

Lægekunsten

Nyhedsbrev for Dansk Selskab for Geriatri

Indhold

Alders- og skrøbelighedsdiskrimination skal forebygges i sundhedsvæsenet	3
Rejsebrev fra 21th EuGMS	5
Yngre Geriater – Efterårsmøde 2025	8
Den geriatiske ekspert.....	9
Mød en geriater – bestyrelsesudgave med Kasper Bertelsen	11
Kommende VIGTIGE datoer:	13

Kære medlem,

Så blev det tid til en ny udgave af Lægekunsten. Redaktørstafetten er gået videre fra Kristoffer K. Brockhattingen til Laura Løkkegaard Johansen.

Julen nærmer sig – og dermed også årets sidste nyhedsbrev.

Der sker fortsat store ting i vores sundhedssystem: Reformen, omstrukturering af regionerne, mangel på speciallæger og samtidig et stigende optag af medicinstuderende. Alt dette sker på et tidspunkt, hvor den geriatriske patientgruppe vokser markant. Udfordringerne er mange, og behovet for nytænkning og bæredygtige løsninger bliver kun tydeligere.

Siden sidste nyhedsbrev har der været både EuGMS, efterårsmødet for Yngre Geriatere og afholdelse af hoveduddannelseskurset "*Den geriatriske ekspert*". I dette nyhedsbrev deler vi et lille udpluk af indtryk og pointer derfra.

Vi håber, at nyhedsbrevet kan være med til at sparke en gnist til nytænkning og inspirere til fortsat udvikling i arbejdet med vores ældre patienter.

Rigtig god læselyst.

Og husk....

Vi fortsat interesseret i at høre fra jer hvis:

Du har information eller viden som kunne være til gavn for Geriatrien i Danmark?

Du har billeder fra arrangementer? (husk at personer på billeder skal tillade offentliggørelse)

Du har vigtige datoer der skal deles?

Du har links til fx Kongresser

Så er det på mail-adresse: laura.lokkegaard.johansen@rsyd.dk

Deadline er 20. november og 20. maj, henholdsvis til nyhedsbrevene i december og juni.

Alders- og skrøbelighedsdiskrimination skal forebygges i sundhedsvæsenet

Bestyrelsen i Dansk Selskab for Geriatri

Ældre borgere udgør en stor og voksende andel af patienterne i det danske sundhedsvæsen. Gruppen af ældre borgere lever ofte med flere kroniske sygdomme og har forskellige grader af aldersforandringer i deres kroppe, noget der har givet anledning til citatet ”vi fødes som kopier og dør som individer”. Det er en udfordring for sundhedsvæsenet.

Der er flere faktorer der har betydning for om ældre kan modstå en sygdom eller behandling. Eksempler inkluderer sygdomsalvorlighed, fysisk modstandskraft, psykisk modstandskraft og ikke mindst alder i sig selv. Det er ofte komplekse overvejelser, og sundhedsprofessionelle risikerer at hæfte sig ved alder alene. Dette fænomen kaldes *alderisme* (eng: ageism) – negativ forskelsbehandling baseret på alder alene.¹

Over de senere år er skrøbelighed, som et mål for modstandskraft, blevet inddraget i klinisk praksis og guidelines, da det repræsenterer et mere nuanceret billede af den fysiologiske aldring og modstandskraft fremfor kronologisk alder. Dette er en udvikling som Dansk Selskab for Geriatri bifalder og understøtter.

Bagsiden af medaljen er, at fænomenet *frailism* kan opstå – et udtryk for diskrimination baseret på opfattelsen af, at skrøbelighed alene udelukker meningsfuld behandling, rehabilitering eller inddragelse i beslutninger, en pendant til *alderisme*. Det er en bekymrende tendens der giver anledning til dette holdningspapir og nedenstående anbefalinger.

Kognitive bias og ubevidste beslutningsmønstre

Flere studier har vist, at klinikere – bevidst eller ubevidst – kan træffe behandlingsbeslutninger ud fra mentale smutveje og kognitive bias, der kobler alder eller skrøbelighed med lavere behandlingspotentiale. Eksempelvis viste Olenski og kollegaer, at patienter lige over en rund fødselsdagsalder (her 80 år) får mindre invasiv behandling end dem lige under – uden klinisk grundlag.² Systematiske skævheder i vores tænkning, som fx overdreven selvtillid, tendens til at hænge fast i første indtryk eller at lægge mest vægt på det, der er nemmest at huske, er veldokumenterede årsager til fejlvurderinger.³ Disse mekanismer kan utilsigtet føre til lavere kvalitet og ulighed i behandling af ældre patienter.

