

Marts 2010

1

NYT fra



”Ingen bør være i tvivl om, at lægemiddelindustrien har bidraget med udvikling af nye og gode lægemidler, der har reddet livet eller forbedret livskvaliteten for mange mennesker.



Det er imidlertid lige så uomtvisteligt, at lægemiddelindustriens markedsføring har medvirket til overforbrug og anden uhensigtsmæssig brug af medicin til skade for mange patienter og med store økonomiske konsekvenser for samfundet.”



Ovenstående er sagt af lægerne Jens Søndergaard og Morten Andersen, Forskningsenhed for Almen Praksis, Syddansk Universitet, Odense.

I månedsblad nr.12 2009, Institut for Rationel Farmakoterapi.



Kritik af Danske Regioners tætte parløb med lægernes fagforening

Vores formand er allerede godt involveret i debatterne i Regionen!

Danske Regioner er i et udsædvanligt parløb gået sammen med Den Almindelige Danske Lægeforening om at komme med et oplæg til, hvordan et kommende patientklagesystem skal se ud. Danske Regioner har været pennefører for lægernes magtfulde fagforening, hvilket oplægget bærer tydeligt præg af. Bliver oplægget til virkelighed, vil det slet ikke forbedre patienternes retsstilling, når der klages, og det er der ellers brug for.

Under en ophedet diskussion på Regionsgården i Hillerød lykkedes det Karsten Skawbo-Jensen – der udover at være formand for Patientforeningen Danmark også er nyvalgt

medlem af Region Hovedstaden – at overtale regionsrådet til at få nedskrevet en kritisk kommentar i referatet, fordi Danske Regioner overhovedet ikke har hørt den vigtigste interessant i sundhedsvæsenet, nemlig patienterne! Der blev således tilføjet følgende note til dagsordenspunktet: ”Det er regionsrådets opfattelse, at patientinteresser mv. kan inddrages i relevante høringsprocesser.”

”Al den lægedominans giver regionerne et dårligt ry”, siger Karsten Skawbo-Jensen, der vil insistere på, at toppen i Danske Regioner tænker sig bedre om en anden gang!



Dårlig medicinsk forskning fører til øget forbrug af depressionsmedicin.

Anette Ulstrup

Udiagnosticerede fysisk syge mennesker spises af med lykkepiller, fordi lægerne ved for lidt om, hvad de fejler. Problemet er stort og stigende, det mener vi i Patientforeningen Danmark i dag, hvor Politiken (25. jan. 2009) skriver, at forbruget af lykkepiller er steget med hele 30 procent fra 2005 til og med november 2009.

Træthed, forhøjet blodtryk, koncentrationsbesvær, søvnproblemer, muskel- og ledsmerter bortforklares alt for ofte med diagnosen depression. Ofte handler det imidlertid om, at lægerne ikke er gode nok til at diagnosticere patienterne, som i rigtig mange tilfælde i virkeligheden lider af kemikalierelaterede hormonskader. Det mener vi i Patientforeningen Danmark, hvor vi lytter til de sundhedsvidenskabelige artikler, der siger, at der bør forskes langt mere i hormonskader, end der bliver gjort i dag. Netop hormonskader giver de samme symptomer som depression. Men fordi patienterne ved alt for lidt om de komplekse hormonsystemer, så godtager de lægens bortforklaring af de fysiske symptomer og siger ja tak til depressionsmedicin.

En del sundhedsvidenskabelige artikler stiller i dag spørgsmål ved depressionsmedicins effekt, medicinen virker ikke, for patienterne fejler ofte noget andet end depression. I Patientforeningen Danmark efterspørger vi forskning i hormonskader, hormonskader er langt mere udbredte end de fleste læger og almindelige mennesker erkender. De diagnostiske undersøgelsesmetoder, som lægerne anvender i dag, er slet ikke tidssvarende, derfor diagnosticeres kun toppen af isbjerget, når det drejer sig om hormonlidelser. Over halvdelen af humane binyrer indeholder skader i form af mindre eller større kemikalie-knuder (tumorer), en stor del af disse skader burde føre til undersøgelse af og behandling for ubalancer i hormonsystemet. Men virkeligheden er skræmmende – et uhyggeligt stort og stigende forbrug af depressionsmedicin på et forkert grundlag. ♥ ♥ ♥

Hvor befinder min journal sig?

Hvem har adgang til den?
Hvad er en e-journal?

Af Jytte Larsen og Anette Ulstrup

PD Nyt har taget hul på disse spørgsmål, og vi diskuterer det i de næste numre af bladet.

”Nu kan praktiserende læger og lægerne og sygeplejerskerne på sygehusene slå op i en fælles elektronisk journal og læse, hvilken behandling patienten har fået andre steder i sundhedsvæsenet. Det danske sundhedsvæsen er med stormskridt på vej mod en digitalisering, der skal gøre behandlingen mere effektiv.”

således står der på www.it-borger.dk

It-borger.dk er en hjemmeside under IT- og Telestyrelsen, som er en del af Ministeriet for Videnskab, Teknologi og Udvikling.

Patientforeningen Danmark har i flere år fulgt processen og deltaget i debatter om elektroniske patientjournaler (epj). Elektroniske patientjournaler er patientjournaler, der er digitaliseret, så de kan udveksles via internettet samt gemmes på en computer. Elektroniske journaler vil gøre behandlingen mere effektiv, ja, men vil systemet få ulemper for patienterne, ulemper, det er svære at gennemskue?

På www.sundhed.dk kan borgere læse deres e-journal, men det kræver, at man har en digital signatur. Digital signatur er ”din personlige underskrift på nettet”, en personlig kode, som også kan bruges til at ordne selvangivelse m.m. – læs evt. mere her www.digitalsignatur.dk

På sundhed.dk kan man, udover at kunne se sine personlige oplysninger, finde generelle oplysninger om sygdomme, sundhed og forebyggelse, behandling og lægemidler m.m.

I Patientforeningen Danmark vil vi diskutere adgangen til de personlige oplysninger - altså det at kunne læse sin egen sygehusjournal (fra visse sygehuse), oversigt over indlæggelser og medicinprofil (indeholder receptpligtig medicin, som du har hentet på apoteket de sidste to år).

Spørgsmålet er, hvor megen information, man selv har adgang til?
Og hvem har i øvrigt adgang til disse informationer?
Hvilke rettigheder har patienterne i forhold til elektroniske patientjournaler?
Hvad er forskellen på min journal og min e-journal?
Kan jeg se alt, hvad lægen skriver?
Kan jeg se resultater fra blodprøver og andre undersøgelser, som er foretaget på sygehuset?
Hvordan fungerer det elektroniske system i dag?
Lever systemet op til sine mål og lever det op til lovgivningen, herunder reglerne om samtykke?

