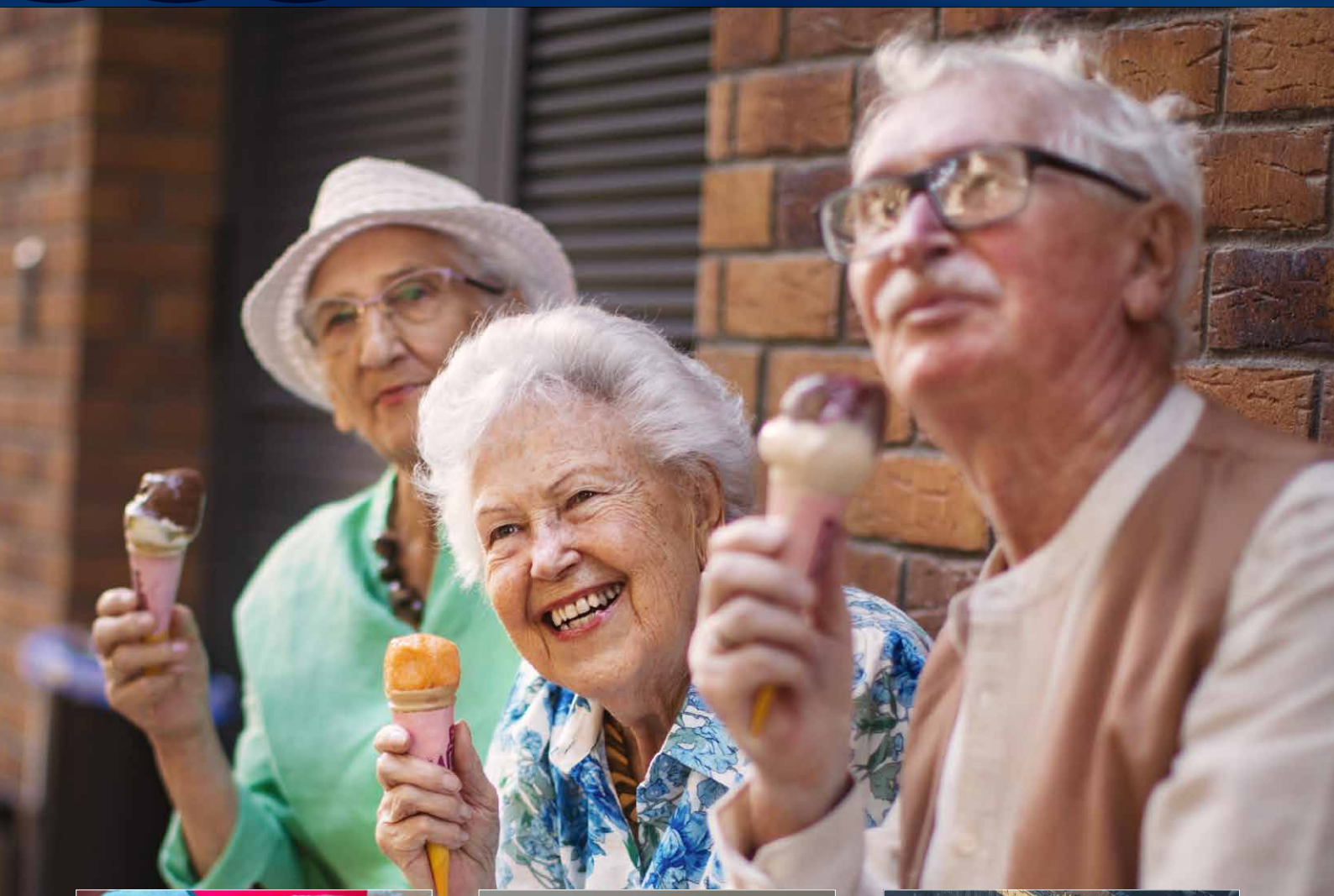
FOREBYGGELSESAVISEN

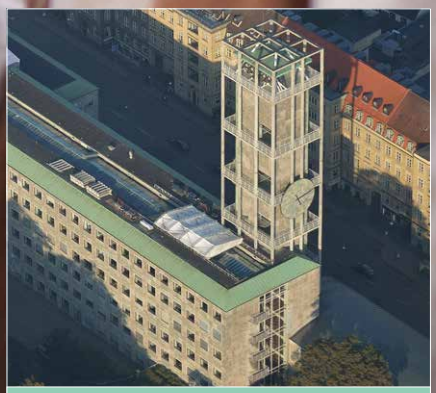




Kommer Malthe hjem?
side 25



Ny tamil-sag?
side 4



Vil Aarhus Kommune have ren luft?
side 13

Nr. 9 – Den 12. november 2026

PATIENTFORENINGEN

Forebyggelsesavisen:
Ansvarshavende redaktør: Niels Jørgen Langkilde. Mail: patientavisen@gmail.com
Redaktion i øvrigt: Martin Wolffbrandt. Mail: mw@patientforeningen.dk og Henrik Weiglin. Mail: henrik.weiglin@gmail.com

Patientforeningens bestyrelse:
Landsformand: mag.art. Niels Jørgen Langkilde, fhv. MF.
Mail: njl@patientforeningen.dk
Tlf.: 20 96 70 00 – man-fredag kl. 09.00-16.00
Kontor: Hegelsvej 28, 2920 Charlottenlund

Næstformand: Martin Wolffbrandt, ordfører i sundhedsøkonomi, handicapområdet & kronisk syge samt tobak, nikotin og rusmidler.
Mail: mw@patientforeningen.dk

Landskasserer: Finn Elkjær.
Mail: fe@patientforeningen.dk

Landssekretær: Sofie Raae.
Kontaktperson til Data-etikgruppen.

Lægefaglig konsulent: Kirsten Havemann.
Mail: kh@patientforeningen.dk
Tlf.: 28 34 88 10

Hovedbestyrelsesmedlem: Caspar Mellin.
Kontakt til Data-etikgruppen.

Hovedbestyrelsesmedlem: Majbritt Larsen.
Kontaktperson til Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Hovedbestyrelsesmedlem og formand for Region Syddanmark: Helle Oldefar, psykiatriordfører. Mail: oldefar.helle@gmail.com
Tlf. 60 46 77 66.

Hovedbestyrelsesmedlem og formand for Region Hovedstaden: Niels Enersen.
Mail: niels@enersen.dk

Hovedbestyrelsesmedlem og formand for Region Midt: Morten Carl Krüger. Mail: mortencarlkruger@gmail.com. Tlf.: 41 59 43 69

Hovedbestyrelsesmedlem: Bjarne Hansen, ordfører i synsspørgsmål.
Mail: optikerhansen@gmail.com. Tlf.: 26 18 96 00

Annoncer:
Patientavisen@gmail.com

Indhold

Gør de syge raske 3
Myndighedernes håndtering af ME chokerer. Krav om uvildig undersøgelse 4
Bilag 1: Patientforeningens oplæg til rammerne for den uvildige undersøgelse 6
Kort nyt 9
Demens fylder mere i dødsstatistikken end mange tror. 10
Aarhus Kommune mangler patienthygiejne 13
Luftforureningen aftager. 16
Datadrevne sundhedsråd skal skabe bedre sundhed 18
Rigshospitalet må tage sig sammen . . .20
Hvorfor gør hjemmeplejen nogle gange syge mennesker endnu mere syge? . . .22
Royal Run 2027 udsolgt på rekordtid. . .24
Sagen om Malthe – siden sidst 25
Bedre lungekræftbehandling er mulig – kom i gang 28
Administrative frihedsberøvelser 31
Patientforeningens kalender 35



Forsidefoto: Colourbox

Gør de syge raske

Af Mag.art. Niels Jørgen Langkilde
Landsformand i Patientforeningen

Novo Nordisk Fonden har med en stor donation åbnet for at få fokus på at få de syge gjort raske, så flere raske mennesker kan virke på arbejdsmarkedet. En tidligere overvismand er sat i spidsen for arbejdet.

Det er dejligt endelig at se den viden brede sig, at man skal gøre folk raske, så færre er på sygedagpenge, færre er sygemeldte og færre står lang tid på venteliste.

At målet er at skaffe flere i arbejde, er ganske fint, for samfundet som helhed mangler arbejdskraft til væsentlige opgaver i alt fra erhvervsliv til sundheds- og plejeområderne.

Patientforeningen kommer gerne med sit bidrag til løsningen. Bedre forebyggelse er overskriften. Rubrikken lyder på mindre sygefravær, hurtigere behandling og kortere ventetider for patienterne.

Forebyggelse først. Brug de såkaldte KRAM-faktorer først. Der er solid dokumentation for dem. Mindre rygning er det klart største mål at sætte sig. Rygning koster samfundet mange flere milliarder kroner, end tobaksafgifterne indbringer. Der er solid viden, at højere tobaksafgifter giver mindre rygning. Det er bare om at komme i gang, og kan det gøres europæisk, så bliver grænsehandel ikke et problem.

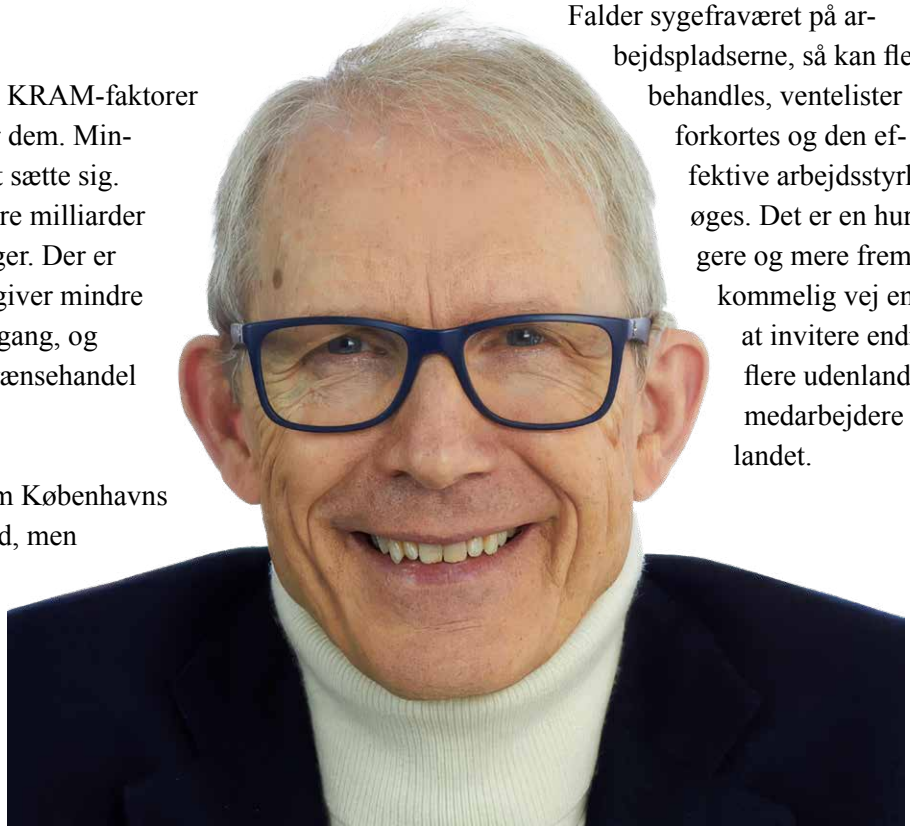
Kosten skal der også ses på. Ikke som Københavns Kommune med formynderi og forbud, men med 0-moms på uforarbejdet frugt og grønt. Det er enkelt, og det vil flytte forbruget. Indgreb mod farlige tilsætningsstoffer og ultraforarbejdet mad skal der regnes på og forskes i.

Alkoholforbruget skal ned for en lang række danskere. De unge skal senere i gang med alkoholen. Deres hjerner kan slet ikke klare alkoholen.

Motionen skal intensiveres for andre. Foreningslivet skal sikres lettere arbejdsvilkår, så det frivillige arbejde bruges til motionsaktiviteter i stedet for administrative byrder.

Til disse fire KRAM-faktorer lægger vi i Patientforeningen vægt på en reduktion af støj, fremme af stilhed og bekæmpelse af ensomhed.

Sættes forebyggelsen bedre i system, så vil antallet af dage med sygefravær falde. Det er foruroligende højt i visse brancher. Ikke sjældent er et dårligt arbejdsmiljø årsagen. Mobning blandt voksne er et problem, som vi taler for lidt om. At en målrettet indsats kan lykkes, viser Ikast-Brande Kommune.



Falder sygefraværet på arbejdspladserne, så kan flere behandles, ventelister forkortes og den effektive arbejdsstyrke øges. Det er en hurtigere og mere fremkommelig vej end at invitere endnu flere udenlandske medarbejdere til landet. ■

Myndighedernes håndtering af ME chokerer

Krav om uvildig undersøgelse

En stor gruppe mennesker med indsigt i ME/CFS (kronisk træthedssyndrom) har arbejdet med en gennemgang af Sundhedsstyrelsens og Sundheds- og Kirkeministeriets behandling af Folketingets vedtagelser og brugen af videnskabelige resultater på området.