WHO: Alderisme i sundhedsvæsenet er udbredt, skadelig og ofte usynlig

WHO definerer *ageism* som de stereotyper, fordomme, og diskriminerende handlinger, der rettes mod personer på baggrund af alder.¹

¹ WHO global report on ageism, 2021; [9789240016866-eng.pdf](#)

² Olenski AR, Zimmerman A, Coussens S, Jena AB. Behavioral Heuristics in Coronary-Artery Bypass Graft Surgery. *N Engl J Med*. 2020;382(8):778-779. doi:10.1056/NEJMc1911289

³ Saposnik G, Redelmeier D, Ruff CC, Tobler PN. Cognitive biases associated with medical decisions: a systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2016;16(1):138doi:10.1186/s12911-016-0377-1

I sundhedsvæsenet viser ageism sig bl.a. ved, at behandling rationeres på baggrund af alder, ældre udelukkes fra forskning og dataindsamling, og sundhedspersonale anvender taleformer og adfærd, der underminerer ældres værdighed og autonomi. Disse former for diskrimination kan være så indlejrede i systemet, at de fremstår som normale og sjældent udfordres.

Alderisme har veldokumenterede negative konsekvenser for ældre: forringet fysisk og mental sundhed, lavere livskvalitet, længere restitutionstid, øget risiko for ensomhed og dødelighed. WHO vurderer, at alderisme er mere udbredt, men mindre erkendt end fx racisme og sexism og udgør en alvorlig barriere for lighed i sundhed.

Manglende viden om frailism

Forskningen i *frailism* som fænomen er endnu begrænset. Vi ved, at skrøbelighed kan identificeres og graderes med værktøjer som Clinical Frailty Scale (CFS), men vi ved endnu ikke, hvordan sundhedspersoner reelt anvender skrøbelighedsbegrebet i klinisk beslutningstagning.

Vi opfordrer til mere forskning og datadreven indsigt i, hvordan vurderinger af skrøbelighed påvirker patientforløb og behandlingsvalg.

Derfor anbefaler Dansk Selskab for Geriatri:

- At sundhedsprofessionelle uddannes i at genkende og modvirke kognitive bias og aldersbaserede antagelser.
- At værktøjer som CFS anvendes som klinisk beslutningsstøtte – ikke som et fravælgelseskriterium.
- At skrøbelighed bliver et anerkendt og aktivt anvendt begreb i kvalitetsudvikling.
- At fremtidig forskning fokuserer på konsekvenserne af frailism og aldersbias i det danske sundhedsvæsen.

Bestyrelsen i Dansk Selskab for Geriatri, september 2025

Rejsebrev fra 21th EuGMS

Jeg havde i år fornøjelsen af at deltage i EuGMS-kongressen, som denne gang fandt sted i et land med stor og rå natur. Lokale fra Island fortalte om, at det også er et land med mange ældre med bemærkelsesværdig modstandsdygtighed – mennesker, der er vokset op i tørvehuse bygget på drivtømmer med græstørv som tag. Når man har sine rødder dér, kan man holde til lidt af hvert.

Her deler jeg nogle nedslag i de emner, der især fangede min interesse under kongressen.

Akut geriatri

Det er altid fascinerende at se, hvordan den geriatriske patient håndteres i den akutte setting rundt omkring i verden. På SIG-mødet for geriatric emergency medicine fortalte Elizabeth Moloney om en *Frailty Trigger*, som anvendes allerede ved triage. Systemet identificerer præcist de skrøbelige patienter, som har risiko for længere ophold i akutmodtagelsen og længere indlæggelsestid. Det er et værktøj, som med blot 2 spørgsmål vedrørende ADL og kognition, akkurat kan opspore skrøbelighed.

Fra Derby hørte vi om et initiativ med primær samme-dags geriatrisk gennemgang af skrøbelige patienter i akutmodtagelsen. Patienterne modtages i mere hjemlige rammer, siddende i en stol og i eget tøj. Målet er at undgå unødige indlæggelser, og de har opnået en reduktion i indlæggelsestiden på to dage.