Dette vil vi i de næste numre af PD Nyt forsøge at danne os et overblik over.

Ang. ”Min log” - På Sundhed.dk står: ”Hver gang en behandler i sundhedsvæsenet tilgår helbredsoplysninger om sine patienter via sundhed.dk, registreres det i sundhed.dk's log.” Loggen registrerer hver bevægelse, der foregår i forbindelse med dine oplysninger.

Endvidere står der:

”Som borger har du adgang til denne log. Det betyder, at du til hver en tid kan få et samlet overblik over, hvem der har set dine personlige oplysninger på sundhed.dk, hvilke oplysninger de har set og hvornår.”

Vi har fået flere henvendelser fra medlemmer, der har erfaret, at dette ikke er tilfældet – man har som patient ikke kunnet få adgang til at se, hvilke personer, der har været inde og se ens e-journal.

Skriv evt. til os med dine erfaringer omkring sundhed.dk og elektroniske journaler.



Med et lille snuptag så er stort set alle tilfredse!

Man skal være sig for de såkaldte **patient-tilfredsheds-undersøgelser!**

Det er godt, at de foretages, men de har deres begrænsninger, faldgruber og muligheder for manipulationer.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har i 2009 spurgt ikke færre end 20.000 danske kræftpatienter. Formålet var at sikre, at patienternes egne vurderinger og oplevelser indgår i de fremtidige kræftbehandlingsplaner.

Et spørgsmål lød ”Har du tillid til lægernes faglige dygtighed?” – og gruppen af tilfredse kræftpatienter var på hele 97 pct. Det var virkelig en god nyhed, som blev bragt til torvs med brask og bram! Den danske kræftbehandling kunne næsten ikke blive bedre.

Imidlertid gemmer der sig bag den positive overskrift et mere nuanceret billede.

Det er nemlig således, at 72 pct. svarer ”Ja, i høj grad” og 25 pct. svarer ”Ja, i nogen grad”.
Samlet giver det de 97 pct.

Når den fjerdedel, der kun ”i nogen grad” har tillid til lægernes faglige dygtighed, uden videre indforskrives i den tilfredse gruppe, tænker man på den gamle sandhed om, at der er løgn, forbandet løgn, og så er der statistik.

Gruppen af halvtilfredse kræftpatienter er interessant.
Den har vigtige erfaringer, som der bør lyttes til og bruges som ressource, også i udformningen af den kommende kræftplan III.



Karsten Skawbo-Jensen

Ændring af sundhedsloven giver udvidet ret til aktindsigt

Aktindsigt i patientjournaler har indtil årsskiftet været underlagt et lægeligt skøn. Det vil sige, at det var overlægen på afdelingen, der bestemte, om en patient skulle have ret til at få en kopi af sine journaler eller ej. Dette skulle meddeles patienten inden 10 dage, og fik man afslag på aktindsigt, kunne der klages over dette til Patientklagenævnet. I praksis fik stort set alle patienter dog den ønskede aktindsigt.

Alligevel var det principielt forkert, at man som borger og patient ikke helt automatisk havde ret til at se, hvad der var skrevet ned om ens sygdomsforløb, men at dette først skulle underlægges et såkaldt lægeligt skøn.

Lovforslag nr. L 54, der blev vedtaget før Folketinget gik på juleferie, ændrer imidlertid

sundhedsloven, således at man som patient nu automatisk har ret til at få indsigt i sine patientjournaler m.v. Der skal med andre ord ikke længere et lægeligt skøn ind over.

Der er dog to undtagelser.

For optegnelser i journaler, der er opført før den 1. januar 2010, gælder de gamle regler om, at ønsket om aktindsigt skal underlægges et lægeligt skøn.

Og en forældremyndighedsindehavers adgang til aktindsigt i en mindreårige patientjournal m.v. kan begrænses i det omfang, forældremyndighedsindehaverens interesse i at blive gjort bekendt med oplysningerne findes at burde vige for afgørende hensyn til den mindreårige.

Skawbo



**Patientforeningen Danmark's Rådgivningslinien tlf.
70239121
Mandag kl.20-22**

Dette indlæg blev bragt i sidste nummer af vores blad, men desværre kom slutningen ikke med. Derfor bringer vi det igen – med hele Elses tekst.

Helbrede – lindre – trøste

Af Else Huus, Ikast.

Ovennævnte ord står over indgangen til det gamle Århus Amts Sygehus. Men hvordan går det med helbredelse, lindring og trøst, når vi lider af sygdomme, som er svære at udrede?

At være syg uden en klar diagnose har været meget, meget svært for mig i mere end 30 år. I starten af et forløb undersøges man, og lægerne lytter og tager en alvorligt. Men efterhånden som undersøgelserne ikke viser nogen brugbare resultater, forsvinder lægens engagement, og man føler sig mere og mere fortabt og alene med de smerter, som burde kunne føre til en relevant behandling. Man bliver mere og mere præget af afmagt og sorg. Man bliver smidt rundt fra Herodes til Pilatus, for ingen sundhedspersoner i systemet har mod på atter at tage fat på undersøgelse af en person, der har en kompliceret sygehistorie. Og problemerne bliver bare større og større, der stilles jo også krav om udredning, når man ikke kan passe sit job. Det er svært, når der ikke er tvivl om, at man fejler noget, men når lægernes viden ikke slår til, og de ikke kan stille den rette diagnose, som skal stedfeste den relevante behandling.

Man bliver efterhånden en forkrampet person, skræmt fra vid og sans. Nogle gange føler man sig krænket, når man går fra lægen, nedgjort. Ens følelsesliv, sorg tilsidesættes. Man mister tilliden til andre mennesker.

Venlighed, omsorg og velopdragenhed burde være det normale. Når smerter bliver slået hen siger det mere om lægen end om patienten.

Der HAR været lyspunkter, for midt mellem alle de afstumpede mennesker, der har slået mine smerter hen, HAR der været læger og fysioterapeuter, der har udtrykt forståelse for mine lidelser. Nogen, der har sat sig ned og givet mig en forklaring på fysiske sammenhænge i smerterne, kramperne og de indskrænkede bevægelsesmuligheder. Nogen, der har troet på, at det ikke bare var indbildning eller pjat.

Så lad også dette indlæg være en hyldest til hvert eneste menneske – læger, portører, fysioterapeuter, venner og pårørende, ALLE, der hver på deres måde har været med til at holde modet og håbet oppe. Håbet om, at ægte menneskelige værdier må være det normale grundlag for både livet og den gerning, vi hver især vælger og får.

