

# Lægeforeningen



14. marts 2011  
Jr. 2010-643/454732  
pk

---

**Emne:** Møde 17.3.2011 mellem Folketingets Sundhedsudvalg og Lægeforeningen  
**Til:** Folketinget sundhedsudvalg v. Mette Hansen  
**Fra:** Lægeforeningens sekretariat

---

**Deltagere fra Lægeforeningens bestyrelse:** Overlæge Mads Koch Hansen (formand), 1. reservelæge Lisbeth Lintz Christiansen, alment praktiserende læge Jette Dam-Hansen, praktiserende psykiater Niels Siebuhr.

**Deltager fra Lægeforeningen:** Adm. direktør Bente Hyldahl Fogh.

**Emner:**

**1. Psykiatrien skal løftes**

Behandling af psykiatriske patienter bør sidestilles med behandling af andre patienter. Lægeforeningen ønsker handlingsplan for at sidestille behandlingen af psykisk og somatisk sygdom.

*Materiale: Leder, Ugeskrift for Læger 30/8 2010*

**2. Kvalitet - herunder nationale kliniske retningslinjer**

Lægeforeningen ønsker en plan for at etablere nationale kliniske retningslinjer som grundlag for ensartet behandlingskvalitet i hele landet.

*Materiale: Leder, Ugeskrift for Læger 19/4 2010*

**3. Indsats mod antibiotikaresistens**

Indsats mod antibiotikaresistens bør styrkes i Danmark og desuden sættes på EU-dagsorden under Danmarks EU-formandskab i 2012.

*Materiale: 2 artikler fra Ugeskrift for Læger 2011, (9)*

**4. Forskning på bevidstløse – bedre behandling af akut sygdom**

Lægeforeningen ønsker bedre mulighed for at forske og afprøve lægemidler, der gavner akut syge patienter. Forsøgene skal ske under skarp forudgående kontrol af etik og relevans, fordi patienten ikke kan give samtykke.

*Materiale: Høringssvar om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter*

**5. Lægebiler i alle regioner**

Region Sjælland har som den eneste region vedtaget et præhospitalt akutberedskab uden lægebiler, hvilket Lægeforeningen finder stærkt kritisabelt af hensyn til kvaliteten i akutberedskabet.

[Print](#)

30. august 2010

## Leder

### Psykisk syge behandles som andenrangs patienter

Af Mads Koch Hansen

Hvorfor skal mennesker, hvis sygdom udspringer fra sindet, i udgangspunktet stilles dårligere end mennesker, som rammes af fx hjertesygdomme? Det spørgsmål har jeg endnu ikke fået et godt svar på. Måske fordi det ikke findes. Det er nemlig diskrimination, når psykiatrien år efter år halter bagefter økonomisk, og hvem har lyst til at vedkende sig forskelsbehandling?

Ikke desto mindre lægger dette års forslag til finanslov op til, at uligheden blot skal forstærkes. Psykiatrien skal stadig hente en del af sine penge i satspuljerne, hvis størrelse varierer. I 2010 er den på knap en mia. kr., næste år er den på 309 mio. kr., og der er vel at mærke tale om penge, som skal deles med socialt udsatte. Det understreger behovet for, at hele psykiatrien fremover finansieres som resten af sundhedsvæsenet.

Man kunne indvende, at penge er penge, og hvorfor gå så meget op i, hvor de kommer fra? Men det har en betydning. Dels er der usikkerhed om størrelsen af satspuljen fra år til år. Dels signalerer en så slingrende finansiering, at mennesker med psykiske lidelser ikke skal forvente, at deres sygdom bliver taget lige så alvorligt, som hvis de fejlede noget fysisk. Det er urimeligt, og det er gammeldags. At trække et skarpt mellem krop og psyke er helt ude af trit med nyere forskning.

Regeringen har forsøgt at skærme sundhedsvæsenet mod at skulle lægge krop til nedskæringer af samme omfang som andre sektorer, og det anerkender Lægeforeningen. Men de ansvarlige ministre må også anerkende, at sundhedsvæsenet har et reelt behov for flere penge til at løse de opgaver, som befolkningen forventer. Og det gælder i udtalt grad i psykiatrien. Det holder simpelthen ikke, at kolleger i psykiatrien kan berette om, hvordan de må udskrive patienter, som endnu ikke er klar til det. Om børn, som må vente over et år på at blive undersøgt på en psykiatrisk afdeling. Eller om hvordan patienter med folkesygdomme som depression og angst ikke får den nødvendige behandling. Det medfører ofte lange perioder med sygemelding og øger risikoen for tab af netværk, tab af arbejdsevne og social deroute.

Psykiske lidelser er den hyppigste årsag til, at yngre mennesker bliver førtidspensioneret. At parkere unge i passivitet, når mange af dem faktisk lider af sygdomme, hvor behandling ofte giver et godt resultat, er grotesk. Det er svært at forestille sig, at man på det somatiske område lader patienter gå ubehandlede rundt på grund af manglende kapacitet til at behandle dem. Ville myndighederne eksempelvis lade en ung mand slæbe sig rundt med brækket ben i en årrække for så at tilbyde ham førtidspension?

Det handler ikke kun om penge. Der er brug for en holdningsændring i store dele af sundhedsvæsenet retning af at betragte psykisk syge på linje med andre patienter. Det er fx uforståeligt, at psykiatrien ikke tænkes ind i resten af sundhedsvæsenet. Ofte er forvaltningen af psykiatrien placeret for sig selv eller sammen med det sociale område. Det er desværre også udtryk for, at psykisk syge ikke først og fremmest opfattes som syge med samme legitime krav på behandling som andre, men placeres i en særlig kategori.