Rasmus Erik Stransmark fra Island præsenterede data, der viser, at gennemsnitsalderen ved hovedtraumer stiger, og at prævalensen af subdurale hæmatomer (SDH) forventes at øges tilsvarende. Det skaber udfordringer for vurderingen af, hvem der skal have CT-cerebrum, særligt fordi antallet af neurokirurger ikke følger med udviklingen. I nogle tilfælde viser det sig, at et direkte slag mod hovedet ikke er nødvendigt, for at der opstår SDH, men at der blot skal en kantet (non-lineær) bevægelse med acceleration/deceleration-kraft til. Måske skal vi være mere opmærksomme på ikke bare at spørge patienterne, om de har slået hovedet?

Men kan man sætte ind endnu tidligere – *før* patienten overhovedet når hospitalet? På en session om *Hospital at Home* præsenteret af Daniel Lasserson, blev der vist eksempler på, hvor ambitiøst man arbejder i Storbritannien. Systemet minder på flere måder om det jeg kender fra MAM-bilen i Esbjerg: der udføres POCUS (endda af sygeplejersker), tages blodprøver med hurtige svar, og gives IV behandling i hjemmet. I UK er integrationen dog endnu mere udbygget. Hvis patienten har behov for billeddiagnostik eller simple procedurer og operationer, kan vedkommende komme ind akut udelukkende til undersøgelsen og sendes direkte hjem igen. H@H-lægen er hele tiden behandlingsansvarlig, konfererer nemt med specialister og får svar på undersøgelserne. Det har vist sig særlig hjælpsomt for patienter, der ellers er tilbageholdende overfor indlæggelse, fordi indsatsen er velafgrænset. De udfører blandt andet ascitespunkture i hjemmet, og forskning viser reduceret delir, længere tid i eget hjem og økonomisk gevinst.

Piller

Jeg deltog i en session om *deprescribing*, et område af stor betydning, fordi polyfarmaci øger risiko for fald, frakturer, kognitive problemer, interaktioner, indlæggelser (op mod 12 % blandt ældre – heraf halvdelen undgåelige) og død. Emily McDonald fra Canada pegede desuden på, at overmedicinering

koster landet over én milliard dollars årligt. Økonomien kan for nogle patienter være vigtig, da det udgør en betydelig post i deres privatøkonomi.

Der ses en markant stigning i udskrivelse af gabapentinoider over en tiårsperiode – et stof, der klassificeres som PIM (*potentially inappropriate medication*). Til gengæld ses et fald i brugen af bl.a. opioider, NSAID, samt antikolinergika.

PPI-forbruget er let stigende og udgør fortsat en væsentlig udgift, sammen med antipsykotika.

Sidstnævnte havde man ellers med succes reduceret forbruget af – indtil covid-pandemien vendte udviklingen. Det genkender vi fra danske data, hvor psykofarmakaforbruget blandt plejehjemsbeboere steg under pandemien.

Dernæst fortalte Carina Lundby om forholdet patienter, pårørende og læger har til at stoppe medikamenter. Der findes barrierer på alle niveauer, individuelt, interpersonelt, organisatorisk og kulturelt. Vi skal blive bedre til systematisk at identificere hvilke barrierer der eksisterer i vores dagligdag, så vi kan få håndteret dem. På et højere niveau opfordres til nationale indsatser, fx seponeringslisten eller patientrettede pamfletter med information om potentielle skadevirkninger som led i afmedicinering.

Et andet vigtigt område er antibiotikaforbrug. I IMAGINE-studiet undersøgte man, om antibiotika til mistænkt UVI på plejehjem kunne reduceres. Interventionen var en uddannelse af personalet – både i hygiejne og guideline for opsporing af UVI – for at undgå behandling af asymptomatisk bakteriuri på baggrund af urin-stix, som har dårlig prædiktiv værdi og derfor ikke indgik i guideline. Resultaterne viste at de fleste debuterer med ikke-lokale symptomer, såsom konfusion og 54% (44% i Danmark) fik antibiotika uden korrekt indikation, inden interventionen! Dette blev reduceret med 15 % i studiet, men de kunne også vise at forekomsten af UVI blev reduceret med 26%, som var det primære mål. Det var et fald fra 17% til 10 % i Danmark.

Dehydrering

En særdeles brugbar session handlede om dehydrering, præsenteret af Lee Hooper. Det blev bekræftet, at den kliniske diagnose er udfordrende – også for erfarne speciallæger – og især hos geriatrike patienter. Klinisk vurdering alene er utilstrækkelig.