Og man kan med rette, synes jeg, stille spørgsmålet: Hvem er mest skyldig i de stigende udgifter – er det de syge eller er det dem, der skulle/burde hjælpe os? Set ud fra et jordnært plan.



Ekstra medlem til Second Opinion-udvalget

Second Opinion-udvalget, der vurderer mulighederne for eksperimentel behandling i ind- og udland, består af tre professorer, nemlig overlæge Hans von der Maase og overlæge Heine Høi Hansen, Rigshospitalet, samt overlæge Anders Jacobsen, Vejle Sygehus. Tidligere Sundhedsminister Jakob Axel Nielsen (C) oplyser nu, at der snart vil komme en ekstra ekspert i panelet, da flere og flere efterspørger en second opinion. Vi kan håbe, at de ekstra kræfter til Second Opinion-udvalget vil sætte mere fart på undersøgelsen af den eksperimentelle behandling, så adgangen til gode behandlingsmuligheder ikke forsinkes unødigt for patienterne.

Skawbo



Er oversygeplejerskerne og deres fagforening skyld i sundhedsvæsenets deroute?

Ny bog hævder, at oversygeplejerskernes vilje til magt kombineret med en forbløffende brutalitet, illoyalitet og intolerance i forhold til sundhedsvæsenets øvrige faggrupper ødelægger sundhedsvæsenet

af Karsten Skawbo-Jensen

Slut med praktisk og håndværksmæssig sygeplejerskeuddannelse

Claus Moe, geriatrisk overlæge på Bispebjerg Hospital, skriver bl.a. i bogen: ”Omvendt proportionalt med at DSR har ønsket at akademisere uddannelsen, er den blevet grotesk ringere set ud fra en klinikers eller en patients synspunkt. Jeg har talt med et utal af sygeplejersker, der er enige i, at sygeplejerskeuddannelsen er kørt af sporet, og at den har været på en jævn nedadglidende kurve, siden de selv blev uddannet. Det er ikke længere hensigten at lære sygeplejestuderende om sygdomme og deres behandling. Paradigmeskiftet skete, da sygeplejerskeuddannelsen fra at være en praktisk og ”håndværksmæssig” uddannelse blev ændret til at være et studium. (...) Nogle sygeplejersker er totalt patientfokuserede, hvor DSRs ambitioner om at være akademisk spiller en underordnet rolle. Det handler for disse sygeplejersker om, hvorvidt patienten overlever, og så kan al akademisk snak sådan set for dem være underordnet. DSR har med sine ambitioner og påvirkninger et kæmpe ansvar for, at fokus i disse år flyttes bort fra patienterne, idet DSR ønsker at se sine medlemmer som ledere, administratorer og koordinatore, hvor alle andre personalegrupper skal være konsulenter for sygeplejerskerne. DSRs holdninger skader det tværfaglige samarbejde i alvorlig grad. Det kunne være interessant at undersøge, om der reelt ville være mangel på sygeplejerskehænder, hvis man satte alle sygeplejersker, der er ansat på hospitalerne, til at passe patienterne.” Også **Torben Ishøj**, lægelig chef på Arresødal Hospice, fastslår, at ”sundhedssektorens effektivitet beror ikke alene på, hvor stor en del af

Morfindød-sagen afsluttet

Den tragiske sag om den unge kvinde og hendes ufødte barn, der begge døde på Næstved Sygehus af en overdosis morfin, er nu afsluttet. Sygeplejersken, der ved en fejl gav en ti gange højere dosis morfin end tiltænkt, har fået en bøde på 5.000 kr., men overlægen, som havde det overordnede ansvar, blev frifundet for at have udvist grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed i sit kald.

Sagens efterdønninger har givet anledning til, at Næstved Sygehus nu har indskærpet sine regler om forholdet mellem for- og bagvagt, og det er en problematik, som vi i Patientforeningen Danmark er meget interesseret i. Vi hører nemlig nogle gange om sundhedspersonale på forvagt,



-



-



som ikke kontakter bagvagten, selv om de er i tvivl eller står i en udfordrende situation med en patient. Spørgsmålet, man kan stille, er, om det ”ligger i luften”, at man ikke skal forstyrre bagvagten, og om der af den årsag sker fejl?

Den indskærpelse, som Næstved Sygehus nu er kommet med, bør straks udbredes til alle landets sygehuse. Den lyder:

Den erfarne læge, der har bagvagt, skal nøje vurdere, hvilke opgaver den yngre læge på forvagt selv kan magte - og skal møde op ved behov. Omvendt har den yngre læge også et ansvar, for han eller hun skal altid kontakte den erfarne bagvagt, hvis situationen kræver det.

Klik ind på

www-patientforeningen-danmark.dk

artikler, brevkasse, gode råd, vedtæger, nyttige adresser, kontakt mm.

Kom med klud og spand!

Næsten hver 10. patient pådrager sig en hospitalsinfektion, og det betyder gener og risiko, ekstra medicinudgifter, flere indlæggelsesdage og højere udgifter. Tallet kunne halveres, hvis rengøring og hånd- og kateterhygiejne blev forbedret.

En ekstern undersøgelse af Region Hovedstadens 12 sygehuse viser, at det står rigtig skidt til med rengøringen. 410 lokaler – operationsstuer, venteværelser, senge- og intensivstuer - blev undersøgt, og kun 97 af dem var rene nok til at godkendes. Region Hovedstaden har afsat 18 mio. kr. ekstra til rengøring i budget 2010, og der er satset på ærlighed og gennemsigtighed, idet et eksternt firma tager stikprøver og offentliggør resultaterne. Så der er trods alt små bitte skridt i den rigtige retning.

Der er en enorm forskel på standarden i regionen, og de sygehuse, som har problemer på området, må straks kontakte rollemodellerne, så viden og erfaring kan spredes. Gentofte Hospital, som toppede i undersøgelsen, fik undersøgt 40 lokaler, og 28 af dem – 70 pct. – blev godkendt. Herlev, Hvidovre og Frederiksberg klarede sig dårligst. Eksempelvis blev der kontrolleret 20 lokaler på Frederiksberg, og kun 1 af dem blev godkendt.

Gentofte har forstået, at rengøring ikke bare er at fjerne nullermænd, men også at satse på faglighed og uddannelse af rengøringspersonalet. Det er desuden vigtigt, at der er en klar ansvarsfordeling, hvad angår f.eks. rengøring af apparatur. Det nytter ikke, at sygeplejerskerne tror, at det klarer rengøringsfolkene, hvis rengøringsfolkene tror, at det klarer sygeplejerskerne.

