



Lægeforeningens årsberetning 2013



INDHOLD

Lægeforeningens bestyrelse	2
Lægeforeningen skal udvikle sig med medlemmerne	3
Lægeforeningen lytter til medlemmerne	4
Nye rettigheder til patienterne	6
Behandlingsretten giver faglig mening	7
Psykiatrien halter stadig	8
Manglen på læger i psykiatrien har mange alvorlige konsekvenser	9
Strammere regler for medicinsk udstyr	10
Slap kontrol lader patienterne i stikken	11
Behandlingen skal være i orden – uanset adressen	12
Alkoholbehandlerne skal have alle de nødvendige kompetencer	13
”Følelsen af ikke at være alene”	14
Flere får hjælp i klagesager hos Lægeforeningen	15
En bedre retsstilling for læger.	15
Større kapacitet i psykiatrien skal forhindre, at unge havner på førtidspension	16
Politisk handling mod danskernes farlige alkoholvaner	16
Find et alternativ til fireårsreglen.	17
Den nyeste viden om danskernes sundhed	17
Lægeforeningen på Folkemødet.	17
Når læger bliver syge.	18
Hvornår skal læger være whistleblowere?	18
Patienterne skal stille flere spørgsmål	18
Et travlt første år for sundhedsklinikken	19
Omskæring – et personligt valg	19

Læger skal være med til at udvikle sundheds-it	20
Læger efterlyser flere midler og mere tid til forskning	20
Stram reglerne for brug af antibiotika i EU	21
Farvel til dobbeltakkreditering i Region Hovedstaden	21
Akutudvalg: Tænk lægebiler ind i akutberedskabet i hele landet	22
Førtidspensionsreform: Frygt for den lægefaglige rådgivning i rehabiliteringen	23
Lægeforeningen er mere synlig i medierne	23
Samarbejdsproblemer og stress fylder fortsat i Det Kollegiale Netværk	24
Ugeskrift for Læger på vej med et nyt Ugeskriftet.dk	24
Nyhedsbrevet til medlemmerne	25
Nyt Læger.dk og nyt debatsystem.	25
Lægeforeningen er kommet på Facebook og Twitter	25
Stor fremgang i brugen af Læge- og Patienthåndbogen	26
Populære regionale medlemsmøder	26
Kurser, konferencer og møder i 2013.	26
Fordeleagtige forsikringstilbud til medlemmerne	27
Lægeforeningen styrker tilbuddene om uddannelse	27
En bedre medlemsadministration	27
Fakta om Lægeforeningens medlemmer	28
Lægeforeningens udvalg og arbejdsgrupper.	29
Oversigt over eksternt repræsentation 2012/2013.	30
Lægeforeningens administrative organisation	31
Lægeforeningens adresser.	32



LÆGEFORENINGENS BESTYRELSE 2013

Bagerst fra venstre:
Mads Skipper, Lisbeth Lintz Christensen, Poul Jaszczak, Henrik Dibbern. I midten fra venstre: Carl Johan Erichsen, Michael Dupont. Forrest fra venstre: Anja Mitchell, Mads Koch Hansen, Jette Dam-Hansen, Andreas Rudkjøbing.

Lægeforeningen skal udvikle sig med medlemmerne

Næsten alle læger er medlemmer af Lægeforeningen. At være læge betyder meget for den enkelte, og det afspejler sig også i, at man søger et fagligt fællesskab.

At Lægeforeningen har så stærk opbakning fra medlemmerne må aldrig føre til selvtilfredshed eller passivitet. Det er ingen selvfølge, at den tilslutning af sig selv blot fortsætter. Derfor har vi som forening en forpligtelse til at udfordre os selv – både i det politiske arbejde og i den service, som medlemmerne kan trække på.

I år har Lægeforeningen for første gang fået udført en medlemsundersøgelse. Over 3.000 medlemmer har svaret på en bred vifte af spørgsmål, som har givet en række tankevækkende pejlemærker for de næste års udvikling.

Jeg er meget glad for medlemmernes tilbagemelding om, at det er vigtigt, at Lægeforeningen sætter dagsordenen på områder, der har betydning for medlemmernes faglige liv. Meget af dette arbejde er ikke synligt for medlemmerne, men det er vigtigt for en interesseorganisation at have gode kontakter til embedsmænd, andre organisationer og politikere i både regering, Folketinget, regioner og kommuner. Eksempelvis kan vi efter års politisk benarbejde glæde os over, at patienter i dag behandles efter en ny og langt mere fornuftigt behandlingsret end tidligere.

Lige nu er Lægeforeningen dybt engageret i arbejdet med at sikre, at både patienter – og læger – kan være sikre på, at medicinsk udstyr er i orden, når det tages ud af pakningen. Et andet eksempel er Lægeforeningens arbejde for at sikre psykiatrien samme vilkår som resten af sundhedsvæsenet.

På Lægemødet 2013 skal vi blandt andet diskutere ulighed i sundhed, og hvordan læger kan bidrage til, at også samfundets svageste får del i fremskridt inden for forebyggelse og behandling, som øger flertallets sundhed og levetid. Et andet vigtigt emne bliver akutområdet, som er præget af, at der etableres fælles akutmodtagelser i mange og langt fra lige gode udgaver landet over. Vi skal også debattere en ny politik, som tager fat på, at læger hænges ud i offentlig gabestok efter kritik fra Patientombuddet.

I det kommende år skal Lægeforeningen fortsætte arbejdet med at give læger en stærk stemme i etiske spørgsmål og lovgivning, der har betydning for lægers liv og for befolkningens sundhed. Vi ser frem til en god debat om lægeliv, sundhedspolitik og faglighed på Lægemødet 2013.

Mads Koch Hansen

» At Lægeforeningen har så stærk opbakning fra medlemmerne må aldrig føre til selvtilfredshed eller passivitet



Lægeforeningen lytter til medlemmerne

Lægeforeningen gennemførte i 2012 en stor medlemsundersøgelse for at få et billede af, hvordan medlemmerne ser på deres forening.

Medlemmerne i Lægeforeningen er både mere tilfredse med og meget mere loyale over for foreningen sammenlignet med medlemmer i andre AC-organisationer. Det er en af konklusionerne i den store medlems-tilfredshedsundersøgelse, som Lægeforeningen har gennemført i 2012.

Hvad mener medlemmerne

Ved at stille medlemmerne en række spørgsmål om Lægeforeningens omdømme, deres forventninger, medlemstilbud, rådgivning og deres udbytte af medlemskabet, har undersøgelsen afdækket, hvor tilfredse med og loyale overfor foreningen, medlemmerne er.

Det var været vigtigt for Lægeforeningen at finde ud af, hvad medlemmerne mener og forventer af deres forening. Medlemsundersøgelsen giver Lægeforeningen mulighed for at udvikle sine tilbud til medlemmerne. Samtidig kan foreningen også arbejde for at give lægerne en endnu stærkere stemme i den sundhedspolitiske debat på de områder, som betyder noget for lægerne.

Fagligt fællesskab er vigtigt

Det, som betyder noget for lægernes faglige liv, er vigtigt for medlem-

merne, viser undersøgelsen. Her ser de gerne, at Lægeforeningen er med til at sætte en dagsorden. Medlemmerne ser også mange grunde til at være en del af Lægeforeningen. De anbefaler gerne foreningen til kolleger og andre, og de er glade for at være en del af et fagligt fællesskab.

Endnu større udbytte af medlemskab

Bestyrelse og sekretariat er i fuld gang med at dykke ned i undersøgelsens resultater for at finde ud af, hvordan medlemmerne kan få endnu mere ud af deres medlemskab. Lægeforeningen arbejder blandt andet på at udvikle tilbud, der kan støtte medlemmerne i deres faglige liv. Lægeforeningen planlægger at gentage undersøgelsen sammen med Yngre Læger, Foreningen af Speciallæger og Praktiserende Lægers Organisation om tre år for løbende at følge udviklingen i medlemmernes holdninger til foreningen og for at vurdere, om det er lykkedes at imødekomme medlemmernes forventninger og ønsker. 



JAN
BLAAEKÆR

60 år, professor, overlæge, dr. med Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital.
Medlem af Lægeforeningen siden 1982.

Hvad er Lægeforeningens vigtigste opgave? At indgå aktivt og synligt i prioriteringsdebatten. Vi får hele tiden nye og bedre behandlingsmuligheder. Men de er dyre, og der kommer ikke flere penge til sundhed. Lægeforeningen skal markere sig og have en holdning til, hvordan vi prioriterer imellem forskellige behandlinger i sundhedsvæsenet fremover.

Hvordan har du selv brugt Lægeforeningen eller fået hjælp af Lægeforeningen? Jeg har blandt andet fået juridisk sparring.

Hvad skal Lægeforeningen gøre for at blive mere attraktiv for dig som medlem? Jeg er rigtig godt tilfreds med Lægeforeningen. Når jeg har henvendt mig, har jeg altid fået hurtig og kompetent hjælp. Lægeforeningen har også gode kontante fordele som eksempelvis rabat på forsikringer, og jeg synes, at udbuddet har et passende niveau, som foreningen godt kan være bekendt udadtil. Lægeforeningen skal ikke udvikle sig til et kommercielt foretagende.

6.496

MEDLEMMER blev inviteret til at deltage i Lægeforeningens medlemstilfredshedsundersøgelse,

Lægeforeningen er den faglige interesseorganisation for læger i Danmark. **Lægeforeningen søger indflydelse på politiske holdninger og beslutningsprocesser**, der har betydning for sygdom og sundhed og lægers arbejde.



3.122

personer besvarede undersøgelsen. Det giver en svarprocent på 48,1 procent.



**ANNEMETTE
ALSTRUP**

47 år speciallæge i almen medicin
praktiserende læge i Støvring.
Medlem af Lægeforeningen siden 1993.

Hvad er Lægeforeningens vigtigste opgave? Det er vigtigt, at Lægeforeningen er fagpolitisk en stærk og fremstår som en rigtig god ambassadør for mine interesser.

Howdan har du selv brugt Lægeforeningen eller fået hjælp af Lægeforeningen? Jeg har gjort brug af Lægeforeningens kurser flere gange. Jeg har også fået juridisk hjælp i en klagesag. Det er godt at have et sted, man kan kontakte og få konkret og professionel hjælp, når det gælder klagesager. Det Kollegiale Netværk, hvor læger hjælper andre læger, har jeg også gjort brug af. Det har jeg været meget glad for, og jeg mener, at det er vigtigt, at så mange som muligt bliver opmærksom på, at det eksisterer.

Hvad skal Lægeforeningen gøre for at blive mere attraktiv for dig som medlem? Læger har brug for faglig støtte til at få deres arbejdsliv til at fungere. Vi bliver hele tiden afkrævet, at vi skal tilegne os ny viden i form af eksempelvis forløbsbeskrivelser, kliniske vejledninger osv. Det kunne være godt, hvis Lægeforeningen kunne gøre endnu mere for at støtte os, så vi nemmere kan implementere den ny viden i vores hverdag. Og så ville flere kurser i Vestdanmark være kærkomment.



**ANNE FOGH
HANSEN**

30 år, reservelæge
kirurgisk afdeling, Køge Sygehus.
Medlem af Lægeforeningen siden 2009.

Hvad er Lægeforeningens vigtigste opgave? Generelt synes jeg, at det er vigtigt, at Lægeforeningen er synlig i den sundhedspolitiske debat, når det gælder emner, der har relevans for alle læger. Det er godt, at vi som læger har fælles fodslag omkring de ting, der gælder alle læger.

Howdan har du selv brugt Lægeforeningen eller fået hjælp af Lægeforeningen? Jeg har gjort brug af Lægeforeningens kurser – blandt andet et kursus i praktisk artikelskrivning. Det var et godt og relevant kursus, når man som jeg er yngre læge og skal i gang med at forske. Selv om jeg ikke har haft brug for det, så er jeg også glad for, at man kan få hjælp i Lægeforeningen i forbindelse med klagesager. Det giver en tryghed at jeg ved, at jeg kan kontakte Lægeforeningen, hvis jeg skulle få brug for det.

Hvad skal Lægeforeningen gøre for at blive mere attraktiv for dig som medlem? Jeg savner et bredere udbud af kurser. Jeg kunne godt tænke mig, at der var flere kurser, der henvendte sig til hospitalslæger.



**POUL
VASE**

71 år, pensioneret dr. med
tidl. overlæge på øre-næse-hals afdelingen, Svendborg Sygehus.
Medlem af Lægeforeningen siden 1969.

