse). Ja, faktisk udspringer selve buddhismen fra én mands beslutning om netop dette. Er det ikke også dét, vi i bund og grund forsøger som læger?

Har du oplevet, at din tro har hjulpet dig i arbejdet med patienterne?

Min tro hjælper mig med at møde mine patienter med åbenhed og tillid til deres og mit eget liv, og den giver mig en kerne at tale ud fra, når jeg møder mennesker i krise. Ikke fordi kommunikationen med patienterne ligefrem altid går fantastisk (i så fald gjorde jeg nok ikke mit arbejde ordentligt). Men svære møder tager jeg op foran Gohonzon, når jeg chanter, og jeg får så ofte en klar idé om, hvordan jeg kommer videre.

Bliver dine værdier udfordret eller beriget, når du møder patienter med andre livsanskuelser?

Absolut beriget! Buddhismen forsøger ikke andre religioner, men søger derimod at bygge bro imellem dem. Lidt billedligt sagt kan buddhisme være den tredje tone, som tillægges to andre toners dissonans, og derved kan den skabe en smuk harmoni (folk med musikalske tilbøjelig-

”

Min tro hjælper mig med at møde mine patienter med åbenhed og tillid til deres og mit eget liv, og den giver mig en kerne at tale ud fra, når jeg møder mennesker i krise.

heder vil nok forstå dette billede). Ved at møde andre menneskers tro med åbenhed og nysgerrighed kan fine dialoger opstå. Jeg er for eksempel et par gange blevet velsignet af en kristen patient som tak for konsultationen (ethvert dørhåndtagsspørgsmål blegner ved siden af!).

Hvordan balancerer du dine personlige værdier med dine patienters ønsker, behov og rettigheder?

Patienternes tillid til, at jeg som læge repræsenterer en høj og evidensbaseret faglighed, er altafgørende for læge-patient-relationen. Ja, det er en helt grundlæggende præmis ved faget.

Og en kompromitteret tillid mellem læge og patient kan stå i vejen for alle velmenende tiltag.

Jeg er derfor generelt MEGET forsigtig med at nævne noget som helst om min tro i det daglige arbejde, men jeg har dog enkelte gange tilladt mig at anbefale udvalgte patienter at opsøge viden om buddhismen online. Der er en fin balance mellem at repræsentere en bestemt faglighed og muligheden for “en dosis læge” og så at trække på og udfolde ens egen “livsvisdom” i klinikken. Sidstnævnte vil jeg nu mene, at vi til tider allesammen gør, på et eller andet plan, i det daglige arbejde. Gør vi ikke?

Præger din tro dit møde med døende patienter og deres pårørende?

Ja, uden tvivl. På et nyligt palliationskursus i PLO-regi lærte hospitalspræst Lotte Mørk, Rigshospitalet, os kursusdeltagere om, at vi som læger har en fantastisk mulighed for at give den døende patient mening og værdighed i det liv, der har været, og i døden. Det kan vi gøre ved at være med den døende i mørket, se personen som et helt



Forfatteren som chanter. Privatfoto.

menneske og ved at rumme uden at skulle “løse” noget som helst. Denne holdning står smukt i tråd med de buddhistiske principper; at være til stede og se personen lige foran dig, at se forbi de illusioner, som skaber lidelse, og at anse døden for et grundvilkår, som vi deler.

I buddhismen er døden ikke slutningen på det hele; den giver mulighed for at se tilbage på det liv, der har været, men også for at se fremad mod det næste liv. Sidstnævnte tilbyder jeg indimellem patienter som et perspektiv på døden, som de kan gribe, hvis de vil, og hvis behovet er der. Ikke som en “løsning” på noget, men som en trøst eller lindring i det svære. Det handler grundlæggende om at tilbyde ethvert liv en meningsfuldhed, en værdi og en værdighed, som modvægt til det illusoriske mørke, vi allesammen til tider kan befinde os i. Kim Larsen sang “Om lidt, om lidt, er vi borte, vi ses måske igen” og “Hvis nogen si’r det hele går ad helvede til, så tro dem ikke – det har altid været sådan, og det bli’r det nok ved med, tror du ikke?” Buddhisten er helt enig med Larsen. ●



Visionsdag: Almenmedicineren er specialist i det hele menneske

En efterårsdag i 2024 mødtes en flok engagede kollegaer til en fælles visiondag for at sætte ord på det usynlige arbejde i læge-patient-relationen, som stadig udgør kernen i vores speciale.

På en smuk efterårsdag samledes en flok engagerede lægekollegaer for at diskutere fremtidens almen praksis i Danmark anno 2034. Dagen var planlagt og initieret af den almenmedicinske tænketank 'Præstøgruppen'. Deltagerne repræsenterede både kommende, nuværende og tidligere praktiserende læger på tværs af landet. De kom hver især med deres erfaringer fra – og drømme om – arbejdslivet i almen praksis.

På visionsdagen blev der sat ord på de almenmedicinske kvaliteter, vores helt essentielle fagetik og de udfordringer, som almen praksis står overfor. Vi vil her forsøge at opsummere nogle af de bærende tanker.

Tiden, vi lever i

Sundhedsvæsenet er under pres fra mange fronter og står netop i disse måneder over for store forandringer. Det gør sig ikke mindst gældende i almen praksis, hvor både politikere, patientforeninger og lægfolk har stærke meninger om, hvilke opgaver der skal prioriteres, samt hvornår og hvordan de skal udføres af den praktiserende læge. Primærsektoren skal styrkes, og den politiske ambition er mindst 5.000 praktiserende læger inden for en ikke så fjern fremtid.

Mens vi venter på, at ambitionerne bliver til virkelighed, opleves arbejdsbyrden i almen praksis stigende med løbende opgaveglidning fra sygehusvæsenet til praksis, demografisk udvikling og patienternes tiltagende forventninger til let tilgængelighed, virksom behandling og klare svar "on demand". Samtidig bebuder den nære fremtid voldsomme teknologiske landvindinger med hidtil uerkendte faglige og etiske problemstillinger.

Dertil kommer private koncerners indmarch på markedet med patientforvaltning i storskala, unuancerede kvalitetsmål, automobilindustriens

lean-principper overført på mennesker – og med de økonomiske muskler til at markedsføre sig selv bredt både politisk og offentligt.

Beslutningstagerne ønsker centraliseret faglig ledelse og en større ensartethed i almen praksis med henvisning til ønsket om øget kvalitet. Men hvad er kvalitet i det primære sundhedsvæsen? Og kan vi overhovedet måle på kvaliteten i almen praksis, uden at gøre det klart, hvad værdien af det almenmedicinske arbejde, som leveres hos "egen læge", er? Og hvordan de almenmedicinske kerneværdier bidrager hertil?

Dansk Selskab for Almen Medicin har beskrevet syv pejlemærker som fælles identitet for de almenmedicinske speciallæger, mens professionsetikken fra 2022 yderligere definerer rammen for vores virke som praktiserende læger. Med ovenstående in mente synes rettidig omhu at være påkrævet, såfremt vores almenmedicinske kerneværdier ikke skal gå tabt i jagten på optimeret produktion og beslutningstagernes ønske om ensretning.

Hvis vi skal værne om vores kerneydelse som den nære behandler –



En væsentlig pointe fra visionsdagen hos Lotte Hvas og Mikkel Vass i Præstø var, at praktiserende læger har manglet et fælles sprog for værdien af det usynlige arbejde, der sker i læge-patient-relationen. Privatfoto.

ikke blot i målte kilometer, men også i ånd og arbejdsform – skal vi bestræbe os på at synliggøre vores speciales unikke profil og værdien af det arbejde, vi udfører i almen praksis.

Det usynlige arbejde

En væsentlig pointe fra visionsdagen var, at praktiserende læger har manglet et fælles sprog for værdien af det usynlige arbejde, der sker i læge-patient-relationen. Dette arbejde kan måske siges at udgøre kernen i vores almenmedicinske speciale. Det rummer den uudtalte forståelse for livsvilkår, valg og prioriteringer på baggrund af kendskabet til patienten, oparbejdet gennem gensidig tillid, tryghed, fortrolighed og kontinuation, som ikke sjældent spænder på tværs af generationer; familielægens grundtone.

Den praktiserende læge – “egen læge” – er speciallæge i patienten. Man kan ikke være fejlvisiteret til egen læge. Alt er relevant og alle hører til; mennesket, krop, sind og sjæl. Kun ved at favne og italesætte vigtigheden af læge-patient-relationen kan vi

synliggøre den uvurderlige rolle, som den praktiserende læge har som sundheds- og lighedsfremmer. Vi kan som praktiserende læger lette overgangen mellem sektorer, skabe kontinuitet og mening for patienterne og i forlængelse heraf mindske sygelighed og død. Med en indsats, der tilpasses den enkelte patients ressourcer på et givent tidspunkt i livet. Alligevel er relationens værdi svær at kommunikere til beslutningstagerne, fordi tryghed ikke har et fortrykt prisskilt. At det gule sygesikringsbevis hos hver eneste borger angiver navnet på den læge, som påtager sig ansvaret for, til enhver tid, at holde døren på klem til trøst, til lindring, til den lægefaglige vurdering, er ganske unikt. Patientens ‘egen læge’ er sundhedshavnen, som de fleste patienter stævner ud fra og vender tilbage til gentagne gange i mødet med sundhedsvæsenet.