Den Danske Kvalitetsmodel, som skal implementeres på vores sygehuse, indeholder desværre ikke konkrete standarder for rengøring. Derfor er det godt, at de private leverandører og branceforeninger er interesseret i, at der udvikles standarder inden for området. Og så må det være op til regionspolitikkerne kun at acceptere tilbud fra firmaer, som er certificerede.

Karsten Skawbo-Jensen



Patientforeningen DANMARK afholder

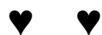
Ordinær generalforsamling

Søndag den 25. april 2010 kl. 14.00 i
Dansk Blindesamfunds lokale
Finsensvej 37 (følg den gule stribe gennem porten)
2000 Frederiksberg.

Dagsorden ifølge vedtægterne

Generalforsamlingen er forbeholdt medlemmer.
**Indmeldelse og betaling af kontingent for 2010 kan
ske ved indgangen.**

Foreningen byder på kaffe/te mm.



Hver femte patient på de danske sygehuse oplever fejl, mens vedkommende er indlagt. En fejl kan være alt fra at få forkert medicin, blive skadet under operation eller undersøgelse til administrativt rod. Hver tredje af de patienter, som var udsat for en fejl, oplevede, at hospitalets personale håndterede det dårligt. For ambulante patienter er mønsteret det samme, her er det hver sjette patient, som oplever fejl. (Samvirke)-

Medicinske sygdomme - manglende viden.

Anette Ulstrup.

Hermed fortsættes temaet om medicinske sygdomme og den manglende viden på området.

Vi mangler viden om sygdomme, og mange syge mennesker kunne blive raske eller leve med mindre smerter, hvis vi fik fyldt nogle af de tomme huller ud i den manglende medicinske forskning. Mange patienter benytter sig af alternativ behandling, fordi de ikke får den hjælp i det etablerede sundhedsvæsen, som de har brug for. Ofte klandrer læger fra det etablerede sundhedsvæsen alternative behandlere for at handle på udokumenteret eller dårlig dokumenteret grundlag. **Men lægerne har glemt at feje for egen dør.** For forskningen er generelt alt for dårlig. Mange af de artikler i videnskabelige tidsskrifter, som læger i etablerede sundhedsvæsen rundt om i verden benytter, og som de lægger til grund for undersøgelse, diagnosticering og behandling af syge mennesker, er af for ringe standard.

I Patientforeningen Danmark er vi ikke modstandere af alternativ behandling. Mange mennesker har glæde af alternativ behandling, som kan gå ind og kompensere for de mangler, som det etablerede sundhedsvæsen har.

Men Patientforeningen Danmark anser det som en opgave for forskningen i det etablerede sundhedsvæsen at løse de store sundhedsproblemer, som vi står overfor. Det kræver først og fremmest erkendelse og vilje fra lægernes side – samtidig med, at det kræver analyser af de kræfter og markedsmekanismer, der påvirker den medicinske forskning og sundhedsforskningen. Politikerne bør i højere grad efterspørge sådanne analyser.

”Lægemiddelindustriens markedsføring har medvirket til overforbrug og anden uhensigtsmæssig brug af medicin til skade for mange patienter og med store økonomiske konsekvenser for samfundet.”

(- læs videre næste side)

Der mangler viden om blodtryksforhøjelse.

Ud over bedre behandlingsmetoder bør der forskes i **relevant** forebyggelse. Vi skal vide, hvad vi bliver syge af, før vi kan forebygge. Alt for mange sygdomsfremkaldende faktorer fejles ind under gulvtæppet med dårlige forklaringer. Det gælder f.eks. blodtryksproblemer. Forhøjet blodtryk bortforklares alt for ofte med stress eller fedme – MEN. Det viser sig faktisk, at mange lægemidler er årsag til forhøjet blodtryk. Rigtig mange. Og en del af de lægemidler, der forårsager blodtryksstigning hos nogle mennesker er faktisk – blodtryksnedsættende præparater.

Sundhedsvæsenet er en selvforsynende branche.

Ofte oplever hypertensionspatienter, som starter på et nyt blodtryksnedsættende præparat, at blodtrykket ”går helt grassat” og stiger til foruroligende højder. Indtil de ændrer medicinen til et præparat, som ikke har denne virkning på netop denne patient. Det er meget forskelligt, hvordan patienter reagerer på lægemidler, og derfor bør læger i langt højere grad end det er tilfældet i dag, lytte til patienterne i forbindelse med konsultationer, hvor blodtryksregulering foregår.

Disse overvejelser er ikke en opfordring til, at patienterne bør lade være med at tage blodtryksnedsættende medicin, hvis man har for højt blodtryk. Det er meget vigtigt, at man holder sit blodtryk i normale lege – forhøjet blodtryk kan bl.a. medføre hjerneblødning. Men vi patienter er nødt til i højere grad at være aktive i målingen og reguleringen af blodtrykket. Man er simpelthen nødt til at følge med i lægens beslutninger for at sikre sig en ordentlig behandling. Så dette er måske nærmere en opfordring til at købe sit eget blodtryksapparat og følge udviklingen hjemme i stuen. Det er i hvert fald, hvad nogle patienter gør, og vi ved også, at en del blodtrykspatienter selv regulerer deres medicin. Det burde ikke være sådan! Det burde være sådan, at det er lægen, der regulerer blodtryksmedicin på baggrund af en omhyggelig observation!

(- læs videre næste side)

En del mennesker med blodtryksproblemer oplever, at blodtrykket er meget svingende, ofte er der periodiske tendenser.

Læger slår ofte fejlagtigt et svingende blodtryk hen med forklaringer om, at det nok er ”white coat syndrom”, altså at patienten er nervøs for lægen. Hvilket er endnu en dårlig undskyldning for, at lægen mangler viden om årsager til blodtryksproblemer. Der findes nemlig mange mekanismer, som kan få blodtrykket til at svinge i perioder eller stige meget pludseligt og som slet ikke handler om nervøsitet – men om endokrine forhold, som videnskaben først nu er ved at tage hul på.

Blodtryks-specialet flytter: I Patientforeningen Danmark ved vi, at der på nogle sygehuse foregår en ændring af blodtryks-specialet således, at det flytter fra almen medicinsk afdeling til endokrinologisk medicinsk afdeling. Tendensen indenfor udredning af blodtryksforhøjelse er med andre ord den, at blodtryksforhøjelse bliver en hormonal sygdom – i stedet for en livsstilssygdom. Sker der ændringer med blodtrykspecialtet i din region? **Skriv evt. til os!** Patientforeningen Danmark mener, denne udvikling er helt relevant, og den kan ikke gå for hurtigt. For vi kan ikke forebygge blodtryksforhøjelse med motion, kost og stressbehandling, når det er helt andre faktorer, der forårsager forhøjet blodtryk.