Regeringen og Folketingets partier har i de kommende ugers forhandling om, hvordan næste års økonomi skal skrues sammen, en mulighed at give psykiatrien det permanente løft, som den har brug for. Det vil først og fremmest være godt for patienterne. Men det vil også være sundt for politikere at komme væk fra den kortsigtede og uambitiøse tænkning, som satspuljerne er udtryk for.

Leder bragt i Ugeskrift for Læger nr. 35/2010.

[Print](#)

19. april 2010

## Leder

### Kliniske retningslinjer er ikke en hobby

Af Poul Jaszczak

Patienter med kræft i endetarmen kan i dag se fremtiden i møde med større forhåbning end for 15 år siden. Næsten dobbelt så mange overlever. Af flere grunde: behandlingsmetoderne er centraliseret og forbedret, og nationale kliniske retningslinjer sikrer, at flere patienter får den pt. bedste behandling.

Endetarmskræftpatienterne er ikke enestående. Der er andre eksempler på, hvordan kliniske retningslinjer er til gavn for patienterne. Retningslinjer findes desværre ikke over alt, og det bør der rettes op på hurtigst muligt.

Lægerne er klar, viser en ny enquete, som Lægeforeningen har gennemført blandt medlemmerne. Læger vil bruge de nationale kliniske retningslinjer, der er, og de vil også engagere sig i at udvikle retningslinjer på de mange områder, hvor de endnu mangler.

Den velvilje er det helt oplagt, at Sundhedsstyrelsen, regeringen og regionerne samler op. Opgaven kan ikke vente. Det har været beskæmmende at opleve, hvordan læger på den ene side stilles over for det - helt rimelige - krav, at patienter overalt i landet skal kunne gå ud fra, at de tilbydes den bedste behandling.

Og på den anden side, hvordan det konkrete arbejde med at udarbejde de nødvendige landsdækkende retningslinjer reelt af både styrelse og regioner er blevet prioriteret som om, at der var tale om hobby-projekter. Det har ikke afholdt lægelige ildsjæle fra at gå i gang med opgaven - ofte efter en lang arbejdsdag og uden betaling.

Dem kan vi lakke for de retningslinjer, som foreligger i dag, og de skal have ros. Men det er urimeligt og perspektivløst ikke at sætte opgaven i system og give eksperterne ordentlige arbejdsbetingelser. Tænk hvis ny medicin skulle udvikles på samme dårlige betingelser.

Der har været gjort forsøg på at få mere systematik i arbejdet med kliniske retningslinjer. Sundhedsstyrelsen drev fra 2004 til 2007 et sekretariat for referenceprogrammer, men ressourcerne var for få, og arbejdet skred for langsomt frem.

Nu promoverer styrelsen sit bud på en ny løsning - Map of Medicine - som er importeret fra Storbritannien. Det ville være dejligt, hvis vi kunne bruge den, for det ville lette arbejdspresset på danske læger blot at kunne overtage en udenlandsk model. Men det kan vi desværre ikke. Map of Medicine passer af flere grunde ikke til danske forhold. Det tager ikke tilstrækkeligt højde for de problemer, der ligger i overgange mellem sektorerne, det dækker slet ikke behovet for antallet af retningslinjer, og vi er ikke trygge ved det faglige niveau.

Vi skal have nationale retningslinjer, som er overskuelige og nemt tilgængelige for læger. Det skal være nemt at få information, retningslinjerne skal være opdaterede, de skal suppleres af kliniske databaser, og læger skal ikke være i tvivl om, at de kan få den nødvendige viden ét - og kun ét - sted. I dag oplever mange, at de skal orientere sig i en jungle af guidelines, referenceprogrammer, håndbøger og lokale retningslinjer, hvis grundlag kan være vanskeligt at vurdere.

Tiden er nu mere end moden til, at de videnskabelige selskaber, Lægeforeningen, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Danske Regioner får talt tingene igennem og finder ressourcerne til en løsning, som er skræddersyet til dagligdagen i det danske sundhedsvæsen. Lægerne er klar.

Leder bragt i Ugeskrift for Læger nr. 16/2010.

Vedhæftede filer [Analyse: Sådan bruger læger kliniske retningslinjer](#)