Det langsomme arbejde

Den praktiserende læge yder et gratis, uvisiteret og uafhængigt sundhedstilbud til alle. Derfor skal den al-

menmedicinske konsultation også i fremtiden kunne føres i et fagetisk frirum, hvor der er plads og tid til udøvelsen af lægekunst.

Som sundhedsvæsenets rationelle, pragmatiske stemme bidrager de praktiserende læger til bæredygtighed ved at decelerere et sundhedsvæsen med foden på speederen. Vi gør det ved at visitere, behandle og uddanne i det nære miljø, men også ved at støtte individet i at finde en balance i forventningerne til livet, helbred og krop – nogle gange til døden – og ikke mindst i forventningerne til sundhedsvæsenet. Patienten beskyttes imod overbehandling og udefrakommende forventningspres, når plan og behandling tilpasses patientens livssituation, prioriteter og ikke mindst egen forståelse af sundhed. Det foregår alt sammen i den almenmedicinske konsultation. Det kræver tid og kendskab til patienten.

Vi har gang på gang vist os at være de bedst fagligt funderede og omkostningseffektive til at varetage visitationsopgaven i det nære sundheds-



væsen. For at kunne visitere ind i andre specialer skal man have et velfunderet kendskab til disse – ikke mindst, når henvisning fravælges. Egen læge skal være så fagligt stærk, at der i det primære sundhedsvæsen kan træffes sikre til- og fravalg sammen med patienten. Denne visitation er så væsentligt et element i sundhedsvæsenets grundstruktur, at konstant fortynding af primærsektorens livses-sens – den praktiserende læges tid sammen med patienten – med en aldrig aftagende opgaveglidning fra andre specialer ud i praksis truer med at vælte læsset. Både for den enkelte læge, men også for sundhedsvæsenet i det hele taget. Det er nemt at sende patienten videre (og ansvaret med), når presset bliver for stort og tiden for knap. At fravælge dette kræver faglig tyngde og mod, og mod kræver tid og overskud; to goder vi skal søge at værne om også i kommende strukturer.

Tiden, vi har brug for

Hvordan skal de praktiserende læger fremover kunne løfte arven som nærværende familielæger, når mængden af arbejdsopgaver stiger og æder af tiden til hver enkelt patient? Det er langt mere end arbejdsglæden og måske desværre også motivationen til at søge ind i specialet, der er på spil. Det er også kvaliteten i vores arbejde. Dømmekraften. Lægekunsten.

Arbejdsbyrden i praksis er steget voldsomt på kort tid. Måske er tiden inde til at se på, hvilke opgaver der løses bedst i almen praksis, og hvilke der kan varetages andetsteds. Det er en kendsgerning, at vi lige nu er for få til at løfte opgaven. Hvis vi bliver tvunget til at afkorte vores tider i konsultationen for ikke at få alenlange ventelister og til at uddelegere mere til andre personalegrupper for at kunne løfte alle pålagte opgaver, ja så satter vi det lægefaglige blik. At kunne levere høj faglig kvalitet og sætte spørgsmålstejn ved, hvad vi obser-

verer i konsultationen, kræver tid. Tid til at udøve den autonomi, som vi blev betroet med vores autorisation.

Fremtiden, vi har brug for

De kommende almenmedicinske speciallæger ønsker uden tvivl at værne om kerneværdierne og ser også ofte sig selv i nære, faglige samarbejder med mulighed for luft i skemaet til både familie og interesser. Luft, til at kunne løfte lægeopgaven på en fagligt og etisk tilfredsstillende måde. Der ønskes tid til patienterne, til fordybelse, til faglig udvikling, til fleksibilitet, til kollegerne og til kaffen. Til et godt arbejds- og familieliv. Til at også lægens ret til at udfoldes som et helt menneske beskyttes.

Tid er den dyrebareste vare på nutidens arbejdsmarked. Det er et tydeligt budskab fra den kommende generation af praktiserende læger, at work-life-balance og arbejdsglæde skal prioriteres i top, hvis specialet fortsat skal være attraktivt. Tvang og tidspress har ingen plads i rekrutteringen af nye praktiserende læger eller til at sikre lægedækningen i yderområder.

Hvis nu tiden er så vigtig, skal lægen så ikke træde væk fra praksisdriften og i stedet hellige sig den lægefaglige opgave alene? Det kan være det rigtige – for nogle læger. Der er et klart behov for, at man som speciallæge i almen medicin skal have bedre mulighed for at være ansat i en klinik – om ikke andet, så i de perioder af livet, hvor man har mest brug for fleksibilitet – og gerne med muligheden for at købe sig ind i praksis på sigt. Vi skal dog sikre rammerne for den nære patient-læge-relation også i disse ansættelser.

Det skal fortsat være muligt at være klinikejer i både store og små klinikker. For det at have fingeren på pulsen dybt inde i klinikkens maskinrum muliggør værdiskabelse i en helt anden skala end blot i forholdet til den enkelte patient. Der er kort fra tanke

til handling, og det bliver muligt at udfolde ikke alene egen faglighed, men hele personalegruppens, når man sidder som klinikejer. Dette er ikke blot til glæde for lægen og patienterne, men for hele lokalsamfundet, når klinikken kan formes til at afspejle lokale behov. Innovation og arbejdsglæde, kollegialt sammenhold, lokal forankring og kontinuitet. Når en læge nedsætter sig i praksis, er kontinuiteten sikret for mange år ud i fremtiden, og dette har en værdi i sig selv. En leverandør kan skiftes ud, hvor en aktør tager medansvar.

Sådan kommer vi videre

Primærsektoren skal støttes og løftes. Ja tak, men den skal også både beskyttes og nytænkes. I en tid, hvor strukturen i sundhedsvæsenet er under forandring, må vi turde se indad og vurdere, hvordan vores ressourcer bruges bedst, og om der kan skabes mere luft til kerneydelsen ved at flytte opgaver væk fra almen praksis.

Det er afgørende, at de praktiserende lægers stemmer bliver hørt, når fremtidens sundhedsvæsen skal planlægges og opgaver fordeles. Vi skal gøre vores indflydelse gældende både nationalt og regionalt, i sundhedsrådene og i kommunerne, så vi kan sikre, at rammerne i almen praksis også i fremtiden kan tilbyde samme høje kvalitet for patient og samfund.

Alle de usynlige arbejdsopgaver, som løftes af de praktiserende læger, skal synliggøres og værd(i)sættes i beslutningsprocessen. Dét kræver, at vi bliver ved med at udvikle vores sprog herfor og husker hinanden på, hvori dette arbejde ligger, og hvorfor det er os, der bedst kan tilbyde et trygt, effektivt og nært sundhedstilbud, som tilgodeser det hele menneske. Alt imens vi værner om det gode lægeliv.

Denne artikel er skrevet, før vi kendte til lovpakke 2b. Referencer kan fås ved henvendelse til forfatterne. ●



GRØNT TIP

Rejsepolitik

I de senere år har der været stigende opmærksomhed på, hvad vi som privatpersoner kan gøre for at reducere CO₂-udslip i forbindelse med transport og rejser. Men det betyder også noget, hvordan vi bruger transport i forbindelse med arbejde.

Har din klinik en rejsepolitik?

For praktiserende læger og klinikpersonale har der i mange år været udbudt kurser diverse steder i udlandet, men

også i Danmark. Flere af de store kursusudbydere retter nu et større fokus mod danske lokationer for at reducere tilbud, som kræver flyrejser til udlandet. Dette kan også fremme mulighederne for aktiv transport (f.eks. cykling), offentlig transport og samkørsel.

Mange af landets uddannelses- og forskningsinstitutioner har udformet en "Rejsepolitik" inden for de seneste par år, bl.a. for at reducere udledningen af drivhusgasser og nå de forventede klimamål. Se eksempel på rejsepolitik fra Aarhus Universitet og lad jer inspirere i klinikken.

Derudover er mulighederne for online deltagelse til kurser og møder steget betragteligt, bl.a. igennem DSAM og Lægeforeningen. Fordelene ved at deltage online kan have flere facetter. Det forbedrer mulighederne for, at f.eks. læger med små børn eller med handicap kan deltage, hvilket kan bidrage til ligestilling og lige vilkår på tværs af bl.a. alder og køn, og der skal ikke bruges tid og økonomiske ressourcer på transport. ●



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

EKSEMPEL PÅ REJSEPOLITIK

- Vælg den mest klimavenlige rejseform i videst muligt omfang.
- Udfordr omfanget af fysiske møder i eksisterende, veletablerede netværk.
- Overvej, om rejsen kan erstattes af virtuelle møder – eller planlægges tættere på medarbejderens geografiske placering.
- Tag tog frem for fly, hvis rejsetiden med tog er under 5 timer pr. vej.

Kilde: Rejsepolitik på Aarhus Universitet, medarbejdere.au.dk.



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

EN DAG MED ...

Hans Christian Brix Nørgaard

Hans Christian Brix Nørgaard er praktiserende læge i en kompagniskabspraksis i Hammel og ny ø-læge på Endelave.

6.15: Jeg står op, får stille vækket ungerne. Min datter afleverer jeg tidligt, de dage jeg selv møder tidligt, men hun er oftest morgenfrisk. Så der er fuld fart på dialogen fra morgenstunden.