Til gengæld blev der introduceret en osmolaritetsformel, der relativt præcist kan estimere serum osmolalitet og dermed være et bedre redskab ved diagnosticering af dehydrering. Det var i øvrigt et tema, der også blev gennemgået ved årets efterårsmøde, hvor Mathias Brix Danielsen talte om væskebehandling hos ældre.

Etik

Jeg deltog også i en spændende EAMA-workshop om etiske dilemmaer i forhold til behandlingsniveau. Der blev holdt oplæg om dialyse-, respirator- og sondebehandling, hvorefter vi i grupper diskuterede cases.

Det var interessant at opleve, hvor store kulturelle, sociale, historiske og samfundsmæssige forskelle der er på tilgangen til disse beslutninger. Aldringens fysiologiske ændringer betyder i sig selv, at kroppen dårligere tolererer intubation, og at dialyse hos de ældste ikke bedrer overlevelsen. Der er behov for individualiserede beslutninger for behandling, med overvejelse af konservative tiltag, forudgået af geriatrik gennemgang.

Workshoppens perspektiver var værdifulde og direkte anvendelige i klinisk praksis.

Alt i alt har kongressen været en stor oplevelse – fagligt såvel som personligt – og en øvelse i at overvinde min FOMO, for der var et væld af spændende og samtidige oplæg. Jeg tager ny viden, inspiration og refleksioner med hjem til arbejdet i dansk geriatri og er taknemmelig for muligheden for at deltage.

Sidst en opfordring til at følge med hos @yngregeriatere på Instagram og Facebook, hvor man også kan se flere billeder og historier fra turen på Instagram.

Sofie Høgedal Peetz, suppleant i Styregruppen for Yngre Geriater og HU-læge i Geriatri, Kolding Sygehus



Yngre Geriaterne – Efterårsmøde 2025

Fredag den 7. november mødtes en stor gruppe nuværende og kommende geriater til YG's efterårsmøde, der i år havde ”Ernæring - fra mund til bund” som tema.

Dagen begyndte med et oplæg om underernæring og refeeding hos ældre ved professor og overlæge **Henrik Højgaard Rasmussen** samt professor og forskningsleder **Mette Holst**. Underernæring er hyppigt forekommende og kan ramme alle. Omkring 30 % af alle patienter på danske hospitaler er underernærede, ligesom op mod 60 % af ældre i hjemmeplejen og på plejehjem er i risiko. Derfor er det afgørende, at vi som geriater kan identificere, diagnosticere og behandle underernæring. WHO's anerkendelse af diagnosen er et væsentligt skridt mod mere ensartet registrering, bedre diagnostisk præcision og forbedret behandling.

Herefter fulgte et oplæg om væskebehandling hos ældre patienter ved **Mathias Brix Danielsen**, PhD, postdoc og hoveduddannelseslæge ved Aalborg Universitetshospital og Regionshospital Nordjylland. Dehydrering er hyppigt forekommende blandt ældre indlagte patienter og er forbundet med høj dødelighed og nedsat kognitiv funktion. Kan patienten ikke indtage væske per os, må væsken gives intravenøst eller subkutant. Mathias medbragte desuden fortykningsmiddel, så deltagerne i pausen kunne smage, hvad vi beder patienter med dysfagi om at indtage – en nyttig påmindelse om, hvorfor personer, der får fortykket væske, ofte drikker mindre end ellers.

Kasper Petersen, Speciallæge i Geriatri ved Medicinsk Afdeling, Vejle Sygehus, gav derefter en grundig gennemgang af dysfagi hos ældre – både den aldersrelaterede og den sygdomsrelaterede – samt dysfagi i relation til demenssygdom.

Afslutningsvis præsenterede **Tone Maria Mørk Rubak**, hoveduddannelseslæge og Ph.d.-studerende ved Klinik for Ældresygdomme, AUH, sit arbejde med *Clostridioides difficile* infektion hos ældre. Hun fremlagde resultater fra sit PhD-projekt, som viser lovende effekter af hjemmebehandling med fækal mikrobiota-transplantation (FMT), kombineret med tværfaglig geriatrik vurdering og tæt ambulant opfølgning. Tidlig og korrekt behandling er afgørende, da sygdommen er alvorlig med en 90-dages mortalitet på 17–36 % og en recidivrate på 25–60 %.