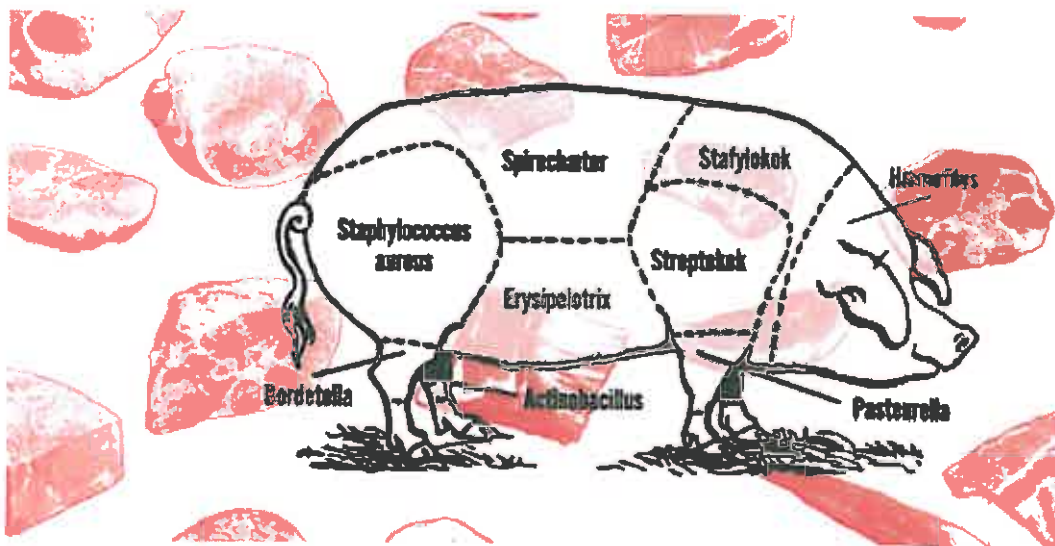
Ugeskr Læger 2011;173(9):622

## Resistente bakterier fra landbruget truer stadig

Antibiotikaforbruget i landbruget er steget voldsomt, og det øger risikoen for udvikling af resistente bakterier. Flere tilpasser sig og kan smitte mennesker. Både dyrlæger og læger efterlyser en mere ambitiøs indsats over for at nedbringe antibiotikaforbruget i landbruget.

### FOKUS

Journalist Lise Penter Madsen, penter@mail.dk



I Danmark kan vi ikke længere bryste os af kun at have få tilfælde af multiresistente bakterier. Og vi kan ikke udelukkende skyde skylden på enten de resistente bakterier, vi får i importeret kød, eller på de resistente stafylokokker, vi slæber med hjem fra udlandet. År for år får vi et større og større antibiotikaforbrug, især i landbruget, og vi er derfor selv med til at øge selektionspresset på bakterierne.

Konsekvensen er, at det bliver sværere og sværere - og dyrere - at behandle patienter, der har fået infektioner forårsaget af sejllivede bakterier, der har udviklet modstandsdygtighed over for traditionelle antibiotika.

Ifølge den seneste rapport fra DANMAP, som overvåger antibiotikaforbruget og forekomsten af resistente bakterier i Danmark, var det årlige antibiotikaforbrug til dyr vokset til næsten 130 ton i 2009. Det var en stigning på 11 procent i forhold til 2008, og 80 procent af forbruget var gået til svin. Til sammenligning var antibiotikaforbruget til mennesker i 2009 på 48 ton, hvilket var det samme forbrug som i de to forudgående år.

### Landmanden medicinerer selv

Danmark er ellers kendt for at være et foregangsland i forhold til et restriktivt antibiotikaforbrug, også i landbruget, og Danmark er stadig et af de lande, der har det mindste antibiotikaforbrug i forhold til indbyggertallet, men udviklingen går den forkerte vej, mener både dyrlæger og læger.

»I udlandet kigger de på os med åben mund og polypper, når de hører, hvad vi har gang i«, siger formanden for Den Danske Dyrlægeforening, Arne Skjoldager, og henviser til, at Fødevarestyrelsen som led i det såkaldte Veterinærforlig har skåret ned

på antallet af årlige obligatoriske dyrlægebesøg hos dyrebesætningerne. De færre besøg betyder, at landmanden i lange perioder selv medicinerer sine dyr.

»Den større frihed til landmanden vil give et større forbrug af antibiotika, og når forbruget øges, vil det medføre flere resistente bakterier. I lyset af, at Danmark og de øvrige skandinaviske landes håndtering af antibiotikaforbruget plejer at blive fremhævet som eksempel til efterfølgelse, er Veterinærforliget et kedeligt signal at sende«, siger Arne Skjoldager.

Også Lægeforeningens formand, Mads Koch Hansen, er meget bekymret over landbrugets store forbrug af antibiotika, og han er kritisk over for, at det i højere grad overlades til den enkelte landmand selv at vurdere, hvornår han eller hun skal behandle med antibiotika.

»I sundhedsvæsenet er vi restriktive med antibiotika, og medicinering er altid baseret på faglighed. Sådan bør det også være, når det gælder produktionsdyr. Derfor bør behandling med antibiotika så vidt muligt administreres af dyrlæger«, siger Mads Koch Hansen.

Han er dog glad for, at svinebranchen har besluttet at sætte et foreløbigt toårigt stop for brugen af cefalosporiner, »som er et af de få bredspektrede antibiotika, vi har tilbage i den humane medicin til at behandle for eksempel kritiske tilfælde af blodforgiftning«, siger han.

### Gult kort til højt forbrug

Fødevarer- og landbrugsminister Henrik Høeghs (V) våben mod det høje antibiotikaforbrug til svin er Gult Kort-ordningen, der trådte i kraft i efteråret 2010. Ordningen indebærer, at svineproducenter, der ikke har en god forklaring på et antibiotikaforbrug, der ligger over en af Fødevarestyrelsen årligt fastsat grænseværdi, modtager et gult kort, og så har svineproducenten og hans eller hendes dyrlæge ni måneder til at sænke forbruget.

Den 1. februar i år kunne Videncenter for Svineproduktion under landbrugets interesseorganisation Landbrug & Fødevarer oplyse, at antibiotikaforbruget til svin i 2010 var faldet med 3,2 procent i forhold til året før. Faldet skete især i andet halvår af 2010, dvs. efter sommerens omtale og lancering af Gult Kort-ordningen. Forbruget faldt 14,5 procent i forhold til første halvår af 2010.