7.30: Jeg møder som regel ind i vores klinik i Hammel mellem kl. 7.30 og 7.40 – sådan er det også i dag. Det passer godt med trafikken, og det giver mig mulighed for at nyde en kop kaffe i ro og mag, mens jeg tjekker e-konsultationer, giver prøvesvar og hilser godmorgen til sygeplejersken, sekretæren og bioanalytikerens, som også møder ind omkring dette tidspunkt.

8.00: Dagen begynder med planlagte konsultationer og ad hoc-supervision af vores dygtige KBU-læge. Der bliver også lidt tid til administration.

9.00: Min kompagnon Benedicte møder ind, og vi får en hurtig snak om dagens program. Vi skiftes til at møde ind på denne måde, så vi begge får gode morgener med vores børn og tid til aflevering.

10.15: God kaffe og et knækbrød. Vi prioriterer alle denne pause – et vigtigt øjeblik til at mærke stemningen i huset og lige tjekke ind med hinanden. For både Benedicte og jeg er det afgørende at vide, hvordan vi hver især har det på dagen.

10.30: Sekretæren har visiteret dagens akutte patienter, og vi fordeler dem mellem Benedicte, mig selv, vores KBU-læge og en medicinstuderende. Vi har, ud over laboratorieopgaver og sekretærfunktion, oplært de studerende i håndtering af almindelige akutte tilstande. De er en stor hjælp i hverdagen. På en gennemsnitlig dag ser jeg 6-8 akutte patienter – altid en god blanding. I dag ser jeg blandt andet en patient med mistanke om cholecystitis – indlægges. En patient med skuldersmerter og én med lændehold. En ung pige, henvist

med mistanke om astma på grund af dyspnø. Det viser sig, at hun har en hæmoglobin på 2,8! Hun bliver også indlagt akut. En ukrainsk mand med forhøjet blodtryk og inficerede sår på begge underben, forårsaget af lange arbejdsdage i varme gummistøvler. Sproglige barrierer kan være en udfordring. Især i akutte konsultationer. Denne patient talte kun ukrainsk med lidt tysk, men med Google Translate og tålmodighed fandt vi frem til en løsning. (Det krævede dog en hurtig espresso bagefter, inden næste patient!).

11.45: Da de akutte patienter er ude af døren, bliver der igen tid til lidt kontorarbejde. Bagefter har jeg planlagt supervision med vores sygeplejerske, som passer stort set alle vores kronikere selvstændigt. Derfor har vi sat en halv time af hver dag til hende. Vi taler om hendes diabetes- og blodtrykspatienter og vender også, hvordan man som sundhedsprofessionel passer på sin tid og ikke tager mere ansvar, end der er nødvendigt – især når opgaver med fordel kan uddelegeres til patienterne selv.



Netop ankommet med færgen til Endelave. Privatfoto.



Hans Christian Brix Nørgaard og hans kompagnon Benedicte Iversen Scheel. Privatfoto.

12.30: Torsdag efter frokost har vi afsat en time til enten personalemøde eller yoga i nabobygningens yogastudie. I dag står den på personalemøde. Vi har faste punkter, blandt andet den såkaldte "runde", hvor alle kan byde ind med stort og småt. Indimellem har vi også intern undervisning. I dag kom Simon forbi og gennemgik den B12-instruks, han har udarbejdet til klinikken. Simon bliver vores tredje kompagnon, når han afslutter sin ph.d. og speciallægeuddannelse. Han har været med fra starten af mit og Benedictes partnerskab og er en fast del af ledelsen og udviklingen af vores praksis. Vi har et ydernummer klar til ham i forbindelse med, at vi har overtaget ø-driften på Endelave, som det netop er min tur til at passe i denne uge.

14.00: Biltur og færges til øen Endelave. Jeg bruger transporttiden på en

blanding af musik, podcast og et hurtigt tjek, via hjemmeadgangen, af de patienter, jeg skal se senere på dagen.

16.00: Jeg er i god tid og starter med en gåtur rundt på Endelave. Solen skinner, og kaninerne stikker snuderne frem fra buske, haver og små jordhuller. Det er et charmerende syn hver gang. Jeg FaceTimer med børnene hjemme – de skal selvfølgelig også se kaninerne (selvom det nok er mig, der er mest begejstret). Jeg når også en kort telefonsamtale med Benedicte, som er på vej hjem fra klinikken. Vi forsøger ofte at bruge vores transporttid til at vende diverse, og vi forestiller os, at kernen til vores store trivsel er den tætte kommunikation, vi har, hvor vejen til beslutninger er meget kort og nem, da vi kender hinanden rigtig godt.

19.00: Jeg har tre konsultationer på programmet og god tid til at høre patienternes livshistorier. Samtalerne kommer ofte til at handle mere om livet på øen end om sygdom. Telefonen er åben, men der er ingen opkald – så der er ro til fordybelse.

21.00: Jeg spiser sen aftensmad og sætter dej over til boller. Det er hyggeligt at stå op næste morgen til duften af friskbagt brød i den lille klinik. Det fungerer altid som en god ice-breaker med patienterne.

23.00: Træt, men glad, går jeg i seng. ●



Fra chok til handling – vores kærlighedserklæring til almen praksis

Da regeringen midt i sommerferien sendte et nyt lovforslag i høring, gik der chokbølger gennem det almenmedicinske miljø. I FYAM vidste vi hurtigt, at vi måtte reagere. Resultatet blev kampagnen *“Kærlighedserklæring til almen praksis – eller et farvel til familielægen?”*, der var med til at sætte en dagsorden på sociale medier, i medierne og blandt politikere.

Sommeren kom – med et lovforslag

Efter et hektisk første halvår for FYAM havde vi set frem til en lidt roligere sommerperiode med tid til refleksion og et lavere gear. Men politikerne ville det anderledes, for den 1. juli landede et lovforslag i høring. I dagene efter var vi ude at forholde os til lovteksten og vores tolkning af den. Vi kommunikerer i høj grad via sociale medier, som vi også bruger som én af vores kommunikationsveje til medlemmerne. Men det går også den anden vej. Vi oplevede nemlig blandt medlemmer en stor efterspørgsel på handling. Og med regeringens timing og lovtekstens indhold, erkendte vi ret hurtigt, at der var behov for noget ekstraordinært.

Fra idé til kampagne

Over sommeren producerede vi derfor kampagnen 'Kærlighedserklæring til almen praksis – eller et farvel til familielægen'? Formålet var at gøre politikere, beslutningstagere og andre sundhedspolitiske aktører opmærksomme på den mulige konsekvens af lovforslaget. Der var kort fra idé til handling. Med hurtig opbakning fra DSAM's bestyrelse midt i sommerferien, kunne vi den 7. august lancere tre film og en slide-karrusel til de sociale medier. Vi tog udgangspunkt i, at sundhedsreformen er omtalt som en kærlighedserklæring til almen praksis. Ord og formuleringer kan som bekendt bruges strategisk – men efter at



have læst lovforslaget, stod vi tilbage med alt andet end en kærlighedserklæring og besluttede at omskrive denne fortælling.

Strategien bag kampagnen

Sammen med en dygtig grafisk designer lagde vi en digital strategi bestående af tre dele: film, infografik og en slide-karrusel. Første del bestod af tre små film med yngre almenmedicinere. Her fortæller Mimmi, Anne Sofie og Thomas om deres drømme, håb og visioner for fremtiden, og hvad der går tabt, hvis forslaget vedtages. Desuden er der mulighed for at klikke videre ind på en webside hos DSAM med mere information om kampagne og lovforslag. Anden del var infografik og fakta – med korte, letforståelige pointer om kontinuitet, rekruttering og patientperspektivet. Tredje del var en slide-karrusel med stærke, delbare budskaber, der kunne stå alene på sociale medier.

Vi kombinerede almindelige SoMe-opslag med målrettet annoncering. Meta (Instagram og Facebook) blev den primære kanal til at nå bredt ud, mens LinkedIn blev brugt til at ramme en smallere gruppe af beslutningstagere og journalister

En kampagne med gennemslagskraft

Mange hundrede tusinder mennesker har set film og karrusel. Lydbidder fra filmene er blevet brugt i politiske podcasts. Der er refereret til kampagnen i ledere og artikler i landsdækkende medier, ligesom den er nævnt i debatprogrammer på radio og TV. I dagene efter kampagnens lancering deltog FYAM i en lang række interviews i dagblade og TV- og radioprogrammer, ligesom vi modtog megen positiv respons fra kolleger og medlemmer, som vi oplever, at den også har betydet noget for.



Hvad lærte vi?

Timing er afgørende. At vi kunne reagere hurtigt, mens lovforslaget var helt aktuelt, gav et godt fundament for stor spredning. Da nyheden om lovforslaget og lægernes store bekymring endelig ramte de brede medier i medio august, var vi klar med tydelige og gennearbejdede budskaber og i fuld gang med bred positionering af FYAM's holdninger til lovforslaget, bl.a. i form af kampagnen, som allerede kørte.

Enkelhed vinder. Letlæselige formater fungerer bedre end lange tekstblokke. Derudover havde vi fokus på at skabe en visuelt lækker kampagne, som fungerer godt til at skabe blikfang på SoMe med korte film på højst 1 minut.