Gruppen har bl.a. haft juridisk bistand, input fra pårørende, læger, psykologer og politisk kyndige.

- **"Da der er fundet så mange forhold, som umiddelbart synes at tilsidesætte Folketingets beslutninger, love og normal administrativ praksis, så er der et stort og tvingende behov for en uafhængig undersøgelse af Sundhedsstyrelsens håndtering," siger landsformand Niels Jørgen Langkilde, Patientforeningen.**

Patientforeningen anmoder Sundheds- og Kirkeministeriet om en eksternt ledet, dokumentbaseret og offentligt afrapporteret undersøgelse af Sundhedsstyrelsens håndtering af ME/CFS. Patientforeningen peger på indikationer på gentagne og væsentlige tilsidesættelser af forvaltningsretlige krav samt mangelfulde og i sammenhængen vildledende oplysninger til ministeren og Folketinget.

Hovedmålet er hurtig patientbeskyttelse og reel gennemførelse af Folketingets vedtagelse V 82 fra 2019 med somatisk forankring og adskillelse af ME/CFS fra samlebetegnelsen Funktionelle Lidelser.

Hvad ønskes undersøgt

Forløbet fra videns- og advarselssignaler før V 82, herunder materiale fra 2018, til den aktuelle praksis: Kildevalg, behandling af advarsler, vidensafdækning, ministerbetjening og konsekvenser for patienterne. Prøvelsen skal omfatte sundhedslovens § 212, Kodex VII, sagsoplysning og saglighed samt mulige afledte konsekvenser for Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn og håndtering af bekymringshenvendelser.

Tre centrale eksempler i henvendelsen

- **NICE og behandlingssikkerhed.** Sundhedsstyrelsens notat af den 4. april 2022 og ministersvar 743 ønskes efterprøvet: Blev NICE gengivet retvisende, og var den danske behandlings overensstemmelse med anbefalingerne dokumenteret?

- **Vidensafdækning og populationssammenblanding.** Opdragene til DEFACTUM og Implement samt brugen af data om Funktionelle Lidelser ønskes undersøgt. Patientforeningen rejser blandt andet spørgsmålet, om en opgørelse over 13 patienter diagnosticeret med Funktionelle Lidelser kan understøtte udsagn om behandlingseffekt ved ME/CFS.

- **Information til Folketinget.** Sundhedsstyrelsens præsentation den 11. december 2025 og grundlaget for ministersvarene på spørgsmål 131 og 132 af den 16. september 2026 ønskes sammenholdt med originalkilderne og væsentlige modstående oplysninger.

Patientbeskyttelse skal håndteres nu

Patientforeningen anmoder om et uafhængigt biomedicinsk rådgivningspanel med danske og internationale sagkyndige.

Sundhedsstyrelsen bør undersøges



Der ønskes straks vejledning mod faste, forudbestemte aktivitetsstigninger ved ME/CFS, respekt for anstrengelsesudløst symptomforværring (PEM), en klinisk anvendelig behandlingsvejledning, tilpassede tilbud til svært syge, kvalitetssikring af tilsynskommunikation og systematisk registrering af mulig behandlingsrelateret forværring. Tiltagene skal ikke afvente undersøgelsens slutrapport eller en endelig ansvarsplacering.

Uvildighed og næste skridt

Undersøgelsen skal have ekstern ledelse og faglig bredde; berørte aktører skal høres, og ingen skal bedømme eget arbejde. Bilag 1 (se næste sider) foreslår også en vurdering af grundlaget for eventuelt personligt strafansvar efter straffelovens §§ 155-157. Strafskyld foregribes ikke. Patientforeningen anmoder om straks at sikre relevante akter og om en begrundet tilbagemelding inden fire uger. Statsministeriet, SUU og Styrelsen for Patientsikkerhed orienteres.

Dokumentation: Hovedhenvendelsen med bilag 1-7. Kritikken og de retlige vurderinger er Patientforeningens; undersøgelsen skal efterprøve forholdene. Alle dokumenter er tilgængelige på Patientforeningens hjemmeside, www.patientforeningen.dk

Det fulde materiale er fremsendt til Ida Auken, som sundheds- og kirkeminister, Sundhedsstyrelsen, Statsministeriet, Styrelsen for Patientsikkerhed samt Folketingets Sundheds- og ældreudvalg.

Ved redaktionens afslutning var der ikke indkommet reaktioner ...

Jonas Egebart, direktør for Sundhedsstyrelsen.
Foto: Stine Heilmann

BILAG 1:

Patientforeningens oplæg til rammerne for den uvildige undersøgelse

Forslag til kommissorium, organisering, habilitet, metode og offentlighed

Dette bilag er Patientforeningens konkrete oplæg til ministeriets fastlæggelse af den uvildige undersøgelse. Det skal læses sammen med hovedhenvendelsen, navnlig punkt 6-8, og samler de rammer, som efter foreningens vurdering er nødvendige for en fuldstændig, fagligt dækkende og tillidsskabende prøvelse af Sundhedsstyrelsens håndtering af ME/CFS.

1. Formål

Undersøgelsen bør have følgende formål:

- at rekonstruere det samlede forløb fra de dokumenterede videns- og advarselssignaler før V 82 til den aktuelle myndighedspraksis,
- at vurdere efterlevelsen af sundhedslovens § 212, Kodex VII og almindelige forvaltningsretlige grundsætninger, herunder kravene til sagsoplysning, saglighed og retvisende information,
- at efterprøve det videnskabelige grundlag, de anvendte evidensstandarder og den faglige kommunikation til ministeren, Folketinget, sundhedsvæsenet og offentligheden,
- at afdække populationssammenblanding mellem ME/CFS og funktionelle lidelser samt dens betydning for forskning, diagnosticering, behandling, sundhedsdata og tilsyn, og
- at identificere patientsikkerhedsmæssige konsekvenser og behov for berigtigelse, ny vejledning, organisatoriske ændringer og opfølgning.

Det praktiske sigte er at sikre en lovlig, sagligt oplyst og patientsikker myndighedspraksis og et konkret grundlag for at gennemføre retningen i Folketingets vedtagelse V 82, herunder somatisk forankring og adskillelse fra samlebetegnelsen funktionelle lidelser. Behovet for ændringer og patientbeskyttelse skal kunne fastslås uden at afvente en eventuel endelig placering af individuelt juridisk ansvar.

2. Undersøgelsens genstand

Undersøgelsen bør omfatte forløbet fra de dokumenterede videns- og advarselssignaler forud for V 82, herunder materialet fremlagt i tilknytning til mødet med Sundhedsstyrelsen den 17. maj 2018, over vedtagelsen den 14. marts 2019 til den aktuelle myndighedspraksis. Kommissoriet bør fastlægge en skæringsdato og en procedure for at inddrage væsentligt nyt materiale frem til undersøgelsens afslutning.

Genstanden er Sundhedsstyrelsens håndtering og den sammenhængende oplysnings-, beslutnings- og prøvelseskæde. Relevante dele af departementets arbejde samt eksterne leverandørers og fagmiljøers bidrag bør indgå, i det omfang de belyser denne kæde.

For Styrelsen for Patientsikkerhed omfatter anmodningen de mulige afledte konsekvenser af Sundhedsstyrelsens faglige rammesætning for styrelsens informationsgrundlag, behandling af bekymringshenvendelser, kommunikation og tilsynspraksis, jf. hovedhenvendelsens punkt 5.7.6 og 6.8. Patientforeningen finder på det foreliggende materiale endnu ikke fuldt tilstrækkeligt

grundlag for at anmode om en selvstændig, generel uvildig undersøgelse også af Styrelsen for Patientsikkerhed. Foreningen vil tage stilling hertil på grundlag af den videre oplysning af forholdene.

I hovedhenvendelsens punkt 5.7.6 opfordres ministeriet til at overveje at indhente en redegørelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed. En sådan redegørelse og dens underliggende dokumentation bør, hvis den tilvejebringes, indgå i den uvildige prøvelse. Den kan ikke erstatte denne prøvelse eller begrunde udsættelse af aktuelle sikkerhedstiltag.

Prøvelsen bør navnlig omfatte:

- modtagelse og behandling af patientmateriale, videnskabelige kilder og advarsler samt den løbende vidensovervågning og parlamentariske oplysningskæde,
- NICE-processen i 2021–2022, Sundhedsstyrelsens notat af 4. april 2022 og ministerens svar på SUU alm. del spørgsmål 743,
- opdrag, kravspecifikationer, udbud, kontrakter, ændringer og kvalitetssikring ved DEFACTUMs og Implements leverancer,
- Sundhedsstyrelsens præsentation for SUU den 11. december 2025 og grundlaget for ministersvarene af 16. september 2026 på spørgsmål 131 og 132, og
- specialevejledninger, diagnose- og kodningspraksis, behandlingsresultater, visitation, Lægehåndbogen, Patienthåndbogen samt afledt tilsyn og kommunikation.

(...)

6. Foreslåede undersøgelsesspørgsmål

Spørgsmålene uddyber hovedhenvendelsens punkt 6.1–6.8 og skal prøves både enkeltvis og som et samlet forløb. For væsentlige signaler og beslutninger bør modtagelse, journalisering, intern fordeling, kompetencer, faglig vurdering, ledelsesmæssig behandling, begrundelse og opfølgning rekonstrueres.

1 Tidlige advarsler og henvendelser Hvordan blev patientcases og kilder fra maj 2018, det internationale åbne brev fra januar 2020 og de øvrige henvendelser omtalt i hovedhenvendelsens punkt 2.1 og 5.5 behandlet? Hvilke ændringer eller begrundede afslag førte de til?

2 Løbende vidensovervågning Hvordan blev sundhedslovens § 212 opfyldt i praksis? Hvem havde ansvaret, hvilke kilder og kompetencer blev anvendt eller fravalgt, og hvilken samtidig dokumentation understøtter styrelsens udsagn om at følge udviklingen?

3 Den parlamentariske oplysningskæde Hvilke spørgsmål, faglige bidrag, bilag og sagsakter lå bag ministerbetjeningen gennem perioden? Blev relevante forbehold og modstående oplysninger videreformidlet, og førte gentagne spørgsmål til fornyet prøvelse eller korrektion?

4 NICE-processen i 2021 og 2022 Hvordan blev ministeriets anmodning af 29. oktober 2021, svarene af 20. januar og 4. april 2022 samt ministersvar 743 behandlet og kvalitetssikret? Blev NICE's metode, klassifikation, diagnoseproces, PEM, GET og CBT gengivet retvisende, og var udsagn om dansk praksis, effekt og sikkerhed dokumenteret?

5 Opdrag og leverancer Hvilke krav og ændringer gjaldt for DEFACTUM og Implement, hvem besluttede dem og hvorfor? Hvordan blev ME/CFS til "funktionel lidelse/ME/CFS", hvorfor blev børn og unge afgrænset fra dele af arbejdet, og gik senere konklusioner ud over leverancernes metode eller mandat?

6 Kilder og indflydelse ved faglig uenighed Hvilke fagmiljøer påvirkede rammesætning, kilder, metoder og rapportversioner? Var adgangen til at kommentere udkast ulige? Blev institutionelle bindinger vurderet, og blev relevant uafhængig biomedicinsk ekspertise reelt inddraget ved prøvelsen af kritik og påstået faglig uenighed?

7 Populationer og sygdomsmodeller Blev ME/CFS og funktionelle lidelser sammenblandet i evidens, interviews, diagnosticering eller rapportering? Hvilket selvstændigt evidensgrundlag blev anvendt for psykologiske eller sociale årsags- og vedligeholdelsesforklaringer, og hvilke følger fik modellen for visitation og behandling?

8 Biologiske fund og biomarkører Blev forskningen identificeret, vægtet og kommunikeret retvisende? Blev fravær af én universel diagnostisk biomarkør fejlagtigt ligestillet med fravær af biologisk evidens, og blev tilsvarende dokumentationskrav anvendt på den funktionelle model?

9 GET og PEM samt sikkerhed Hvilket konkret aktivitetsindhold havde behandlingerne, herunder eventuelle faste, forudbestemte aktivitetsstigninger (GET), og hvordan blev PEM forebygget? Blev sikkerhedspåstande, herunder Dansk Neurologisk Selskabs gengivelse af Cochrane-reviewet, kontrolleret mod originalkilderne, og hvordan blev reanalyser, reviderede vurderinger og skadeoplysninger håndteret?

10 Klassifikation og organisering Hvordan forholder praksis sig til WHO's klassifikation, centrale internationale retningslinjer og den politiske retning i V 82? Hvilket dokumenteret grundlag forelå for afvigelser, og hvilke ændringer kræves for somatisk forankring og diagnostisk og behandlingsmæssig adskillelse?

11 Præsentationen for SUU Var præsentationen af 11. december 2025 fuldstændig og retvisende, herunder om evidenshierarki, biomarkører, internationale forhold og NICE? Hvilke kilder, fagpersoner og kvalitetssikringsskridt lå bag udsagnene?

12 Ministersvarene i september 2026 Hvilke akter og faglige bidrag lå bag svarene på spørgsmål 131 og 132? Besvarede de spørgsmålene dækkende, og fik Folketinget et retvisende billede af forskningen, organiseringen og de aktuelle sikkerhedsproblemer?