»En del af faldet kan godt forklares med et fald i produktionen, men jeg ved, at svineproduktionen i hvert fald ikke faldt med 14 procent i andet halvår«, siger direktør i Videncenter for Svineproduktion, Nicolaj Nørgaard.

Fødevarerminister Henrik Høegh er tilfreds. »Det er glædeligt, at antibiotikaforbruget er faldet, og det viser, at Gult Kort-ordningen virker«, siger han.

I efteråret 2010 blev der sendt 1.100 høringsbreve ud til svineproducenter med et forbrug over grænseværdien. Cirka halvdelen kunne forklare det høje forbrug med registreringsfejl; den anden halvdel har efterfølgende modtaget gule kort.

*Grænseværdien er sat mere end dobbelt så højt som landsgennemsnittet. Er det ikke højt?*

»Jo, men vi valgte at først gå efter de besætninger, hvor forbruget var ekstremt højt. Det svarer til ti procent af besætningerne, men de står for 20-25 procent af antibiotikaforbruget. Du kan sige, at vi først er gået efter de lavthængende frugter. Jeg forventer, at vi fortsat vil se et fald i forbruget, men på et tidspunkt vil det flinde et fast niveau, for der vil altid være et antal syge grise, som har behov for behandling«, siger Henrik Høegh.

*Ville det ikke være mere hensigtsmæssigt med hyppigere dyrlægebesøg end en Gult Kort-ordning, hvor man først skrider ind, efter at der er sket et stort antibiotikaforbrug?*

»De seneste 2-3 år har vi prøvet med gentagne moralprædikener over for både landmænd og dyrlæger, men lige meget har det hjulpet. Forbruget er steget. Så vi har måttet indføre stokkemethoden, og det har virket«, siger ministeren.

Overlæge Hans Jørn Kolmos, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, er imidlertid ikke imponeret:

»Der er reelt tale om en meget lille nedgang, fordi der er produceret færre svin i perioden, og den står slet ikke mål med den meget store stigning i antibiotikaforbruget inden for svineproduktionen gennem de foregående år«, siger han.

»Det er nok et forsigtigt skridt i den rigtige retning, men det gør ikke noget ved det grundlæggende problem og giver jo ikke incitament til at mindske forbruget hos dem, der ligger under værdien. Der er lang vej igen, inden man når et fornuftigt niveau«.

### **Risikovurdering og risikohåndtering**

DANMAP-programmet blev startet i 1995 med henblik på at overvåge forbruget af antibiotika og forekomsten af antibiotikaresistens i Danmark. DANMAP er et samarbejde mellem Videnskabsministeriet og Sundhedsministeriet. En gang årligt udarbejder Statens Serum Institut, Fødevarerstyrelsen, Lægemiddelstyrelsen, DTU Veterinærinstituttet og DTU Fødevarerinstitutionen en rapport.

I 2010 nedsatte Sundhedsministeriet og Fødevarerministeriet et antibiotikaråd med deltagelse af relevante myndigheder og institutioner under Sundhedsstyrelsens formandskab. Rådets opgave er blandt andet at komme med forslag til, hvordan en hensigtsmæssig anvendelse af antibiotika kan sikres. Rådet skal holde to årlige møder og mødtes første gang i efteråret 2010.

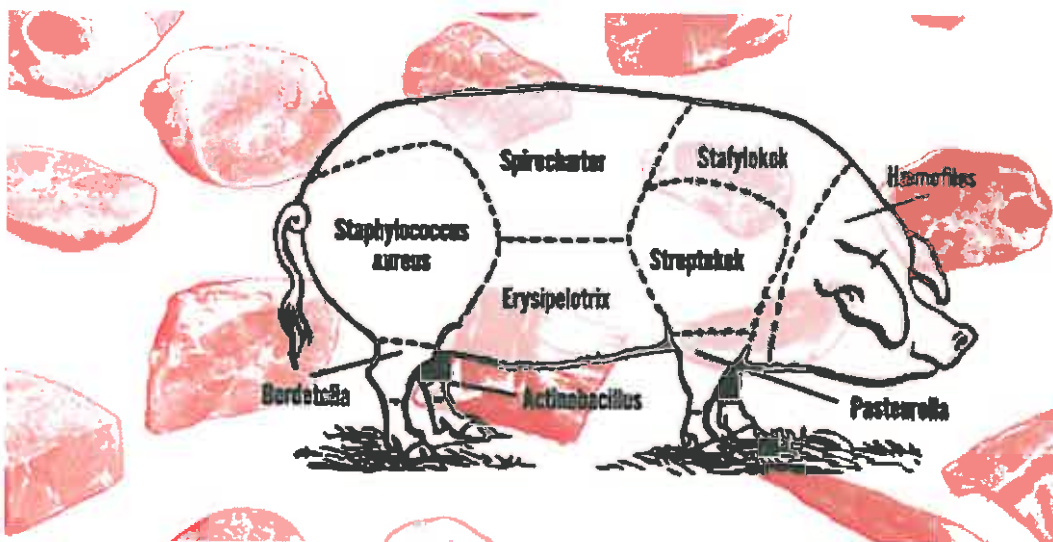
Ugeskr Læger 2011;173(9):625

## Resistente bakterier fra grise

*Svine-MRSA og ESBL-colibakterier findes i stigende omfang i svin. Førstnævnte kan smitte mennesker direkte, og visse typer af sidstnævnte kan brede sig til mennesker via mad.*

### FOKUS

Journalist Lise Pentter Madsen, pentter@mail.dk



Nye superbakterier har gjort deres indtog i Danmark og i særdeleshed i andre europæiske lande som Belgien og Holland, hvor antibiotikaforbruget er mange gange højere end i Danmark. Et af de hurtigst stigende resistensproblemer ikke bare i Danmark, men verden over, er extended-spectrum-betalaktamase (ESBL)-producerende *Escherichia coli*.