*Endokrinologi er læren om hormonproducerende kirtler (skjoldbruskkirtel, hypofyse, binyrer, bugspytkirtel m.m.)
Mindst 1 million danskere lider af forhøjet blodtryk.*



Har du lyst til at modtage nyhedsbreve pr. mail fra Patientforeningen Danmark?

Så klik på www.patientforeningen-danmark.dk Klik så på ”kontakt os” og derefter på info@patientforeningen-danmark.dk og skriv, du ønsker at modtage nyhedsmail – og husk din mailadresse!

Årelang ventetid til smerteklinikker

Vedvarende smerte i alle døgnets 24 timer, dag efter dag, måned efter måned, år efter år, kan gøre et menneske meget trist og tilbagetrukket.

Tilstanden kan umuliggøre et arbejdsliv, ødelægge ægteskaber og parforhold, og det kan ende med selvmordstanker.

Derfor er det så vigtigt, at der findes smerteklinikker, hvor bl.a. fysioterapeuter, psykologer, afspændingspædagoger og læger er specialister i at hjælpe mennesker med at reducere smerte og leve med smerte. Men desværre er der alt for lang ventetid på tværfaglig smertebehandling.

Patientforeningen Danmark har fået en henvendelse fra en midaldrende rygpatient på Sydsjælland, der efter to rygoperationer blev tilkendt invalidepension for nogle år siden, fordi et højt kronisk smerteniveau nødvendiggjorde så høje doser smertestillende medicin, at han ikke længere



kunne bestride sit arbejde. På det seneste har han oplevet en yderligere stigning i smerteniveauet, og hans praktiserende læge har derfor henvist ham til smerteklinikken på Køge Sygehus. I januar 2010 modtog den stærkt smerteplagede mand et brev fra sygehuset om, at **der var en behandlingstid til ham i april 2011** - altså en ventetid på 1 år og 3 måneder. Det er en urimelig lang ventetid for et menneske, der har meget stærke rygsmarter døgnet rundt.

Vores medlem vil helst behandles i det offentlige sundhedsvæsen, men må nu benytte sig af det udvidede frie sygehusvalg, så han kan blive behandlet hurtigere i privat regi.

Patientforeningen Danmark mener, at det er kritisabelt, at der er så lang ventetid til de offentlige smerteklinikker.

Karsten Skawbo-Jensen



Muligheder for Syn og Skøn hos tandlæger?

Af Karin Hjorth-Nielsen.

Klager over tandbehandling, som er foretaget i det offentlige system (f.eks. hos en tandlæge på en tandlægeskole) skal i dag behandles i Patientklagenævnet, mens klager over tandlæger i det private system skal behandles i

Regiontandlægenævnet.

I Patientforeningen Danmarks tandgruppe må vi konstatere, at tandpatienter i det offentlige system mangler en mulighed som tandpatienter i det private system har.

Det skal dog indledningsvis gøres klart, at

klagemulighederne generelt er under al kritik i det private tandlægesystem, fordi klagesager vurderes helt uden lægfolk.

Men der er én fordel i det private tandlægesystem, som ikke eksisterer i det offentlige system:



Det er i dag ikke muligt at foranstalte en undersøgelse for at vurdere kvaliteten af det arbejde, der er blevet udført hos en tandlæge i det offentlige system. Det ville være hensigtsmæssigt i de tilfælde, hvor der bliver klaget over tandlægen.

Hvis der klages over en behandling hos en tandlæge i det private system, er der mulighed for at foranstalte en undersøgelse (Syn og skøn) til vurdering af kvaliteten af behandlingen/resultatet af behandlingen. Der bør være mulighed for denne syn og skøns undersøgelse af patienter såvel i det offentlige som i det private tandlægesystem, og dette tiltag må sættes i værk hurtigst muligt.



Højere lungekræft-dødelighed mod vest

Nye tal fra Det Nationale Indikatorprojekt viser, at der er **13-15 pct. højere dødelighed for lungekræftpatienter fra Vestdanmark sammenlignet med patienter fra Østdanmark.**

33 pct. af de lungekræftopererede patienter fra Aalborg Sygehus er i live 5 år efter, at diagnosen blev stillet.

Men **40 pct.** af lungekræftpatienterne fra Rigshospitalet er i live 5 år efter diagnosen.

Selv om der – heldigvis – er sket en samling af specialerne på færre matrikler, således at kvalitet og sikkerhed kan forbedres, er der stadig et stykke vej endnu!

Skawbo



Man skal passe på og passe på!

Ikke bare skal man passe på med tobak, fedt og alkohol – nu skal man også passe på SAFTEVAND!

Forskere på Københavns Uniersitet har undersøgt 42 forskellige læskedrikke fra Danmark, Skotland og Grækenland for indhold af tungmetallet **antimon**.

I flere slags drikkeklar og koncentreret frugtsaft var indholdet **flere gange højere end EU's grænseværdi**.

Det høje indhold af antimon kan delvis stamme fra plasticemballagen, som er meget brugt, fordi den ikke indeholder blødgørende phthalater.

MEN! Da forskerne også så forhøjede koncentrationer af antimon i drikkeklar saft i kartoner, kan de imidlertid ikke sige noget endegyldigt om forureningskilden.

(Information 02.03.10)



Overdødelighed skyldes ikke kun livsstil! - OGSÅ ET DÅRLIGT SUNDHEDSVÆSEN!

I ”Overdødelighedens mysterium” i *Weekendavisen* 19. februar punkteres myten om, at danskernes livsstil giver danskerne en relativt kort levetid. **Lægen Henrik Keller, økonomen Carsten West og researcher Klaus Kjellerup** har sammenlignet danskernes livsstil – cigaretforbrug og alkoholforbrug – med andre nationaliteters. Mange landes befolkninger både ryger og drikker mere end danskerne, men alligevel lever de længere end os.

Danskernes tobaksforbrug ligger pænt **under** gennemsnit! Både Grækenland, Japan, Spanien, Østrig, Frankrig, Israel, Holland og Belgien har et højere tobaksforbrug, og de lever alle længere, end vi gør. Både i Frankrig og Luxembourg drikker man meget mere end i Danmark - og lever længere.