Efter en udbytterig og inspirerende dag fortsatte en del af deltagerne til fælles middag.

Tak til alle, der deltog – og en særlig stor tak til dagens kompetente oplægsholdere.

YG-Styregruppen



Den geriatiske ekspert

Alle gode ting, kommer i antal af 3:

- 1) 2 dage
- 2) 29 håbefulde, unge kommende geriater.
- 3) 1 opgave: Løse de evige spørgsmål – hvad er geriatri og hvad er geriatrien svar på de kommende årtiers udfordringer i sundhedsvæsenet?

Sådan lød den ambitiøse udfordring fra Pia Kannegaard og Martin Schultz til det speciale specifikke kursus ”Den geriatiske ekspert”, der blev afholdt d. 25-26/11 i Roskilde. Her opfordrede de kursisterne til at drømme stort og være i mulighedernes rum på Hotel Scandic i Roskilde.

Vi blev inddelt i 5 grupper på tværs af geografi og erfaring, og sammen skulle vi konstituere vores egen geriatiske afdeling.

Hver gruppe fik et scenarie at forholde sig til, med forskellige kombinationer af store eller små hospitaler, fordelt på en eller to matrikler, korte eller lange afstande, få eller mange kommuner, og så var opgaven ellers at drømme stort – og at blive enige om en fælles drøm.

For hvad er geriatri? Hvad er vores visioner og tilhørende kerneområder?

Buddene var mange og gode. Vi kan og vil rigtig meget for vores patienter, og vores kompetencer er alsidige. Men hvor skal vi lægge kræfterne?

Kan vi lave én KÆMPE geriatrik afdeling, hvor andre specialer kommer til os? Eller skal vi vende hospitalsvæsenet på vrangen og fokusere mere på det præhospitale og borgernære?

Slogans var der også: ”Rette patient i rette hånd”, ”Specialiseret geriatri til de rette – basal geriatri til alle”, ”VERDENS største geriatiske afdeling”. Og et nyt begreb blev introduceret, ”Geriatiske slæbesild”.

Håbet var lysegrønt, ambitionerne store... Og så ramte virkeligheden: **økonomien**.

Vi havde i en workshop speed-datet de forskellige terapeutgrupper, hørt deres salgstaler for hvorfor netop de var vigtige i vores prioritering, når budgettet skulle lægges.

Dertil kom et oplæg fra en afdelingsøkonom om økonomistyring og -rammer, hvor budskabet var: Afdelingsøkonomi er ligesom en husholdningsøkonomi – bare med flere lag...

Så nemt syntes vi ikke lige at det var, men vi kunne i hvert fald se, at vi ikke kunne få alle vores drømme opfyldt. Det var klart. Verdens største geriatiske afdeling var næppe muligt for 80.000.000 kr.

Herefter var det tilbage i grupperne og foretage en benhård prioritering. Hvilke funktioner skulle prioriteres? Hvor mange terapeuter er nødvendige? Skal vi dét der forskning?

Aftenen blev sluttet af med en pragt middag (efter SST's takst – naturligvis) og derefter præsentationer af vores geriatiske afdelinger.

Og så var hjernen vist også godt brugt.

Dag to bød på nye benspænd. Hver gruppe blev præsenteret for nye udfordring for netop deres afdeling. Noget var baseret på kritikken efter præsentationerne dagen før, andet var generelt for alle grupper. Sundhedsreformen er rullet ud, og vores geriatiske afdelinger har nu også opgaven at dække 8 sundhed- og omsorgspladser. Hvordan gør vi det?

Vores løsningsforslag skulle præsenteres for et skarpt panel med en hospitalsdirektør, to cheflæger, en regionrådsformand og et regionrådsmedlem, som havde den opgave at vurdere vores bud på fremtidige geriatiske afdelinger.

God og konstruktiv kritik blev givet, og forhåbentlig blev der sået idéer på begge sider af sektorgrænsen.

Ét står i hvert fald klart. Vi ser ind i en fremtid med mange spændende udfordringer, som vi i høj grad har en aktie(majoritet?) i. Hvordan vi end skal løfte Sundhedsreformen, omsorgspladser og geriatri i det nære, så er vi meget bedre rustede til at drømme stort på geriatriens vegne efter to dage på Scandic Hotel i Roskilde med Martin og Pia.