ESBL-colibakterier er blandt andet resistente over for cefalosporiner, som i den humane medicin for eksempel bliver brugt til at behandle blodforgiftning. Det specielle ved cefalosporinresistens er, at bakterierne også bliver resistente over for næsten alle almindelige typer penicillin.

Ifølge DANMAP-rapporten er 11 procent af alle danske slagtesvin smittet med ESBL-colibakterier, og ESBL-colibakterierne er fundet i mange prøver fra importeret kyllingekød og danske slagtesvin. Forekomsten er højest i importeret kyllingekød, hvor bakterierne er fundet i 36 procent af prøverne, mens forekomsten i svinekød, oksekød og dansk kyllingekød er mere end ti gange lavere.

Nogle af de ESBL-typer, der er fundet hos svin og i kød, er også fundet hos mennesker, og det tyder på, ifølge seniorforsker Yvonne Agersø fra DTU Fødevareinstituttet, at ESBL-colibakterier fra fødevarer kan være årsag til infektioner hos mennesker.

I svinebranchen har man besluttet at stoppe forbruget af cefalosporiner i to år, men fordi cefalosporiner i stigende omfang bliver brugt på de danske hospitaler, øges forekomsten af ESBL-colibakterier yderligere.

### Fra stald til mennesker

En af de senest ankomne resistente bakterier er den særlige svinestamme af

methicillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA), CC398, som dukkede op i alle lande undtagen Australien i årene 2004-2005 og viste sig at kunne smitte mennesker. Bakterien er ufarlig for svin, og mennesker kan leve godt og intetanende om, at de har »blinde passagerer« i næsen eller på huden. I øvrigt raske mennesker kan opleve at få generende bylder og børnesår, men det kan blive kritisk, hvis man i forvejen er syg eller svag eller får et åbent sår, så man kan smitte sig selv.

I 2009 var 39 af 811 MRSA-positive tilfælde i Danmark svinerelaterede. I 2010 var det 105 ud af cirka 1.050.

Bakterien rammer primært personer, der dagligt er i direkte kontakt med svin, og smitter i mindre grad end de humane typer af MRSA mellem mennesker. Ikke desto mindre har der været enkelte alvorlige tilfælde, hvor mennesker, der arbejder med svin, har smittet et familiemedlem, der blev livstruende syg.

Hospitalspersonalets forholdsregler ved svinevarianten af MRSA er de samme som ved de humane varianter af MRSA. En patient med MRSA-infektion bliver lagt på en isolationsstue, der iværksættes en smitteopsporing, og personalet skal hyppigere end sædvanligt vaske hænder og tøj, bære overtrækskitler og overtrækssko i plastik samt bære masker. Det er omstændeligt og dyrt, men skal forebygges, at der sker smittespredning til andre patienter.

### **I alt 200 besøgsstalde**

Ifølge DANMAP findes svine-MRSA hos 13 procent af de danske slagtesvin, men landmændene har ikke pligt til at teste, om deres besætning har den, og svinene kan blive flyttet fra gård til gård, uden at nogen er klar over, om de har bakterien. Hvis en landmand ved, at hans besætning har svine-MRSA, er der ingen steder, det skal registreres, og landmanden selv og hans medarbejdere ved ikke, om de er smittet, medmindre de lader sig teste eller bliver syge.

Alligevel har landbruget åbnet 200 svinestalde som besøgsstalde for familier med børn og andre interesserede, og som det også er fremgået af debatindlæg i Ugeskrift for Læger nr. 7/2011, er overlæge Hans Jørn Kolmos, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, stærkt bekymret over, at politikere og myndigheder ikke sætter en stopper for det, inden svine-MRSA udvikler sig til et alvorligt sundhedsproblem.

»At åbne staldene stemmer ikke overens med, at Sundhedsstyrelsen har udgivet en særlig vejledning om, hvordan man skal håndtere svine-MRSA i svinestalde, og det hedder, at børneinstitutioner og skoler ikke må besøge besætningen«, siger Hans Jørn Kolmos.

»Det er rigtigt. Da vejledningen blev udarbejdet, havde vi meget lidt viden om svine-MRSA, så vi anlagde et forsigtighedsprincip«, siger overlæge Robert Skov, Statens Serum Institut (SSI), der var med til at rådgive Sundhedsstyrelsen om indholdet i vejledningen. Han sidder i Koordinationsgruppen vedrørende zoonotiske aspekter af MRSA under Sundhedsstyrelsens formandskab.

»Men måske var vi for restriktive. I dag ved vi, at smitterisikoen er meget mindre, end vi frygtede, da bakterien vandt frem i 2005, og i øjeblikket overvejer vi, om vi skal ændre vejledningen. Smitterisikoen er så lille, at jeg ikke selv ville have betænkeligheder ved at tage mine børn med i en svinestald«, siger han.