Hvad er Lægeforeningens vigtigste opgave? Det er først og fremmest at støtte medlemmerne i bred forstand. Men det er også at få perspektiv ind i sundhedspolitikken, og at man der bør prioritere ud fra, hvilke behandlingsmetoder, der virker og hvilke, der ikke gør. Det er vigtigt, at Lægeforeningen har fokus på den stigende bureaukratisering inden for sundhedsvæsenet.

Howdan har du selv brugt Lægeforeningen eller fået hjælp af Lægeforeningen? Jeg har klaret mig igennem min karriere med kun en enkelt klagesag – og i den fik jeg en god sagsbehandling hos myndighederne og ingen påtale. Men jeg er sikker på, at jeg ville have gjort brug af Lægeforeningen, hvis jeg var blevet involveret i flere og mere komplicerede klagesager.

Hvad skal Lægeforeningen gøre for at blive mere attraktiv for dig som medlem? Jeg kunne godt tænke mig medlemsmøder for os pensionister om sundhedspolitik set i et historisk perspektiv. Jeg er interesseret i lægepolitik og hvordan sundhedsvæsenet har udviklet sig i løbet af årene.

96%

af alle erhvervsaktive læger mellem 24 og 64 år er medlem af Lægeforeningen.



Lægeforeningen har til huse i **DOMUS MEDICA** på Østerbro i København



Lægeforeningen arbejder for at **fremme kollegialitet og høj faglighed blandt læger**, og den bidrager aktivt til at styrke lægers mulighed for at uddanne sig og udføre forskning og udvikling.

Nye rettigheder til patienterne

Den nye udrednings- og behandlingsret er et stort skridt frem for patienterne. Lægeforeningen har længe arbejdet for, at patienterne skal have ret til hurtig udredning, og at de mest syge skal behandles først.



Den nye udrednings- og behandlingsret blev vedtaget i Folketinget den 19. december 2012.

Forslag til Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet

Lægeforeningen har igennem flere år kæmpet for den nye ret. Da Folketinget i december 2012 vedtog den nye udrednings- og behandlingsret var det et stort fremskridt for patienterne, som nu får ret til at blive udredt inden 30 dage. Samtidig betyder de nye regler, at alvorligt syge højst skal vente fire uger og andre, mindre alvorligt syge højst otte uger på at komme i behandling.

Giver faglig mening

Alle erfaringer viser, at desto hurtigere en patient bliver udredt, desto større chance for et godt behandlingsresultat. Samtidig kan en hurtig udredning også

give patienten mere tryghed. Med den differentierede behandlingsret får lægerne bedre mulighed for at sikre, at de patienter, der har størst behov for behandling, kommer til først. Den giver faglig mening.

Omfattes ikke af retten

En alvorlig mangel er dog, at store grupper af patienter ikke er omfattet af den nye udredningsret. Det gælder patienter i psykiatrien, som dermed på urimelig vis stilles dårligere end andre patienter.

Heller ikke patienter, som er henvist til speciallæge, er dækket af udredningsretten. Her kan konsekvensen blive, at de, som kunne udredes i speciallæge-

praksis, i stedet sendes til udredning på sygehuset. Det er ofte dyrere, og man kan frygte, at der vil opstå flaskehalse, fordi der ikke er tilstrækkelig kapacitet.

Oprustning er nødvendig

Det bliver en stor opgave for sygehuse at føre de nye regler ud i livet. Blandt andet på det diagnostiske område, som står for røntgenundersøgelser og scanninger mv. bliver der brug for at ruste op. Lægeforeningen vil følge dette arbejde tæt.

Den differentierede behandlingsgaranti trådte i kraft pr. 1. januar 2013, mens udredningsretten træder i kraft pr. 1. september 2013.

FRA DEN 1. SEPTEMBER 2013 får patienter på sygehuse ret til at blive udredt inden

30 dage



Psykiatrien er ikke omfattet af udredningsretten. Patienter, der er henvist til privatpraktiserende speciallæge, er heller ikke omfattet af udredningsretten.

FRA DEN 1. JANUAR 2013

fik patienterne en ny behandlingsret, som betyder, at alvorligt syge højst skal vente fire uger og mindre alvorligt syge højst otte uger på at komme i behandling.



BEHANDLINGS- RETTEN GIVER FAGLIG MENING

Den ny behandlingsret giver ledende overlæge på ortopædkirurgisk afdeling på Hillerød Hospital, Leif Berner Hansen, og hans kolleger bedre mulighed for at planlægge på en måde, som fagligt giver mening.

”Vi slipper for at skulle behandle alle inden for en måned, uanset hvad de fejler. Vi kan nu behandle dem, som har det værst, først. Det giver mere mening rent sundhedsfagligt at lade en patient med en hammertå vente lidt længere, så der bliver plads til, at en patient med et mere akut behov kommer til tidligere. En individuel lægefaglig vurdering giver dermed også en rækkefølge, der er mere reel i forhold til patienternes behov”, siger overlægen fra Hillerød Hospital.

Leif Berner Hansen, ledende overlæge på ortopædkirurgisk afdeling, Hillerød Hospital.



» Vi kan nu behandle dem, som har det værst, først.

Psykiatrien halter stadig

Mange psykiatriske patienter får fortsat ikke den nødvendige behandling. Der mangler kapacitet i en grad, så læger må udskrive patienter, som ikke er klar til det. Det er afgørende for Lægeforeningen, at psykiatrien får tilført ressourcer, så psykiatriske patienter kan ligestilles med patienter med fysiske sygdomme.

I økonomiaftalen mellem regionerne og staten blev der i 2012 afsat 200 millioner kroner til psykiatrien. Det var et lille skridt i den rigtige retning, men langt fra nok til at rette op på års økonomiske diskrimination af psykiatrien.


I det hele taget er der lang vej igen, før psykiatriske patienter får en ensartet og effektiv behandling på niveau med den, som patienter med fysiske sygdomme får. En undersøgelse, som Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har udført for Lægeforeningen i maj 2012, viser, at der mangler 1.200 medarbejdere – herunder læger – i den ambulante del af psykiatrien, hvis psykisk syge med angst, depression og skizofreni skal tilbydes effektive behandlingsforløb i det første år efter, at de har fået stille deres diagnose.

Følger for den enkelte patient og for samfundet

Konsekvensen af de store problemer med kapaciteten i psykiatrien er blandt andet, at læger på sygehusene må udskrive patienter, som ikke er klar til det. Eller sige nej til at behandle patienter, som har brug for det, fordi der er andre, som har endnu mere brug for det. Det kan få følger for den enkelte patient. Tidlig behandling er afgørende for forløbet af en række psykiske sygdomme. Det har også konsekvenser for samfundet. Psykiske lidelser er årsag til omkring halvdelen af de tilfælde, hvor en person får tilkendt førtidspension og dermed afskæres fra at være aktiv på arbejdsmarkedet.

Grundig udredning sat i gang

Det er til gengæld positivt, at regeringen i 2012 har sat gang i en grundig udredning af psykiatrien, som gerne skulle munde ud i en langsigtet og national handlingsplan, der kan sikre psykiatrien reel ligestilling med resten af sundhedsvæsenet.

Lægeforeningen har deltaget aktivt i arbejdet og ser frem til, at det følges op med midler til øget kapacitet, forskning og udvikling af kvaliteten – eksempelvis i form af nationale kliniske retningslinjer. Handlingsplanen bør også have fokus på at styrke sammenhængen for patienterne mellem behandling i hospitaler, praksissektoren og den kommunale sektor. 

68.500

danskere får hvert år konstateret depression, angst eller skizofreni.



Hos unge under 20 år skyldes **fire ud af fem** tilkendelser af førtidspension psykiske lidelser.

PSYKISKE LIDELSER VAR ÅRSAG TIL

8.700

NYE FØRTIDSPENSIONER I 2009



Poul Videbech, ledende overlæge på Center for Psykiatrisk Forskning, Aarhus Universitetshospital.

MANGLEN PÅ LÆGER I PSYKIATRIEN HAR ALVORLIGE KONSEKVENSER

Det har fatale konsekvenser for den psykiatriske behandling, at der mangler speciallæger. Det siger Poul Videbech, ledende overlæge på Center for Psykiatrisk Forskning, Aarhus Universitetshospital, Risskov, og professor i klinisk psykiatri på Aarhus Universitet.

”Der mangler personale og senge i psykiatrien. Rigtigt mange mennesker med især depression, angst og skizofreni får derfor ikke den behandling, som de har brug for. Det betyder, at deres sygdom forværres og blive kronisk”, siger han.

Der mangler ikke mindst speciallæger til at stå for uddannelsen af de yngre læger. Det er et stort problem, for Poul Videbech oplever faktisk en stærkt stigende interesse blandt yngre læger for det psykiatriske område.

”Vi risikerer at tabe en stor gruppe af entusiastiske yngre læger på gulvet. Det vil skabe en ond spiral med vedvarende lægemangel på langt sigt. Arbejdsgiverne er derfor nødt til at finde de nødvendige ressourcer, så speciallægerne kan påtage sig at uddanne de yngre kolleger. Det tager tid, og man må forstå, det kan gå ud over mængden af patienter, man kan behandle i en periode”, siger han.

Set i lyset af de store udfordringer, som psykiatrien står overfor, er Poul Videbech glad for, at Lægeforeningen igennem lang tid har presset på for at få styrket psykiatrien – blandt andet ved at kræve en national handlingsplan. Han ser også positivt på regeringens udredningsarbejde af hele det psykiatriske område.

”Der er masser af god vilje i arbejdet, men jeg kan godt frygte, at der ikke bliver lyttet tilstrækkeligt til eksperterne. Det frustrerer mig, at det virker som om, at hvem som helst kan have en mening om psykiatrien og vide, hvad der skal til for at løse problemerne. Psykisk sygdom er uhyre kompleks, og det er helt afgørende, at de tiltag, som følger af en national handlingsplan bliver bygget på et lægefagligt fundament. Ikke mindst fordi vi ved, at mennesker med psykisk sygdom mister mange leveår, fordi de også har legemlige sygdomme”, siger professoren fra Aarhus Universitetshospital.



Ingen hjælp til forpinte og ulykkelige patienter

Lægeforeningen har flere gange gjort opmærksom på, at psykiatrien er presset. Her forside fra Ekstra Bladet, januar 2013.

I perioden 2000-2011 steg bevillingerne til det somatiske område med **45%**, mens stigningen i samme periode kun var **15%** for psykiatrimrådet.



I Danmark er de samlede direkte og indirekte samfundsmæssige omkostninger i forbindelse med psykiske sygdomme skønnet til cirka **40 milliarder** kroner årligt.

Psykisk sygdom opstår hos hver femte borger og er blandt de aller mest udbredte sygdomme. **250.000** danskere lider af depressioner. **250.000** danskere lider af angsttilstande. **75.000** danskere lider af spiseforstyrrelser. **40.000** danskere lider af psykoser.



Strammere regler for medicinsk udstyr

Der er store huller i EU's regler for kontrol og godkendelse af medicinsk udstyr. Implantater, proteser og andet udstyr bør godkendes og kontrolleres efter samme stramme regler som gælder for lægemidler.



Farlige hofteproteser og brystimplantater. Skadelige underlivsnet. Det seneste år har pressen omtalt flere eksempler på medicinsk udstyr, som har forvoldt mange patienter skade og trukket et tungt spor af smerter og reoperationer efter sig.

Afprøvninger i Danmark

EU, der lovgiver om kontrol og godkendelse af medicinsk udstyr, er på vej med strammere regler for området. Det går den rette vej, men stadig er det langt fra godt nok, og nye regler træder tidligst i kraft i 2017. Indtil EU kan sikre patienterne mod farlige implantater, bør Danmark selv kunne teste nyt udstyr ved at iværksætte kontrollerede afprøvninger af de enkelte produkter. Samtidig efterlyser Lægeforeningen også en forstærket international overvågning af bivirkninger ved medicinsk udstyr.

I september 2012 tog regeringen et skridt i den rigtige retning. Den lagde som et led i en såkaldt patientsikkerhedspakke op til, at kontrollen med medicinsk udstyr skal strammes. Den vil præcisere, at nyt medicinsk udstyr skal indføres gradvist og overvåges tæt. Der vil komme nye regler, som sætter særligt stramme rammer for brug af nye implantater. Anvendelsen skal foregå protokolleret, det vil sige som ved videnskabelige forsøg.

Ens regler for lægemidler og medicinsk udstyr

Lægeforeningen arbejder på flere fronter

Udgifter til medicinsk udstyr udgør cirka

6%

af de samlede offentlige udgifter til sundhedsvæsenet.