Personlige stemmer engagerer og kan mærkes. Medlemmer, der taler i

eget navn, skaber større troværdighed end mere anonyme organisationstekster. Det var vigtigt for os, at kampagnens medvirkende selv var HU-læger i almen medicin og menige FYAM-medlemmer.

Vi fortsætter

Arbejdet er ikke slut. Vi fortsætter med at vise, hvorfor patient-læge-relationen redder liv, og hvorfor vi som fremtidens familielæger siger nej til detailstyring af almen praksis. Vi ved nu, at det er muligt på kort tid at skabe en velfungerende kampagne med stor effekt og er glade for, at DSAM's bestyrelse troede på idéen og støttede op om projektet – vi oplever, at det har gjort en forskel i en svær tid for vores speciale og medlemmer. ●



Vi taster os væk fra hinanden

EPJ'en fanger alt – undtagen blikket.
I forsøget på at dokumentere det hele
risikerer vi at miste det vigtigste: nærværet.

Hun satte sig ned uden hast. Lukkede døren efter sig og placerede sig for enden af bordet med tasken i skødet. Der var ikke noget i hendes kropssprog, der skreg "akut" – men heller ikke noget, der signalerede ro. Øjnene flakkede lidt. Stemmen lød mekanisk, som én, der havde øvet sig foran spejlet: "Jeg sover dårligt... Jeg er træt hele tiden... Jeg tror, jeg er ved at blive syg". Jeg nikkede. Ikke bare som refleks, men for at vise, at jeg lyttede. For det gjorde jeg. Eller prøvede. Men mens hun talte, lå EPJ'en åben foran mig. Cursoren blinkede i notatfeltet, og jeg vidste, at hvis jeg ikke skrev noget nu, ville jeg glemme detaljerne senere. Jeg tastede med venstre hånd, mens jeg forsøgte at holde fast i øjenkontakten. En indre stemme listede kravene op: aktuelt, objektivt, plan, diagnosekode, regning. Det var ikke uvilje. Ikke manglende empati. Det er bare den virkelighed, vi arbejder i.

Dokumentationens paradoks

Vi taster os væk fra hinanden. Ikke fordi vi vil, men fordi vi skal. Vi skal dokumentere, kode, beskytte os selv og systemet. Vi skal sikre, at alt er skrevet ned, ikke bare for vores egen skyld, men også for næste led. For tilsynet. For patientens ret til aktindsigt. Men undervejs risikerer vi at miste den samtale, som dokumentationen prøver at fastholde.

Det er et paradoks, som bliver ved med at nage: at skrive om samtalen, mens den foregår, og samtidig forsøge at være til stede i den. Jeg vil så gerne være nærværende, så jeg kan se det menneske, som rummer patienten, og jeg vil så gerne være effektiv, så jeg kan hjælpe alle. Men at være 100 % begge dele er en matematisk umulighed.

Tempoet er blevet en præmis

Jeg kan godt huske de dage, hvor jeg virkelig var nærværende, hvor jeg lod fingrene hvile og i stedet fulgte samtalen til ende, før jeg skrev. De dage går jeg ofte hjem med en følelse af at have gjort noget rigtigt, også selvom notatet først kom bagefter. Men efterhånden er tempoet blevet en præmis. Der er flere patienter, flere opgaver, flere systemkrav og færre pauser. Hvis jeg venter med at skrive, risikerer jeg, at det hele smuldrer i hukommelsen, før jeg når næste patient. Andre dage fylder det administrative så meget, at jeg næsten glemmer, hvad der egentlig er min kerneopgave.

Signaler, der kræver tilstedeværelse

Nogle gange, når jeg læser det, jeg har skrevet, ved jeg, at det rummer det nødvendige, men ikke altid det, der betød noget for patienten. Det, jeg fik skrevet, dækker over det hul, der opstod. Og den fornemmelse følger mig ud af konsultationen, som en rest, jeg ikke kan formulere, men som lægger sig i mig. Det er sjældent noget konkret, man overser. Det er det ubestemmelige. Det, der ligger mellem sætningerne. Blikket, der tøver. Pausen, der kommer efter ordene. Stemmens svage ændring. De signaler kræver tilstedeværelse. Ikke bare fysisk, men mentalt. Og den opmærksomhed, vi giver skærmen, tager vi fra det menneske, der sidder foran os.

”

Vi taster os væk fra hinanden. Ikke fordi vi vil, men fordi vi skal. Vi skal dokumentere, kode, beskytte os selv og systemet.

Det er en mærkelig fornemmelse. At gøre det rigtige og alligevel mærke, at det ikke var nok. At vide, at jeg overholdt retningslinjen, at notatet er fagligt i orden, men at der var noget, jeg ikke fik med. Noget, der blev sagt med kroppen, ikke med stemmen. Noget, jeg godt mærkede, men som gled forbi, fordi jeg lige var optaget af at finde det rette felt i systemet.

Jeg går hjem og tænker over det. Ikke hver dag, men ofte nok til, at jeg bemærker det. Som en tynd film af uro, der lægger sig over arbejdsdagen. Ikke dramatisk, men tung nok til at kunne mærkes.

Det vigtigste står mellem linjerne

For nylig havde jeg en ældre patient til årskontrol. Vi talte om blodtryk, medicin og de sædvanlige tal. Det hele så fint ud. Men da vi var ved at runde af, sagde hun: ”Jeg tror, jeg er begyndt at fylde lidt for meget derhjemme”. Jeg lyttede, anerkendte, spurgte kort ind. Der var ikke noget akut, ingen klar handleplan, men det slog mig, hvor sjældent sådanne sætninger får plads i det, vi dokumenterer. Det kom ikke med i notatet. Men det var måske det vigtigste, hun sagde den dag.

Følelsen af at skrive baglæns

For nylig sad jeg en aften og indtalte epikriser. Patienterne var udskrevet, de næste var allerede indlagt, og jeg forsøgte at rydde skrivebordet mentalt og praktisk. Ved én epikrise tøvede jeg. Det var en patient, jeg knap havde talt med. Der havde været travlt, og samtalen blev aldrig rigtig til en

samtale. Alligevel skulle jeg nu skrive noget, der lignede en sammenfatning af et forløb. Jeg følte mig som en, der skrev baglæns, prøvede at rekonstruere betydningen af et møde, der aldrig rigtig fandt sted. Det føltes ikke lægeligt, men administrativt. Og det skar lidt i fagligheden. Som om jeg var ved at miste forbindelsen til det, der engang tændte mig ved faget.

Uvurderlige øjeblikke i mødet med patienten

Vi er opdraget til at komme videre. Til at prioritere flow, systematik, fremdrift. At holde tempoet, nå det næste, udfylde felterne. Regning og flueben, så er vi glade. Der er sjældent nogen, der siger: ”Tag dig tid.”

Men nogle gange er det præcis det, vi burde gøre. Det kræver kun et øjeblik, men det øjeblik kan betyde forskellen mellem at blive mødt og at blive overset. En underviser sagde engang: ”Mødet med patienten er dit vigtigste redskab – og det første, du risikerer at miste”. Det lød abstrakt dengang. I dag føles det konkret. Det vigtigste redskab er ikke stetoskopet, ikke journalen, ikke blodprøvesvarene; det er opmærksomheden og evnen til at være til stede med et andet menneske i samme rum, samme minut.

Nærvær kræver i virkeligheden ikke så meget. Det kræver ikke lange samtaler, filosofiske refleksioner eller overskudstimer. Det kræver bare, at vi ser op. At vi holder en pause, før vi skriver. At vi lytter, som om vi ikke allerede ved, hvad der kommer.

”

Det vigtigste redskab er ikke stetoskopet, ikke journalen, ikke blodprøvesvarene; det er opmærksomheden og evnen til at være til stede med et andet menneske i samme rum, samme minut.

Vi skal ikke være helgener. Vi skal ikke være perfekte. Men vi skal turde insistere på det, vi selv ved, er vigtigt, også når det ikke kan måles. For patienten mærker det. Og vi mærker det.

Det burde ikke føles som et valg mellem at lytte og at skrive. Men det gør det. Alt for ofte. Og hver gang vi vælger skærmen, vælger vi også noget fra.

Så jeg bad hende vente et øjeblik. Trykkede på gem og luk. Lagde hænderne i skødet og vendte mig helt mod hende. Og først dér begyndte samtalen. Det tog ikke længere tid – men det føltes anderledes. Og jeg gik hjem og tænkte: Det dér, det var lægeligt arbejde. I det øjeblik tasterne tav, blev der plads til alt det, vi ellers taster os væk fra. ●

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





Kære kommende kollega

Jeg skriver til dig, fordi jeg har fået det privilegium at være de studerendes talerør i denne udgave af Practicus. Og vi har noget at sige: Almen medicin skal præsenteres bedre på medicinuddannelserne.

Et usexet speciale

Blandt de studerende på medicinuddannelserne er specialet "almen medicin" desværre kendt for at være lidt usexet, og noget man altid kan blive, hvis de andre specialer ikke lykkedes. Det er langt fra sandheden om specialet. I nutidens mangel på introstillinger er det ligefrem blevet svært at få stillinger i almen medicin.

At almen medicin er et speciale med en enorm alsidighed og mulighed for at blive dygtig på mange områder af medicin, er kun noget, vi som studerende bliver præsenteret for, hvis vi selv opsøger det. Der bliver ikke gjort reklame for almen medicin på uddannelserne på samme måde som de mere traditionelle specialer.