### **Svine-MRSA: en arbejdsrisiko**

For Hans Jørn Kolmos er skrækscenariet, at en hospitalsansat ægtefælle til en svineproducent bringer bakterien med sig på arbejde og smitter mennesker, der i forvejen er syge og svækkede. I Holland har der været infektionsudbrud på to institutioner.

Men i Danmark er der ikke set større smittespredning på institutioner, fortæller Robert



Skov.

»Det stemmer med, at CC398 for nuværende smitter mindre mellem mennesker end almindelig menneske-MRSA«, siger han og tilføjer:

»Det er ikke fordi, at jeg mener, at svine-MRSA er ufarlig, men jeg synes, at vi skal passe på ikke at gøre smitterisikoen større, end den er. Vi ved fra både danske og udenlandske undersøgelser, at risikoen for smitte fra menneske til menneske videre ud i samfundet i øjeblikket er lille. Jeg kan ikke vide, hvordan bakterien udvikler sig i fremtiden, og det er vigtigt, at vi nøje overvåger udviklingen, men i øjeblikket må vi først og fremmest forholde os til svine-MRSA som et arbejdsmiljøproblem«, siger han.

### Truslen fra importeret kød

Overlæge Kåre Mølbak, SSI, der sidder i Zoonoseudvalget, mener, at det er lige så vigtigt at fastholde fokus på de fødevarerborne bakterier som at følge udviklingen af svine-MRSA, der i øvrigt er fundet i både dansk og importeret kød, men der er ikke eksempler på, at det har ført til infektioner hos mennesker.

»Vi har stadig problemer med Salmonella og Campylobacter, som vi især får fra importerede varer. Danmark kunne arbejde for en Gult Kort-ordning i EU; så kunne vi måske undgå at få resistente bakterier fra importerede kyllingebryster«, siger han.

En Gult Kort-ordning i EU har ikke været på tapetet, men fødevarerminister Henrik Høegh siger:

»Jeg har talt både med vores sundhedsmyndigheder og med sundhedsministeren, og vi er blevet enige om at sætte blus på antibiotikaforbruget, når vi har formandskabet i EU det første halvår i 2012, og vi vil indkalde til en stor europæisk konference for folk i både den veterinære og humane medicin«.

### Veterinærforliget

Blev indgået mellem regeringen, Dansk Folkeparti og Det radikale Venstre i 2008 og bygger på et koncept om øget sundhedsrådgivning og egenkontrol.

Som led i Veterinærforliget skar Fødevarestyrelsen i 2010 ned på antallet af årlige, obligatoriske dyrlægebesøg - eller rådgivningsbesøg, som de bliver kaldt. Der findes flere modeller. I en af modellerne kan en svineproducent nøjes med fire eller seks årlige dyrlægebesøg, afhængig af hvor god en landmandspraksis han fører. Hvis dyrlægen har diagnosticeret en sygdom hos en besætning af slagtesvin hos en svineproducent, hvor alt skønnes at være i god orden, må dyrlægen udskrive receptpligtig medicin »i indtil 63 dage til de af besætningens svin, der må forventes at blive angrebet af sygdommen«.

### Ministrene vil ikke screene svinestaldene for svine-MRSA

I efteråret 2010 spurgte bl.a. Folketingets Sundhedsudvalg sundhedsminister Bertel Haarder (V), »om han finder, at der bør foretages screeninger for MRSA i de danske svinestalde, før gæster inviteres indenfor og dermed udsætter sig selv og deres omgivelser for smitterisiko«.

Bertel Haarder indhentede en udtalelse fra Sundhedsstyrelsen og konkluderede på den baggrund i sit svar den 21. december, at han ikke har planer om at indføre screening for MRSA i svinestalde.

Fødevarerminister Henrik Høegh (V) har også forhørt sig om risikoen og er kommet frem til samme konklusion som Bertel Haarder.

»Jeg har spurgt både på DTU Fødevarerinstitutionen og andre myndigheder, og man siger, at hvis man husker hygiejnereglerne om plastik ud over skoene, plastik over tøjet og

håret, og hvis man husker at gøre sig grundigt ren efter et besøg, så er smitterisikoen lille. Det ville selvfølgelig være godt, hvis vi kunne screene og registrere, og det er jeg sikker på, at landmændene også ville være glade for, men der findes ikke en hurtig metode endnu».

Henrik Høegh vil bl.a. afvente resultaterne af et større forskningsprojekt, som bl.a. DTU Fødevareinstituttet og Statens Serum Institut deltager i, om forekomsten og udbredelsen af ESBL-colibakterier og MRSA i den danske svineproduktion, før han vil begive sig ud i mulige interventionsstrategier over for MRSA. Forskningsprojektet, der blev skudt i gang i 2010 og er planlagt til at løbe til 2013, undersøger forekomsten af MRSA og ESBL-colibakterier i 20 svinebesætninger, der har et stort forbrug af cefalosporiner, og i 20, der har et lille forbrug af cefalosporiner.



Indenrigs- og sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
DK-1216 København K

Pkt. 4

ORGANISATIONEN AF  
**LÆGER**  
VIDENSKABELIGE  
SELSKABER

**Vedr. forslag til lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter (j.nr. 1007497/404786).**

Formanden  
10-02-2011

Lægeforeningen har modtaget forslag til lov om videnskabsetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter i høring og har følgende bemærkninger.