Kanyler, operationsudstyr, hospitalssenge, pacemakere, krykker, plaster og graviditetstest er eksempler på medicinsk udstyr.



Medicinsk udstyr er produkter, der indgår i **diagnostik**, behandling, lindring af sygdomme, skader, handicap eller forebyggelse af svangerskab.

Lægeforeningen mener, at Danmark selv skal kunne teste nyt medicinsk udstyr, indtil EU kan garantere, at patienterne er beskyttet. Artikel fra 24timer



Slap kontrol lader patienterne i stikken



Lars Engberg, formand for Danske Patienter.

for at ligestille betingelserne for medicinal- og medikoindustrien. Det gælder både reglerne for at få godkendt medicinsk udstyr og den løbende kontrol. Blandt andet har Lægeforeningen sammen med Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Gigtforeningen, Medicoindustrien, Forbrugerrådet og Sundhedsstyrelsen afholdt et debattmøde på Christiansborg om, hvordan medicinsk udstyr kan blive mere sikkert at bruge.

I regi af den europæiske lægeforening, CPME, har Lægeforeningen sammen med de øvrige europæiske lægeforeninger lagt pres på EU for at få strammet op på reglerne for medicinsk udstyr. ☞

”Både de krav, der bliver stillet til at få et nyt produkt godkendt og kvaliteten af kontrollen med medicinsk udstyr er for lempe-lige i dag. Den mangelfulde kvalitets-sikring har medført store gener og helbredsproblemer for patienter. De farlige metalhofter, som mange tusind har fået indopereret, er bare et eksempel på, at patienterne er blevet ladt i stikken”, siger Lars Engberg, formand for Danske Patienter.

Han mener derfor, at kravene til at få godkendt medicinsk udstyr i EU skal være lige så stramme, som de krav, som bliver stillet til medicin.

Dermed er Danske Patienter på linje med Lægeforeningen, når det gælder om at få styrket kontrollen med im-plantater, proteser og andet medi-cinsk udstyr.

”Men EU’s regler bliver først gen-nemført i 2017. Det kan patienterne ikke vente på. Indtil EU er på plads med de nye regler, bør de danske myndigheder sikre, at sundhedsvæ- senet herhjemme selv foretager kon-trollerede afprøvninger af nye pro- dukter”, siger Lars Engberg.

Mere end en halv million forskellige produkter defineres som medicinsk udstyr.



Medicinsk udstyr blev først defineret som ét samlet produktområde, da de europæiske di- rektiver for medicinsk udstyr blev indført i lø- bet af 1990’erne.



Det offentlige sundheds- væsen via de fem regioner er den største aftager af medi- cinsk udstyr i Danmark.



Behandlingen skal være i orden – uanset adressen

Store forskelle i alkoholbehandling illustrerer, hvor vigtigt det er, at kommunerne arbejder efter nationale retningslinjer



» Det er helt uholdbart, at der stadig er stor forskel på kvaliteten af de tilbud, som patienterne med alkoholproblemer tilbydes i kommunerne.

■ Patient Hansen har problemer med at styre sit forbrug af alkohol. Det er så slemt, at hun må have hjælp. Heldigvis har hendes kommune et tilbud om behandling, som sikrer, at hun slipper ud af sin afhængighed. Patient Jensen slås med samme problem, men han bor desværre i nabokommunen og må nøjes med en behandling af så ringe kvalitet, at han opgiver undervejs.

Stor forskel i kvalitet er uholdbart

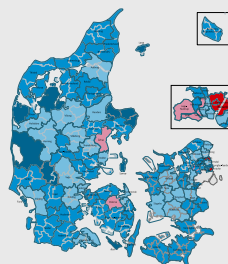
Det er helt uholdbart, at der stadig er stor forskel på kvaliteten af de tilbud, som patienter med alkoholproblemer tilbydes i kommunerne. Selvom der sket fremskridt de seneste år, så dokumenterede en rapport, som Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har udarbejdet for Lægeforeningen, at der er stor forskel på tilbuddene til patienter med alkoholproblemer fra kommune til kommune. I flere kommuner lever behandlingen ikke op til de anbefalinger, som Sundhedsstyrelsen stiller til god kvalitet og brug af metoder, der er videnskabeligt underbyggede.

Rapporten viser også, at 60 procent af kommunerne ikke undersøger alkoholafhængige patienter for psykisk sygdom. På trods af, at cirka halvdelen af patienter med alkoholafhængighed samtidig har en psykiatrisk lidelse. Det er ikke muligt at give patienterne en effektiv behandling for alkoholmisbrug,

Kun **40 procent** af kommunerne screener for psykiatrisk komorbiditet, selv om cirka **50 procent** af patienter med afhængighed også har en psykiatrisk lidelse.

23%

af kommunerne har en læge fast ansat i deres ambulante alkoholbehandling.



Kun i én ud af seks kommuner er der en fast speciallæge i psykiatri tilknyttet den kommunale ambulante behandling af patienter med et alkoholmisbrug.

Anette Søgaard Nielsen, formand for Alkohol og Samfund og seniorforsker på Statens Institut for Folkesundhed.



ALKOHOLBEHANDLERNE SKAL HAVE ALLE DE NØDVENDIGE KOMPETENCER

Det er helt centralt, at personalet i alkoholbehandling til sammen har alle de nødvendige faglige kompetencer – det vil sige både farmakologiske og socialfaglige – og at behandlingen er baseret på evidens. Derfor skal den organisation, som varetager behandlingen, have en vis størrelse, mener Anette Søgaard Nielsen, formand for Alkohol og Samfund og seniorforsker på Statens Institut for Folkesundhed.

“Patienter med et alkoholmisbrug kan have mange forskellige problemer. Derfor er det vigtigt, at man kommer hele vejen rundt og får screenet for andre sygdomme – somatiske såvel som psykiske – og at man finder ud af, om patienten også har sociale problemer”, forklarer Anette Søgaard Nielsen.

Psykiske problemer kan gribe forstyrrende ind i alkoholbehandling. Omvendt kan det være svært at behandle en psykisk sygdom, hvis patienten også er afhængig af alkohol. Derfor er det ifølge Anette Søgaard Nielsen en forudsætning for et vellykket forløb, at samarbejdet mellem alkoholbehandling og det øvrige sundhedsvæsen fungerer.

Hos patienter med svære sociale problemstillinger skal behandlingen koordineres med en socialfaglig indsats. Desuden bør patienten selv og patientens familie og venner inddrages mest muligt i behandlingen.

“Der skal være åbenhed om behandlingen og intensiv dialog om, hvad der fungerer bedst for den enkelte patient på det givne tidspunkt. På den måde motiverer man patienten til at holde op med at drikke, og det betyder alt for et godt resultat af behandlingen”, siger Anette Søgaard Nielsen.

Alkoholmisbrugere får ikke hjælp mod årsagen til drikkeriet



Kommuner svigter alkoholf afhængige



En undersøgelse, som Lægeforeningen stod bag, viste i september 2012, at alkoholbehandling halter i flere kommuner. Her omtale af undersøgelsen i Politiken og Sjællandske.

hvis patienten har en ubehandlet psykisk sygdom ved siden af alkoholmisbrug.

Ikke ansat sundhedsfagligt personale

SIFs rapport dokumenterede også, at flere kommuner ikke har ansat sundhedsfagligt personale til at behandle patienter med et skadeligt alkoholforbrug. Det er problematisk, da mange patienter med alkoholproblemer også lider af en psykisk eller fysisk sygdom.

Problemer med store kommunale forskelle i behandlingen fik Lægeforeningen til at opfordre regeringen til at stille mere håndfaste krav til kommunerne og se på, om opgaven er placeret det rigtige sted. Alkoholbehandling blev overdraget til kommunerne i forbindelse med kommunalreformen i 2007.

Nationale kliniske retningslinjer

Efter Lægeforeningens kritik præsenterede KL i slutningen af 2012 et politisk udspil til en styrket misbrugspolitik, som blandt andet peger på behovet for nationale retningslinjer i behandlingen. Det er positivt, og forhåbentlig er det starten på en mere bred erkendelse i kommunerne af, at borgerne har krav på kvalitet i behandlingstilbuddet, uanset hvor de bor.

For Lægeforeningen er det ikke afgørende, hvor opgaver som alkoholbehandling, genoptræning og rehabilitering er placeret i sundhedsvæsenet. Det vigtigste er, at de løses på grundlag af fagligt bindende, nationale retningslinjer, som også kan gå på tværs af sundhedsvæsenet, når det er nødvendigt. ☞



Mellem **300.000** og **500.000** personer i Danmark har et skadeligt alkoholforbrug eller er afhængige af alkohol.



Alkohol er årsag til 50.000 tabte leveår for mænd og 20.000 for kvinder hvert år.

Alkohol er medvirkende årsag til

60

forskellige sygdomme, herunder kræft.

LÆGEFORENINGEN 2012

"FØLELSEN AF IKKE AT VÆRE ALENE"

En klagesag fik læge André Soos til at blive usikker på sin faglighed og føle sig så overladt til sig selv, at han overvejede at gå på pension før planlagt. Men efter at have fået juridisk rådgivning i Lægeforeningen, har han fået mod på at fortsætte sit arbejdsliv nogle år endnu.

I oktober 2010 fik den dengang 63-årige speciallæge i almen medicin, André Soos, en klagesag for første gang i sin karriere.

"Det ramte mig som lyn fra en klar himmel, da jeg fik beskeden om klagesagen fra embedslægen – især fordi sagen lå inden for sygdomme i bevægeapparatet – et område, som jeg har beskæftiget mig med igennem næsten hele mit arbejdsliv, og som jeg også har undervist andre læger i", fortæller André Soos.

Faglig usikkerhed

Han tænkte i første omgang ikke på at kontakte Lægeforeningen for at få rådgivning.

"Men jeg begyndte at tænke på sagen mange gange om dagen – og drømte også om den om natten. Den påvirkede mig meget og gjorde mig så usikker på min faglighed, at jeg selv sagde mit daværende job op. Jeg følte mig helt alene i verden.", siger André Soos.

Hjælp lige fra starten

Derfor ringede han til Lægeforeningen for at høre, hvad hun kunne få hjælp til.

"Jeg fik hjælp lige fra starten. Som noget af det første gjorde Lægeforenin-

gen mig opmærksom på, at jeg havde mulighed for at anmode om en second opinion i min sag. Jeg fik konkrete gode råd om, hvordan jeg stod i sagen og hvordan systemet fungerer, og så fik jeg også hjælp til at tilrette mine høringssvar til Patientombuddet. Lægeforeningen ville også støtte mig, hvis det kom så vidt som til et civilt søgsmål. Det var en opbakning, som var meget vigtig for mig at få i den situation", siger André Soos.

Tilbage på job

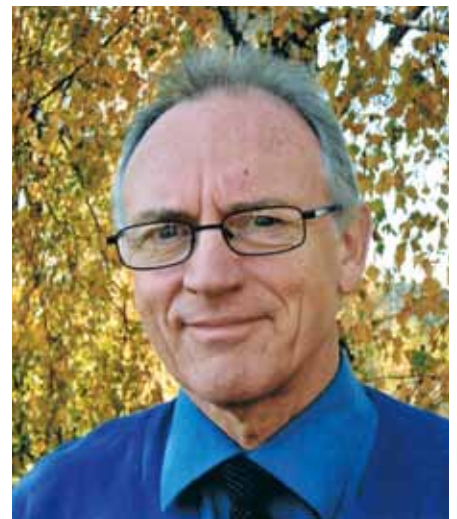
Den juridiske rådgivning i sagen gav ham den fornødne støtte og hjælp til at komme igennem sagen, som varede lidt over to år før den endelige afgørelse.

"Jeg er ikke sikker på, at jeg var vendt tilbage til mit job, hvis ikke jeg havde fået hjælp til at komme igennem klagesagen", siger den nu 66-årige overlæge, som har planer om at fortsætte sit aktive lægeliv et par år endnu.