Det bliver lidt mere som en sidebemærkning midt i alt det andet: "Nåh ja, man kan jo også blive almenmediciner".

Måske skyldes det, at specialet er relativt nyt, så der ikke er de samme traditioner for specialet på medicinuddannelserne? Specialet repræsenterer heller ikke en selvstændig sygdomsgruppe, der kan undervises i.

Til gengæld spiller specialet en afgørende rolle i vores sundhedsvæsen og varetager størstedelen af patienterne. Alene det må være nok til, at vi skal lære mere om det på studiet.

Introduceres sent på studiet

Mine medstuderende på Københavns Universitet bliver først præsenteret for specialet til undervisningen på 12. semester. Det samme gælder på Aarhus Universitet, hvor de har 2 ugers klinik i almen praksis på sidste semester. I Odense er der få forelæsninger i løbet af kandidatdelen og 2 uger med klinik i almen praksis.

Mere anerkendelse på universiteterne

Det ærgrer os i SAMS, for det er jo i virkeligheden et af de mest interessante specialer, og det bør få den plads og anerkendelse det fortjener på uddannelserne. Vi ved, at det nok ikke kan bære et helt fag, men vi håber, at I vil råbe lidt højere om specialet, når undervisningen planlægges. Måske få lidt flere undervisningstimer? Det er jo trods alt i almen praksis, at de fleste syge patienter starter. Så vi kunne med fordel høre om udredning i almen praksis, inden vi bliver præsenteret for de andre speciallægers mange flotte og meget specialiserede udredningsprogrammer.

Tak fordi du gad læse med!

Med venlig hilsen
Cecilie Skov Petersen,
bestyrelsesmedlem i SAMS Odense





Den øverste lægelige autoritet

Den øverste lægelige autoritet er den enkelte læge, som tager sig af en given patient. Lægen tager beslutning på grundlag af de oplysninger, han får i mødet med patienten, og de undersøgelser, der foreligger, sammenholdt med lægens baggrundsviden. Den beslutning, der opnås, er den øverste lægelige autoritets beslutning.

Dermed gælder, at retningslinjer fra styrelser og selskaber og anbefalinger ikke er den øverste lægelige autoritet, selvom de er udtryk for den øverste lægevidenskabelige autoritet. Det er genkendeligt i vores hverdag, hvor vi ofte står i et valg, hvor vi ikke kan benytte de gældende retningslinjer direkte, fordi vores beslutningsgrundlag med den givne patient ikke stemmer fuldstændig med de forudsætninger, som en retningslinje bygger på.

Et oplagt eksempel er en patient, der fastslår: "Nu vil jeg ikke have flere tabletter" eller "Jeg vil ikke have den undersøgelse foretaget". Så bliver den lægelige beslutning, som derefter tages: den øverste lægelige autoritets beslutning. Et andet eksempel

er måling af PSA. Det kan være en god lægelig beslutning at få PSA målt, selvom der er en kampagne, som generelt tilråder tilbageholdenhed med at gøre det. Den enkelte læge er her en højere autoritet end den lægevidenskabeligt begrundede kampagne.

"Det må jeg ikke..." er en hyppigt brugt indledning på en bortforklaring fra en læge. Typisk færdiggør man ikke sætningen med "for Styrelsen for Patientsikkerhed/regionen/afdelingsledelsen/mine kolleger (i en kompagniskabspraksis)". Men den forståelse er forfejlet. De nævnte myndigheder og autoriteter henvender sig til den enkelte læge ved hjælp af retningslinjer eller anbefalinger, men ikke med egentlige lovsamlinger eller ordre.

Så formuleringen "det må jeg ikke" kan være bekvem, for den afkorter redegørelsen for den beslutning, man har taget. Ulempen ved den formulering er imidlertid, at den leder patienten og måske lægen til at tro, at der er en lægelig autoritet over den enkelte læge, som patienten sidder med. Men det er

der ikke, for det gælder altid, at alle læger skal tage lige præcis den beslutning, de i en given situation skønner, er den lægeligt rigtige.

I vores virke skal vi løse problemer og støtte os til retningslinjer. Hvis der er uoverensstemmelse mellem disse, vil det for en læge, der arbejder i tråd med lægeløftet, være det bedste at løse problemet – ikke at følge retningslinjen. Retningslinjer er generelle; problemløsning er specifik.

Også her kan man støtte sig til Piet Hein:

Lille læge, lille læge,
lille læge på vejen.

Hvis er du?

Hvis er du?

- Jeg er sgu min egen! ●





Vedvarende gener efter fødslen bør behandles bedre

Når et barn fødes, får den lille ny meget opmærksomhed. Men mange kvinder står efter en fødsel med en krop og et sind, der ikke er helet. Og de mødes ikke med samme systematiske tværfaglige omsorg.

I dag er 8-ugersundersøgelsen hos egen læge den eneste kontakt, en kvinde har med det offentlige sundhedsvæsen, hvor det er mors helbred, som er i fokus. Her drøftes typisk amning, blødning, prævention, og der kan laves en gynækologisk undersøgelse, hvor man også beder kvin-

den knibe. Men der findes ingen systematisk opfølgning senere og ingen national standard for, hvordan man håndterer vedvarende symptomer som træthed, underlivssmerter eller andre fysiske og psykiske gener.

"Hun er træt, men angiver, at det går godt. Ammer fuldt, blødningen er stoppet, mindre god knibefunktion og opfordres til at træne denne..."

Når kvinden 'burde' have det godt

Mange kvinder fortæller, at de ikke føler sig taget alvorligt, når de bringer vedvarende gener op. For de har jo født. De har et sundt barn. Det "skal nok gå over."

Flere af disse gener er almindelige, men de bør ikke nødvendigvis accepteres. Og de kan forebygges og behandles. Alligevel er det begrænset, hvor mange af disse kvinder der får adgang til specialiseret fysioterapi, gynækologisk vurdering eller blot bli-

ver spurgt til deres gener i almen praksis. For at vi kan forebygge, opspore og behandle, er det nødvendigt at generne bliver italesat. Det sker sjældent spontant. Mange kvinder har heller ikke overskud til at søge hjælp eller ved ikke, hvad de kan forvente.

Ingen offentlige tilbud

I Danmark findes ingen faste offentlige tilbud om genoptræning efter fødslen. Specialiseret fysioterapi til f.eks. bækkenbund, rectus diastase eller arvævsproblemer kræver som regel egenbetaling. Mange kvinder falder derfor mellem to stole: De er ikke "syge nok" til behandling, men de er heller ikke raske.

Vi kommer derved også i efterfødselstiden til at skabe et A- og et B-hold i sundhed. De ressourcestærke kvinder på A-holdet kan købe sig til målrettet behandling, mens B-holdet må "leve med det", for de har jo født, og så "ændrer kroppen sig".

OM DEBATINDLÆGGET

Practicus har modtaget dette debatindlæg, skrevet af en yngre læge i lyset af det aktuelle borgerforslag om at indføre efterfødselsklinikker. Forslaget har opnået mere end 50.000 underskrifter og skal derfor behandles i Folketinget. Hvis forslaget realiseres, vil det berøre almen praksis, som i dag har en central rolle i den tidlige opfølgning efter fødslen.

Læs borgerforslaget via QR-koden.



HYPPIGE EFTERFØDSELSGENER

- Over en tredjedel har rectus diastase et år efter fødslen.
- Knap halvdelen oplever urininkontinens et år efter fødslen.

Kilder:

Thind P. et al. Behandling af postgestational rectusdiastase. Ugeskr Læger, 2020;182(10):V04190237.

Johannessen H. et al. Prevalence and predictors of double incontinence 1 year after first delivery. International urogynecology journal, 2018, 29(10), 1529–1535. <https://doi.org/10.1007/s00192-018-3577-7>.

Vi kan gøre en forskel

Efterfødselstiden er ikke ovre efter otte uger. Mange kvinder lever med langvarige gener, der påvirker deres krop, identitet og trivsel. Som praktiserende læger har vi en unik rolle, fordi vi er kvindens mest vedvarende kontakt til sundhedsvæsenet. Vi kan gøre en forskel ved at spørge, lytte og insistere på, at "normalt" ikke altid er godt nok.

Efterfødselsklinikker – et supplement

Tværfaglige efterfødselsklinikker vil kunne tilbyde målrettet udredning og behandling af de senfølger, der i dag ofte overses. De kan samle fysioterapeuter, specialuddannede jordemødre, gynækologer og psykologer i ét forløb, så kvinden ikke skal navigere alene mellem forskellige tilbud eller helt undvære dem. Efterfødselsklinikker kan give en systematisk, ensartet og evidensbaseret indsats, uanset hvor i landet man bor, eller hvor mange ressourcer man har.

Almen praksis kan have en vigtig rolle for efterfødselsklinikker på fire centrale områder. For det første er vi



Kvinder giver liv. De bør ikke få deres eget liv forringet af fysiske eller psykiske følger, som vi i sundhedsvæsenet kan forebygge, opspore og behandle.

dem, der først ser kvinder med efterfødselsgener og kan sikre, at de, der har behov, bliver henvist (identifikation). For det andet kan vi som praktiserende læger følge kvinden løbende og binde trådene sammen mellem kommune, specialister og efterfødselsklinikker (koordination). For det tredje vil mange kvinder, selv med etablering af efterfødselsklinikker, fortsat have almen praksis som deres faste holdepunkt, fordi vi kan sikre, at behandlingen virker, og at kvinden kommer godt videre (opfølgning). For det fjerde kan vi læger som faggruppe være med til at præge udviklingen, så efterfødsel ikke reduceres til et privat anliggende, men anerkendes som et vigtigt sundhedsområde (fortaler).