13 Vejledning og information Hvordan hænger Sundhedsstyrelsens rådgivning sammen med indholdet i Lægehåndbogen, Patienthåndbogen og øvrig vejledning? Hvordan blev modstrid med centrale internationale anbefalinger og risikoen for fejlagtig information om PEM, aktivitet og skade behandlet?

14 Diagnoser og data om behandlingsresultater Hvilke patienter blev faktisk registreret med ME/CFS, funktionelle lidelser eller ændret diagnose ved de enkelte centre? Hvilket samtidigt datagrundlag lå bag udsagn om gode behandlingsresultater, herunder samrådet i november 2023? Hvordan blev de senere 13-patientdata, FunkData, frafald og rapporteret forværring anvendt og fulgt op?

15 Afledte tilsynsmæssige konsekvenser Hvordan påvirkede Sundhedsstyrelsens rammesætning Styrelsen for Patientsikkerheds tilsyn, risikovurderinger og kommunikation over for biomedicinsk orienterede behandlingstilbud og centrene for Funktionelle Lidelser? Hvordan blev de i hovedhenvendelsens punkt 5.7.6 omtalte bekymringshenvendelser, herunder klagen af 14. oktober 2025, behandlet, videresendt og fulgt op?

16 Patientkonsekvenser og rettigheder Hvilke følger fik praksis for udredning, behandling, information, samtykke og adgang til støtte, herunder for børn, unge og svært og meget svært syge? Er praksis forenelig med de relevante menneskeretlige forpligtelser, jf. hovedhenvendelsens punkt 5.6, og hvordan blev WHO Europes tilkendegivelser og Europa-Parlamentets beslutning inddraget?

17 Ledelse og Kodex VII Hvordan blev Kodex VII omsat i instrukser, kompetencer og kvalitetssikring? Hvem havde ansvar for kontrol og ledelsesmæssig forelæggelse, hvilke fejl og advarsler blev forelagt, og hvilke beslutninger, begrundelser og korrektioner fulgte heraf?

18 Berigtigelse og ændringer Hvilke oplysninger, vejledninger, præsentationer, svar og praksisser bør berigtiges eller ændres, af hvem og inden for hvilke frister? Hvilke tiltag er nødvendige straks, og hvilke kræver varig organisatorisk opfølgning?

(...)

Oplægget skal sikre et efterprøveligt svar på, om Sundhedsstyrelsens håndtering og betjening af ministeren og Folketinget har opfyldt de retlige, faglige og patientsikkerhedsmæssige krav, og hvilke konkrete ændringer der er nødvendige for at beskytte patienterne og sikre en forsvarlig praksis fremover. ■

KORT NYT



Billeder med digitalt DNA til beskyttelse

Hver dag deler vi billeder af os selv og vores børn. Men når et billede først er delt, mister vi kontrollen over det. Det kan blive kopieret, manipuleret til en deepfake eller delt videre uden samtykke og for den, der bliver ramt, kan konsekvenserne være store.

Den danske deep tech-virksomhed SASHA har udviklet en verdenspatenteret teknologi, der lægger et usynligt kryptografisk vandmærke ind i billedet – et digitalt DNA. Mærket kan ikke ses, men følger billedet, når det deles videre.

Dermed kan man dokumentere, hvor et billede kommer fra, og hvem der har rettighederne. Platforme kan genkende mærket og hurtigere gribe ind ved deling uden samtykke.

Indholdsskabere, nyhedsplatforme og den sociale meningsplatform Meningspunktet bruger allerede SASHAs teknologi. Og SASHA arbejder nu på også at kunne beskytte video og tekst.

Forebyggelse handler om at handle, før skaden sker. Navnet siger det hele: SASHA er et akronym for Safe Share.

Fund i veganeres tarme overrasker grøn grød-professor

Selvom de generelt har et sundt mikroliv i tarmen, risikerer veganere at have en lavere mangfoldighed af tarmbakterier end altspisende, siger forsker bag nyt studie. Manglende protein kan potentielt være forklaringen.

FAKTA: Om studiet

- Studiet undersøger forskelle i tarmmikrobiomet hos veganere og altspisende.
- Det er et såkaldt observationsstudie, der bygger på afførings-, blod- og urinprøver samt selvrapporterede kostvaner hos 75 raske veganere og 75 raske altspisende danskere.
- Da studiet er relativt lille og observationsbaseret, kan det ikke dokumentere årsagssammenhænge mellem kost og mikrobiomet, men kan pege på statistiske sammenhænge. Forskerne understreger, at resultaterne bør efterprøves, før konkrete kostanbefalinger eventuelt justeres.
- Forskningen blev udført i et samarbejde mellem forskere fra Københavns Universitet, Danmarks Tekniske Universitet, Université Paris-Saclay og Imperial College London.
- Studiet er publiceret i det videnskabelige tidsskrift Microbiome.

FAKTA: De officielle kostråd

- Spis planterigt, varieret og ikke for meget
- Spis flere grøntsager og frugter
- Spis mindre kød – vælg bælgfrugter og fisk
- Spis mad med fuldkorn
- Vælg planteolier og magre mejeriprodukter
- Spis mindre af det søde, salte og fede
- Sluk tørsten i vand



"Vores tarme er et enormt komplekst økosystem. Man kan sammenligne det med økosystemet i en regnskov, der helst skal have så mange forskellige arter som muligt for at være i balance. Sådan er det også med vores indre mikroliv," siger Oluf Borbye Pedersen, der står bag nyt studie, som undersøger tarmmikrobiomet hos veganere og altspisende. Illustration: Københavns Universitet

DEMENS FYLDE

i dødsstatistikken

Kræft og hjertesygdomme fylder med rette i sundhedsdebatten. Demens er også blandt de hyppigste dødsårsager. Ny viden om forebyggelse viser, hvorfor vi skal se bag diagnoserne og tale om både risikofaktorer, levevilkår og flere gode leveår.



Martin Wolffbrandt
Foto: Carsten Lundager

Af Martin Wolffbrandt, Cand.merc. (mat.),
Næstformand i Patientforeningen
(ordfører: sundhedsøkonomi)

Demens er mere end hukommelsestab

I 2025 døde 5.495 mennesker af demens i Danmark. Nationalt Videnscenter for Demens placerer dermed demens som den fjerde hyppigste dødsårsag efter kræft, hjertesygdomme og luftvejssygdomme. Opgørelsen samler Alzheimers sygdom og øvrige demensformer. Placeringen afhænger altså af, hvordan sygdommene grupperes.

Tallet udfordrer forestillingen om demens som noget,

R MERE

end mange tror

man blot bliver glemsom af og siden dør med. Demens er alvorlig sygdom, som gradvist kan svække evnen til at klare helt grundlæggende funktioner. Ved svær demens kan døden indtræffe efter f.eks. infektioner, fejlsynkning eller dehydrering.

En lungebetændelse kan være den umiddelbare dødsårsag, mens demens er den sygdom, der satte forløbet i gang. Dødsstatistik handler derfor også om at forstå årsagskæder.

Vi ved noget om forebyggelse

Der mangler fortsat viden om demens. Det er dog ikke det samme som, at vi intet ved om at mindske risikoen. Lancet-kommissionen om demens identificerede i 2024 hele 14 påvirkelige risikofaktorer. Forskerne vurderede, at op mod 45 pct. af demenstilfældene globalt potentielt kan forebygges eller udskydes, hvis disse faktorer håndteres gennem livet.

Det er et beregnet potentiale på befolkningsniveau. Det er hverken dokumentation for, at 45 pct. af danske tilfælde kan undgås med et bestemt tilbud, eller et løfte til den enkelte. Evidensen varierer mellem risikofaktorerne, og sammenhænge i observationsstudier er ikke i sig selv bevis for effekten af en behandling.

Blandt faktorerne er forhøjet blodtryk, højt LDL-kolesterol, rygning, fysisk inaktivitet, diabetes, svær overvægt og et stort alkoholforbrug. Listen omfatter også høretab, ubehandlet synstab, depression, social isolation, hovedskader, luftforurening og kort uddannelse. Højt LDL-kolesterol og ubehandlet synstab blev tilføjet i 2024. Det viser, at forebyggelse af demens rækker ud over de velkendte råd om kost og motion. Adgang til undersøgelse og relevant behandling af blodtryk, hørelse og syn hører også med i samtalen om hjernens sundhed.

Diagnosen fortæller ikke hele historien

Kræft er fortsat den største overordnede dødsårsag i Danmark. I Sundhedsdatastyrelsens opgørelse for 2024 var kræft årsag til knap tre ud af ti dødsfald. Blandt kvinder lå KOL øverst i den mere detaljerede dødsårsagsgruppering, målt ved aldersstandardiserede dødsrater.

Det er vigtig viden. Alligevel kan en liste over diagnoser ikke alene vise, hvor forebyggelsen kan gøre størst forskel. Rygning kan bidrage til både lungekræft, KOL og hjertesygdom. Forhøjet blodtryk kan øge risikoen for både blodpropper og visse demensformer. Den samme risikofaktor kan altså sætte spor flere steder i statistikken.

Derfor må dødsårsager og risikofaktorer ikke lægges sammen som adskilte dødsfald. Et menneske, der dør af lungekræft efter mange års rygning, bliver ikke til to dødsfald, fordi vi både opgør diagnosen og tobakkens betydning.

Alderen ændrer regnestykket

Antallet af dødsfald fortæller heller ikke, hvor mange leveår der går tabt. Et dødsfald midt i livet kan betyde årtier, som aldrig bliver levet. Det rammer familien og kan samtidig koste arbejdsår, erfaring og indkomst. Sundhedsdatastyrelsens opgørelse viser, at godt hver tredje af mændenes dødsfald i 2024 skete før 75 år. For kvinderne var det knap hvert fjerde. Det betyder ikke, at alle disse dødsfald kunne forebygges. Det viser, hvorfor alder og tabte leveår skal med, når vi prioriterer.

Ved demens er det desuden afgørende, hvor mange år et menneske kan bevare sine færdigheder og sin selvstændighed. En udskudt sygdomsdebut kan have stor værdi, selv om sygdommen ikke helt undgås.

Pårørendes belastning og behovet for pleje hører også til sygdommens regnskab.

Forebyggelse uden skyld

Ingen kan leve sig til en garanti mod sygdom. Arv, alder, miljø og sociale vilkår spiller sammen med de forhold, vi selv kan påvirke. Mennesker kan blive alvorligt syge, selv om de følger alle sundhedsråd. Forebyggelse må aldrig bruges til at placere skyld hos den syge. Viden om risiko skal omsættes til hjælp og bedre rammer: rygestoptilbud, relevant behandling og mulighed for bevægelse og fællesskab, også når man lever med handicap eller kronisk sygdom.

Dette kræver også, at forebyggende tilbud er tilgængelige for mennesker med få kræfter eller en stram økonomi.

Dødsårsagsregisteret viser, hvilke sygdomme der afslutter livet. Sygdomsbyrdeanalyser hjælper os med at forstå belastningen og de risikofaktorer, der kan ligge bag. Sammen peger de mod et nødvendigt spørgsmål: Hvor meget sygdom og hvor mange tabte leveår kan vi forebygge, hvis vi handler på den viden, vi allerede har?



Foto: Colourbox

AARHUS KOMMUNE mangler patienthygiejne

Aarhus Kommune var "påpasselig" med at stille krav til rengøring og smitterisiko, fordi nogle luftrensere på markedet kun kunne overfladerengøres. Samtidig angiver en producentmanual, at apparatet ikke må rengøres med vand eller flydende midler. Patientforeningen kræver svar på, hvordan udstyrets hygiejniske egnethed blev sikret – også under coronapandemien. En gentagelse må bestemt undgås.

Af Niels Jørgen Langkilde
Landsformand, Patientforeningen

En advarsel allerede i 2019

I december 2019 modtog Aarhus Kommune en henvendelse fra en tidligere medarbejder i Københavns Kommune, der advarede om forhold ved luftrensere fra et bestemt mærke. Afsenderen rejste blandt andet spørgsmål om allergiske reaktioner, ozon, rensekapacitet og markedsførte godkendelser. Henvendelsen viser, at Aarhus tidligt blev gjort opmærksom på behovet for kritisk dokumentationskontrol.

"Måske vi skal være påpasselig"

Mere opsigtsvækkende er kommunens egne formuleringer. I et internt udkast til kravspecifikation for luftrensere til borgeres hjem står der under minimumskravet om rengøring, i kolonnen "Interne noter *(slettes senere)*":

"Måske vi skal være påpasselig med at stille krav om, at den skal kunne rengøres, så smitterisiko elimineres, da vi fra markedsdialogen ved, at de ikke kan renses i alle dele, men faktisk kun kan tåle overfladerengøring."

Samtidig lød det foreslåede minimumskrav, at enheden skulle kunne rengøres til en "tilfredsstillende hygiejnemæssig stand", så den kunne genbruges af nye brugere. Dokumentet fastslår, at begrænsningerne var kendte allerede fra markedsdialogen – og at Aarhus Kommune internt overvejede at begrænse kravene med øget risiko for patienter og andre borgere.