Flere læger får hjælp

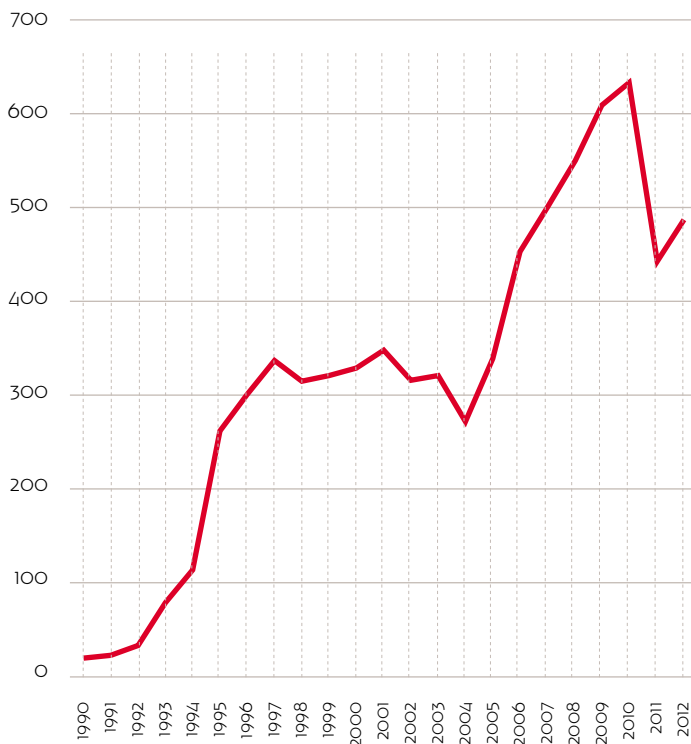
André Soos er en af det stadigt voksende antal af læger, som søger hjælp og støtte i Lægeforeningen. I 2012 ydede Lægeforeningen støtte til læger i 487 lægeansvarssager. Det er en stigning på 10

procent i forhold til 2011. Får man som læge en klage- eller tilsynssag, kan man fra starten kontakte Lægeforeningens jurister. De kan give en generel vejledning om patientklagesystemet. De kan også give hjælp til at komme med lægens udlægning af sagen, hvis klagen skal videre i systemet og behandles ved en klageinstans. 



Overlæge André Soos har fået hjælp af Lægeforeningen i en klagesag.

Antallet af lægeansvarssager i Lægeforeningen 1990-2012.



FLERE FÅR HJÆLP I KLAGESAGER HOS LÆGEFORENINGEN

I 2012 fik 487 medlemmer hjælp i lægeansvarssager. Det er en stigning på 43 sager i forhold til 2011, hvilket svarer til 10 procent. De foreløbige tal fra Patientombuddet underbygger, at der er stigende behov for Lægeforeningens juridiske hjælp i klagesager.

Således modtog Patientombuddet i 2012 5.418 nye patientklagesager mod 4.896 i 2011. Det er en stigning på ti procent set i forhold til 2011, hvor der var 4.896 klagesager.

Knap 1.100 patienter tog imod tilbuddet om en lokal dialog i 2012. Det er væsentligt færre end 2011, hvor én ud af tre patienter, der havde klaget over en behandling, sagde ja til lokal dialog. Ud af de 1.100 patienter valgte 333 patienter – eller cirka 30 procent af patienterne – at afslutte deres klagesag efter dialogen. Det er 10 procent færre end i 2011.

Lægeforeningen finder tallene foruroligende. Det seneste års udvikling går direkte imod hensigten med det nye klagesystem om, at flere sager skal løses lokalt ved dialog. Nedgangen i andelen af sager, der går videre til lokal dialog betyder, at flere patienter ikke får mulighed for at give deres version af hændelsesforløbet. Konsekvensen er, at det bliver vanskeligere for sundhedsvæsenet at lære af sine fejl. ☞

En bedre retsstilling for læger

Dagbladet BT har i 2010 og 2011 søgt aktindsigt i en række sager, hvor læger har fået kritik i en klagesag og derefter af Sundhedsstyrelsen er blevet bedt om redegøre for, hvordan de ville sikre sig ikke at begå samme fejl igen.

Juraen på området er kompliceret og sonderer mellem offentligt ansatte og privat ansatte. Lægeforeningen mener, at det er problematisk, at pressen uden videre har adgang til den type oplysninger, og foreningen har arbejdet for at begrænse mulighederne for udlevering af oplysningerne.

Det har været en lang proces, som blandt andet har omfattet en klage til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse over, at Sundhedsstyrelsen allerede i 2010 var klar til at give aktindsigt i de omtalte sager. For offentligt ansatte er det lykkedes at begrænse aktindsigten til alene at omfatte stilling og speciale, det vil sige ikke lægernes korrespondance med Sundhedsstyrelsen.

Resultatet for privat ansatte er, at Sundhedsstyrelsen har givet BT aktindsigt i hele sagen – det vil sige også lægernes korrespondance med Sundhedsstyrelsen. I tre sager har Sundhedsstyrelsen dog efter en konkret vurdering afslået at give aktindsigt.

At der er givet afslag i de tre sager skyldes, at det lykkedes at få skudt en høringsret ind i forløbet, som betyder, at læger får mulighed for at begrunde over for styrelsen, hvorfor der ikke bør gives aktindsigt i deres egen sag. Det er en vigtig pointe for Lægeforeningen, at Sundhedsstyrelsen skal vurdere hver enkelt sag konkret – og at der kan være tilfælde, hvor væsentlige hensyn til personen gør, at deres sag kan undtages fra aktindsigt.

Lægeforeningen ser de seneste begrænsninger i den type aktindsigter som et skridt i den rigtige retning, men er selvsagt ikke tilfreds med, at der stadig er medlemmer, som risikerer at havne i avisen efter almindelig kritik, der ligger langt tilbage i tiden, og hvor lægen har ændret sin praksis. ☞

☞ De foreløbige tal fra Patientombuddet underbygger, at der er stigende behov for Lægeforeningens juridiske hjælp i klagesager.

Større kapacitet i psykiatrien skal forhindre, at unge havner på førtidspension

Over 70 procent af de personer under 40 år, der i 2010 fik tilkendt førtidspension, havde en psykisk sygdom. Derfor mener Lægeforeningen, at regeringen er nødt til at investere massivt i psykiatrien, hvis den nye reform af førtidspensionen, som trådte i kraft pr. 1. januar 2013, skal virke efter hensigten.

Lægeforeningen opfordrede i foråret 2012 i et brev til beskæftigelsesminister Mette Frederiksen regeringen til at opprioritere psykiatrien sammen med reformen af førtidspensionsområdet. I brevet blev det understreget, at hurtig og rigtig udredning og behandling er afgørende.

For mange psykiske patienter er behandling helt nødvendig, hvis de skal tilbage på arbejdsmarkedet. Men kapaciteten i psykiatrien er i dag så presset med lange ventelister og store ressourceproblemer, at man ikke er i stand til at give den nødvendige behandling i tide.

Derfor bør regeringen sikre, at kapaciteten i psykiatrien er stor nok til at opfylde efterspørgslen – både i praksis og på hospitalerne. Som det er i dag matcher kapaciteten i psykiatrien langt fra behovet for handling – især når det gælder psykiske sygdomme som angst og depression. ☞



Alkoholpolitisk Appel overrækkes til sundhedsminister Astrid Krag. Med til overrækkelsen var Bente Hyldahl Fogh, Lægeforeningens administrerende direktør (nummer to fra højre).

POLITISK HANDLING MOD DANSKERNES FARLIGE ALKOHOLVANER

Lægeforeningen rettede i november 2012 sammen med Alkohol og Samfund, Dansk Socialrådgiverforening, Dansk Sygeplejeråd, Danske Gymnastik- og Idrætsforeninger, De Samvirkende Købmænd, 3F, Hjerteforeningen, Jordemoderforeningen, Kræftens Bekæmpelse, Psykiatrifonden og Rådet for Sikker Trafik en lidt utraditionel appel til regeringen og Folketinget om at få udarbejdet en samlet handlingsplan for at få danskernes alt for høje alkoholforbrug bragt ned.

En halv million danskere har et skadeligt alkoholforbrug og 140.000 er afhængige. Danskerne drikker for meget, og det trækker et spor af sygdom, ulykker og familietragedier hen over befolkningen. Der er brug for politisk handling nu, hvis udviklingen skal vendes.

Den alkoholpolitiske appel lægger op til, at der skal lovgives på flere ministerområder, og det skal sikres, at både nuværende og kommende regler håndhæves. Det gælder i skolerne, i butikkerne, der sælger alkohol, og i nattelivet.


En af de vigtigste opgaver, som appellen betoner, er at unge får et fornuftigt forhold til alkohol fra start. Derfor retter flere af forslagene i appellen sig mod de unge. Den foreslår klare rammer, når de unge er til fest på ungdomsuddannelserne, i sportsklubben eller ungdomsklubben. Barer og butikker bør overholde aldersgrænserne, og bryggerierne skal ikke kunne markedsføre alkohol overfor unge. Overtræder de reglerne, bør de ifølge alkoholappellen kunne straffes langt hårdere end i dag. ☞

Find et alternativ til fireårsreglen

Den 1. august 2012 blev de første læger ramt af fireårsreglen, og dermed er de afskåret fra at uddanne sig til speciallæger i Danmark.

I 2012 har Lægeforeningen tilbudt personlig rådgivning til læger, der enten er ramt eller er i fare for at blive ramt af fireårsreglen. Lægeforeningen har blandt andet kunne hjælpe med at undersøge muligheder for dispensation fra reglen.

Lægeforeningen arbejder for et alternativ til reglen, som på den ene side kan sikre hensynet til rekruttering til specialer og geografiske områder, og på den anden side sikrer, at alle læger får en mulighed for at blive speciallæger.

Lægeforeningen opfordrer til, at Sundhedsstyrelsen iværksætter en grundig undersøgelse af området og en konkret evaluering af fireårsreglens konsekvenser. Den opgave indebærer blandt andet, at man får et overblik over gruppen af fireårsramte, og en analyse af, om denne gruppe har særlige karakteristika. 

4

DEN NYESTE VIDEN OM DANSKERNES SUNDHED


Psykisk syge kan have stor gavn af en sundere livsstil. Kaffe er uskadeligt og kan ligefrem være godt for helbredet. Og så har det alvorlige konsekvenser for danskernes sundhed, at vi sidder alt for meget ned. Det er konklusionerne fra tre af de i alt fem rapporter, som Vidensråd for Forebyggelse har udgivet i løbet af 2012.

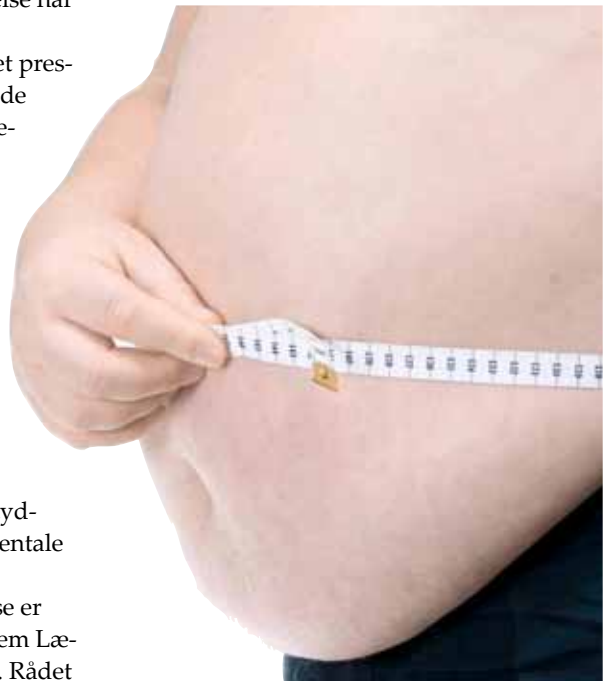
Rapporterne har fået meget presseomtale både i landsdækkende aviser, radio og tv samt fagmedier. Rådet har også været vært ved to velbesøgte møder – en konference om sundhed og adfærd og et temamøde om seksualitet og sundhed.

I det kommende år har rådet planlagt at formidle evidensbaseret viden om blandt andet muskelskeletsygdomme, overvægt og vægttab, søvnens betydning for sundheden, unges mentale sundhed og ekstrem træning.

Vidensråd for Forebyggelse er etableret i et samarbejde mellem Lægeforeningen og TrykFonden. Rådet er uafhængigt og består af 15 eksperter, der har stor viden om blandt andet alkohol, mental sundhed, fysisk aktivitet, rygning, kost, ulighed i

sundhed, kemiske miljøfaktorer og overvægt.


Vidensrådet forsker ikke selv, men indsamler og formidler den seneste viden og forskning om forebyggelse og sundhed. 



Overvægt og vægttab er et af de emner, som Vidensråd for Forebyggelse vil tage fat på at samle information og viden om i 2013.



LÆGEFORENINGEN PÅ FOLKEMØDET

Lægeforeningen var for første gang i 2012 med til Folkemødet i Allinge på Bornholm. Formand Mads Koch Hansen deltog i flere aktiviteter. Blandt andet i paneldebatten "Doktor Mads og Monopolet" om patientinddragelse arrangeret af Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Lægeforeningen vil også være at finde på Bornholm til Folkemødet 2013. 