Et vindue til kvinden

Har 8-ugersundersøgelsen stadig sin plads? Ja! 8-ugersundersøgelsen rummer vigtig screening for både fysisk og psykisk helbred, prævention, amning og opstarten på forældreskabet. Den er et unikt vindue til at opdage tidlige problemer og tale om kvindens trivsel, da undersøgelsen også kan give et indblik i andre problematikker, som kvinden aktuelt eller senere kan tænkes at opleve. Den giver også egen læge mulighed for at orientere sig om sin patient, og hvad hun har været igennem eller måske stadig gennemgår.

Undersøgelsen kan dog ikke stå alene. Den bør være første skridt i et

længerevarende, differentieret tilbud til kvinder, der har behov for yderligere hjælp.

Kvinder giver liv. De bør ikke få deres eget liv forringet af fysiske eller psykiske følger, som vi i sundhedsvæsenet kan forebygge, opspore og behandle. Lad os arbejde for, at 8-ugersundersøgelsen bliver startskuddet på en systematisk indsats med efterfødselsklinikker som et vigtigt supplement. ●

Debatindlægget er udtryk for forfatterens egen holdning.

HVAD KAN ALMEN PRAKSIS GØRE?

- **Spørg ind – også efter 8 uger.** Brug børneundersøgelserne som anledning til at spørge mor om hendes trivsel og tilstand, fysisk såvel som psykisk.
- **Normaliser ikke for hurtigt.** Symptomer efter fødslen er almindelige, men ikke altid acceptable.
- **Henvis, når det er nødvendigt.** Overvej gynækolog, fysioterapeut, sexolog – også når kvinden ikke selv spørger.
- **Samarbejd lokalt.** Den alment praktiserende læge kan overveje, om der findes kommunale tilbud eller sundhedsplejersker med særlig viden. Brug det, vi har.

Alt for mange ord!

Jeg er blevet beskyldt for at være en gammel sur mand, hvilket måske ikke er helt forkert. Jeg ser i al fald med alderen flere områder, hvor "verden er af lave!" (Som den for øvrigt altid har været).

Gennem de seneste år er jeg blevet opmærksom på, at kunsten at skrive en brugbar epikrise er gået tabt og erstattet af omfangsrige skriv, med en masse selvfølgeligheder og garderinger (over for STPS, SST, GDPR og andre spøgelse?), men uden let tilgængelige eller blot brugbare oplysninger.

Efter en patients indlæggelse har jeg kun brug for at vide: årsagen, hvad der er foregået, vigtige undersøgelsesresultater, medicinændringer og evt. planlagt opfølgning. Men ofte får jeg en masse selvfølgelige- og ligegyldigheder om, at patienten er identificeret, er indforstået med behandlingen og baggrunden for beslutningen om til-/fravalg af HLR ved hjertestop.

Det sidste forskrækkede min ellers velbevarede 75-årige patient, som blev indlagt med en banal lungebetændelse. Det første, hun blev spurgt om, var, om hun ønskede at blive genoplivet. Tryghed gav den dialog ikke.

De fleste sætninger i sådanne epikriser er fraser uden omtanke – i bedste fald overflødige, i værste fald skadelige.

Epikriser med overflødige floskler kommer ikke kun fra hospitalerne, men også fra privatpraktiserende speciallæger, hvorfra jeg for nylig modtog følgende svada:

"Pt, som er identificeret ved navn og cpr nr. har givet sit samtykke til undersøgelse/ behandling, efter mundtligt og skriftligt at have modtaget og forstået information om formål, forventede resultater, mulige alternativer samt relevante bivirkninger og komplikationer - alt i henhold til SST-retningslinjer. Der er givet samtykke til epikrise. Hvis der er aftalt svar på prøver taget i klinikken per mail/ SMS, og pt ikke har modtaget svar som aftalt i løbet af 10-14 dage, opfordres pt til at kontakte klinikken for svar."

Den rene distraherende spam!

Selv fra kollegerne møder jeg hyppigt varianter af følgende klamamse:

"Vedrørende vedlagte journaludskrift skal der hermed gøres udtrykkel-

ligt opmærksom på at de anførte - tilsyneladende - diagnoser IKKE kan opfattes som endelige sygdomsdiagnoser i klinisk forstand. Der er tale om foreløbige diagnoseforslag. Diagnoserne tjener primært det formål at de gennem såkaldte ICPC-koder ved sortering kan bruges til at skabe overblik i den elektroniske journal. Det skal desuden understreges at angivne diagnoser under et forløb kan blive ændret, slettet eller erstattet af andre diagnoser på et senere tidspunkt."

Hvad skal det til for? Er det oplysninger, jeg ikke forventes at kende og derfor har brug for at blive belært om? Jeg tænker ærligt talt selv højere om mine kolleger end dét!

I de fleste af mine mange år i praksis har jeg fulgt mantraet: "Jeg læser ikke epikrisen, når den kommer*. Jeg læser epikrisen, når patienten kommer".

Det har sparet tid og mange frustrationer. Men udviklingen har gjort det sværere hurtigt at overskue en epikrise, når min patient kommer til opfølgning efter en indlæggelse eller et forløb hos speciallæge!

Jeg sætter en ære i at være være en gammel sur mand!

*Selvfølgelig medmindre epikrisen er markeret med rødt/gult udråbstegn. ●



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



BOGANMELDELSE:

Samarbejdets ABC for praktiserende læger og sognepræster

I en tid, hvor flere og flere sygdomme og livsudfordringer skal håndteres uden for sygehusene, understreges det værdifulde i at indgå et samarbejde mellem lokale sognepræster og praktiserende læger.

Praktiserende læge Inger Uldall Juhl og sognepræst Lone Vesterdal har tidligere udgivet "Det skrøbelige menneskeliv" om livets tunge udfordringer. På baggrund af erfaringer med samarbejde mellem læger og præster har de nu skrevet en lettilgængelig bog på kun 26 sider.

Bogen indrammer kort idéen med samarbejdet. Den indledes med en kort introduktion til, hvorfor det giver mening at udvikle et tværfagligt samarbejde mellem praktiserende læger og sognepræster. Dernæst følger en lavpraktisk vejledning til, hvordan interesserede læger eller præster andre steder i landet kan etablere samarbejder som det, der startede i Kolding for nogle år siden. Bogen er fyldt med

konkrete forslag og en række nyttige tips og tricks.

Senere beskrives det teoretiske og praktiske grundlag for samarbejdet mellem praktiserende læger og sognepræster. Vi har ikke stor tradition for at henvise til præster i det primære sundhedsvæsen, men netop den mulighed trækkes frem som et potentielt værdifuldt supplement til vores tradition for sygehuspræster. Den lille bog er nem at gå til, hvis man sidder som praktiserende læge – eller sognepræst – og har lyst til at etablere et lokalt samarbejde. Bogen får de bedste anbefalinger fra mig. Jeg håber, at flere rundt om i landet får lyst til at udforske ideen og de muligheder, der ligger og venter. ●



TITEL: Samarbejdets ABC for praktiserende læger og sognepræster

FORFATTERE: Inger Uldall Juhl og Lone Vesterdal

FORLAG: Eksistensen

ANTAL SIDER: 32

UDGIVELSEÅR: 2025



BOGANMELDELSE:

”Klima & Sundhed”

– en nødvendig bog til almen praksis

”Klima & Sundhed” leverer evidens, konkret inspiration og motiverende eksempler til den praktiserende læge, der ønsker at forene høj sundhedsfaglig kvalitet og grøn ansvarlighed.

En 62-årig kvinde, tidligere rask, møder op i klinikken med forværret astma. Hun har de seneste somre oplevet flere dage med vejrtrækningsbesvær, især under heдебølger og perioder med høj luftforurening. Hendes symptomer forværres, og hun har fået flere antibiotikakure for luftvejsinfektioner. Hun spørger, om det kan have noget med klimaet at gøre – og hvad kan vi gøre?

En ny patient i venteværelset

Denne patient er ikke unik. Global opvarmning presser sig på i vores kliniske hverdag. I de kommende år vil vi se flere patienter, hvis helbred påvirkes af varme, luftforurening, vektorbårne sygdomme (f.eks. borreliose) og psykisk belastning, som er relateret til aktuelle klimaforandringer.

Vi forventes at få flere varmestressrelaterede tilfælde, især blandt ældre og socialt udsatte grupper. Patienter med kroniske lidelser oplever hyppi-

gere eksacerbationer. Det gælder f.eks. patienter med allergier (længere pollensæson), astma, KOL og hjerte-kar-sygdomme. I almen praksis har vi en dobbelt rolle: Vi er frontmodtager af klimaforandringernes sundhedsmæssige konsekvenser, men vi deltager også aktivt i at udvælge løsninger til disse gennem bæredygtig praksis.