Kristoffer Brockhattingen og Laura Løkkegaard Johansen, HU-læger i Geriatri (Svendborg-Odense)



Mød en geriater – bestyrelsesudgave med Kasper Bertelsen

HU-læge, 5. år



Hvad er dine geriatriske interesser?

Min særlige interesse er mødet og relationen til de mennesker som jeg møder i mit arbejde, både kolleger og patienter. Det er så essentielt for mig at få en god kontakt med det menneske, jeg har overfor mig, så vi kan arbejde bedre sammen eller få opbygget et tillidsforhold, så folk føler sig trygge til at dele, dét de har på hjertet.

Og det behøver ikke tage ret lang tid.

Jeg spørger tit mine patienter, hvad de har arbejdet med, hvad deres passion er, og det åbner op for sådan nogle fine samtaler og en god forbindelse. Så kan vi også nemmere komme til at snakke om, hvad deres symptomer er, og hvordan vi kan hjælpe dem, og jeg tror og håber på det også giver en bedre compliance og oplevelse i sidste ende.

Udover det har anæmi altid fascineret mig, og jeg glædes også i mit stille Geri-sind, når jeg møder en skæv elektrolyt eller 2.

Derudover har jeg altid fundet det utroligt meningsfyldt at tale med patienter og pårørende om behandlingsniveau og sammen få fundet den bedste plan, som gerne må afvige fra de nationale behandlingsvejledninger, så at det giver livskvalitet og mening for den enkelte.

Den tværfaglige indsats og samarbejdet samt den lokale geriatri tæt på patientens eget hjem er også hjerteblood for mig.

Hvad har du fokus på i øjeblikket?

At finde et job. Jeg er færdig om 4,5 mdr og glæder mig. Dog er det lidt sparsomt med stillinger for tiden, så jeg arbejder aktivt på at påvirke ledere og politikere til at oprette nogle stillinger både til mig, men i særdeleshed også til mine yngre kolleger som kommer efter mig. Vi bliver flere geriater og der skal være jobs til os.

Nu er det blot at se, hvor der er muligheder for mig. Jeg har selvfølgelig også fokus på hvad det er jeg ønsker mig i mit arbejdsliv, og hvordan jeg kan få en god hverdag, og samtidig være så meget så muligt sammen med min familie. Er det 8-15 og 8-18 arbejdstider, der passer bedst til mig eller er det mere nogle længere stræk med vagter for så at kunne få nogle sammenhængende fridage. Geografien spiller også ind. Der foregår mange spændende ting rundt omkring i landet, som jeg gerne ville arbejde med, men hvor der er nogle kompromisser med transport som skal indgås, såfremt det er der jeg skal arbejde. Men grundlæggende er jeg optimist og ser en lysende fremtid foran mig hvor der er mange spændende stillinger at vælge imellem for geriaterne.

Hvorfor er bestyrelsesarbejde noget for dig?

Der er mulighed for at have en finger på pulsen og vide hvad der foregår af spændende tiltag og ideer rundt omkring i landet. Jeg får lov at være med til at bestemme og tage beslutninger og kan gøre min stemme gældende. Det er både krævende, men også givende. Mine skønne medbestyrelsesmedlemmer gør det også rigtigt trygt og sjovt at være med i bestyrelsen. Der er mange spændende emner som: Hvad er geriatri egentligt? Skal vi arbejde med bæredygtighed og grøn geriatri? Stillingtagen og indblik i økonomi? Uddannelse, hvordan er den nu? Hvordan skal uddannelsen være i fremtiden? Hvor, hvordan og med hvilke patienter skal geriaterne arbejde i fremtiden? Hvordan fungerer en bestyrelsen? Hvilke regler og love gælder der? Hvad er kernen i geriatrien og hvad skal der til for at kalde sig geriatriisk afdeling? Hvad skal vi fokusere på til årsmødet? Hvor skal geriatrien bevæge sig hen i fremtiden?

Jeg lærer, hvordan vi kan samarbejde med interesseorganisationer og politikere, og lærer hvordan andre udefra ser og oplever geriatrien. Det er sundt. Alt i alt givende og sjovt arbejde.

Kommende VIGTIGE datoer:

ÅRSMØDE I DSG

6.-7. marts 2026

SPECIALESPECIFIK KURSUS

23.-25. marts 2026

Geriatriske Sygdomme II – Fald m.m.

FORSKERTRÆNINGSKURSUS

8.-9. juni 2026

Specialespecifikt Forskertræningskursus i Geriatri