NÅR LÆGER BLIVER SYGE



Læger bliver som alle andre mennesker syge. Men skiftet fra at være læge til også at være patient kan være et problem for mange. Samtidig kan det også være svært som læge at behandle andre læger.

Foreningen af Pensionerede Læger har i samarbejde med Lægeforeningen udarbejdet en pjece med en række gode råd til, hvordan du kan forholde dig – både når du selv er patient og i rollen som læge for en anden læge. ☞

HVORNÅR SKAL LÆGER VÆRE WHISTLEBLOWERE?

Som et led i patientsikkerhedspakken lancerede sundhedsministeren i november 2012 et såkaldt "whistleblowerinitiativ". Hensigten er, at det skal skabe mere opmærksomhed blandt læger om at vægte hensynet til patientsikkerheden højere end "hensynet til mulige kollegiale hensyn" som det er beskrevet i udspillet.

Lægeforeningen mener ikke, at forslaget har nogen gang på jord, hvis det bliver lanceret som om, at læger skal rapportere enhver banal fejl hos kolleger, der gør deres bedste i en travl hverdag. Allerede i dag skal læger rapportere om utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase. De skal naturligvis også sige det til deres chef og eventuelt også embedslægen, hvis kolleger varetager deres job på en måde, som udgør en fare for patienterne. Lægeforeningens kollegiale regler indebærer allerede, at læger skal rette henvendelse til sundhedsmyndighederne, hvis de antager, at en lægekollega driver uforsvarlig lægegerning. Det skal sædvanligvis ske efter forudgående kontakt med vedkommende læge.

Problemstillingen vil blive drøftet på Lægemødet 2013, hvor et nyt politikpapir om lægers kollegialitet og gabestokken er til debat. ☞

PATIENTERNE SKAL STILLE FLERE SPØRGSMÅL

Lægeforeningen bakker op om en ny spørgeguide med titlen "Spørg løs", som Dansk Selskab for Patientsikkerhed og TrygFonden har udviklet, og som blev præsenteret i december 2012. Formålet er at klæde patienter og pårørende på til samtalen med lægen eller sygeplejersken på hospitalet.

Læger kan bruge patienternes erfaringer og spørgsmål til at sikre en bedre behandling. Det er vigtigt at få patienterne inddraget så meget som muligt i behandlingen.

"Spørg løs" er en del af det landsdækkende patientsikkerhedsprogram Sikker Patient. Målet er at bidrage til et mere sikkert sundhedsvæsen i Danmark gennem formidling af viden, udvikling af redskaber, kommunikation og kampagnearbejde.

"Spørg løs" fås både som mappe og kan hentes på www.sikkerpatient.dk, så den er let at tage med i tasken eller på mobilen/iPad'en. I internetversionen kan man selv tilføje nye spørgsmål, få inspiration fra spørgsmål, som andre har stillet og lave sine egne lister med spørgsmål.

Lægeforeningen var en af hovedaktørerne bag oprettelsen af Dansk Selskab for Patientsikkerhed i 2001. Næstformand i selskabets bestyrelse er Lægeforeningens formand, Mads Koch Hansen. ☞



Dansk Selskab for Patientsikkerhed lancerede i 2012 kampagnen "Spørg løs".

» Læger kan bruge patienternes erfaringer og spørgsmål til at sikre en bedre behandling.



Sundhedsklinikken modtog i 2012 Frivillighedsprisen, der uddeles af Kontaktudvalget for frivilligt socialt arbejde i Københavns Kommune.

» I klinikkens første seks måneder fik 222 patienter behandling. Et halvt år senere er tallet mere end fordoblet til 597 patienter.

ET TRAVLT FØRSTE ÅR FOR SUNDHEDSKLINIKKEN

Kroniske lidelser som gigt og diabetes. Hjælp i forbindelse med graviditet. Det er sundhedsproblemer som disse, der får udokumenterede migranter til at søge lægehjælp i den sundhedsklinik, Røde Kors siden 2011 har drevet i samarbejde med Lægeforeningen og Dansk Flygtningehjælp.

I august 2012 havde klinikken eksisteret i et år, og det har været travlt. I klinikkens første seks måneder fik 222 patienter behandling. Et halvt år senere er tallet mere end fordoblet til 597 patienter. Inden for det første år har klinikken i alt haft 1.342 konsultationer.

Presset på klinikken har været så stort, at klinikken løbende har været

nødt til at rekruttere flere frivillige læger og sygeplejersker. Gravide er den andenstørste patientgruppe i klinikken. Derfor har der været behov for yderligere at udvide med jordemoderkonsultationer en dag om ugen.. Der har desuden vist sig at være brug for at åbne et akut tandtilbud i klinikken. Siden april 2012 har klinikken derfor haft åbent for tandkonsultationer hver 14. dag.

I dag kan mennesker, der ikke har tilladelse til ophold i landet, kun få lægehjælp i det offentlige, hvis de er akut syge. Lægeforeningen mener, at retten til akutbehandling skal præciseres og udvides, så alle mennesker bliver sikret den nødvendige sundhedshjælp. »

FAKTA OM KLINIKKEN:

I klinikkens første seks måneder var der 504 konsultationer fordelt på 222 patienter. Efter et år er tallene steget til 1343 konsultationer fordelt på 597 patienter. · De fire hyppigste diagnoser er: sygdomme i bevægeapparatet (103), graviditet og fødsel (83), hudsygdomme (75) og tandproblemer (71) · Der er flere mænd (780 konsultationer) end kvinder (533 konsultationer), der henvender sig i klinikken for at få hjælp. Hertil kommer 12 piger og 18 drenge. · Størstedelen af patienterne er mellem 19 og 40 år. · 141 frivillige læger, sygeplejersker, tandlæger, bioanalytikere, fysioterapeuter, jordmødre og psykologer står for behandlingen af patienterne.

OMSKÆRING – ET PERSONLIGT VALG

Henover sommeren 2012 fyldte debatten om omskæring af drengebørn meget i medierne. Anledningen var, at en tysk domstol slog fast, at omskæring af små drenge indebærer fysisk skade, og at børn først bør omskæres, når de er så store, at de selv kan tage stilling til, om de ønsker det.

Normalt har Lægeforeningen ingen holdning til tros-samfundets religiøse praksis. Men i spørgsmålet om omskæ-

ring – et operativt indgreb, som ikke er lægeligt begrundet, og hvis effekt er livsvarig – må hensynet til individets ret til selv at bestemme veje tungest. Når barnet når myndighedsalderen og er blevet en ung mand, har han en reel mulighed for at veje både kulturelle, religiøse og sundhedsfaglige argumenter op mod hinanden. »

Lægeforeningen mener, at det er afgørende, at læger er med fra start, når der skal udvikles it-systemer til sundhedsvæsenet.

LÆGER SKAL VÆRE MED TIL AT UDVIKLE SUNDHEDS-IT



Det er afgørende, at læger er med fra start, når der skal udvikles it-løsninger til sundhedsvæsenet. Lægerne har afgørende viden at bidrage med, når nye systemer skal udvikles, da mange af systemerne tager udgangspunkt i lægens møde med patienten. Lægen kan lige fra den tidlige kravspecifisering af et nyt system og frem til testen af det færdige system inddrage erfaringen fra den kliniske hverdag.

Der er i høj grad brug for den viden. It-løsningerne lever ikke op til krav, som hverdagen stiller til velfungerende

sundheds-it, viste en undersøgelse blandt 1.200 af Lægeforeningens medlemmer i april 2012. Der er et stort behov for mere brugervenlige systemer, der giver de nødvendige informationer i en opdateret og overskuelig form. Og der er brug for systemer, som kan tale sammen – på tværs af regioner og mellem sygehuse og egen læge. Det vil mindske risikoen for fejl, og det vil give mere tid til patienterne

Derfor opfordrer Lægeforeningen til, at regioner, regering og kommuner udvikler en langsigtet, fælles plan for ud-

vikling af sundheds-it i Danmark. I en sådan plan bør det indgå, at læger skal involveres i udviklingen af it-løsninger. Lægeforeningen har i løbet af 2012 båret sit synspunkt videre i møder med blandt andet Regionernes Sundheds-it (RSI) og National Sundheds-it (NSI), som har ansvaret for at udvikle og drive sundheds-it i Danmark.

Regionerne har i 2012 lovet at inddrage lægerne i udviklingen af den nye sundheds-it platform, der skal rulles ud i Region Hovedstaden og Region Sjælland. 

LÆGER EFTERLYSER FLERE MIDLER OG MERE TID TIL FORSKNING


Det er langt fra ambitiøst nok, når forligspartierne i forskningsaftalen fra november 2012 kun afsatte 50 millioner kroner ud af i alt 770 millioner kroner til nye initiativer inden for sundhedsforskning.

Offentlige midler er afgørende for forskning og muligheden for at udvikle nye tilgange til både forebyggelse og behandling. Forskning i sundhed er også økonomisk en klog investering i fremtiden

Lægeforeningen er dog tilfreds med, at forskningsaftalen skal bidrage til at udvikle nye organisatoriske løsninger og innovative sundheds- og velfærdsteknologier. Lægeforeningen mener, at sundhedstjensteforskning er et vigtigt forskningsområde, der bidrager med viden til at sikre de bedste organisatoriske løsninger. Det er positivt, at politikerne er opmærksomme på, hvordan organiseringen af

sundhedsvæsenet og den måde, som viden bruges på, har betydning for kvaliteten.

Et problem er mangel på tid for lægerne til at forske. Hvis klinikere også skal bidrage med forskning, må der skabes tid og ressourcer i det danske sundhedsvæsen til, at det bliver muligt. Samtidig må den enkelte læges muligheder for at gøre karriere inden for forskningen gøres tydeligere.

Konkret kunne man fremme mulighederne for delelle kombinationsstillinger – som også regeringens vækstteam for sundheds- og velfærdsløsninger støtter – og etablere et nationalt forskernetværk – gerne via de faglige selskaber. Der bør være et styrket samarbejde mellem afdelinger på tværs af landet. Dette kan blandt andet skabes ved, at regionerne i fællesskab prioriterer forskningen. 

Stram reglerne for brug af antibiotika i EU

Hvis problemerne med resistente bakterier ikke skal løbe løbsk, kræver det stramme og klare europæiske regler for brug af antibiotika. Det er ikke et problem, som det enkelte land kan løse selv. Derfor har Lægeforeningen opfordret EU til at stramme retningslinjerne for brug af antibiotika. Det skete blandt andet i forbindelse med, at EU's sundhedsministre i juni 2012 kom med en række anbefalinger til, hvordan man i EU bekæmper antibiotikaresistens.

Lægeforeningen peger på, at der er brug for klare og stramme retningslinjer fra myndighederne for, hvordan konkrete infektionssygdomme skal behandles med antibiotika, hvilke mængde der skal gives, og hvor længe behandlingen skal vare. EU-Kommissionen bør arbejde for, at der i samtlige EU-lande kan indføres regler for, hvornår antibiotika udleveres efter recept, og at reglerne håndhæves. Eksempelvis er det i dag i visse lande alt for nemt at få udleveret antibiotika, uden at en læge har stillet en diagnose. Det skal der sættes en stopper for, og det kan bedst gøres på europæisk plan.

Den europæiske lægeforening, CPME, er også dybt bekymret over udviklingen med stadig mere udbredt resistens mod antibiotika. Derfor har de europæiske læger nedsat en særlig task force, som skal komme med indspark til EU's politikere. I spidsen for arbejdet står Lægeforeningens formand, Mads Koch Hansen.

Herhjemme arbejder Lægeforeningen tæt sammen med Den Danske Dyrlægeforening og med en vifte af lægelige eksperter for at få en fælles strategi for rationel anvendelse af antibiotika – både humant og veterinært – og for at få problemet helt frem på den sundhedspolitiske dagsorden. ☞

» Der er brug for klare og stramme retningslinjer fra myndighederne for, hvordan konkrete infektionssygdomme skal behandles med antibiotika.

FARVEL TIL DOBBELT- AKKREDITERING I REGION HOVEDSTADEN

Region Hovedstaden opgav i december 2012 den udskældte dobbeltakkreditering på hospitalerne. Det er en beslutning, som vækker glæde hos Lægeforeningen, der i årevis har kæmpet for at få ryddet op i overflødig registrering. Det er positivt, at der nu kommer en større enkelthed og sund fornuft ind i arbejdet med kvalitet. Dobbeltakkrediteringen har kastet lange skygger ud over arbejdet med at styrke kvaliteten.

