

Marts 2011

1

NYT fra



### Halløj på badehotellet !

Når man læser om de seneste års skandaler både på Christiansborg og Københavns Universitet går tankerne tilbage til den meget morsomme engelske tvser med ovenstående titel.



Først Lene Espersens vildledning af Folketinget i forbindelse med overbetalingen af de private sygehuse



Dernæst Løkke Rasmussens bagatellisering af sagen.



Så kom det frem, at Henriette Kjær var gift med en storsvindler



At Lægemiddelstyrelsen begik grove fejl.



At Bithe Rønn handlede i strid med loven ved at nægte unge statsløse indvandrere dansk statsborgerskab



At rektor for Københavns Universitet gav sin fulde opbakning til en noget tvivlsom hjerneforsker



Og så går vi rundt og tror, at vi lever i et demokratisk retssamfund!



Lone Scocozza

Leder.

## VERDEN VIL BEDRAGES –

Det er et gammelt ord, og det har fuld gyldighed stadigvæk. Og selvom verden måske ikke så gerne VIL bedrages, så bliver den det i hvert fald.

Som det ses på forsiden, sker det hele tiden omkring os, og det er ikke bare på Borgen og Universitetet men også på forskningscentre og indenfor medicinalindustrien, der er uhyrlige eksempler.

Ved et foredrag i Vanløse Kulturhus d. 18.januar, fortalte professor Peter Gøtzsche en fantastisk beretning om, hvordan der manipuleres med forsøg og resultater indenfor især psykofarmika og selvom vi desværre kun var en lille skare til at opleve dette glimt fra en verden, vi ikke til daglig har mulighed for at komme nær, mente vi i bestyrelsen, at det var helt oplagt, at vore medlemmer over hele landet også skal have mulighed for at ”høre” Peter Gøtzsches kronik.

Derfor bringer vi den som et særligt indlæg i dette nummer af NYT fra Patientforeningen Danmark, idet hele kronikken kan læses fra og med side 6 til og med side 16.

Her kan man så læse om ”spøgelsesforfattere”, der skriver artikler, som om de kom fra læger, om forsøgsresultater der i den grad manipuleres, at man siger, at forsøget ”tortureres” til et acceptabelt resultat – og om læger, der ikke har forstået, at i samme øjeblik de lukker en sælger fra medicinalindustrien ind, kan det betyde katastrofe for nogle af lægens patienter! Ikke fordi lægen mener, at han/hun lader sig påvirke! Nej! Fordi lægen – uden at ønske det – BLIVER påvirket! Og så sker det bare! Igen og igen!

GS.

## Der er tomme pladser i den private psykiatri –trods ventelister

Psykiatrien figurerer tit i mediernes overskrifter. Det er der desværre en grund til. Mennesker med psykiske problemer, der søger hjælp i Det Danske Sundhedssystem, får simpelthen ikke et godt nok tilbud om hjælp og slet ikke på det rette tidspunkt.

Tal fra Danske Regioner viser ifgl. Information 21.02.2011, at der alene i Region Hovedstaden stod 1.633 patienter på venteliste i sidste kvartal af 2010. Heraf havde 366 stået på venteliste i mere end to måneder, som behandlingsretten omtaler. På trods af lange ventelister er der stadig masser af tomme pladser i den private psykiatri.

Selv om ventelisterne på de offentlige psykiatriske afdelinger er ved at eksplodere, henviser regionerne så godt som aldrig til de private psykiatriske behandlingstilbud, der ellers har masser af ledige pladser. Sidste år indgik regionerne en aftale om en udvidet undersøgelses- og behandlingsret, der garanterer psykiatriske patienter ret til behandling inden for to måneder. Men siden aftalen trådte i kraft, er ventelisterne kun blevet endnu længere. Sundhedsministeren vil nu holde et vågent øje med problemet.

Dorrit Cato Christensen



**Patientforeningen Danmark's Rådgivningslinien tlf.**

**70239121 Mandag kl. 20-22**

**Er linien optaget ? Så skriv til os! –**

**til Postboks 1238, 5100 Odense C. Eller send en mail**

**til [info@patientforeningen-danmark.dk](mailto:info@patientforeningen-danmark.dk)**

## *Kedelig tendens -*

## *vi gør sygdom til usundhed*

Af Anette Ulstrup

Vi mennesker har et vist behov for positivt samvær med andre mennesker, og vi har behov for glæde og velvære. Indimellem har vi brug for at tage skyklapper på og lukke af for ulykke, hungersnød osv. Sådan er det.