Producentens egen manual: Ingen rengøring med vand eller flydende midler

Aarhus Kommunes interne bemærkning bliver endnu mere opsigtsvækkende i lyset af rengøringsanvisningerne for en serie af produkterne. I en gengivelse af producentens manual står der direkte:

"Do not clean your appliance with water or any liquid agent."

Anvisningen betyder, at apparatet ikke må rengøres med vand eller flydende rengøringsmidler. Den giver dermed heller ikke grundlag for almindelig våd aftørring med flydende desinfektionsmidler. Det er en konkret begrænsning – ikke blot en usikkerhed om, hvorvidt apparatet kan rengøres i alle dele.

Når kommunen samtidig kendte til problemer med rengørbarheden fra sin markedsdialog, bliver spørgsmålet Patientforeningen må stille: Hvordan blev producenternes anvisninger kontrolleret, og hvordan sikrede kommunen, at de indkøbte luftrensere overhovedet kunne holdes i en forsvarlig hygiejnisk stand, så patienter og borgere ikke blev udsat for unødig risiko?

Hvad skete der under coronapandemien?

Under coronapandemien var rengøring, desinfektion



Aarhus Rådhus.
Foto: Colourbox

og forebyggelse af smitte helt centrale hensyn i pleje- og omsorgsmiljøer. Ifølge Patientforeningens oplysninger blev luftrensere anvendt i Aarhus Kommunes plejemiljøer under pandemien og bruges fortsat. Patientforeningen kræver derfor en forklaring på, hvilke konkrete rengøringsprocedurer og risikovurderinger der lå til grund for anvendelsen, når kommunen allerede før pandemien kendte til begrænsninger fra markedsdialogen.

Muligvis har de pågældende luftrensere medført smittespredning. Sagen handler om hvorvidt udstyrets hygiejniske egnethed blev undersøgt tilstrækkeligt, og hvordan kommunen undlod at reagere på de begrænsninger, den allerede kendte fra markedsdialogen.

Nyt udbud: Kun 30 procent VOC-reduktion

I 2026 gennemførte Aarhus Kommune en ny udbudsproces efter to annullerede runder. Luftrenserne skal blandt andet indgå i denne helt selvfølgelige indsats mod tobaksrøg og lugtgener fra urin, afføring og sår i patienternes og borgernære miljøer. Her handler det ikke blot om komfort: Passiv tobaksrøg indeholder sundhedsskadelige og kræftfremkaldende stoffer i både partikel- og gasfasen.

Alligevel er minimumskravet til reduktion af flygtige organiske forbindelser (VOC) kun 30 procent i den angivne prøvning. Patientforeningen efterlyser en faglig begrundelse for kravet og dokumentation for, at den samlede løsning overhovedet er egnet som arbejdsmiljøforanstaltning. Patientforeningen efterlyser en langt bedre reduktion af usunde partikler.

En test er ikke en hygiejnegodkendelse

Teknologisk Institut har været inddraget i arbejdet med test og krav. Men en laboratorietest af renseeffekt er ikke det samme som dokumentation for, at et produkt kan rengøres, desinficeres og anvendes sikkert blandt sårbare borgere. Patientforeningen ønsker derfor klarhed over, hvem der har vurderet den konkrete egnethed til anvendelsesområdet, herunder den infektionshygiejniske egnethed – og på hvilket grundlag.

Patientforeningen har stillet Aarhus Kommune spørgsmål om dokumentation, rengøring og smitterisiko. Kommunen har oplyst, at relevante afdelinger er inddraget, men Patientforeningen savner fortsat fyldestgørende svar. Ved redaktionens slutning er de ikke modtaget.

Kræftens Bekæmpelse har tidligere understreget netop kommunernes ansvar for at beskytte medarbejdere mod passiv rygning, og vigtigheden af at følge anbefalede retningslinjer. Det ansvar må også afspejles i valg og kontrol af det udstyr, der stilles til rådighed.

Patientforeningen overvejer en henvendelse til alle landets kommuner omkring bl.a. bedre forebyggelse gennem sikker luftrensning. Så mange sygdomme spredes gennem luften, og det gør giftige partikler fra f.eks. tobaksrøg også. Vi skal have færre sygedage blandt borgerne og de medarbejdere, som hjælper patienter og øvrige borgere.



Spar 10%
- bestil nu!

Bestil din stolelift hos Botved senest 31. januar 2027*, så trækker vi 10% fra regningen.

a.p. botved®

**Gælder kun prisen på selve stoleliften*

Genvind trygheden og bevægeligheden i hjemmet

En stolelift giver dig friheden og uafhængigheden tilbage.

Samtidig minimerer du risikoen for fald og skader. Og fremtidssikrer din bolig. Du kan blive boende lige så længe, du har lyst – med øget komfort og livskvalitet.

Ring til Botved på 80 37 37 37 og få et uforpligtende tilbud

Læs mere om stolelifte på **opadtrappen.dk**

Luftforureningen aft

FOKUS ER STA

Ifølge beregninger fra Aarhus Universitets DCE dør 3-4.000 danskere om året for tidligt som følge af luftforurening. Det får nu en førende forsker til at konkludere, at vi som samfund stadig bliver nødt til at have fokus på området, også selvom luftforureningen faktisk er nedadgående

Af Viktor Walentin

Det er sjældent, vi tænker over det. Men luften omkring os indeholder en blanding af partikler og gasser, som vi indånder hver eneste dag. Nogle er forurenede, andre er ikke.

Læg dertil, at det er et velkendt fænomen, at man finder klimagasser i atmosfæren alle steder på kloden. Man finder sågar miljøfremmede stoffer i selv de mest fjerne områder af Arktis og Antarktis.

Til gengæld fortæller Ole Hertel, der har mere end 30 års erfaring som forsker i luftforurening og dens effekter på miljø, klima og sundhed fra Aarhus Universitet, at luftforureningen faktisk er faldende.

"Når vi kigger på det i en dansk kontekst, er luftforurening faktisk aftagende, selvom der er mange, der tror det modsatte," fortæller Ole Hertel til Patientforeningen og tilføjer:

"Både partikulær og gasformig luftforurening er generelt aftagende og har været det igennem flere årtier. Det skyldes regulering og bedre teknologi – katalysatorer på bilerne og overgang til elektriske køretøjer, røggasrensning på kraftværker og industri, forbedret teknologi i industrien, bedre håndtering af gylle i landbruget og mange andre tiltag," lyder det.

Dog skal den generelt faldende danske luftforurening ikke ses som et udtryk for, at vi som samfund skal vende den blide kind til, ifølge professoren:

"Vi skal være opmærksomme på, at luftforurening ikke nødvendigvis giver en umiddelbar reaktion. Det er i høj grad den samlede udsættelse gennem mange år, der kan have konsekvenser for vores sundhed. Derfor er det også vigtigt, at vi bliver bedre til at forstå og vurdere, hvad mennesker reelt bliver udsat for i deres hverdag," siger Ole Hertel.

Ole Hertel er en af de forskere, vi har herhjemme, som blandt andet har beskæftiget sig med, hvordan luftforurening påvirker menneskers helbred, og hvordan man gennem målinger og modeller kan blive klogere på de sundhedsmæssige konsekvenser. I sit forskningsprojekt 'Luftforurening over København', der trækker på data fra WHO (World Health Organization), udpensles en række følgeskader, som luftforurening kan medføre.

Studier har vist, at udsættelse for luftforurening kan øge risikoen for og forværre en lang række sygdomme som hjerte-kar-sygdomme, luftvejssygdomme, kræft, og sukkersyge *(type 2-diabetes)*. Desuden kan udsættelse for luftforurening føre til svækket immunforsvar, nedsat fertilitet, og det kan føre til reduceret fødselsvægt hos nyfødte.

tager:

ADIG VIGTIGT

Derfor er det særligt kronikere i byerne, som kan være eksponerede for luftforurening, lyder det fra Ole Hertel.

Og det er politikerne også opmærksomme på. Ifølge Charlotte Green, MF'er for Konservative, er det netop denne befolkningsgruppe, der kræver det største fokus, når man taler om luftforurening.

"Luftforurening udgør en udfordring, særligt i de større byer. Her er det borgere, der i forvejen har dårlige lunger, der må forventes at være særligt udsatte. Det er velkendt, at luftforurening er skadeligt og kan medføre øget dødelighed, hvorfor der har været en del fokus på det rent politisk igennem mange år," forklarer Charlotte Green, der bærer en ph.d. i sundhedsvidenskab.

Hvad kan man gøre som borger eller patient?

"Det er jo vanskeligt at beskytte sig mod luftforurening som borger, da man jo ikke nødvendigvis bare kan finde en bolig uden for byen. Der vil ofte være mange grunde til, at man bor, hvor man bor. Derfor er det naturligvis et politisk ansvar at få reduceret luftforureningen," siger hun og tilføjer:

"Herudover arbejdes der på at omstille fjernvarme og el til grønnere alternativer. Der arbejdes på at få fjernvarmen væk fra halm og flis og over på varmepumper og elkedler. Elproduktionen skal komme fra vindmøller og solceller. Det vil reducere forureningen herfra. Disse initiativer bakker vi op om politisk."



Sundhedspolitisk ordfører, ph.d. Charlotte Green, MF (KF). Foto: Marie Hald

DCE's opgørelse for 2023 viste et fald fra cirka 7.800 til 3.280 for tidlige dødsfald, altså et fald på 58 procent. Ifølge Miljøministeriets opgørelse for 2023 stammer størstedelen af den luftforurening, der påvirker Danmark, fra udlandet. ■

Datadrevne sundhedsråd skal skabe bedre sundhed

– IKKE MERE BUREAUKRATI



Joachim Hoffmann-Petersen. Foto: Folketinget.

Af Joachim Torp Hoffmann-Petersen, formand for Sundhedsråd Lillebælt, Regionsrådsmedlem for Det Konservative Folkeparti

I Danmark bruger vi hvert år milliarder på sundhed. Vi ved godt at mindre tobak og alkohol og mere motion er godt. Vi ved også en del om hvilke metoder som øger chancen for rygeophør. Alligevel ved vi ikke altid nok om, hvilke indsatser der skaber de bedste resultater for borgerne, i eksempelvis et udsat område med eksempelvis mange rygere eller ensomme ældre. Det skal vi lave om på.

Med etableringen af de nye sundhedsråd har vi fået en historisk mulighed for at styrke det nære sundhedsvæsen og skabe bedre sammenhæng mellem hospitaler, kommuner og borgernes eget hjem. Men gode intentioner er ikke nok. Hvis vi skal lykkes, kræver det, at vi træffer beslutninger på baggrund af viden frem for mavefornemmelser.

Derfor skal data spille en langt større rolle i sundhedsrådenes arbejde. Og præcist derfor var jeg glad, da Region Syddanmark i budgetaftalen for næste år satte penge af til et center for forskning i forebyggelse. Centret skal placeres på Sygehus Lillebælt.

Når vi investerer i en ny indsats, bør vi samtidig beslutte, hvordan vi måler effekten. Ellers risikerer vi at bruge ressourcer på tiltag, som ikke virker, mens de indsatser, der faktisk gør en forskel, ikke bliver udbredt. Vi skal vide, om færre borgere får ubehandlet diabetes, om flere får mulighed for at dø i eget hjem, hvis det er deres ønske, og om vi lykkes med at forebygge unødvendige indlæggelser.

Som konservativ ser jeg det som sund fornuft, at offentlige midler anvendes ansvarligt. Borgerne har krav på, at vi løbende kan dokumentere, om de beslutninger, vi træffer, fører til bedre sundhed og højere livskvalitet. Data er ikke et mål i sig selv – data er et redskab til at skabe bedre resultater for mennesker.

Nogle frygter, at mere data betyder mere kontrol og mere bureaukrati. Men ambitionen bør være det modsatte. De data, vi indsamler, skal bruges til at gøre det lettere at prioritere rigtigt og lære af hinanden. Hvis én kommune eller region finder en løsning, der virker særligt godt, skal resten af landet have mulighed for at kopiere succesen. Og hvis noget ikke virker, skal vi have modet til at stoppe det.

Jeg har tidligere luftet idéen om et "danmarksmesterskab" for sundhedsråd. Ikke fordi der skal kåres én vinder, men fordi vi skal skabe en kultur, hvor vi sammenligner resultater, lærer af de bedste og hele tiden stræber efter at blive bedre. Befolkningerne og vilkårene er naturligvis forskellige rundt omkring i landet, og det skal der tages højde for. Men netop derfor kan sammenligning og videndeling være så værdifuld.

Målet er ikke mere statistik. Målet er bedre sundhed.

Hvis vi kan skabe et fælles, faktabaseret datagrundlag på tværs af postnumre, kommuner, regioner og staten, får vi et stærkere fundament for at prioritere de rigtige indsatser. Det vil styrke kvaliteten, sikre bedre brug af skattekronerne og – vigtigst af alt – give borgerne et sundhedsvæsen, der i højere grad leverer de resultater, de fortjener.