Alle hospitalerne i Region Hovedstaden er hidtil blevet målt og vejet efter både Den Danske Kvalitetsmodel og standarder fastsat af den amerikanske organisation Joint Commission. Hver model rummer hundredvis af forskellige målepunkter, som sygehusene skal leve op til. Men regionsrådet i Region Hovedstaden har nu besluttet at stoppe dobbeltakkrediteringen. Fremover skal hospitalerne alene gennemgås efter Den Danske Kvalitetsmodel.

Regionsrådets beslutning kommer efter et kraftigt pres. Sidste år protesterede 1.600 læger via en underskriftsindsamling mod de mange krav om registrering og dokumentation. ☞



AKUTUDVALG:

TÆNK LÆGEBILER IND I AKUTBEREDSKABET I HELE LANDET



Regeringens akutudvalg fastlagde i oktober 2012, at lægebiler gør en forskel for behandlingen af de mest syge og hårdest tilskadekomne patienter. Udvalget anbefalede derfor, at lægebiler indtænkes i det præhospitale beredskab. Lægeforeningen glæder sig over udvalgets anbefaling, og opfordrede regionerne til at sikre alle borgere – uanset postnummer – samme kvalitet i behandlingen, når de ringer 112. Det gælder også Region Sjælland, som i 2011 etablerede et nyt præhospitalt beredskab uden lægebiler.

Den beslutning har Lægeforeningen løbende kritiseret, og derfor var det oplagt at opfordre Region Sjælland til at få bragt sit præhospitale beredskab på omgangshøjde med resten af landet.

Anbefalingen fra akutudvalget byggede på en række faglige vurderinger. Overordnet set mente udvalget, at det præhospitale beredskab skal organiseres ud fra et princip om, at jo mere kompliceret en opgave, der kaldes ud til, jo mere specialiseret indsats skal der tilbydes. Desuden fremgik det af rapporten, at

læger i det akutte beredskab straks kan sætte gang i specialiseret behandling af patienter med meget alvorlige traumer.

Regeringens akutudvalg anbefalede i en rapport i oktober 2012 at gøre lægehelikopterordningen permanent. Anbefalingerne blev kort tid efter fulgt op af finanslovsaftalen, hvor anbefalingerne blev gjort til virkelighed. Tre lægehelikoptere vil fra medio 2014 stå klar døgnet rundt til at blive sendt i luften fra baser i Ringsted, Billund og Skive. Lægeforeningen ser helikopterordningen som et vigtigt supplement til ambulancer og lægebiler, og er tilfreds med, at de er placeret ud over landet på en måde, som giver faglig mening

En anden glædelig udmelding fra regeringens akutudvalg i 2012 var anbefalingen om, at alle regioner bør indføre visiteret adgang til deres akutmodtagelser og akutklinikker. Lægeforeningen glæder sig over, at udvalget lægger op til at sikre en ens kvalitet og service på akutområdet, så det ikke – som i dag – er meget forskelligt fra region til region, hvordan man griber opgaven med at vi-



Lægeforeningen var uenig, da et flertal i regeringens akutudvalg anbefalede, at regionerne skal lede vagtlægeordningen. Artikel fra Dagens Medicin.

Læger og regioner strider om kontrol over lægevagten

sitere patienter an. Visitationen bør varetages af de praktiserende læger, som i forvejen har stor erfaring fra lægevagten med dette område.

Det betød derfor også, at Lægeforeningen var helt uenig, da et flertal i regeringens akutudvalg anbefalede, at den faglige og organisatoriske ledelse af lægevagten forankres i regionerne. For Lægeforeningen er det helt afgørende, at vagtlægeordningen er forankret hos de praktiserende læger. Det giver ikke mening at ændre en god ordning, der virker. Med praktiserende læger i spidsen for lægevagten er der sikkerhed for, at alle borgere i hele Danmark kan komme direkte i kontakt med en læge i aften- og nattetimerne. Det er også afgørende for rekrutteringen til vagtlægeordningen, at de praktiserende læger selv har ansvaret for at planlægge vagterne.

I Region Midtjylland har man indført en velfungerende model med et konstruktivt samarbejde mellem lægevagten og sygehusene. Når borgene har brug for hjælp, behøver de kun at ringe ét sted hen, og det er til vagtlægen, som herefter enten selv behandler patienten, eller sørger for at sende patienten det rigtige sted hen første gang.

Regeringens akutudvalg består af repræsentanter fra Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen, Finansministeriet, Danske Regioner, KL, 3F, Dansk Sygeplejeråd, FOA og Lægeforeningen. ☺

FØRTIDSPENSIONSREFORM: FRYGT FOR DEN LÆGEFAGLIGE RÅDGIVNING I REHABILITERINGEN

Regeringen har med en ny reform af førtidspensionen ændret hele den lægelige rådgivning i kommunerne og givet regionerne nye opgaver. Der skete med virkning fra 1. januar 2013.

Den nye lovgivning giver ingen garanti for, at læger bliver inddraget i de nye funktioner, som er målrettet borgere med komplicerede problemer. Lægeforeningen frygter derfor, at lægers vurderinger og faglighed kan få mindre vægt.

Et af målene med reformen er at sikre, at helbredsproblemer ikke forhindrer borgerne i at komme i arbejde. Derfor bør den lægefaglige rådgivning styrkes, ikke svækkes. Den er simpelthen en forudsætning for, at regioner og kommuner kan levere en ordentlig rehabiliteringsindsats

Fremover skal der ikke længere være kommunallæger ansat til at rådgive i komplekse pensionsager. Deres

funktion som rådgivere i sager om blandt andet fleksjob og førtidspension skal i stedet varetages af en såkaldt klinisk funktion i hver region, hvor medarbejdere med titlen sundhedskoordinatorer skal stå for samarbejdet med kommunerne. De skal blandt andet indgå i de tværfaglige rehabiliteringsteams, som kommunerne – som noget nyt – skal oprette, og som skal afklare de muligheder, som den enkelte patient har for at kunne passe et arbejde.

Lægeforeningen har givet udtryk for, at den forventer, at regionerne ansætter læger i stillingerne som sundhedskoordinatorer. De mennesker, som er målgruppen for indsatsen, har komplekse helbredsproblemer – både fysiske og psykiske. Der er brug for en læge med et overblik over den enkeltes helbred, hvis rehabiliteringsteamet skal kunne tage stilling til, hvad patienten kan klare af arbejde. ☞

☞ *Der er brug for en læge med et overblik over den enkeltes helbred, hvis rehabiliteringsteamet skal kunne tage stilling til, hvad patienten kan klare af arbejde.*

LÆGEFORENINGEN ER MERE SYNLIG I MEDIERNE

Det er vigtigt, at Lægeforeningens synspunkter er synlige i pressen og den offentlige debat. I det år, der er gået, er Lægeforeningen citeret cirka 19 procent mere end året før. Lægeforeningen er i det forløbne år nævnt i flere artikler i landsdækkende aviser end året før og har mere end fordoblet sin tilstedeværelse i radio og tv. I gennemsnit optræder Lægeforeningen i medierne med stort og småt cirka 92 gange på en uge.

Nogle emner har særligt mediernes interesse. Læger og lægemidler er altid godt stof, og det betyder, at Lægeforeningen ofte bliver bedt om både at kommentere i sager om brug af bestemte lægemidler og i mere overordnede diskussioner om lægers relationer til lægemiddelindustrien.

At sikre psykiatrien ligestilling med resten af sundhedsvæsenet er en mærkesag for Lægeforeningen, og det afspejler sig også i medierne. Det skyldes blandt andet en rapport, som Dansk Sundhedsinstitut (DSI) har udarbejdet for Lægeforeningen om manglen på sundhedsfaglige medarbejdere i psykiatrien.

Lægeforeningens engagement i at sikre bedre kontrol med sikkerheden ved medicinsk udstyr er også blandt de emner, som er mest omtalt. Det samme gælder Lægeforeningens arbejde i forbindelse med at bekæmpe antibiotikaresistens, som foreningen er engageret i både nationalt og internationalt.

Lægeforeningen har desuden markeret sig i debatten om en skarpere forebyggelsespolitik og peget på beho-



Lægers relationer til lægemiddelindustrien er et af de temaer, som har fyldt i pressearbejdet – her Jyllands-Posten i april 2012.

vet for en mere håndfast tilgang til forebyggelse af især alkoholproblemer og rygning. Et prioriteret emne har også været at fastslå behovet for ens høj kvalitet i alkoholbehandlingen overalt i landet.

Region Sjælland afskaffede lægebiller i 2011. Lægeforeningen arbejder på at få dem tilbage, og det ses i de lokale medier, hvor beslutningen stadig er til debat. ☞

DIN LÆGEFORENING

SAMARBEJDSPROBLEMER OG STRESS FYLDER FORTSAT I DET KOLLEGLIALE NETVÆRK

Stor arbejdsbelastning og samarbejdsproblemer ligger bag de fleste henvendelser fra læger til Det Kollegiale Netværk for Læger. Her kan læger få hjælp og støtte hos en kollega, hvis de har problemer på arbejdet eller i privatlivet.

Problemerne med stress og dårlige samarbejdsforhold forekommer hos læger i alle aldre, både hos mænd og kvinder og hos alle lægegrupper. Dog er der en tendens til, at netværket har oplevet en stigning i antallet af praktiserende læger, som søger kollegial hjælp i løbet af det seneste år.

Som noget helt nyt har Lægeforeningen i 2012 i regi af Det Kollegiale Netværk arrangeret to møder for sygdomsramte læger. Læger, der er sygemeldte eller måske er på vej til at blive det, havde her mulighed for at møde andre i samme situation, og at høre oplæg om trivsel, den kommunale indsats og muligheder for dækning hos Lægernes Pensionskasse. Der er planer om at afholde lignende møder i 2013.

Som en udløber af det ene møde, som fandt sted i Aarhus, er der oprettet en netværksgruppe for sygdomsramte læger i Region Midtjylland. Her mødes en gruppe af læger ramt af sygdom for at udveksle erfaringer én gang om måneden.

Det Kollegiale Netværk blev oprettet i 1992. Det består af en gruppe på godt 90 frivillige læger, som yder akut, anonym og gratis rådgivning til kolleger, der har arbejdsmæssige og/eller private problemer. Både den læge, som søger hjælp og lægens familie, pårørende, venner eller kolleger kan kontakte netværket. Man kan frit vælge sin rådgiver blandt de læger, som er med i netværket. 



LÆGEFORENINGENS MEDIER

UGESKRIFT FOR LÆGER PÅ VEJ MED ET NYT UGESKRIFTET.DK

Ugeskriftet er i gang med en gennemgribende nyudvikling af hjemmesiden. I sommeren 2013 forventes at foreligge en stærkt forbedret udgave af Ugeskriftet.dk. Effekten af en ny hjemmeside vil først og fremmest være en større funktionalitet. Den nye hjemmeside vil indeholde en nem mulighed for hurtigt at få overblik og med et klik nå ind til nyheder, videnskab, debat, arkiv og jobsektion. Der vil også være en delvis personalisering i form af en automatisk tilpasning af nyheder fra det område, hvor man arbejder. Hjemmesiden vil desuden leve op til nutidige standarder for sortering af indhold. Endelig vil der blive plads til navnestof.

Ugeskriftet outsourcede i efteråret 2012 den grafiske virksomhed til firmaet Datagraf. Firmaet står herefter for den grafiske produktion af Ugeskriftet, Danish Medical Journal og Bibliotek for Læger. Aftalen med Datagraf indebærer desuden en overtagelse af alle eksterne produktioner af opgaver, som tidligere er blevet varetaget af Lægeforeningens Forlag.

Ugeskriftet har gennem hele 2012 udsendt hvert andet Ugeskrift med posten til alle medlemmer. Der har været mulighed for mod ekstra betaling at modtage samtlige 42 numre af Ugeskriftet. Denne mulighed har 1.328 medlemmer benyttet sig af. Derudover er det muligt at læse alle Ugeskrifter i en bladversion direkte fra hjemmesiden Ugeskriftet.dk. Ugeskriftets hjemmeside har hver måned i gennemsnit cirka 95.000 besøgende, heraf cirka 68.000 unikke brugere.

En læserundersøgelse af Ugeskriftet viste i 2012, at 90 procent af de 1.026 adspurgte medlemmer læser Ugeskriftets trykte udgave og 60 procent læser den elektroniske udgave. Af dem, der læser den elektroniske udgave, læser 82 procent Ugeskriftet via computer, 29 procent via en tablet og 19 procent via en smartphone. 67 procent læser mindst hver anden af de nyheds-mails, som kommer om mandagen.