Forebyggelseskommissionen, Statens Institut for Folkesundhed og andre har travlt med danskernes ”vilde livsstil”, men vores livsstil er ikke vildere end så mange andres, og alligevel har vi en kortere middellevetid.

Vil man sætte spørgsmålstegn ved den danske nationalmyte om, at vi har et godt sundhedsvæsen, skal man se på den danske overdødelighed.

Hvis det er rigtigt, at vi har en speciel livsstil, vil overdødeligheden først indtræde hos grupper, der er et stykke oppe i årene, for dér sætter livsstilssygdommene ind i form af rygerlunger, leverskader osv. Men af Knud Juels artikel i Ugeskrift for Læger fremgår det, at der i årene 1997-2001 var en overdødelighed på 33 pct. i forhold til Sverige blandt danskere i alderen 0-34 år!

Det er ikke udelukkende livsstil, der er årsagen til overdødeligheden i den unge aldersgruppe. Det er nærliggende at pege på, at det må være den ringe behandlingskvalitet i det danske sundhedsvæsen, der giver patienterne højere dødsrisiko.

En EU-undersøgelse, offentliggjort i *The Lancet* i 2008, viser, at vi har suverænt flest raske leveår i Europa. En



50-årig dansker kan gennemsnitlig se frem til 24 raske leveår, inden sygdom indtræffer, mens det europæiske gennemsnit for 50-årige kun er 18 år. Danskerne har altså gode liv og en sund livsstil. Men når vi først bliver syge og møder sundhedsvæsenet, klarer vi os dårligere og dør tidligere end andre europæere.

Karsten Skawbo-Jensen
formand for Patientforeningen
Danmark



Administrativt rod - det bliver værre og værre

Vi har i Patientforeningen Danmark fået en del henvendelser fra patienter, der fortæller, at de har været henvist til undersøgelse, behandling osv., men hvor henvisningen er ”blevet væk” eller på anden måde først kommer frem i dagens lys efter laaaaang tids ”søgen” og efter mange henvendelser fra patienten med spørgsmål til, hvornår man bliver indkaldt. Det er i den grad uhensigtsmæssigt for samfundet og forkert brug af ressourcerne. Og med mange smerter til følge – for de patienter, som skal vente unødigt på undersøgelse og behandling. Dertil kommer, at patienterne bruger mange ressourcer på at ringe og/eller skrive til de læger/afdelinger, som de er henvist til. Patienter, der ikke har ressourcer til at kontakte læger/afdelinger, når de ikke modtager indkaldelse til en undersøgelse, som de er henvist til, glider helt ud af systemet.

Administrativt rod kalder vi det. Og det bliver værre og værre – hvor ender vi henne?

Institut for Rationel Farmakoterapi

Jeg vil gerne slå et slag for *Institut for Rationel Farmakoterapi* (IRF), som jeg har haft fornøjelsen af besøge på Axel Heides Gade i København.

IRF er tilknyttet Lægemiddelstyrelsen og blev oprettet i 1999. Ideen med instituttet er at sikre befolkningen den bedst mulige medicinbehandling til den billigste pris.

Rationel farmakoterapi betyder den medicinbehandling, der giver **1)** den største virkning **2)** de mindst alvorlige bivirkninger **3)** det færreste antal bivirkninger og **4)** den lavest mulige behandlingspris.

Landets aktive læger er den primære målgruppe for instituttets informationsarbejde, da de står for at ordinere medicin til patienterne. Sekundære målgrupper er andre professionelle inden for sundhedsområdet som f.eks. lægemiddelindustrien og apotekssektoren samt forbrugerne af medicin.

Til forbrugerne af medicin har man oprettet hjemmesiden www.medicinmedfornuft.dk, hvor der er god viden at hente.

På www.medicinmedfornuft.dk kan man f.eks. læse om ny medicin, som er kommet på markedet i Danmark, generelle retningslinjer for fornuftig brug af medicin, hvad medicin er og om bivirkninger og behandling af f.eks. smerter, allergi, rygning, søvnløshed, depression og overvægt. Desuden kan man slå svære læge-ord op i ordbogen.

Det er lægemiddelindustrien selv, der står for størstedelen af undervisning/information til lægerne. Der er derfor i høj grad brug for neutral og uvildig oplysning om medicin, både for at standse medicinudgifternes himmelflugt og for at sikre borgerne mod så mange bivirkninger som muligt.

Karsten Skawbo-Jensen



OBS! OBS! OBS! OBS!

www.sundhedspolitik.dk

Sundhedspolitik.dk er en hundrede procent upolitisk, ikke-kommerciel hjemmeside, hvorfra danskerne med få klik kan sende åbne breve til landets 230 højest placerede sundhedspolitikere - de mennesker, der er ansvarlige for kvaliteten og mangel på samme i vores sundhedsvæsen.

Sundhedspolitik.dk skal sikre, at landets politikere løbende holdes orienterede om fejlslagen eller mangelfuld behandling i sundhedsvæsenet. **Læs mere på [sundhedspolitik.dk](http://www.sundhedspolitik.dk)**



Uafklaret diagnose.

Da lægen havde afsluttet undersøgelsen, måtte han give følgende meddelelse til patienten: ”Jeg kan ikke rigtigt finde årsagen til dine symptomer. Faktisk kan det godt skyldes alkohol”.

Patienten: ”Jamen, skal vi så ikke bare sige, jeg kommer tilbage, når du er blevet ædru?!”



Læger med for ringe kvalifikation bør stoppes.

DR Nyheder har i februar haft indslag om læger fra udlandet, der på tvivlsom baggrund har fået autorisation til at arbejde på danske sygehuse. Dette har medført en del debat om læger, som kommer ude fra og det niveau, som de er uddannet på. Der er givet eksempler på læger, der har fået autorisation til at fungere som læger i Danmark – på trods af, at de har fået flere advarsler i andre lande. Advarselslampen burde blinke inde i Sundhedsstyrelsen lange hurtigere end det har været tilfældet. Sundhedsstyrelsen bør være garant for Patientsikkerheden, mener vi i Patientforeningen Danmark, både når det gælder læger, som er uddannet her i landet, men også når det gælder læger, som kommer ude fra. Også danske læger har advaret Sundhedsstyrelsen om kolleger med for dårligt fagligt niveau, men alligevel har Sundhedsstyrelsen givet de pågældende læger tilladelse til at virke i Danmark.