Fokus på klinisk relevans

Bogen ”Klima & Sundhed” formår at samle ny forskning og grundlæggende viden om forbindelsen mellem klima og sundhed, og den gør det med et solidt fokus på klinisk relevans. Forfatterne formidler komplekse sammenhænge mellem klimaforandringer og folkesundhed på en måde, der er let at omsætte til praksis. Det er en

styrke, at bogen ikke blot beskriver problemerne, men også peger på løsninger: fra konkrete forslag til klimavenlige behandlingsvalg til inspiration om grøn klinikdrift og bæredygtige patientforløb.

Bogen er også god til at fremhæve almen praksis’ unikke rolle. Vi står for 88 % af medicinudskrivningen, som igen udgør 48 % af almen praksis’ klimaaftryk. Dermed har vi et stort potentiale for at reducere sundhedsvæsenets klimaaftryk. Samtidig er der fokus på, at bæredygtige løsninger ofte også gavner patienten, f.eks. færre unødvendige behandlinger og mere fokus på forebyggelse og ikke-medicinske indsatser.

En tør pulverinhalator kan reducere CO₂-udledning med 90 % sammenlignet med gasdrevne inhalatorer – et

TIPS TIL EN BÆREDYGTIG PRAKSIS

- Indfør affaldssortering, miljøcertificerede rengøringsmidler og energirigtige løsninger i klinikken. Udskift engangs- med flergangsprodukter (f.eks. spejler).
- Vælg el fra vedvarende energi, minimer papir- og plastforbrug, og køb miljøvenlige forbrugsvarer til klinikken.
- Gør grøn praksis synlig: Informer i venteværelset om bæredygtighedstiltag, grøn livsstil og motiver til klimavenlige valg.
- Sæt fokus på kollegial sparring om klimaaftryk og kollektiv klinikledelse; det forankrer indsatsen og inspirerer øvrige praksisser.
- Skab lærende miljøer med kolleger om rationel, grøn drift og erfaringsudveksling, f.eks. gennem DSAM’s klyngepakker og Grøn Praksis.

konkret skift med klinisk og klimamæssig betydning. Reduktion af unødvendig brug af antibiotika mindsker både klimaaftryk og risikoen for resistensudvikling, som er en væsentlig trussel mod fremtidig behandling.

MEDICINGENNEMGANG

- Vægt klima- og miljøpåvirkning, sammen med effekt, bivirkninger og pris, ved valg af lægemidler.
- Overvej livscyklusanalyse (LCA) for medicinske produkter, når data findes, eller vælg produkter med lavere dokumenteret klimaaftryk (f.eks. inhalator med tørpulver frem for HFC-spray).
- Gennemgå patientens medicin for at identificere unødvendige præparater og vurdere muligheden for at skifte til mere bæredygtige alternativer.
- Informer og involver patienten i betydningen af at vælge rationelle, grønne farmakoterapeutiske løsninger.

Polyfarmaci og medicingennemgang

En 75-årig mand kommer til årskontrast. Han har hypertension, type 2-diabetes og mild KOL. Han har otte præparater på sin medicinliste, bl.a. to blodtrykssænkende, metformin, statin, et NSAID mod slidgigt og et antidepressivum fra tidligere forløb. Han klager over diffuse mavesmerter og utilpashed.

Ud fra en kritisk medicingennemgang, inspireret af bogen, vurderer du først, om der fortsat er indikation for alle præparaterne. Her identificerer du, at NSAID kan undværes ved gradvis aftrapning til fordel for non-far-

makologiske tiltag (f.eks. fysioterapi), hvilket både minimerer risikoen for bivirkninger og reducerer miljøaftryk, da NSAID hyppigt ses i spildevand og har dokumenteret miljøpåvirkning. Statinen kan måske seponeres, hvis der er kort forventet restlevetid eller lav kardiovaskulær risiko. Antidepressivum vurderes sammen med patienten. Langvarig brug uden aktuel indikation øger både risikoen for bivirkninger og unødigt medicinbelastning for miljøet.

DIAGNOSTIK

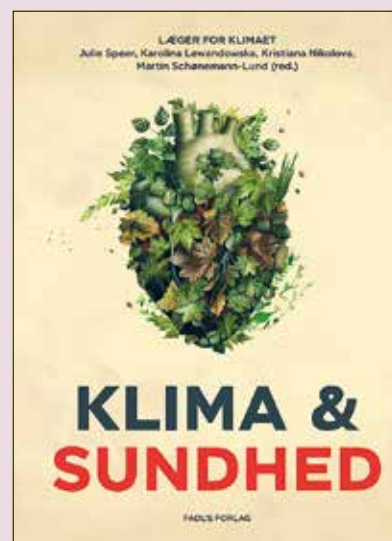
- Identificér, hvad der kan undlades uden tab af patientværdi (f.eks. undgå rutinetests og behandlinger uden dokumenteret gavn).
- Følg "Vælg Klogt"-kampagnens anbefalinger om ikke at teste eller behandle unødvendigt.
- Diskutér med kolleger, hvad der kan gøres mindre (ikke blot mere) af som led i en bæredygtig praksiskultur.

Overdiagnostik og overbehandling

Bogen problematiserer den store klimabelastning fra unødvendig klinisk aktivitet. Det anslås, at op mod 40 % af sundhedsvæsenets aktivitet kan være af lav eller ingen værdi for patienten, og at dette ikke blot betyder overbehandling og risici, men også unødigt CO₂-udledning. Overdiagnostik og overdreven brug af billeddiagnostik og rutinemæssige helbredstjek af raske patienter har f.eks. et betydeligt klimaaftryk uden at forbedre sundheden. ●

”

Bogen "Klima & Sundhed" formår at samle ny forskning og grundlæggende viden om forbindelsen mellem klima og sundhed, og den gør det med et solidt fokus på klinisk relevans.



TITEL: Klima & Sundhed
FORFATTERE: Julie Speer, Karolina Lewandowska og Kristiana Nikolova
FORLAG: FADL's Forlag
ANTAL SIDER: 128
UDGIVELSEÅR: 2025



BOGANMELDELSE:

Læger der leder

Et forfriskende indspark til refleksion og læring med udgangspunkt i sundhedsvæsenet.

Ledelse har altid interesseret mig meget. Som ny praktiserende læge har det aldrig været mere relevant for mig end nu. Samtidig har lægers input til ledelse af sundhedsvæsenet aldrig været vigtigere. Se blot regeringens seneste lovforslag 2b, som præsenteres helt uden lægelige input eller indflydelse. Bøger om ledelse i lægefaglige miljøer er samtidig til at overse på det lokale bibliotek. Derfor er "Læger der leder" et forfriskende indspark til refleksion og læring med udgangspunkt i sundhedsvæsenet.

Opslagsværk og overblik

Poder, Hvilsted & Rasmussen har skrevet en let læselig bog om ledelse. Bogen kan bruges som opslagsværk til særlige eller aktuelle behov, men den kan også læses samlet som introduktion til emnet eller inspiration til refleksioner over din daglige rolle som leder. Bogen indledes med et bredt blik på ledelse og en fælles definition af, hvad ledelse er. Herefter opbygges kapitlerne efter den klassiske "360 graders ledelse": indad, udad, opad, nedad og til siden. Bogen giver et bredt indblik i klassiske ledelsesdiscipliner som forandringsledelse, konflikthåndtering, feedback, men sætter også fokus på den personlige udvikling, som kræves, når læger får (eller tager) for-

melt ledelsesansvar. Når alt dette skal forklares på 180 sider, giver det selv sagt en indføring i emnet og et samlet overblik, men ikke en dybdegående gennemgang af de enkelte ledelsesdiscipliner.

En af de store udfordringer ved at lede som læge er vores baggrund med ekspertviden inden for patientbehandling, hvor vi typisk ikke i samme grad får ekspertviden inden for ledelse. Det formuleres, at man skal "som leder kunne tage stilling til ledelsesmæssige spørgsmål ud fra en viden, der aldrig kan være lige så dyb som ens faglige viden". Selvom almen medicin i stor stil bygger på faglige skøn og beslutninger på et ufuldstændigt grundlag, finder jeg det i endnu højere grad sandt i min nye rolle som leder i en almen praksis – læringskurven er stejl.

Cases og klare budskaber

Bogen er opbygget med cases, hvilket hjælper til at relatere til vores egen hverdag. Samtidig er sprogbugen enkel med flere metaforer, som ligeledes gør det lettere at fange budskaberne. Eksempelvis angives at "ledelse er en kontaktsport – det gør ondt indimellem – men ellers var det jo også bare administration".

I en verden og en fremtid, der kun peger i retning af øget kompleksitet

og flere opgaver til almen praksis, fandt jeg afsnittet om uddelegering særdeles relevant og brugbart. Det kan synes simpelt, når det er læst, men jeg tror, at vi læger har svært ved at uddelegere (fornuftigt). De vigtigste opgaver, som vi skal starte med at uddelegere, er vores egne "rutineopgaver", altså de opgaver, vi kan udføre dag og nat med lukkede øjne. Dilemmaet er, at disse opgaver ofte kan fungere som et pusterum i et travlt og komplekst dagsprogram, men uddelegering af øvrige opgaver giver ingen mening. Samtidig præciseres det, at disse opgaver for en uddannelseslæge eller et personale meget ofte vil kræve væsentligt flere ressourcer. Derfor er der behov for grundig oplæring og indkøring.