Hver mandag modtager samtlige medlemmer med en registreret e-mailadresse en mail med en omtale af de væsentligste artikler fra det nyeste nummer af Ugeskriftet samt en tilhørende bladversion. Ugeskriftet har desuden sin egen app, som kan downloades via Apples app store. Den giver mulighed for at læse samtlige numre af Ugeskriftet og Danish Medical Journal direkte på en iPhone eller en iPad. Den mulighed benytter 6.846 medlemmer sig af. Endelig producerer Ugeskriftet et dagligt nyhedsbrev, som har 687 modtagere. Nyhedsbrevet er tiltænkt alle interesserede. 


 I sommeren 2013 forventes at foreligge en stærkt forbedret udgave af Ugeskriftet.dk

NYHEDSBREVET TIL MEDLEMMERNE

Lægeforeningens nyhedsbrev er udsendt seks gange til alle medlemmer i løbet af 2012. I gennemsnit har 42 procent af modtagerne – hvilket svarer til knap 10.000 åbnet mailen med nyhedsbrevet hver gang. Det er et højt tal sammenlignet med lignende nyhedsbreve.

I 2012 har nyhedsbrevene haft artikler om så forskellige emner som ID-kort til læger, liste over lægemidler


med en særlig risiko og lægeansvarsforsikring og meget mere.

Lægeforeningen vil gerne i endnu tættere kontakt med medlemmerne. Derfor vil nyhedsbrevet udkomme oftere i 2013. Det betyder, at der er mere plads til, at medlemmerne opmærksomme på Lægeforeningens aktiviteter og på, hvad de personligt kan få af hjælp og service som medlemmer af foreningen. 



LÆGEFORENINGEN ER KOMMET PÅ FACEBOOK OG TWITTER

I 2012 kom Lægeforeningen for alvor i gang på de sociale medier. I starten af september lancerede Lægeforeningen sin Facebookside, som ved årets udgang havde fået flere end 2.700 fans. Formålet med at gå på Facebook er blandt andet at nå ud til en bredere målgruppe end dem, der besøger Lægeforeningens hjemmeside. Historierne på Facebook giver også mulighed for direkte dialog og debat med medlemmerne og andre sundhedsfagligt interesserede fans af siden.

I starten af december fik Lægeforeningens en profil på Twitter. Målgruppen er i højere grad journalister og politikere. Men også medlemmer følger nu foreningen på Twitter. Der udsendes primært tweets om nyheder fra læger.dk, eller når Lægeforeningen har deltaget i aktuelle debatter i andre medier. 

NYT LÆGER.DK OG NYT DEBATSYSTEM


Læger.dk er Lægeforeningens ansigt udadtil. Med over 50.000 besøgende om måneden er det her, at langt de fleste medlemmer og andre møder Lægeforeningen. En tidssvarende og medlemsrettet hjemmeside er derfor central i foreningens kontakt med medlemmer. Derfor er Lægeforeningen gået i gang med at udvikle et nyt læger.dk.

Lægeforeningen lancerer i foråret 2013 et nyt debatsystem, Lægedebatten, for alle medlemmer.

FORDELAGTIGE FORSIKRINGSTILBUD TIL MEDLEMMERNE

Lægeforeningens har i 2012 arbejdet intensivt på at sikre medlemmerne de bedst mulige forsikringsvilkår. Blandt andet er præmien halveret på den skræddersyede lægeansvarsforsikring, som foreningen i samarbejde med Tryg tilbyder medlemmerne. Lægeansvarsforsikringen er meget populær. Knap 12.000 af Lægeforeningens medlemmer gør brug af forsikringen. Halveringen af præmien sparer samlet set medlemmer for 2,4 millioner kroner om året.

De fire gruppelivsordninger, som læger har kunnet tegne gennem Lægeforeningen, er nu også blevet sammenlagt til én fælles ordning. Det gør det enklere at få et overblik. Samtidig betyder det, at omkostningerne til administration af ordningen reduceres med 25 procent.


Lægeforeningen er også i gang med at undersøge markedet for privatforsikringer for at sikre, at ordningerne også fremover er konkurrencedygtige. Dette sker som reaktion på de præmiestigninger, som Tryg, Lægeforeningens mangeårige samarbejdspartner på privatforsikringer til medlemmer, gennemfører på gruppeforsikringerne i 2013. 

KURSER, KONFERENCER OG MØDER I 2013

	Kurser	Kursusdage	Deltagere
Kurser for almen praksis	48	4.126	1.086
Kurser for alle læger	2	32	16
Kurser for yngre læger	21	483	467
Læge og Leder	5	192	96
SAK-kurser	4	233	89
Praksiskøbs- og salgskurser	4	142	85
Kommunikationskurser	1	29	29
TR-kurser for yngre læger	12	506	253
Klinikpersonale	43	1.482	1.442
Andre kurser og temamøder	22	2.233	1.194
I alt	162	9.458	4.757

POPULÆRE REGIONALE MEDLEMSMØDER

De regionale sekretariater i Lægeforeningen har i løbet af 2012 haft flere velbesøgte medlems- og dialogmøder.

Eksempelvis har Lægeforeningen Syddanmark haft et medlemsmøde om lægers efteruddannelse, hvor Mads Skipper, formand for Lægeforeningens Udvalg for Uddannelse og Forskning holdt oplæg (foto) og Lægeforeningen Midtjylland havde i oktober et debatmøde mellem Mads Koch Hansen, formand for Lægeforeningen og Bent Hansen, formand for Danske Regioner om fremtidens sundhedspolitiske udfordringer (omtale fra Ugeskrift for Læger). 



STOR FREMGANG I BRUGEN AF LÆGE- OG PATIENTHÅNDBOGEN

Lægeforeningen er fortsat ansvarlig for at opdatere og vedligeholde Danske Regioners to store, online og gratis sygdomsleksika – Lægehåndbogen og Patienthåndbogen. De to opslagsværker har været i luften i knap to år og har tilsammen over 6.000 artikler og 2.000 illustrationer målrettet praktiserende læger og deres patienter.

Begge webhåndbøger oplevede i 2012 en stor fremgang i antallet af besøg og sidevisninger. I november 2012 var der således mere end 430.000 besøg og 900.000 sidevisninger på Lægehåndbogen, og Patienthåndbogen havde tilsvarende 540.000 besøg og 1.1 million sidevisninger.

I december blev begge sygdomsleksika flyttet til sundhed.dk, hvor de fik nyt design. ☞

EN BEDRE MEDLEMS-ADMINISTRATION

Det skal være enklere for Lægeforeningens medlemmer at tilmelde sig kurser, rette medlemsoplysninger og få udbetalt refusioner. Lægeforeningen arbejder sammen med de forhandlingsberettigede foreninger på at udvikle en mere målrettet og nem tilgængelig medlemservice.

Formålet er at skabe større tilfredshed blandt medlemmerne og gøre organisationen mere effektiv ved at frigøre ressourcer fra administrative opgaver og bruge dem på bedre medlemservice. ☞



Også i 2012 har mange medlemmer gjort brug af Lægeforeningens kurser.

LÆGEFORENINGEN STYRKER TILBUDDENE OM UDDANNELSE

Lægeforeningen vil i de kommende år opprioritere paletten af faglige medlemstilbud, så der udbydes relevante uddannelses- og udviklingsaktiviteter for alle medlemmer. De faglige medlemstilbud skal udvikles efter dialog med de forhandlingsberettigede foreninger. Det politiske arbejde med at sikre gode efteruddannelses- og forskningsmuligheder vil også blive prioriteret højt.

Det sker med afsæt i den medlemstilfredshedsundersøgelse, som Lægeforeningen gennemførte i 2012, som tydeligt viste, at faglige medlemstilbud er afgørende for medlemmernes tilfredshed med foreningen. Derudover viste undersøgelsen, at relevante regionale tilbud er vigtige for medlemmerne, og at det er vigtigt for dem, at Lægeforeningen er med til at sikre dem gode muligheder for uddannelse.

På kursusområdet er opgavefordeling mellem Lægeforeningen

og de forhandlingsberettigede fremgår ændret. PLO overtog pr. 1. januar 2013 kursusvirksomheden rettet mod almen praksis. Samtidig overtog de forhandlingsberettigede foreninger ansvaret for udbydning af kurser til tillidsrepræsentanter. Lægeforeningen vil fortsat udbyde øvrige kurser til foreningens medlemmer.

Også i 2012 har mange medlemmer gjort brug af Lægeforeningens kurser. Alle kurser evalueres elektronisk. Den gennemsnitlige tilfredshed med kurserne på en skala fra 1-7 er opgjort til 6,1, og når kursusdeltagerne skal vurdere, om de vil anbefale kurset til andre, giver de i gennemsnit også karakteren 6,1.

De øvrige faglige medlemstilbud om karrieresparring, hjælp til jobsøgning, mentorordninger og barselscafeer er fortsat meget efterspurgt og vil blive videreudviklet. ☞

FAKTA OM LÆGEFORENINGENS MEDLEMMER

Den 31. december 2012 boede der

21.864

læger i den erhvervsaktive alder i Danmark (Tal fra Sundhedsstyrelsen, hvor den erhvervsaktive alder er defineret som aldersgruppen 24-64 år). Tallet omfatter også udenlandske læger med dansk autorisation.

.....

I denne gruppe var

21.055

medlemmer af
Lægeforeningen.

.....

Det giver en orga-
nisationsprocent på

96

– den samme som
2010

.....
Antallet af nu-
levende læger
med eksamen
fra et dansk
universitet er

29.002

.....

Af disse medlemmer havde

1.855 . . . en udenlandsk eksamen.

1.838 . . . med en udenlandsk eksamen
en varig autorisation
som læge og

37 en midlertidig autorisation
som læge i Danmark.

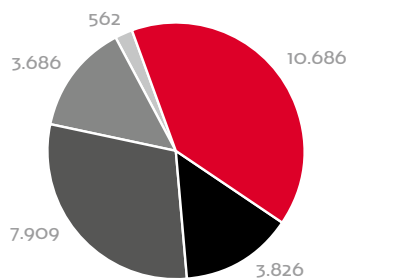
Lægeforeningen havde pr. 31. december 2012

26.679 medlemmer, hvoraf

14.644 (55 procent) var mænd og

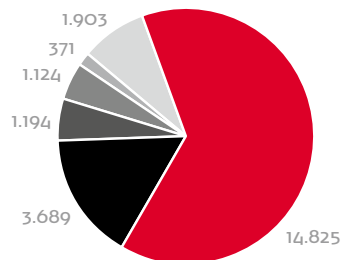
12.025 (45 procent) var kvinder

Organisationsfordeling



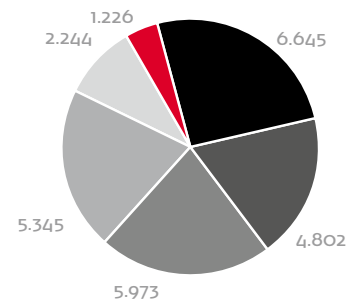
- Yngre Læger
- PLO
- FAS
- Ikke-erhvervsaktive - Pensionister
- Medlemmer uden tilknytning til delforening

Ansættelsessted - erhvervsaktive læger



- Hospital
- Almen praksis
- Speciallægepraksis
- Private virksomheder
- Universiteter
- Andre

Aldersfordeling



- Under 30 år
- 30-39 år
- 40-49 år
- 50-59 år
- 60-66 år
- Over 67 år

LÆGEFORENINGENS UDVALG OG ARBEJDSGRUPPER (pr. 15. feb. 2013)

Attestudvalget

Jette Dam-Hansen,
(formand) alm. prakt. læge
John Bang, afdelingslæge
Jens Mikael Gredal, alm. prakt. læge, AU-konsulent
Arne Nyholm Gam, speciallæge
Kirsten Horsten, socialoverlæge, AU-konsulent
Anna Mette Nathan, alm. prakt. læge
Alena Litskalava Jensen, læge
Eddie Nielsen, alm. prakt. læge
Mogens Tangø, overlæge

Ad hoc gruppe om medlemstilfredshedsundersøgelsen

Jette Dam-Hansen, alm. prakt. læge
Mads Koch Hansen, overlæge
Poul Jaszczak, overlæge, dr.med.
Mads Skipper, læge, ph.d.-stud.