Sundhedsstyrelsen benytter sig ofte af at give læger midlertidig autorisation og derefter lade det sygehus, som lægen bliver ansat på, vurdere kvaliteten af hans/hendes arbejde. Ifølge Sundhedsstyrelsens hjemmeside har Sundhedsminister Bertel Haarder og Sundhedsstyrelsens direktør Jesper Fisker besluttet, at der på sygehusene skal vurderes om en læge med midlertidig autorisation er en kvalificeret læge. Det indskræpes, at læger med midlertidig autorisation arbejder under den ledende overlægens ansvar. Desuden skal der indenfor Norden og EU arbejdes på, at oplysninger fra andre lande om faglige vurderinger i den enkelte læges arbejde følger lægen, når han/hun skifter til andre lande. Sundhedsstyrelsen skal endvidere sikre, at informationer om sundhedspersoners faglige virksomhed er tilgængelige for sygehusene.

Ved dette blads deadline beretter (i radioavisen) flere læger, der har været med til at eksaminere udenlandske læger med ansøgning om dansk autorisation, at spørgsmålene i den medicinske fagprøve er for lette, kravene er ikke store nok. Dette er bekymrende.

I Patientforeningen Danmark følger vi den videre debat.



Uddrag af høringsvar.

Denne artikel læses over disse tre sider: **27,28,29**

Der er desværre ikke plads til hele det svar, som Patientforeningen Danmark d. 19 januar 2010 sendte til Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, et svar på Høring over Lov om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, sundhedsloven og forskellige andre love. **Vi bringer et uddrag af svaret – hele svaret kan læses på PDs hjemmeside.** (Henvisning fra forsiden).

.....

Patientindflydelse er afgørende vigtig i klagesystemet. Patientforeningen Danmark ser med nogen tilfredshed, at regionernes mulighed for at udpege lægmænd til Patientklagenævnet ændres til, at forbruger- og patientorganisationers får mulighed for at udtale sig om de beskikkede medlemmer til Disciplinærnævnet. Ændringen er imidlertid slet ikke omfattende nok til at sikre patienterne de rettigheder, som de har krav på. Lovudkastet vil sænke kvaliteten i behandlingen, patientsikkerheden og retssikkerheden.

Lovudkastet svækker patienternes retssikkerhed yderligere.

Forslaget vil medføre en fortsat tung lægedominans i klagesystemet og ikke - som det er hensigten – en styrkelse af patienternes retssikkerhed. En retssikkerhed som blandt andet vil være afhængig af følgende:

I et fremtidigt **Disciplinærnævn** skal patienten have langt større muligheder for at blive hørt end tilfældet har været i **Patientklagenævnet**. Der skal være ligestilling mellem patient og behandler, når det drejer sig om beviser. Journalen er central i bevisførelsen, der skal arbejdes hen imod et system, hvor alle patienter i sundhedsvæsenet skal underskrive deres egen journal. Journaler indeholder i dag alt for mange fejl. Eksempel: En patient klager over, at han ikke er blevet undersøgt ordentligt og ikke har fået at vide, hvad han fejler, og det fremgår heller ikke af journalen. Behandleren påstår, at han har sagt til patienten, hvad han fejler. Det bliver så taget for "gode varer", selvom denne påstand ikke kan bevises.

Samtidig findes der alt for mange afgørelser fra Patientklagenævnet med eksempler på, at nævnet ikke har forholdt sig til alle sagens klagepunkter. Det skal være et krav til alle nævnsmedlemmer samt til eksterne konsulenter, om at alle skal have læst og udtale sig om alle sagens klagepunkter. Der skal være mere konkrete regler, der sikrer, at specialister, lægekonsulenter og eksterne konsulenter har den fornødne viden. Der skal være mere stramme regler om inhabilitet. Problemer omkring inhabilitet bør undgås i hele klagesystemet, inklusive i Retslægerådet. Danmark er som bekendt et lille land, og på nogle af specialerne er der naturligt nok mange inden for faget, som kender hinanden. Det kommende disciplinærnævn bør kunne anvende lægekonsulenter fra de andre nordiske, EU/EØS lande, når der skal indhentes en udtalelse.

Loven skal indeholde regler om, at patientrepræsentanter skal ind i et klagesagsforløb langt tidligere end det er foregået i Patientklagenævnet. I det nuværende Patientklagenævn kommer lægpersonen ofte først ind i sagen, når der foreligger et forslag til afgørelse. **Lægpersonen kunne f.eks. involveres allerede dér, hvor embedslægen får de indklagede lægers version af hændelsesforløbet.**

Der skal være en fælles indgang til klagesystemet, som bør være under offentlig forvaltning. **Også klager, der vedrører tandbehandling bør behandles i dette fælles klagesystem.** Endvidere bør klagesystemet behandle klager over service, klager som i dag henvises til regionerne. I dag findes der ingen regler for, hvordan regionerne skal behandle klager over serviceniveau. Mange patienter beretter om kortfattede standardsvar, som ikke forholder sig til det, der klages over.

Der skal være en ankemulighed for klager, der klager til Disciplinærnævnet.

Af hensyn til alle parter i en klagesag – og også af hensyn til læring og kvalitetssikring – skal sagsbehandlingstiden sættes ned. **Efter Patientforeningen Danmarks opfattelse er alt over en 6 måneders**

sagsbehandlingstid uacceptabel. Patientforeningen Danmark appellerer til de politiske partier om at allokere de nødvendige ressourcer til Patientklagenævnet.

Selv om sagsbehandlingstiden i dag er alt for lang i Patientklagenævnet, modtager Patientforeningen Danmark mange henvendelser, der peger på, at sagsbehandlingen alligevel ikke er i orden. Eksempelvis bliver klagebreve fejllæst og nogle gange omformet til ukendelighed.

Klagefristen skal være længere end de 2 år, som er for kort, da mange sygdomsforløb er lange og patienterne ikke har ressourcer til at klage midt i et forløb.

Patientforeningen Danmark anmoder om, at forslaget § 4.1 2. punkt ”Der kan ikke dispenseres fra de nævnte klagefrister” tilbagekaldes/fjernes og minimum den oprindelige mulighed bibeholdes i teksten (...”i sjældne tilfælde kan... nævn/.....ombudsmand se bort fra den 2 årige forældelsesfrist, hvis særlige grunde taler for det.) Nuværende regler om 2 års fristen og muligheden for at se bort fra den er efter vor opfattelse deklaratoriske og kan/skal ikke gøres præceptive.

Den femårige klagefrist skal forlænges.

Læring skal være et meget vigtigt element i det nye system – derfor er det et absolut must, at afgørelser offentliggøres i brugbare referater, så patienter/behandlere/advokater kan se, hvilken retstilstand der er på forskellige områder.