Jr. 2009-6466/440967  
CLR

Den Nationale Videnskabsetiske Komité er ved lovforslaget blevet slanket og består nu af 13 medlemmer mod tidligere 26, hvilket giver mulighed for større effektivitet, men også en mere ensartet vurdering af de forelagte sager. Endvidere er der ved lovforslaget lagt op til en reduktion i personsammenfaldet i den nationale og de regionale komitéer, hvilket ud fra retssikkerhedsmæssige betragtninger er meget positivt, da Den Nationale Videnskabsetiske Komité fungerer som ankeinstans for de regionale komitéers beslutninger.

Domus Medica  
Kristianiagade 12  
2100 København Ø

Lægemiddelforsøg

Tlf.: 3544 8500  
Tlf.: 3544 8216 (direkte)  
E-post: dadl@dadl.dk  
E-post: clr@dadl.dk (direkte)  
Fax: 3544 8513  
www.laeger.dk

Lægeforeningen hilser udvidelsen af muligheden for forskning i akutte situationer meget velkommen, om end Lægeforeningen kunne forestille sig området yderligere udvidet. Lægeforeningen har stillet forslag om, at det i højere grad bliver muligt at forske i akutte situationer hvor der skal ske afprøvning af lægemidler for at gavne akut syge patienter, og hvor samtykke fra patienten eller stedfortrædende samtykke ikke af tidsmæssige årsager, og den akutte tilstands alvor, kan tilvejebringes. Lægeforeningen har i det lovforberedende arbejde, for at skabe maksimal patientsikkerhed, stillet konkrete forslag om ad hoc oprettelse af en supplerende fagekspertkomité til at vurdere nødvendigheden og lødigheden af det konkrete forsøg samt nødvendigheden af at inddrage forsøgspersoner uden mulighed for forudgående samtykke i lægemiddelforsøget. Herudover har Lægeforeningen foreslået, at der i sådanne forsøg gennemføres skærpet og uvarslet tilsyn.

Det noteres derfor med tilfredshed, at Indenrigs- og sundhedsministeriet har rettet henvendelse til EU-kommissionen med henblik på en ændring af Good Clinical Practice (GCP) direktivet, således at det kan blive muligt at udføre lægemiddelforskning på akut inhabile forsøgspersoner på betingelse af indhentelse af efterfølgende samtykke. Det er i den forbindelse positivt, at EU-kommissionen har igangsat en proces med henblik på revision af direktivet.

### Indhentelse af stedfortrædende samtykke

For så vidt angår processen vedr. lægemiddelforsøgets gennemførelse i akutte situationer noterer Lægeforeningen, at det er blevet muligt at indhente stedfortrædende samtykke hos Sundhedsstyrelsen til gennemførelse af lægemiddelforsøg i akutte situationer, jf. § 9 stk. 3, og § 16 stk. 2. I akutte situationer vil forudgående indhentelse af samtykke (§ 9 stk. 3) være illusorisk og begrænset af åbningstider og tilstedeværelse af konkrete medarbejdere. Derudover vil det i meget akutte situationer, som f.eks. hos en patient med hjertestop være uetisk at bruge tid på at kontakte en forsøgsværge eller anden stedfortræder for at informere om projektet og om patienten, som samtykket vedrører.

Forslaget indskrænker derfor forskernes reelle handlemuligheder og gør det umuligt at gennemføre lægemiddelforsøg og dermed skabe evidens for behandlinger, som principielt vil kunne gavne de akutte og mest kritisk syge patienter.

Endvidere finder Lægeforeningen, at det er en voldsom belastning at pålægge enkeltpersoner at skulle træffe en så vigtig beslutning om patienters deltagelse i forsøg uden forkendskab til forsøgets indhold og risiko. Praktiserende lægers organisation har været i dialog med Indenrigs- og sundhedsministeriet omkring denne problemstilling, som særligt vedrører praktiserende læger, jf. § 9 stk.3 og § 16 stk. 2. Lægeforeningen henviser derfor til vedlagte\* høringsvar fra Praktiserende lægers Organisation.

Lægeforeningen vil på baggrund af ovenstående foreslå, at der i EU-kommissionen arbejdes for den mulighed, at en komité af faglige eksperter og evt. lægmænd på forhånd tager stilling til, om et forsøg kan gennemføres uden samtykke fra patienter, pårørende eller forsøgsværge ved akutte lægemiddelforsøg under forudsætning af efterfølgende indhentelse af samtykke.

### Ikke-lægemiddelforsøg

Foreløbigt kan forskerne glæde sig over muligheden for at kunne udføre akutte forsøg uden forudgående samtykke fra patienten (bortset fra lægemiddelforsøg), hvor forsøget menes at kunne forbedre tilstanden for andre patienter med samme sygdom som forsøgspersonen, og deltagelse i forsøget kun indebærer "minimal belastning og risiko" for forsøgspersonen.

Samtidig med den ovenstående udvidelse af mulighederne for forskning, vil Lægeforeningen rose den nu mere smidige adgang til at forelægge sager for de

videnskabsetiske komitéer ved elektronisk anmeldelse af forskningsprojekterne.

Vedr. fortolkning af lovforslagets bestemmelser om information af patienten (§§ 8-10)

For et par år siden valgte CVK at anlægge en ny tolkning af gældende komitélovs bestemmelser vedr. informeret samtykke. Dette indebærer, at alle samtykkeerklæringer - udover patientens underskrift - skal have en underskrift fra den forsøgsansvarlige på et givent center, hvorved ansvaret for den givne information blev pålagt den forsøgsansvarlige. I multicenterstudier og i store studier med mange tusinde deltagere er det ikke muligt, at forsøgsansvarlige selv giver informationen, hvorfor opgaven må uddelegeres. I konkrete tilfælde er studier med nuværende praksis blevet pålagt at eftersende tusinder af kontraserede deltagersamtykker, en praksis der er administrativt og økonomisk krævende uden at bidrage til en bedre etik.