Etisk Udvalg

Poul Jaszczak, (formand) overlæge, dr.med.
Lisa Maria Bang, overlæge
Claus Malta Nielsen, kommunallæge
Stine Sloth, reservelæge
Anja Mitchell, overlæge
Andreas Rudkjøbing, reservelæge
Lene Agersnap, alm. prakt. læge
Anne Charlotte Hvas, alm. prakt. læge
Jan Vestergaard Christiansen, afd.læge (observatør for LEN)

Forebyggelsespolitisk Styregruppe

Jette Dam-Hansen (formand), alm. prakt. læge
Jo Anna Stina Coolidge, embedslæge
Lene Flachs, alm. prakt. læge
Henrik Steen Hansen, overlæge, dr.med.
Allan Krasnik, professor
Kåre Mølbak, overlæge, afdelingschef

Peter Schnohr, speciallæge, dr.med.

Henrik Thiesen, overlæge

Internationalt Udvalg

Mads Koch Hansen, (formand) overlæge
Lisbeth Lintz Christensen, 1. reservelæge
Poul Jaszczak, overlæge, dr.med.
Anja Ulrike Mitchell, overlæge
Kirsten Ilkjær, speciallæge
Anna Birthe Bach, overlæge
Tue Flindt Müller, alm. prakt. læge

Frits Ole Hegnet Nørregaard, overlæge

Andreas Rudkjøbing, reservelæge

Camilla Rathcke, kursus-reservelæge

Mads Skipper, 1. reservelæge, ph.d.stud.

Anna Mette Nathan, alm. prakt. læge

Michael Dupont, alm. prakt. læge

LFB-arbejdsgruppe om prioritering

Michael Dupont, alm. prakt. læge
Carl Johan Erichsen, speciallæge
Mads Koch Hansen, overlæge
Poul Jaszczak, overlæge, dr.med.
Andreas Rudkjøbing, reservelæge

LFB-arbejdsgruppe om ulighed i sundhed

Jette Dam-Hansen, alm. prakt. læge
Lisbeth Lintz Christensen, 1. reservelæge
Anja Mitchell, overlæge
Mads Skipper, læge, ph.d.-stud.

Lægeansvarsudvalget

Ole Nørskov (formand), alm. prakt. læge
Klaus Friis Andersen, alm. prakt. læge

Jette Dam-Hansen, alm. prakt. læge

Camilla Weber Fenst, læge

Kent Kristensen, lektor

Torsten Møller, overlæge

Mogens Viberg Ydemann

Nielsen, reservelæge

Frits Ole Hegnet Nørregaard,

overlæge

Hanne Rahbæk, advokat

Flemming Skovsgaard, alm.

prakt. læge

Lægeetisk Nævn

Mogens Skadborg (formand), overlæge, exam.art.phil., MEVO

Knud Erik Albertsen, alm. prakt. læge

Jan Vestergaard Christiansen, afdelingslæge

Hans Anders Heindorff, speciallæge, dr.med.

Joachim Hoffman-Petersen, reservelæge

Lægemedel- og Medikoudvalget

Michael Dupont (formand), alm. prakt. læge

Mogens Laue Friis,

specialechef, dr.med.

Annemarie H. Hellebek,

enhedschef

Søren Kjeld Jensen, alm.

prakt. læge

Jes Bruun Lauritzen,

professor, overlæge, dr.med.

Bjarne Ørskov Lindhardt,

overlæge, dr.med.

Andreas Hover Lundh,

reservelæge

Mogens Tangø, overlæge

Steffen Thirstrup, kontorchef,

overlæge, ph.d.

Psykiatrigruppen

Niels Siebuhr (formand),

speciallæge

Anna Birthe Holmehøj Bach,

overlæge

Jeanett Østerby Bauer,

overlæge, ph.d.

Allan Hvolby, afdelingslæge, forsker, ph.d.

Poul-Erik Carlsen, speciallæge

Eva Christiansen, speciallæge

Jette Dam-Hansen, alm. prakt.

læge

Linh Thi Thuy Duong,

reservelæge

Peter Winning Jepsen,

overlæge, lic.med.

Jan Ib Jørgensen, ledende

overlæge

Thomas Middelboe, ledende

overlæge, ph.d.

Frank Bang Missen,

1. reservelæge

Henrik Nordentoft, alm.

prakt. læge

Poul Videbech, ledende

overlæge, professor, dr.med.

Udvalg for Uddannelse og Forskning

Mads Skipper (formand), 1. reservelæge, ph.d.

Karen Hansen, alm. prakt. læge

Per Helligsø, overlæge

Lars Aagaard Olsen, alm. prakt.

læge

Lone Susanne Jensen, ledende

overlæge, dr.med.

Mogens Tangø, overlæge

Kristina de Leon, alm. prakt.

læge

Roar Maagaard, alm. prakt. læge

Maja Sidelmann Basnov, læge

Asbjørn Børch Hasselager,

læge

Anne Cathrine Haug,

reservelæge

Helle Søholm Skovsen,

reservelæge

Sune Aae Theilgaard,

speciallæge

Jesper Brink Svendsen, stud.

med.

OVERSIGT OVER EKSTERN REPRÆSENTATION 2012/2013

Et sundhedsvæsen med sammenhæng

Det præhospitale akutudvalg,
Ministeriet for Sundhed
og Forebyggelse

Mads Koch Hansen

Peter Magnussen

(tilforordnet)

Planlægningsgruppen
E-sundhedsObservatoriet

Mads Koch Hansen

Referencegruppen
for opgaveglidning,
Danske Regioner

Mogens Tangø

Kim Brixen

Arbejdsgruppe 1 om
struktur, kapacitet og
sammenhæng under
regeringens psykiatriudvalg

Niels Siebuhr

Arbejdsgruppe 2 om
udvikling i behandling
og diagnoser under
regeringens psykiatriudvalg

Poul Erik Carlsen

Forebyggelse

Dansk Netværk for
Tobaksforebyggelse

Peter Konow

Referencegruppe for
Stoplinjen (Ryggestoptilbud)

Peter Konow

Foreningen Sex og Samfund
(Repræsentantskab)

Poul Jaszczak

Komiteen for
Sundhedsoplysning

Jette Dam-Hansen

Komiteen for Sundheds-
oplysning, Sagkyndigt Udvalg

Peter Konow

Vidensråd for Forebyggelse
(Koordinationsforum)

Jette Dam-Hansen

Bente Hyldahl Fogh

Internationalt

CPME - bestyrelsesmedlem

Mads Koch Hansen

CPME arbejdsgruppe om
Antimicrobial Resistance

Mads Koch Hansen

(formand)

CPME arbejdsgruppe
om direktiv om gensidig
anerkendelse

Mads Skipper

Anja Mitchell

CPME arbejdsgruppe
om e-health

Anja Mitchell

CPME arbejdsgruppe
om lægemidler
Vakant

CPME arbejdsgruppe
om Healthy Ageing

Lisbeth Lintz Christensen

CPME arbejdsgruppe
om Medical Devices

Mads Koch Hansen

Nordisk Lægeråds styrelse

Mads Koch Hansen

Bente Hyldahl Fogh

WMA Working Group
on the Revision of
the Helsinki Declaration

Poul Jaszczak

WMA Working Group
on health databases

Mads Koch Hansen

Kvalitet

Dansk Selskab for Patient-
sikkerhed - bestyrelsen

Mads Koch Hansen

Bente Hyldahl Fogh

Evalueringsgruppe vedr.
patientsikre sygehuse

Mads Koch Hansen

Patientsikkerhedsrådet

Lisbeth Lintz Christensen

Henrik Dibbern

Anja Mitchell

Lægeansvar

Retslægerådet **Niels Siebuhr**

Arbejdsgruppe om
Second Victim

Ole Nørskov

Lægeetik

Rehabiliterings- og
Forskningscentret for
Torturofre, bestyrelsen

Poul Jaszczak

Center for Migration,
Etnicitet og Sundhed (MESU),
Københavns Universitet

Poul Jaszczak

Lægemidler og medikoteknik

Arbejdsgruppe: regulering,
samarbejde, industri og læger
- Ministeriet for Sundhed og
Forebyggelse

Mads Koch Hansen

Michael Dupont

Det Nationale Antibiotikaråd

Michael Dupont

Rådgivende Udvalg vedr.
Rationel Farmakoterapi (RURF)

Michael Dupont

Rådet for Lægemiddel-
overvågning

Michael Dupont

Planlægning og styring

Rådgivende udvalg
for telemedicin,
Statens Serum Institut

Anja Mitchell

Socialt - lægeligt samarbejde

Helbredsoplysningsrådet,
Beskæftigelsesministeriet

Jette Dam-Hansen

Uddannelse og forskning

Det Nationale Råd for
Lægers Videreuddannelse,
Sundhedsstyrelsen

LF: **Mads Skipper**

PL0: **Lars Aagaard Olsen**

Suppleant: Vakant

FAS: **Lone Susanne Jensen**

Suppleant: Vakant

YL: **Helle Søholm Skovsen**

Suppleant: **Bo Rahbek**

Arbejdsgruppe vedr. privat-
hospitals inddragelse i den
lægelige videreuddannelse,
Sundhedsstyrelsen

Mads Skipper

Suppleant: **Bettina**

Vestergaard Andersen

Advisory Board for medicin
på Aalborg Universitet

Mads Skipper

Følgegruppe for de generelle
kurser, Sundhedsstyrelsen

Mads Skipper

Suppleant: **Bettina**

Vestergaard Andersen

Følgegruppe for de
specialespecifikke kurser,
Sundhedsstyrelsen

Mads Skipper

Suppleant: **Bettina**

Vestergaard Andersen

Følgegruppe for
inspektorordningen,
Sundhedsstyrelsen

Mads Skipper

Suppleant: **Bettina**

Vestergaard Andersen

Det Nationale
Samarbejdsforum for
Sundhedsforskning (NSS),
Ministeriet for Sundhed
og Forebyggelse

Mads Skipper

Suppleant: **Bettina**

Vestergaard Andersen

Diverse

PatientLægeForum

Mads Koch Hansen

Anja Mitchell

Michael Dupont

Vidensforum for
Brugerinddragelse
i Sundhedsvæsenet

Anja Mitchell

Suppleant:

Mads Koch Hansen

Foreningen til
Fremskaffelse af
Boliq for Ældre
og Enlige

Claus Lundstedt

Koordinationsforum
med Røde Kors og
Dansk Flygtningehjælp
om sundhedsklinikken

Poul Jaszczak

Bente Hyldahl Fogh

Koordinationsudvalg
vedrørende Rwanda
(med Globale Læger)

Yves Sales

Bente Hyldahl Fogh

LÆGEFORENINGENS ADMINISTRATIVE ORGANISATION

(PR. 15. FEBRUAR 2013)



Administrerende direktør
Bente Hyldahl Fogh



Chef for Sundhedspolitik
(vicedirektør)
Marianne Rex Sørensen



**Chef for
Kommunikation**
Mette Ebdrup



**Chef for
Økonomi og medlemservice**
Frederik Schønning



**Chef for
Juridisk Sekretariat**
Karin Mette Thomsen



**Chef for
Uddannelse og Karriere**
Camilla Vejøl Hartling



Chef for HR
Jøne Bering



**Chef for
Teknisk Service**
Kurt Bagge-Hansen



**Chef for
It-service**
Lars Kjær Winther



**Chef for Lægeforeningens
Publikationer**
Torben Kitaj

LÆGEFORENINGENS ADRESSER

Hovedadresse

Kristianiagade 12, 2100 København Ø
Lægeforeningens hovednummer 35 44 85 00,
Gennemvalgsnummer 35 44 + lokalnummer

Lægeforeningen

Fax: 35 44 85 03
E-mail: dadl@dadl.dk

Yngre Læger

Fax: 35 44 85 75
E-mail: yl@dadl.dk

Foreningen af Speciallæger

Fax: 35 44 85 85
E-mail: fas@dadl.dk

Praktiserende Lægers Organisation

Fax: 35 44 85 99
E-mail: plo@dadl.dk

Forside: Jesper Sonntag, reservelæge, Ortopædkirurgisk Afdeling, Hillerød Hospital
Fotos side 1, 7, 9: Anne-Li Engström
Foto side 5 (øverst): Søren Skarby
Foto side 13 (øverst): Birger Storm
Foto side 11 (øverst): Torben Stroyer
Fotos side 5, 6, 9, 10,11, 12, 13, 17, 20, 21: Colourbox
Foto side 16: Lars H. Laursen
Foto side 17 (nederst), Ulla Hilden
Grafik side 14: KL
Grafik side 13: Danske Regioner
Øvrige fotos: Lægeforeningen/private fotos