Lad os derfor gøre de nye sundhedsråd datadrevne, nysgerrige og ambitiøse. Ikke for systemets skyld, men for borgernes. Det er sådan, vi skaber et sundere Danmark. ■

MANGLER DU ENERGI I HVERDAGEN?

Find det kosttilskud, der passer
Til din kost, livsstil og dine mål.

Tag test på 2 min.



Indeholder blandt andet Vitamin B12, der bidrager til at mindske træthed og udmattelse.

Billedet er bearbejdet med AI

SCAN KODEN NU
Tag testen på 2 minutter.
Få din personlige anbefaling.
exactlynutrition.dk

exactly.™
PERSONAL NUTRITION

RIGSHOS

må tage sig sammen

Patienterne lider under de mange problemer på Rigshospitalet. Konflikten mellem lægerne og ledelsen rammer patienterne. Når skimmelsvamp ikke stoppes, så rammes patienterne også hårdest.

Patientforeningens Hovedbestyrelse havde en indgående drøftelse af forholdene på Rigshospitalet på Hovedbestyrelsesmødet den 29. oktober 2026. Mødet resulterede i følgende vedtagelse:

Hovedbestyrelsen for Patientforeningen udtaler efter hovedbestyrelsesmødet den 29. oktober 2026 om konflikten på Rigshospitalet:

Stop gidseltagningen af patienterne på Rigshospitalet

Sagerne om Rigshospitalet bliver mere og mere triste set med patienternes øjne.

Længere ventelister, masser af afviste henvisninger, afviste donororganer, for få læger til livsvigtige operationer, et betændt arbejdsmiljø, manglende patientsamtykke ved forskning, masser af journalfejl og patientmøder, der ikke bliver journaliseret. Listen af fejl og mangler er alt, alt for lang. Det ser ud til, at selve kulturen på landets førende hospital er på vej til et helt forkert sted.

Det er først og fremmest patienterne, som betaler den højeste pris. Det kræver høj etik at forvalte og arbejde i et gammelt hierarki. Alle parter bør bringe den i spil.

Når vi har lagt alle kræfter og ressourcer i det offentlige sygehusvæsen, så er det helt uacceptabelt, hvad der foregår for øjnene af patienterne, deres pårørende og skatteborgerne.

Flere folketingspolitikere kalder sundheds- og kirkeminister i samråd

Sundhedsordførerne Freja Brandhøj (LA), Jens Henrik Thulesen Dahl (DD) og Charlotte Green (KF) er gået ind i sagen om den stormomsuste transplantationsafdeling på Rigshospitalet. De har kaldt ministeren i samråd om sagen.

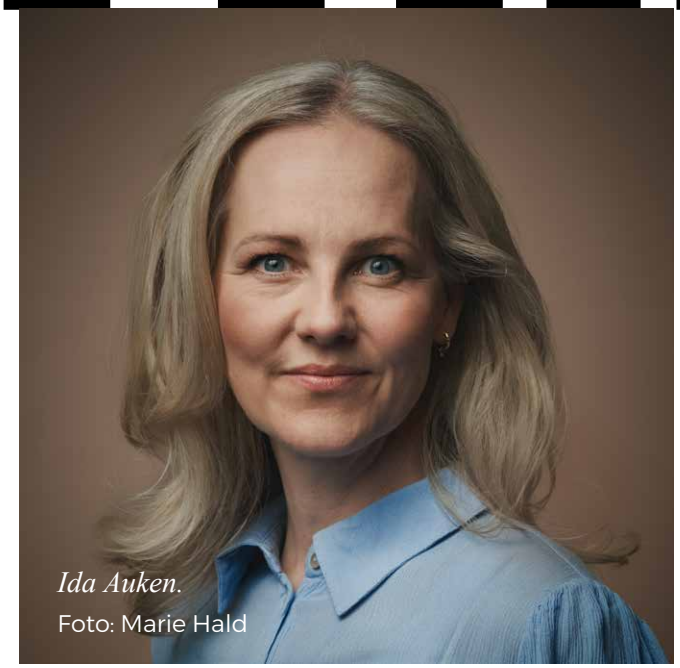
Freja Brandhøj er dybt bekymret over udviklingen. Jens Henrik Thulesen Dahl har bragt sagen ned i Folketingssalen med et § 20-spørgsmål.

Ministeren har selv været ude med kritik af de afviste organdonationer.

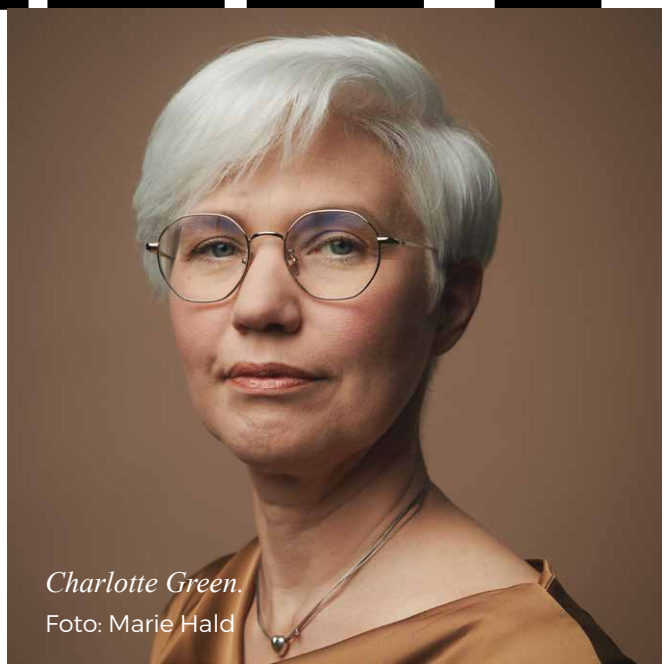
Charlotte Green, der selv er læge, sætter lidt flere ord på: *"Ledelsen melder alt godt, men der er meget få læger tilbage til at udføre specialiseret kræftkirurgi og levertransplantationer. Det lyder ikke særlig smart.*

Det er også kommet frem, at man har sagt nej til ti levertransplantationer, fordi man ikke har vagt. Så livsvigtige operationer kan åbenbart kun foregå i kontortiden. Hvilken frækhed over for patienterne, herunder børn, der risikerer at dø af deres sygdom.

SPITALET



Ida Auken.
Foto: Marie Hald



Charlotte Green.
Foto: Marie Hald



Jens Henrik Thulesen Dahl.
Foto: Marie Hald



Freja Brandhøj.
Foto: Marie Hald

Det er en vigtig sag at få styr på. Både kræft og transplantationer. Når der siges nej til transplantationer skal alvorligt syge patienter vente længere og risikere at dø. Det er uacceptabelt. Rigshospitalet har eneret på behandlingerne, så må det være et krav, at de opfylder deres pligter. Hvis ikke må ministeren finde en anden løsning. Det haster.

Der er brug for at ministeren kommer med en plan nu, både for kræft og transplantationer. Det er patienter, der venter, og som ikke tåler udsættelse."

Det lovede samråd kommer nok ikke for lige med det samme, for Rigshospitalet har fået udskudt afleveringsfristen for relevant materiale i sagen til den 19. november.

DEBAT

Hvorfor gør hjemmeplejen nogle gange syge mennesker endnu mere syge?

Nogle modtagere af hjemmehjælp er meget overfølsomme over for dufte og kemikalier. Derfor bør kommunerne sikre, at kun parfume- og kemikaliefrie ansatte kommer hos de overfølsomme.

Af Daniel Noti
Debattør på sundheds- og handicapområdet

Vi har et alvorligt problem i Danmark, når det kommer til hjemmeplejen og borgere med MCS – Multiple Chemical Sensitivity, også kaldet duft- og kemikalieoverfølsomhed. MCS er ikke bare et spørgsmål om, at man ikke kan lide parfume.

MCS Foreningen beskriver, at MCS kan vise sig ved blandt andet irritation i øjne, næse og svælg, vejrtrækningsbesvær, influenzalignende symptomer som svimmelhed, omtågethed og muskelsmerter, træthed og manglende energi, hukommelses- og koncentrationsbesvær, hovedpine og ledsmerter samt hud- og maveproblemer.

Nogle personer med MCS får symptomer efter at have været udsat for én høj dosis kemikalier, mens de fleste udvikler deres symptomer gradvist. Infektioner, stress og traumer kan blandt andet påvirke MCS, og forskere mener, at MCS muligvis dækker over forskellige lidelser med forskellige årsager.



Foto: Colourbox

De fleste med MCS har milde eller moderate symptomer. Men for de hårdest ramte kan symptomerne være svære og kroniske. Det kan føre til social isolation, og mange kan ikke passe deres arbejde.

Så hvorfor er der ikke større fokus på dette, når det kommer til hjemmeplejen?

Der er en grund til, at en borger får hjemmehjælp. Det er ikke fordi borgeren har valgt at være afhængig af hjælp. Derfor mener jeg heller ikke, at det skal være den syge borger, der hele tiden skal tilpasse sig hjemmeplejen. Det må være systemet, der skal tage ansvar.

Bør respektere ønsker om parfumefrie medarbejdere

Hvis en borger med MCS fortæller kommunen og planlæggeren, hvilke hjælpere vedkommende kan tåle, og hvilke forhold der skal være opfyldt, burde det være en selvfølge, at disse oplysninger bliver respekteret.

Men hvad nytter det, hvis borgeren giver en liste til planlæggeren over de medarbejdere, man kan tåle – og der bagefter sker det stik modsatte?

Hvis der kommer en medarbejder, som bruger parfume, stærkt duftende produkter eller har tøj på, der er vasket med parfumeret vaskemiddel eller skyllemiddel, kan konsekvensen være, at borgeren bliver dårlig.

Det kan ikke være meningen, at en borger skal blive mere syg af den hjælp, som skulle gøre hverdagen let-

tere. Og hvor skal borgeren gå hen? Det er jo borgerens eget hjem.

Det er hjemmeplejen, der kommer ind ad døren. Derfor mener jeg, at politikerne nu må vågne op. Vi har brug for stramme nationale retningslinjer for hjemmeplejen, når medarbejdere besøger borgere med MCS.

I de tilfælde, hvor en borger har behov for det, bør der være krav om, at medarbejderen er parfume- og duftfri. Det bør også omfatte stærkt parfumerede produkter samt parfumerede vaske- og skyllemidler i det tøj, medarbejderen møder op i.

"Jeg opfordrer socialministeren og kommunerne til at tage ansvar og sikre landsdækkende retningslinjer for duft- og kemikaliefri hjemmepleje, når borgere med MCS har behov for det," skriver Daniel Noti.

Det bør ikke være et individuelt lotteri

Det skal ikke være et individuelt lotteri fra kommune til kommune. En borger med MCS skal ikke være afhængig af, om den enkelte kommune eller den enkelte planlægger tager problemet alvorligt. Der skal være klare regler. Der skal være et ansvar. Og der skal være konsekvenser, hvis de nødvendige hensyn til borgeren ikke bliver overholdt.

Det handler ikke om at bestemme, hvad hjemmeplejens medarbejdere må gøre i deres fritid. Det handler om,



Daniel Noti. Foto: Privat

hvad man udsætter et sygt menneske for, når man som professionel hjælper træder ind i borgerens hjem. Det burde ikke være borgeren, der skal afskærme sig fra hjemmeplejen. Det burde være hjemmeplejen, der skal sikre, at borgeren kan modtage hjælpen.

Hvor er værdigheden for borgerne?

Vi taler meget om værdighed i ældreplejen, handicapområdet og den sociale indsats. Men hvor er værdigheden, hvis en borger skal være bange for at åbne døren, fordi den person, der kommer for at hjælpe, måske har parfume på? Hvor er værdigheden, hvis man bliver mere syg af den hjælp, man er afhængig af?

Det er på tide, at MCS bliver taget alvorligt.

Jeg opfordrer derfor socialministeren og kommunerne til at tage ansvar og sikre landsdækkende retningslinjer for duft- og kemikaliefri hjemmepleje, når borgere med MCS har behov for det. For hjemmehjælp skal være hjælp. Ikke noget, der gør et allerede sygt menneske endnu mere sygt. Nu må politikerne vågne op.

TIL EJERE OG STIFTERE I SUNDHED OG FOREBYGGELSE

Køberne bliver færre og større. Hvad gør I?



Mubashar Rashid
STATURE
mr@stature.dk
linkedin.com/in/mubashar-rashid

Fra 1. januar 2027 flytter ansvaret for den patientrettede forebyggelse fra 98 kommuner til 4 regioner. Indkøberne bliver færre og større.

For de små klinikker, iværksættere og private aktører, der har mange af de gode idéer, ændrer det spillet. Det handler mindre om idéen og mere om tyngde: at kunne levere bredt, dokumentere effekten og stå som en reel samarbejdspartner for en region.

Her er teknologien den nye løftestang. Fælles digitale platforme, delte data og AI gør det muligt for flere små at levere som én – uden at give slip på det, der gør dem gode. Fællesskabet kan starte med et enkelt samarbejde og vokse til partnerskaber og, med tiden, fælles ejerskab.