Feedback med læringspotentiale

På samme måde som uddelegering i tiltagende grad synes at blive en del af alle praktiserende lægers hverdag, skærpes også kravene til feedbackkulturen. Som praktiserende læge er de fleste af os grundigt skolet i feedback mellem uddannelseslæge og tutorlæge, såvel som kollegaer imellem, men får vi det også brugt effektivt til vores personale og samarbejdspartnere? Afsnittet om feedback var en

øjeblikke for mig, hvor forfatterne – ud over det oplagte læringspotentiale i feedback – også viser, hvordan feedbackstrukturen kan benyttes til at afvæbne en potentielt konfliktfyldt situation. En elegant metode, som jeg tror, vi alle kan lære noget af.

Siden jeg købte mig ind i klinikken først på året, har jeg ikke fået mere tid til at stoppe op og tænke eller til blot at sidde i sofaen. Afsnittet om ”at lede indad” er derfor en kærvkommen lejlighed til at stoppe op og reflektere over, hvorfor man har valgt at blive leder, hvordan ens personlighed kan bringes i spil, og hvilken type leder man gerne vil være. Det giver samtidig en optimistisk indgang til, at ledelse er for alle, som tør tage det på sig.

”Læger der leder” giver masser af ledelsesmæssige emner at reflektere over, og bogen sætter disse emner i perspektiv til din egen hverdag som leder. Når det er sagt, synes bogen i højere grad at henvende sig til vores hospitalskollegaer end til praktise-

rende læger. Størstedelen af bogens cases og eksempler bringer mig ind på hospitalets gange og ikke ud i almen praksis. Selvom der er enkelte cases fra vores hverdag, synes disse så generelle, at de ligeledes gør sig gældende i et hospitalsmiljø. Jeg synes ikke, at vi får foræret indspark til vores unikke ledelsessituation som praktiserende læger. Som andre traditionelle ledelsesværker kræver bogen en aktiv indsats, hvis de gode råd skal kunne passes ind i hverdagen som praktiserende læge.

Konklusion: inspiration og fælles sprog

Jeg er sikker på, at alle nuværende og kommende praktiserende læger vil kunne hente inspiration i bogen. Den kan samtidig være med til at give os et fælles sprog for ledelse og skabe refleksion over egen rolle som leder. Det er dog en skam, at bogen grænser til at skulle have heddet ”Hospitalslæger der leder”. ●



TITEL: Læger der leder

FORFATTERE: Karen Poder, Line Hvilsted og Søren Barlebo Rasmussen

FORLAG: Hans Reitzels Forlag

ANTAL SIDER: 186

UDGIVELSEÅR: 2025

Vejen til at eje egen praksis

Hvilke tanker og overvejelser gør man sig, når man skal købe og starte egen klinik? Lyt med i Practicus Podcast-serien på 4 afsnit, hvor de to nyuddannede speciallæger i almen medicin Thomas Purup og Jonas Ebert gør sig deres egne erfaringer.





BOGANMELDELSE:

Gentagne spor

Tyge Ingerslev, tidligere alment praktiserende læge i Grenå, har samlet sine erindringer i bogen "Gentagne spor".

Jeg har selv været praktiserende læge i Grenå og kollega til Tyge gennem mange år, og jeg synes, jeg kender ham godt. Derfor kastede jeg mig over bogen med stor interesse. Jeg blev ikke skuffet. Lad mig sige det med det samme; det er en god bog.

Tyge var praktiserende læge i Grenå i omkring tredive år. Han gik lidt tidligt på pension – han blev træt af bureaukraternes indblanding i vores hverdag med patienterne. Derefter meldte han sig ind på Århus Kunstakademi og tog en femårig uddannelse der. Det vidner jo om, at Tyge er en kreativ sjæl. Bogen er da heller ikke blot en erindring.

Historier fra lægelivet

Han beskriver sit liv. Han er vokset op i et hjem i Odense, hvor faderen også var praktiserende læge. Også en mand med sine meningers mod. Moderen bly og mild. Vi bliver inviteret helt med indenfor både i hans barndom og puberteten, hvor hormonerne bobler. Han møder han sit livs udkårne, Tove. De får tre børn sammen. Hun har været med til det hele i sus og dus, men

heldigvis som en mere struktureret person. Det giver det perfekte match. Jeg har grinet mig igennem mange af hans livsberetninger. Hændelser som sker, fordi det er Tyge, der er hovedpersonen.

Han beskriver sit lægeliv både som yngre læge og som praktiserende læge. Også her får vi underfundige historier fra det rigtige lægeliv, som har sine morsomme kringelkroge. Vi kender dem jo selv og spejler os i dem.

Tyge analyserer også vores sundhedsvæsen i almindelighed og almen praksis i særdeleshed og dets forandringer på godt og ondt. Det gør næsten ondt, når han beskriver, hvad vi har tabt undervejs.

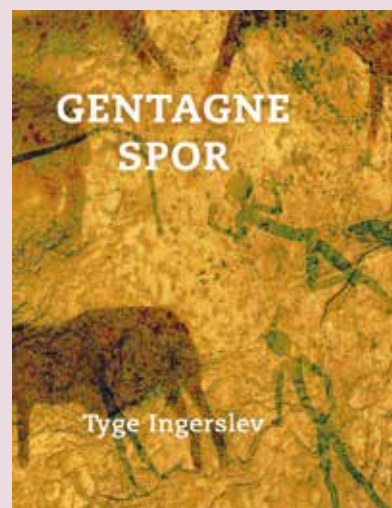
Kant og Kirkegaard

Forfatteren har også stort indblik i filosofiens verden og bevæger sig hjemmefantastisk både med Kant og Kirkegaard og mange andre og får deres tanker puttet ind i vores nutid og i vores fag.

Det er en god bog og en morsom bog og en vedkommende bog, som varmt kan anbefales både til ældre, men også yngre kolleger og andre, som bare har lyst til at læse en god bog.

Den kan købes hos boghandleren og koster 185 kr. Den er på knap 200 sider.

Og så til sidst. Tak Tyge, fordi du skrev denne bog til dine børn og børnebørn, men også tak fordi vi andre fik lov at læse med. ●



TITEL: Gentagne spor
FORFATTER: Tyge Ingerslev
FORLAG: BoD - Books on Demand
ANTAL SIDER: 204
UDGIVELSEÅR: 2025

Styrk almen praksis – deltag i KOS 2025



Forskningsenhederne for Almen Praksis gennemfører den landsdækkende undersøgelse KOS 2025 – "Kontakt- og sygdomsmønstret i almen praksis".

Undersøgelsen kortlægger patientkontakter og forløb i almen praksis med fokus på tilgængelighed, kompleksitet, kontinuitet og samarbejde i patientforløbene. Den skal bl.a. være med til at støtte aftalerne omkring almen praksis.

Sådan foregår det

Data indsamles automatisk via praksissystemerne – uden at belaste driften.

- Klinikker med CGM XMO eller EG Clinea kan deltage.
- Klinikken skal have været aktiv i perioden 1. feb. 2023 - 31. jan. 2024.
- Deltagelse honoreres.

Tilmeld praksis via QR-kode

eller invitation i e-Boks.



Derfor er jeres deltagelse vigtig!

Jo flere praksis, der deltager, desto stærkere og mere retvisende bliver resultaterne.

PLO og DSAM opfordrer derfor til at prioritere deltagelsen.

Læs mere på

<https://feap.au.dk/kos2025>



Spørgsmål kan rettes til
kos2025@ph.au.dk eller
tlf.: 23492325



PRACTICUS UDGIVES SOM MEDLEMSBLAD TIL

MEDLEMMER AF DSAM

Stockholmsgade 55
2100 København Ø
Tlf. 7070 7431
www.dsam.dk/practicus

ANSVARSHAVENDE CHEFREDAKTØR

Mireille Lacroix
ml@dsam.dk

FYAM-REDAKTØR

Solvej Videbæk Bueno
solvejvidebaek@dsam.dk

KOMMUNIKATION OG PRESSE

Mogens Folkmann Andersen
mfa@dsam.dk

REDAKTIONSSEKRETÆR

Annette Scharff Gehrs
asg@dsam.dk

NÆSTE NUMMER

Nr. 277
Frist for artikler: 6. oktober
Udgivelsesuge: 51, 2025

MANUSKRIPTER SENDES TIL

practicus@dsam.dk

CITAT

Tilladt med kildeangivelse

FORSIDEFOTO

Sophie Løhde, Malene Nepper og
Daniel Sindhøj til debat i Go' Aften
Danmark. Privatfoto.

LAYOUT/TRYK

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

OPLAG

5.600

ISSN: 0109-2235



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

WEBINAR:

Afmedicinering – en systematisk tilgang

Afholdes online mandag den 29. september 2025
kl. 16.15 – 17.15. Der er tilmelding via PLO-E (se QR-kode).

Webinaret er en koncentreret præsentation af vejledningens hovedpointer. Hovedtemaet er en systematisk tilgang til at revurdere og eventuelt stoppe farmakologisk behandling.

Der er mulighed for at stille spørgsmål undervejs via chatfunktionen.

Både webinar og præsentation bliver tilgængelige på DSAM's hjemmeside under vejledninger.

Formændene for arbejdsgruppen præsenterer vejledningen på webinaret. Det er Gitte Krogh Madsen, praktiserende læge i Roskilde, og Anton Pottegård, professor og farmaceut ved Syddansk Universitet.