Vidste du, at hjernen bruger 0,1 kalorie i minuttet for overhovedet at holde sig i gang? Og hvis du udfordrer den med en sudoku eller et krydsord, sættes forbrændingen op til 1,5 kalorier i minuttet. Holder du hjernen travlt beskæftiget, kan du altså forbrænde op til 90 kalorier på en time!

Ja, så er den på vej ud i landet!

Det er vores nye brochure, der er tale om! Den er holdt i ”vores” orange farve, og foldet i et handy format.

Brochuren informerer om foreningens formål og idé og giver eksempler på, hvad foreningen udkaster til debat og stiller spørgsmål om.

Naturligvis er der også en opfordring til at blive medlem – ligesom der er et girokort indføjnet.

Brochuren vil ligge fremme til generalforsamlingen d. 25. april (se meddelelse på side 15), hvor alle er velkomne til at tage et bundt med – til fordeling i eget lokalområde.



OG SÅ ET PAR CITATER FRA JOURNALERNE:

- Patienten har bryst smerter, hvis hun ligger på sin venstre side i mere end et år.
- På andendagen havde hans knæ det bedre, og på tredjedagen var det helt forsvundet.
- Da han kommer fra København, har han ingen børn.
- Patienten har lidt af depressioner, lige siden hun begyndte at konsultere mig i 1989.
- De hun besvime, rullede hendes øjne rundt i rummet.

Medicingruppen. MFR vaccine og autisme.

Anette Ulstrup

Læger har pligt til at indberette ukendte eller uventede bivirkninger af lægemidler. Alligevel bruger læger tit – når de står overfor patienter med lægemiddelskader - argumentet: ”Der er ikke dokumentation for, at lægemidlet giver denne bivirkning, så det må være noget andet, der har været årsag til de opståede helbredsproblemer”.

Denne forkerte argumentation blev også brugt på DRs deadline fredag d. 12. februar 2010, hvor der var debat om MFR vaccine og autisme. Tidsskriftet The Lancet har trukket en artikel tilbage, en artikel, som viser sammenhæng mellem autisme og MFR vaccine. I anledning af, at artiklen er trukket tilbage var Else Jensen, Vaccinationsforums formand, i studiet sammen med læge Jan Pravsgaard Christensen.

Læge Jan Pravsgaard Christensen mente ikke, at der var belæg for, at MFR vaccine kan være årsag til autisme på trods af, at en del forældre beskriver sammenhæng mellem MFR vaccine og autisme, og han argumenterede med, at når der ikke er dokumentation for sammenhængen, så må det være noget andet, som er årsag til autisme hos de børn, som har udviklet autisme efter MFR vaccine.

I Patientforeningen Danmark har vi ikke kontakt med ret mange patienter med skader efter MFR vaccine, men vi får rigtig mange henvendelser fra patienter, der har fået bivirkninger eller skader af andre lægemidler samtidig med, at læger afviser sammenhæng mellem det pågældende lægemiddel og alvorlige helbredsproblemer. ”Det må være noget andet end medicinen, du er blevet syg af” kommer lægemiddelskadede patienterne alt for ofte til os og fortæller, at deres læge har sagt. Og ofte bruger lægen det argument, at da de helbredsproblemer, som er opstået i forbindelse med brug af lægemidlet ikke står på bivirkningslisten, så må det være noget andet end medicinen, der er årsag. (læs videre næste side)

Den går altså ikke! Læger har pligt til at indberette ukendte bivirkninger til Lægemedelstyrelsen.

I Patientforeningen Danmark er vi ikke i tvivl om, at der mangler viden om lægemiddelskader, såvel fra vacciner som fra alle andre lægemidler. Der er hårdt brug for forskning om bivirkninger og lægemiddelskader. **”Ingen bør være i tvivl om, at lægemiddelindustrien har bidraget med udvikling af nye og gode lægemidler, der har reddet livet eller forbedret livskvaliteten for mange mennesker. Det er imidlertid lige så uomtvisteligt, at lægemiddelindustriens markedsføring har medvirket til overforbrug og anden uhensigtsmæssig brug af medicin til skade for mange patienter og med store økonomiske konsekvenser for samfundet.”** Sagt af Jens Søndergaard og Morten Andersen, Læger, Forskningsenhed for Almen Praksis, Syddansk Universitet, Odense i Månedssblad nr. 12, 2009, Institut for Rationel Farmakoterapi.



Gå evt. ind på hjemmesiden for Institut for Rationel Farmakoterapi :

www.irf.dk

gå ind i Publikationer

gå herfra ind i Rationel Farmakoterapi

gå herfra ind i årgang 2009

gå herfra ind i Månedssblad nr. 12

til: Markedføring af lægemidler har stor effekt – hvad er mekanismerne?

http://www.irf.dk/dk/publikationer/rationel_farmakoterapi/maanedssblad/2009/markedsfoering_af_laegemidler_har_stor_effekt_-_hvad_er_mekanismerne-.htm

Der er dokumentation for, at lægers arbejde er påvirkede af deres samarbejde med lægemiddelindustrien.



Bliv medlem i dag:

Patientforeningen DANMARK

- patienternes interesseorganisation

Postboks 1238

5100 Odense C.

www.patientforeningen-danmark.dk

Enkeltmedlemskab 200 kr. årligt.

Medlemskab, husstand, 250 kr. årligt.

Medlemsblad 4 gange om året, **Internetside** med nyttige informationer, **chat-room**, **rådgivnings-telefonlinie**, **almen rådgivning**, profil på **Facebook**, **sociale arrangementer** mm.

Patienternes talerør i den offentlige debat! **Nålestik** til ministeren og nævnene og styrelserne! **Din** repræsentation i brugernævn, samarbejdsprojekter og debatter!

Vigtige høringsvar i lovgivnings-processen, så patienternes synsvinkel ikke glemmes

HUSK AT MELDE FLYTNING!



Udgiver af *NYT FRA Patientforeningen Danmark:*

Patientforeningen DANMARK
Postboks 1238
5100 Odense C

www.patientforeningen-danmark.dk

info@patientforeningen-danmark.dk

Ansvarshavende redaktør:
Anette Ulstrup

Formand:
Karsten Skawbo-Jensen

Bestyrelsen:

Anette Ulstrup (næstform.)
Kay Geels (kasserer)
Grete Sundbro (blad)
Birgit Woer (medl.)
Elisabeth Berg (medl.)
Fin Nørregaard (medl.)

Berit Müller (supp.)
Karin Hjorth-Nielsen (supp.)
Helge Poulsen (supp.)

Næste nummer af NYT FRA Patientforeningen DANMARK udkommer i JUNI 2010