Jeg har i mange år arbejdet med digitalisering og forretningsudvikling i teknologibranchen – med at få teknologien til at skabe værdi i driften og med at bringe virksomheder sammen. I dag gør jeg det for ejere og ledere gennem STATURE.

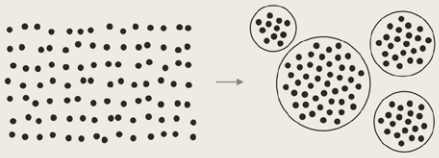
Jeg tror ikke på en færdig løsning fra hylden. Jeg vil hellere bygge den sammen med dem, der står med udfordringen. Derfor ét spørgsmål:

Hvis I kunne gå sammen med andre – hvad ville I så kunne, som I ikke kan alene?

Skriv en linje til mig på mr@stature.dk. Jeg læser alle svar og deler det, jeg lærer, med alle, der skriver.

Fra 1. januar 2027

Ansvaret for den patientrettede forebyggelse flytter fra kommunerne til regionerne.



Kilde: Sommeraftale 2026 om implementering af sundhedsreformen; Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Sundhedsreformen kort fortalt.

ROYAL RUN 2027
udsolgt på rekordtid

På under tre timer blev samtlige 102.500 startnumre til Royal Run 2027 revet væk. Dermed er der lagt op til endnu en stor folkefest 2. pinsedag, mandag den 17. maj.

Royal Run blev første gang afholdt i 2018 i anledning af daværende kronprins Frederiks 50-års fødselsdag og har siden udviklet sig til en af Danmarks største motionsbegivenheder.

I 2027 går turen gennem fem værtsbyer: Thisted, Silkeborg, Haderslev, Vordingborg og København/Frederiksberg. Her kan deltagerne gå eller løbe på distancerne One mile (1,6 km), 5 km og 10 km.

Royal Runs popularitet vidner om danskernes lyst til at kombinere motion med fællesskab og gode oplevelser.

Netop den kombination er interessant i et forebyggelsesperspektiv. Regelmæssig fysisk aktivitet er med til at forebygge blandt andet hjerte-kar-sygdomme og type 2-diabetes og har samtidig positiv betydning for vores mentale sundhed og trivsel.

For mange er Royal Run blevet en årlig tradition, mens løbet for andre kan være det første skridt mod en mere aktiv hverdag.

Nåede du ikke at sikre dig et startnummer? Så er der stadig god grund til at møde op. Tusindvis af tilskuere er hvert år med til at skabe den særlige stemning langs ruterne.

Tag derfor familie eller venner med, og vær med til at heppe på deltagerne. Royal Run er en folkefest for alle – også dem uden startnummer.
Læs mere på www.royalrun.dk.



Kong Frederik viser næste års værtsbyer.
Foto: Matthew James Harrison



SAGEN OM MALTHE – siden sidst

MobilePay nr. #75010

Af Marie Laustrup
Bestyrelsesmedlem, Patientforeningen Region Syddanmark

Hvad er retssikkerheden værd, hvis faktuelle fejl ikke bliver rettet, myndighedernes afgørelser og frister mister deres betydning, og konsekvenserne rammer barnet og familien?
Vores søn, Malthe, blev tvangsanbragt blot to timer efter fødslen den 29. maj 2025 sidste år.
Siden har vi kæmpet for at få ham hjem. Tidligere alvorlige psykiatriske diagnoser er blevet afkræftet, og en uvildig second opinion har rejst alvorlig tvivl om og rettet kritik mod den oprindelige undersøgelse af vores forældrekompetencer, herunder det hypotetiske symptombillede, vurderinger baseret på formodninger, antagelser og skøn uden fagligt belæg samt vores påståede manglende erkendelse heraf. Alligevel fastholdes anbringelsen.

Når kommunen afviser at berigtige

Vi har gentagne gange bedt Faaborg-Midtfyn Kommune om at berigtige faktuelt forkerte og misvisende oplysninger. Kommunen har afvist at berigtige en række oplysninger med henvisning til, at de efter deres vurdering var korrekte på afgørelsestidspunktet. Samtidig oplyser kommunen, at de ikke har mulighed for at rette i allerede udarbejdede dokumenter, og henviser os i stedet til psykologerne bag den oprindelige undersøgelse.
Psykologerne er imidlertid ikke længere en del af sagen, hvilket i praksis gør det umuligt for os at få oplysningerne rettet den vej.
Det er trods alt kommunen, der har besluttet at anbringe vores søn, indhenter oplysninger, udarbejder undersøgelser og planer, behandler sagen og træffer afgørelser.
Hvordan kan kommunen så samtidig fralægge sig ansvaret for at rette faktuelle fejl og misvisende oplysninger?
Vi har gentagne gange henvist til lovgivningen, herunder kommunens pligt og ansvar for at sikre, at sagen er tilstrækkeligt oplyst.
En faktuelt forkert oplysning bliver ikke korrekt, blot fordi kommunen tidligere har lagt den til grund for en afgørelse!
Vi anerkender, at oprindelige dokumenter ikke nødvendigvis kan ændres. Men det fritager ikke kommunen for ansvaret for at sikre, at sagen bygger på korrekte og

retvisende oplysninger, når der skal træffes nye afgørelser. Kommunen kan eksempelvis tilføje rettelser og bemærkninger til sagen, så tidligere fejl og misvisende oplysninger ikke bliver videreført.
Det forudsætter dog, at rettelserne og bemærkningerne også bliver sendt videre til den myndighed, der skal træffe afgørelsen. Vi har dog tidligere oplevet, at væsentlige dokumenter ikke er blevet videresendt, ligesom relevante oplysninger ikke er blevet indhentet – og at kommunen ligefrem har afvist at indhente dem!
Endnu mere bekymrende er det, at oplysningerne risikerer at blive videreført til andre myndigheder, som efterfølgende skal træffe afgørelser. Vi oplever, at kommunens fremstilling tillægges en nærmest blind tillid, mens vores dokumentation og indsigelser ikke nødvendigvis tillægges tilsvarende vægt.
Denne bekymring blev kun forstærket, da Ankestyrelsen selv har givet udtryk for, at styrelsen skal være loyale over for kommunerne og i vid udstrækning stole på kommunernes egne oplysninger frem for at agere som en fuldstændig uafhængig, kritisk kontrolenhed.
Hvordan kan man træffe korrekte afgørelser på et forkert grundlag?

Når afgørelser mister deres værdi

Den 27. august 2026 traf Ankestyrelsen afgørelse om fortsat anbringelse, men forkortede genbehandlingsfristen fra to til ét år. Samtidig pålagde Ankestyrelsen kommunen at opdatere sagens oplysningsgrundlag, herunder at udarbejde en ny børnefaglig undersøgelse, med frist den 26. december 2026.
Kommunen valgte i den forbindelse at iværksætte en ny eller supplerende forældrekompetenceundersøgelse.
Vi foreslog i den forbindelse en særdeles erfaren psykolog, som kunne påbegynde undersøgelsen uden ventetid og som kunne være færdig inden den oprindelige frist.
Kommunen afviste imidlertid vores forslag og valgte i stedet en psykolog, som først kan påbegynde undersøgelsen i januar 2027.
Undervejs valgte kommunen ovenikøbet en anden psykolog, som tidligere har modtaget alvorlig kritik fra Psykolognævnet. Først efter vores indsigelser blev dette valg ændret, og kommunen vendte tilbage til den psykolog, de oprindeligt havde foreslået.
Kommunen har afvist vores foreslåede psykolog med henvisning til, at vedkommende primært arbejder med terapi og behandling samt manglende erfaring med autisme.
Dette til trods for, at psykologen er blandt Danmarks tre mest erfarne på området, har mere end 15 års erfaring med forældrekompetenceundersøgelser, har udført over 70 af slagsen inden for de seneste 10 år, har undervist andre psykologer i at udføre dem og desuden arbejder med autismeudredninger (ASF).
Det undrer os samtidig, at kommunen ikke selv har indhentet eller spurgt ind til vores foreslåede psykologs erfaring og kvalifikationer, når netop disse tilsyneladende havde afgørende betydning. I stedet har vi som forældre selv måttet fremskaffe og videreformidle oplysningerne.
Vi kan derfor ikke undgå at spørge os selv, om kommunens vurdering allerede på forhånd har været præget af en vis bias, og om beslutningen om psykologvalget reelt var truffet på forhånd. For os fremstår "muligheden" for at foreslå en psykolog derfor mere som et spil for galleriet end som reel forældreinddragelse og en faktisk mulighed for indflydelse.
Kommunen havde oprindeligt tilkendegivet, at det naturligvis ville være at foretrække, hvis vi kunne finde en psykolog, der kunne påbegynde undersøgelsen hurtigt. Den psykolog, vi foreslog den 29. september, havde ingen ventetid, kunne allerede deltage i et opstartsmøde ugen efter og forventede at kunne afslutte undersøgelsen inden jul.
Hvordan kan kommunen så afvise vores foreslåede psykolog og vælge en anden med henvisning til præcis de samme kvalifikationer og kommunens egne "gode erfaringer" med denne – tilsyneladende uden at tillægge vores foreslåede psykologs omfattende, dokumenterede erfaring tilsvarende vægt, når valget samtidig medfører flere måneders ventetid og en "fornøden" forlængelse af Ankestyrelsens fastsatte frist?
Og hvordan hænger det sammen med retssikkerhedslovens princip om, at sager skal behandles så hurtigt som muligt?
Efterfølgende anmodede kommunen Ankestyrelsen om fristforlængelse med henvisning til ventetid. Kommunen undlod imidlertid at orientere Ankestyrelsen om, at vi havde foreslået en erfaren psykolog, som kunne påbegynde undersøgelsen uden ventetid og som kunne færdiggøre den inden fristen den 26. december.
Det til trods for, at kommunen var fuldt bekendt med disse oplysninger.
Vi har derfor svært ved at betragte udeladelsen som en simpel forglemmelse. Tværtimod rejser forløbet hos os en alvorlig mistanke om, at oplysningerne bevidst blev udeladt for at understøtte kommunens ønske om fristforlængelse.
Ankestyrelsen forlængede herefter fristen til den 1. april 2027!
Vi har sidenhen modtaget en redegørelse fra Ankestyrel-

sen vedrørende fristforlængelsen. Heri oplyser Ankestyrelsen, at den ikke har taget stilling til, om vores foreslåede psykolog kunne have overholdt den oprindelige frist.
Hvordan kan Ankestyrelsen forlænge en allerede fastsat frist på baggrund af oplysninger fra kommunen, som er både mangelfulde og misvisende, uden først at undersøge, om forsinkelsen kunne have været undgået?
Hvorfor indhenter Ankestyrelsen ikke dokumentation for det forudgående forløb?
Og hvordan kan kommunen undlade at videregive så væsentlige oplysninger, som den er fuldt bekendt med, og som kan have afgørende betydning for Ankestyrelsens vurdering?
Det rejser grundlæggende spørgsmål om myndighedernes ansvar for at sikre et tilstrækkeligt og retvisende oplysningsgrundlag – og om afgørelsernes reelle værdi, når væsentlige oplysninger ikke indgår i vurderingen.
For hvad er en myndighedsafgørelse og en fastsat frist reelt værd, hvis kommunen tilsyneladende uden videre kan få ændret en væsentlig del af afgørelsen?
Og endnu mere paradoksalt er det, at kommunen dermed får yderligere tid til at opfylde Ankestyrelsens pålæg, mens det er vores søn og os som familie, der må bære konsekvenserne – og leve med dem.
Alt imens vi gennemlever vores livs værste mareridt.
For konsekvenserne stopper desværre ikke den 1. april 2027, når den nye/supplerende FKU foreligger.

Når sagsbehandlingen får konsekvenser

Først herefter kan kommunen påbegynde opdateringen af den børnefaglige undersøgelse, som kan tage op til fire måneder at udarbejde. Undervejs skal sagen igen behandles i Børne- og Ungeudvalget, samtidig med at vi risikerer at løbe ind i endnu en sommerferieperiode, som kan forsinke sagsbehandlingen yderligere.
Vi risikerer derfor at nå helt frem til august eller september 2027, før væsentlige dele af sagen overhovedet bliver behandlet på et (forhåbentlig) opdateret grundlag, og relevante handleplaner bliver opdateret. Næsten et helt år fra nu!
Til den tid vil Malthe være fyldt 2 år og 3–4 måneder.
Samtidig oplever vi allerede, at Malthes tilknytning til plejefamilien bruges som argument for at fastholde anbringelsen.
Vi ved, at myndighedernes egne forsinkelser kan ende med at skabe netop de forhold, som senere bliver brugt imod os og en hjemgivelse.
I værste fald frygter vi, at det kan føre til en permanent anbringelse af Malthe – og dermed risikoen for, at han aldrig kommer hjem til os.