For så vidt angår den forsøgsansvarliges underskrift på patienternes samtykkeerklæringer, foreslår Lægeforeningen, at bemærkningerne til lovforslaget på side 42 ændres således, at det er den person, som informerer patienten om forsøgets indhold og risici, der også underskriver erklæring om, at patienten er behørigt informeret. Det findes ikke hensigtsmæssigt, at ansvaret placeres hos den forsøgsansvarlige, hvis denne ikke konkret har været til stede, da patienten blev informeret. Ansvaret bør rettelig placeres hos den person, der har udført opgaven. Den forsøgsansvarliges ansvar er derimod at sikre fornøden uddannelse af dem hvortil informationsopgaven uddelegeres.

Vedrørende registerforskning (§14)

I marts 2010 afgav CVK en principiell udtalelse om register forskning fra donorbiobanker. I denne fastslår man, at mulighederne for at dispensere fra informeret samtykke ikke gælder for donorbiobanker. Det foreslås, at donorprøver juridisk sidestilles med patientprøver. Anvendelsen af donorbiobanker skal derfor i lighed med patientbiobanker reguleres via vævsanvendelsesregistret og det videnskabsetiske komitésystem.

I § 19 stk. 1 foreslås tilføjet, at interviewundersøgelser ligeledes kun skal anmeldes til det videnskabsetiske komitésystem, såfremt projektet omfatter menneskeligt biologisk materiale.

Med venlig hilsen



Mads Koch Hansen



J. Michael Hasenkam

pkt. 5

Print

25. maj 2010

## Leder

### Region Sjælland påtager sig et tungt ansvar

Af Mads Koch Hansen

Akutbiler, lægebiler og helikoptere skal sikre, at borgere overalt i landet kan få hurtig og kompetent behandling, når de bliver akut syge. Deres faglige indsats skal levere den nødvendige tryghed, når det lokale sygehus nedlægges, og indbyggerne mange steder i landet må imødesee, at der fremover bliver længere til den ny fælles akutmodtagelse.

Midt i den proces lægger Region Sjælland op til at droppe sine fire lægebiler. Argumentationen fra regionen er, at der ikke er brug for lægerne i bilerne. Opgaverne kan klares af paramedicinere. Kun regionens nyindkøbte helikopter skal fremover være lægebemandet, og her er der oven i købet tale om en forsøgsordning, som kan nedlægges.

Ambulancereddere og paramedicinere er generelt meget kvalificerede, og derfor er der masser af opgaver, som de klarer uden problemer. Af samme grund er det indlysende, at der skal ske en stram visitering. Der er langt fra brug for læger ved alle udrykninger. Men der er situationer, hvor det kan betyde forskellen på liv og død for patienten. Sådan er det bare. Det kan man ikke trylle sig ud af i en forvaltning eller i et politisk udvalg.

Det kan få alvorlige konsekvenser for regionens indbyggere, hvis helikopteren er i luften, og der er brug for akut lægehjælp et andet sted i regionen. I Region Sjælland må man fremover krydse fingre for, at der blandt de 820.000 borgere ikke er brug for akut mobil lægehjælp to steder på samme tid. F.eks. hjælp til at foretage en livreddende behandling af en ældre borger i Maribo samtidig med, at et trafikoffer i Ringsted skal have fuld anæstesi, mens han frigøres fra en bil.

Timingen er et kapitel for sig. På Christiansborg forhandler regeringen og Dansk Folkeparti om, hvad der skal til for at sikre borgernes tryghed, når der bliver færre akutmodtagelser. Danske Regioner har netop i pressen advaret mod hovsa-løsninger. Organisationen frygter, at landspolitikere med løs hånd begynder at placere sundheds- eller akuthuse rundt omkring i landet og på den måde fjerner grundlaget for de store fælles akutmodtagelser.

På den baggrund forekommer det besynderligt, at Region Sjælland vælger at droppe lægebiler. Regionen bidrager på den måde til at undergrave en del af forudsætningen for at etablere færre, men større og bedre akutmodtagelser - nemlig at borgerne kan være sikre på at få hurtig og tilstrækkelig hjælp, uanset hvor de bor. Det burde vække til eftertanke i Region Sjælland, at de fire øvrige regioner ikke har planer om at afskaffe lægebiler, men at der flere steder tværtimod er lagt op til at styrke denne del af beredskabet.

Farceagtigt bliver det, når dansk majvej er en barriere for lægehjælp. Dårlig sigtbarhed har i nogle tilfælde forhindret den nye helikopter - som i sig selv er et glimrende supplement til det øvrige akutberedskab - i at få gang i rotoerne.

Jeg er dog helt overbevist om, at det problem vil blive løst. Forhåbentlig tager de sjællandske regionsrådspolitikere, som afgør sagen den 31. maj, også de faglige protester fra både lokale læger, Dansk Sygeplejeråd og Lægeforeningen alvorligt og beslutter sig for at bevare lægebilerne. Hvis ikke er de på vej til at tage en beslutning, hvis konsekvenser kan blive tunge at bære.

Leder bragt i Ugeskrift for Læger nr. 21/2010.