Prisen for at kæmpe for vores familie

Den 16. december 2026 skal vi i Retten i Svendborg, hvor kampen for at få vores søn hjem fortsætter.
Det er en kamp, som ikke blot har kostet os utallige kræfter, bekymringer og søvnløse nætter, men også mere end 70.000 kr. i udgifter til blandt andet faglige vurderinger, krisepsykolog og øvrige nødvendige tiltag.
Dertil kommer de utallige timer, vi selv bruger på at gennemgå og dokumentere sagens oplysninger, udarbejde skrivelser, indsigelser og klager, besvare henvendelser og følge op på anmodninger. Samtidig har vi oplevet en nedgang i vores indkomst som følge af møder, afspadsering og den tid, sagen kræver.
Vores indsamling er derfor fortsat åben for dem, der har lyst og mulighed for at støtte os i kampen for at få Malthe hjem. Enhver støtte betyder utrolig meget for os.
For os er konsekvenserne ikke blot juridiske eller administrative. Det er vores liv. Vores familie. Og vores søns barndom.
Vi er magtesløse, frustrerede og bundulykkelige. Vi savner vores søn hver eneste dag og mister de øjeblikke, oplevelser og den tid sammen, som vi naturligt skulle have haft som familie – og som vi aldrig får tilbage.
Samtidig fortsætter hans udvikling, hans relationer og hans liv, mens vi som forældre kun får lov til at stå på sidelinjen og opleve små glimt af det gennem de begrænsede samvær, vi har hver 14. dag, og de opdateringer, vi er afhængige af at modtage derimellem.
Sagen rejser derfor et spørgsmål, som rækker langt ud over vores egen familie:
Hvem har ansvaret, når myndighedernes fejl, mangler og forsinkelser får så vidtrækkende konsekvenser for et barn, dets forældre og deres mulighed for at være en familie?
Hvor bliver hensynet til barnets bedste, dets rettigheder og retten til familieliv af, når myndighedernes egne forsinkelser får afgørende betydning for barnets fremtid?
For alt imens myndighederne behandler sagen, går tiden. Tid, som hverken han eller vi nogensinde får tilbage.
For ingen – absolut INGEN – fortjener at gennemleve en sådan behandling i et såkaldt rets- og velfærdssamfund!

Der er nødt til at blive gjort noget.
Ikke i morgen. Ikke om et år. Men NU!

Følg vores kamp under #BringMaltheHjem

Del og spred meget gerne vores historie, og hjælp os med at sætte fokus på den manglende retssikkerhed og de menneskelige konsekvenser i anbringelsessager. ■

Bedre lungekræftbehandling er mulig – KOM I GANG

Patientforeningen afholdt den 18. september 2026 en konference i Fællessalen på Christiansborg om Hurtigere Diagnostik af Lungekræft, og hvordan det gøres bedre og billigere. Både den faglige og den politiske proces omkring denne udvikling blev drøftet.



Der var inviteret fagfolk fra både ind- og udland samt en chefredaktør, der gennemgik konkrete eksempler på at det ledelsesmæssigt og politisk ikke altid kun er det rent faglige, der afgør den mest hensigtsmæssige udvikling.

Hvad kom der ud af konferencen, der er værd at arbejde videre med?

Det blev fastslået, at lungekræft er en af de hyppigste og mest alvorlige kræftformer i Danmark, der rammer over 5.000 årligt og koster 3.500 livet årligt.

Den dårlige prognose skyldes primært, at diagnosen stilles alt for sent. Kun 1/3 af de nydiagnosticerede med lungekræft har typiske symptomer fra lungerne, så de diagnosticeres så hurtigt, at helbredelse er muligt. Den alt for sene diagnostik skyldes, at 1/3 af lungekræftpatienterne har så svage symptomer, at de henvises til røntgen af lungerne, der overser ca. 25% af alle lungekræft, og desværre primært de tidlige kræftstadier, som kan helbredes.

Vi hørte om danske resultater ved at give egen læge mulighed for at henvises direkte til lavdosis CT-skanning i stedet for røntgen af lungerne, hvis der kun var svag mistanke om lungekræft. Resultater fra Danmark viste så gode resultater, hvor man fandt signifikant flere i de tidlige stadier (hvor næsten alle overlever) og langt færre i de sene stadier (hvor næsten ingen overlever). Resultaterne er sammenlignelige med verdens største screeningsstudier for lungekræft (hvor ressourceforbruget er langt, langt større). Projektet i Danmark blev gennemført uden at der blev tilført én eneste krone, da lavdosis CT kun er lidt mere ressourcekrævende end røntgen af lungerne.

Desværre opstod der uenighed, der tydeligvis ikke var baseret på faglige argumenter, så projektet blev stoppet, hvorefter de flotte resultater faldt tilbage til landsgennemsnittet. Professor og tidligere formand for Kræftens Bekæmpelse beskrev det som misundelse fra læger og hævngerrige administratorer i Dagens Medicin. Argumenterne for at stoppe lavdosis CT faldt til jorden og



Regionsrådsmedlem Per Larsen var meget aktiv i debatten på konferencen. Han kunne også trække på sin fortid som Folketingsmedlem.



Dagens vært, sundhedspolitisk ordfører i Dansk Folkeparti, Jan Herskov, MF.
Foto: Marie Hald



Mette Friis, Alternativet, var meget aktiv i debatten på konferencen.

blev afvist eller trukket tilbage, men muligheden for at henvises direkte til lavdosis CT i stedet for røntgen af lungerne, blev ikke genindført. I stedet indførte man, at de raske kan få lavdosis CT som screening for lungekræft, mens de syge må nøjes med røntgen af lungerne!

Risiko ved højdosis CT-scanninger

Vi fik forelagt resultater fra en amerikansk undersøgelse, der viste, at fulddosis CT har så høj strålingsrisiko, at man har skønnet, det i USA kan udløse over 100.000 strålingsudløste kræfttilfælde årligt og derved være medvirkende til den stigende kræfthyppighed i USA. Vi hørte, at fulddosis af lunger og øvre del af maven med flere skanfaser kan risikere at udløse lige så mange nye kræfttilfælde, som der findes ekstra i forhold til at bruge lavdosis CT i gruppen med de svage symptomer.

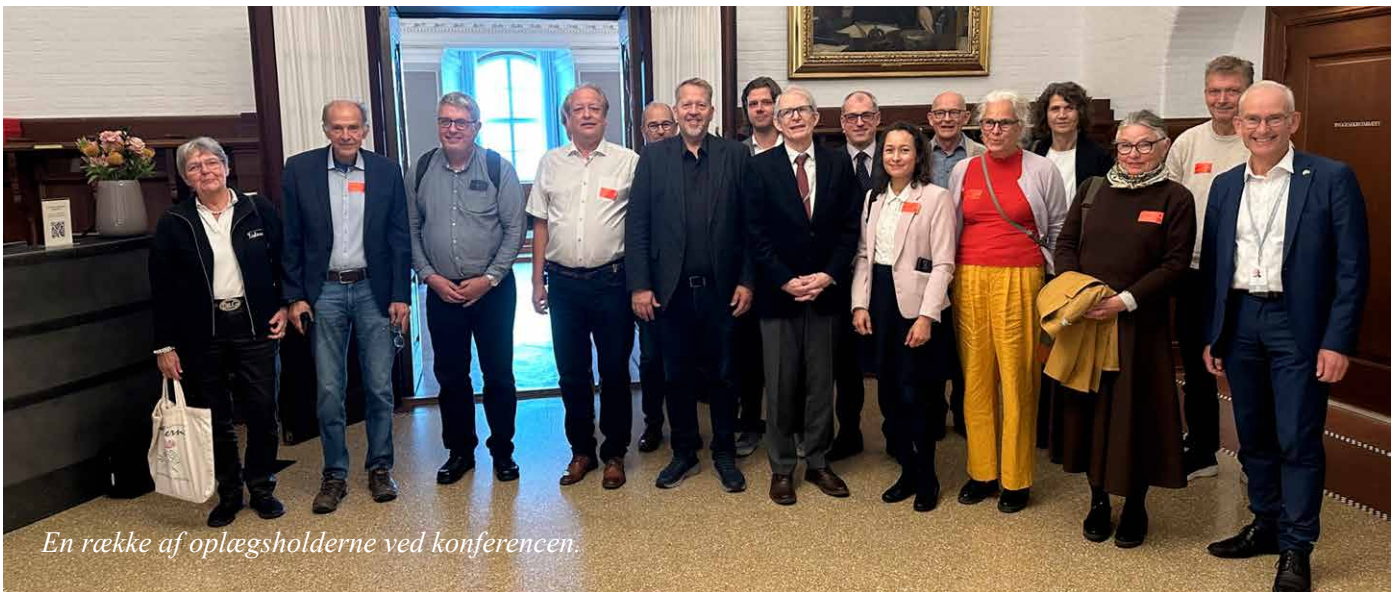
Hurtig diagnosticering er mulig uden risiko

En praktiserende læge fortalte vigtigheden af at kunne henvises hurtigt til relevant undersøgelse, uden risiko for at henvisningen afvises. Gentagne afvisninger kan betyde, at den praktiserende læge henviser senere, når symptomerne er så alvorlige, at henvisningen ikke afvises, hvilket jo forsinker diagnosen og forværrer prognosen. De praktiserende læger var meget glade for ordningen med at kunne henvises direkte til lavdosis CT uden ventetid og uden afvisninger.

En engelsk professor informerede om, at man i England er begyndt at udskifte røntgen af lungerne med lavdosis CT ved svag mistanke om lungekræft. Det sker også i andre lande.

Misundelsens ødelæggende kraft

Den erfarne chefredaktør Lars Norup gav konkrete, uhyggelige eksempler på at mange administrative beslutninger, der gik imod de mange faglige advarsler, har kostet mange både lemmer og liv, og at det ofte ikke er faglige argumenter, der fører til lukning af undersøgelses- og behandlingsmuligheder, men at misundelse og kampe mellem magtfulde læger, administratorer og (svage) politikere ofte spiller en afgørende rolle, så selv gentagne advarsler overhøres og ignoreres.



En række af oplægsholderne ved konferencen.

Konkluderende fortalte landsformanden for Patientforeningen, Niels Jørgen Langkilde: "Patientforeningen vil derfor opfordre beslutningstagerne *(bl.a. Folketingets sundheds- og ældreudvalg og sundheds- og kirkeminister)* til hurtigst muligt at genindføre praksis med, at praksislægerne kan henvise patienter med kun svage symptomer på lungekræft direkte til lavdosis CT-skanning uden risiko for afvisning. Førende nationale og internationale eksperter har påpeget, at dette har potentialet til at redde flere hundrede lungekræftpatienters liv – hvert år. "

Og flere steder i udlandet er ved at indføre ordningen. ■



Benefits and Risks of High-Dose CT Scans – Does it Increase Mortality Due to Radiation-Induced Cancer? Amerikansk undersøgelse offentliggjort i JAMA 2025. Aron Sari, radiolog, Afdeling for Røntgen og Skanning, Herlev og Gentofte Hospital fortalte om dette spændende studie.

Patientforeningen følger tæt arbejdet med at få administrativt frihedsberøvede skaffet muligheder for at få prøvet deres sager ved landets domstole, således som Grundloven giver mulighed for. Hans-Henrik Juhl giver her en status på arbejdet.

Administrative frihedsberøvelser:

Retsvæsenet er uenigt om den rigtige procedure

Af Juridisk Proceskonsulent Hans-Henrik Juhl, J Consult

Politiets og den praktiserende læges rolle ved en borgers frihedsberøvelse er ikke blevet intensivt realitetsbehandlet under den nuværende grundlov. Sidste gang noget tilsvarende skete var i 1925. Dengang tabte Justitsministeriet.

Den 14. oktober 2026 har tre dommere ved Vestre Landsret afsagt kendelse: nye krav kan anlægges ved byretten — ikke kun via minretssag.dk. Domstolsstyrelsen, byretspræsident Karen Thegen ved Aarhus Byret og justitsministeren fastholder dog ét direkte grundlovsbrud; at der kun findes én vej: kapitel 43 a der fordrer anvendelse af retsportalen minretssag.dk. Det er besynderligt, at retsvæsenets aktører og justitsministeren er uenige om, hvilken procedure der er den rigtige. De professionelle burde være enige.

Kapitel 43 a kan ikke give den grundige realitetsbehandlede domstolsprøvelse, grundloven og Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol kræver, og den tillader ikke en uhildet second opinion fra en psykiater, der varetager borgerens interesser. Europarådets PA-CE-udvalg har i Opinion 310 (januar 2026) anbefalet udfasning af tvang og tilpasning til FN's handicapkonvention.



Juridisk proceskonsulent Hans-Henrik Juhl er specialist på Statsret & GDPR-området og borgernes frihedsrettigheder som beskrevet i Grundloven fra 1953.
Foto: Rune Slettemeås

Procesbevillingsnævnet er anmodet om tilladelse til at kære VLs kendelse til Højesteret. For en hurtig effektiv prøvelse med politiet som modpart bør sagen starte direkte ved landsretten. Ellers kommer der formalistiske barrierer, før den kan nå Højesteret og eventuelt EMD. Spørgsmålet er, om politiets lovhjemmel nu kan få en realitetsbehandlet domstolsprøvelse. ■

Nærvær skal ikke afhænge af en smartphone

Forebyggelse: Mindre ensomhed blandt mennesker, der ikke selv kan række ud ...

For de fleste er det en selvfølge at kunne ringe til familien. Men når demens, hjerneskade eller et handicap gør en smartphone svær at betjene, kan selv et kort opkald kræve hjælp fra andre.

Det kan gøre kontakten mere sjælden og øge risikoen for ensomhed. FN's handicapkonvention understreger, at mennesker med handicap skal have mulighed for at kommunikere og deltage i samfundslivet på lige fod med andre.

Kontakt på egne præmisser

Hos b-near® tager vi ansvar for at gøre kontakten lettere. Vi har udviklet en enkel skærm til videoopkald, hvor brugeren ser billeder af sine nærmeste i stedet for telefonnumre, koder og komplicerede menuer.

Når en kontakt er tilgængelig, kan brugeren selv starte et opkald med ét tryk på billedet. Det giver mulighed for spontan kontakt, uden at andre først skal finde en app eller ringe op på brugerens vegne.

b-near® er udviklet til mennesker, der for eksempel på grund af demens, hjerneskade, Parkinsons sygdom, udviklingshandicap eller fysiske funktionsnedsættelser har svært ved at bruge en almindelig telefon eller tablet. Familien og andre nære kontakter bruger en gratis ledsager-app til at ringe, dele billeder og sende korte videohilsner, så brugeren kan følge med i de nærmestes hverdag.

b-near® kan bruges i eget hjem, under indlæggelse på sygehus, på plejehjem, i botilbud og på hospice. Løsningen kan være et supplement til besøg og den daglige omsorg.

Teknologi kan ikke i sig selv fjerne ensomhed. Men muligheden for selv at tage initiativ til kontakt kan betyde mindre afhængighed af andres hjælp – og flere små øjeblikke sammen i hverdagen.

Det handler ikke kun om teknik. Det handler om at kunne ringe, når man savner nogen.

Hjælp i tide gør en forskel

Især ved demens kan det gøre en forskel at tænke fremad. Nationalt Videnscenter for Demens peger på, at ny teknologi ofte med fordel kan introduceres tidligt og bruges jævnligt, så den bliver genkendelig i hverdagen. Derfor kan det være en fordel at tage b-near® i brug, før telefonen bliver helt uoverskuelig.

Mindre pres på de pårørende

Når et menneske får sværere ved selv at holde kontakten, falder en stor del af opgaven ofte på familien. Man vil gerne hjælpe, men det kan være svært at nå det hele ved siden af arbejde og egen hverdag.

Med b-near® kan flere pårørende dele ansvaret for kontakten. Hver kontakt bestemmer selv, hvornår vedkommende er synlig på skærmen og dermed kan ringes op af brugeren. På den måde kan eksempelvis søskende skiftes til at være tilgængelige, uden at én person skal stå til rådighed hele tiden.

Når ingen kontakter er synlige på skærmen, kan brugeren – hvis SOS-funktionen er slået til – foretage et SOS-opkald til udvalgte personer, f.eks. naboer, venner eller familie.

VIVEs nationale kortlægning fra 2025 viser, at cirka halvdelen af voksne danskere er pårørende. Omkring en tredjedel af dem hjælper aktivt en nærtstående. For nogle pårørende påvirker ansvaret både helbredet, de sociale relationer og muligheden for at passe et arbejde.

Det er netop styrken ved b-near®: Brugeren får mulighed for selv at tage kontakt, mens familien får flere muligheder for nærvær – også når de ikke kan være sammen fysisk.



b-near® skærm til brugeren og app til familie og venner

Pårørende fortæller om b-near®

Nu ringer Lars selv

"Igennem hele vores liv har jeg følt, at ansvaret for vores relation lå på mine skuldre, men efter Lars fik sin b-near® skærm, skete der noget nyt: Nu ringer han til mig – på eget initiativ. Det handler ikke kun om ordene. Det handler om at være sammen – at få et hurtigt kig ind i hinandens liv."

Morten, bror til Lars.
Lars lever med cerebral parese.



Tryg kontakt på afstand

"Vores far fik en b-near® skærm, fordi han på grund af sin demenssygdom ikke længere kunne bruge sin telefon. Han havde samtidig perioder med uro og angst, hvor det betød meget for både ham og os, at vi kunne se hinanden og tjekke kort ind.

Med b-near® kunne vi som døtre kontakte ham i løbet af dagen – også inden og imellem arbejde. Det gjorde det lettere at dele ansvaret, være nærværende på afstand og samtidig passe vores arbejde og hverdag.

b-near® var et fast holdepunkt i vores fars liv – og en tryghed for os som pårørende."

Louise og Mette, døtre til Mogens.



Mogens boede i Esbjerg og levede med Parkinsons demens.
Han brugte b-near® fra 2021 og frem til sin død i oktober 2026.

Vidste du det om b-near®?

Dansk udviklet: b-near® er udviklet af b-near A/S, en dansk virksomhed med base i Aarhus. Virksomheden blev stiftet i 2021 af Malene Stokkebo Raundahl.

Betjening med en 0/1-kontakt: Skærmen kan tilsluttes en ekstern betjeningsknap, så mennesker med nedsat bevægelighed også kan starte videoopkald uden at bruge touchskærmen.

Oplæsning og lydfeedback til blinde og svagsynede: Med oplæsning og auditiv tilbagemelding kan brugeren høre kontaktens navn, før opkaldet startes.

Automatisk besvarelse: Skærmen kan indstilles til at besvare opkald automatisk, så brugeren kan modtage videoopkald uden selv at skulle trykke på skærmen.

Plads til hele familien: Der kan tilknyttes et ubegrænset antal godkendte kontakter. Op til seks vises ad gangen på skærmen.

Et lukket kontaktnetværk: Kun godkendte kontakter får adgang til skærmen.

Køb, lej eller afprøv b-near®: b-near® kan både købes og lejes privat. Du kan også undersøge mulighederne for at søge om bevilling eller afprøve løsningen gennem din kommune. Læs mere på b-near.dk.



Se mere på b-near.dk

b-near A/S • Frederiksgade 74 A, 1. th. • 8000 Aarhus C • 72 40 00 40

b • near®

ROTATE
AGENCY

Vi får jer på dagsordenen

Når I er til stede dér, hvor samtalen foregår, vokser tilliden til jeres brand. I medierne, i debatten, hos jeres kunder og hos dem, der træffer beslutningerne.

Mette Barnes, stifter af ROTATE Agency
Vi hjælper organisationer, brands, scale-ups og virksomheder med at skærpe budskabet og blive hørt i medierne og den politiske debat.



Selv den stærkeste viden gør først en forskel, når den bliver fortalt. ROTATE Agency er et kommunikationsbureau med 20 års erfaring i strategisk kommunikation, presse og positionering. Vi hjælper virksomheder, organisationer og fonde i alle brancher med at skærpe budskabet og få det ud til de medier, kunder og beslutningstagere, der betyder noget.

- **Strategisk kommunikation**
  Kernefortælling, budskaber og positionering, der bygger og styrker jeres brand.
- **Presse og medier**
  Vinkler og historier, journalister vil bringe, og direkte kontakt til de redaktioner, der betyder noget.
- **Thought leadership**
  Vi gør jer til ekspertstemmer, der bliver hørt i debatten og hos jeres kunder.
- **Politisk dagsorden**
  Udspil, debatindlæg og events, der flytter debatten.
- **Krisekommunikation**
  Jeres partner, når en kritisk mediesag rammer.
- **Medietræning**
  Vi forbereder jer til interviewet, så I står trygt og skarpt, når mikrofonen tændes.

Vi løfter jeres budskab og giver jer synlighed i de medier, der betyder noget, og en stærkere stemme over for beslutningstagerne.

Lad os tage en snak

hello@rotateagency.net

PATIENTFORENINGENS kalender

Onsdag, den 11. november 2026: Folkekirkens tilbud om fællesskab. Vi besøger Faaborg Kirke, hører både om bygningen og om de mange kirkelige aktiviteter. Vi begynder med morgenbrød i Levins Kultur Center, Vestergade 3, Faaborg, kl. 10.00. Vi er færdige kl. 12.00. Deltagelse koster 20 kr.

Tilmelding senest den 10. november kl. 15.00 på njl@patientforeningen.dk

Onsdag, den 18. november 2026: Besøg Høreklinik i Faaborg med snak om mulighederne, når hørelsen bliver dårlig. Vi besøger Audika, eller de besøger os. Det afhænger af antallet af tilmeldte. Konsulent Mia Svenningsen fra Audika er dagens vært. Vi begynder i Levins Hus, Vestergade 3, Faaborg, kl. 10.00 med morgenbrød. Vi er færdige kl. 12.00. Deltagelse koster 20 kr.

Tilmelding senest den 17. november kl. 15.00 på njl@patientforeningen.dk

Onsdag, den 25. november 2026: Marianne Durck fra Bridgeforeningen indfører os i dette kortspils verden. Vi begynder kl. 10.00 med morgenbrød i Levins Hus, Vestergade 3, Faaborg. Vi slutter kl. 12.00. Deltagelse koster 20 kr.

Tilmelding senest den 24. november kl. 15.00 på njl@patientforeningen.dk

Torsdag, den 26. november kl. 19.00: Hovedbestyrelsesmøde

Lørdag, den 28. november 2026: Verdens Handicapdag, kl. 10.00-15.00 Ringe Bibliotek, Algade 40, Ringe Store og lille sal.

Taler af bl.a. professor, dr.jur. Frederik Waage om mulighederne ved at vedtage en Forvaltningsdomstol. Vil det hjælpe på de mange fejl i den offentlige sagsbehandling?

Onsdag, den 2. december 2026: Juleafslutning. Vi begynder i Levins Hus, Vestergade 3, Faaborg med at se udstillingen om de gamle Faaborg-familier, så er der kaffe og julekager. Kl. 11.00-13.00 er vi i Faaborg Museum og ser deres udstilling. Deltagelse koster 20 kr.

Tilmelding senest den 1. december kl. 12.00 på njl@patientforeningen.dk

Mandag, den 7. december 2026: Klinisk diætist og forfatter, Kate Lindemann: "Sund og velsmagende julemad – vi lærer at lave julesalat." Husk forklæde. Deltagelse koster 20 kr.

Tilmelding nødvendig på njl@patientforeningen.dk senest den 1. december af hensyn til indkøbene.

Torsdag, den 17. december kl. 19.00: Hovedbestyrelsesmøde

Torsdag, den 28. januar 2027 kl. 19.00: Hovedbestyrelsesmøde

Torsdag, den 25. februar 2027 kl. 19.00: Hovedbestyrelsesmøde

Torsdag, den 18. marts 2027 kl. 19.00: Hovedbestyrelsesmøde

Lørdag, den 17. april 2027: Hovedbestyrelsesmøde, Generalforsamling: – Odense med link til dem, der ikke kan komme fysisk. Tid og sted fremkommer senere.

I kalenderen er en læsekreds sammen med Foreningen Norden, Høreforeningen og H. C. Andersen Instituttet om den berømte norske forfatter Erica Fatland. Hun har skrevet om det portugisiske imperiums historier, og hvad der er sket i de mange lande, som ikke længere er kolonier. Ofrene fra kolonitiden og befrielseskampene er beskrevet sammen med de nye sundhedssystemer. Mere herom på patientforeningen.dk. De fleste aftener er onsdage kl. 19.00-21.00 i Levins Hus, Vestergade 3, Faaborg. Sidste aften onsdag, den 2. december.

På hjemmesiden kan man holde sig opdateret om de kommende Christiansborgmøder. Flere møder er på vej ved redaktionens afslutning.

PATIENTFORENINGEN

Forebyggelsesavisen, Nr. 9 – 12. november 2026

Henvendelser om redaktionelt indhold:
Niels Jørgen Langkilde, ansvarshavende redaktør: njl@patientforeningen.dk

Henvendelser om annoncer: patientsvisen@gmail.com

Patientforeningens åbningstider: Mandag-fredag 09.00-16.00
Tlf.: 20 96 70 00

BLIV MEDLEM AF PATIENTFORENINGEN

Sammen er vi stærkere, når der arbejdes for:
Flere frie valg
Bedre patientrettigheder
Bedre erstatninger ved fejlbehandlinger

Vi dækker sundhedsområdet bredt

Folketinget, regeringen, styrelserne, regionerne og kommunerne lytter til os:
Vi bliver hørt og afgiver høringssvar i sundhedsspørgsmål

Sammen er patienterne stærkere

Personligt medlemskab: . . . . 200 kr. pr. år
Parmedlemskab:. . . . . 300 kr. pr. år
Husstandsmedlemskab: . . . . 400 kr. pr. år
Erhvervsmedlemskab:. . . . .5.000 kr. pr. år

Beløbet kan indbetales til foreningens bankkonto: Reg.nr.: 1551 Konto: 0007986
eller via Patientforeningens MobilePay: 395639.

Følg os på Facebook, på www.patientforeningen.dk og i nyhedsbreve

Meld dig ind på www.patientforeningen.dk eller ring på 20 96 70 00.

PATIENTFORENINGEN