Det er interessant at følge tv serien Lykke, som kaldes en depressionskomedie. Jeg ser den, fordi den handler om medicinalindustrien, som heldigvis får et skud for boven. I en eller anden grad latterliggøres medicin og medicinalindustri, og det har vi brug for.

Serien, Lykke, har dog en brist, fordi den fastholder os i en kedelig tendens, der får større og større magt i vores kulturelle forståelse for sundhed og sygdom, nemlig den, at vi leder efter psykologiske faktorer, hvis vi skal finde forklaringer på, hvorfor vi ikke har det godt. Her vil jeg godt indskyde en bemærkning om, at jeg ikke vil forklejne de problemer, som mennesker har på grund af traumatiske oplevelser.

Det er bare vigtigt, at traumatiske oplevelser ikke bruges som en dårlig undskyldning for ikke også at undersøge og behandle patienter for sygdom – og dette sker desværre meget ofte. Og i stigende grad. Godt halvdelen af de mennesker, der førtidspensioneres i dag, har en såkaldt psykisk diagnose, og det er altså ikke psykologer, der kan bringe disse mennesker tilbage på arbejdsmarkedet. Det er primært læger, der er brug for her. Langt de fleste af de mennesker, der førtidspensioneres med såkaldt psykisk diagnose har skader af kemikalier i en eller flere hormonproducerende kirtler. Dette har jeg redegjort for i flere artikler i tidligere numre af dette blad .

Så tendensen går desværre den forkerte vej, der bliver flere og flere såkaldt psykisk syge, og der bliver anvendt mere og mere

psykofarmaka. I depressionskomedien Lykke tales der om, at der ligger en fare i, at psykofarmaka (eller stresspiller) i fremtiden vil kunne bruges som præstationsfremmende middel. Denne fare ser jeg også. Men langt den største fare, jeg ser, ligger i det faktum, at psykofarmaka bliver anvendt til uforklarligt syge mennesker, hvis sygdom vi ikke gennemskuer, og hvis smerter vi ikke respekterer. Vi har udviklet en kultur, der fremmer patologisk narcissisme med rod i menneskelig og intellektuel fattigdom.

Vi mennesker bliver mere og mere immune overfor hinandens smerter. Sundhed er ved at blive en religion, hvor vi tilbøder motion, mager kost osv. Der kan siges meget godt om motion, men motion har fået en uheldig birolle. Motion er blevet en brik i den enkelte danskers iscenesættelse af sig selv som sundhedens apostel. Motion bliver ofte et vigtigt led i den ”film”, som kører inde i hovedet med ”mig selv” som hovedperson, og som får respekt for at kunne fortælle ”Jeg var lige ude at løbe 5 km i går”.

Og jo, jeg ligger nok også under for den selv i en eller anden grad! Derfor har læger mulighed for at udbrede motionsdyrkelsen, og ”Dyrk motion” bliver alt, alt for ofte (mis)brugt med den hensigt at få patienter, der ikke honorerer lægens og samfundet behov for hurtig diagnosticering - ud af døren i en vis fart. Hurtig diagnosticering er i sig selv en god ting, men hvis det betyder forkert diagnosticering – og det gør det alt for ofte – så er det i disse tilfælde uhensigtsmæssigt for både patient og samfund.

Syge mennesker vil i stigende grad stemples som usunde, hvilket betyder, at de selv må tage ansvaret for deres sygdom. De vil ikke kunne få behandling for deres sygdom i sundhedsvæsenet.....jo de vil blive tilbudt den nemmeste løsning, symptombehandling i form af medicin. Men det giver ikke folk deres arbejdsevne igen, for de bliver ikke raske af symptombehandling.

Lad os få endnu en komedie af Stig Thorsboe, en komedie, der synliggør relationen mellem kemikalier og alvorlige helbredsproblemer! En fremstilling, der vil latterliggøre den håbløst simple tankegang, lægens arbejde bygger på i diagnosticeringsprocessen.



## Medicinalindustriens forskningsfusk - og de købte læger

Af: Peter C. Gøtzsche prof., overlæge, dr. med, Det Nordiske Cochrane Center, Rigshospitalet .

Bragt første gang d. 24. januar 2011 på videnskab.dk, med referencer, hvor der efterfølgende kom flere artikler om emnet af journalist, cand. scient. Sybille Hildebrandt.

**Obs! Alle understregninger i kronikken er sat af redaktionen.**

**KRONIK: De seneste år har budt på en række skandaler i medicinalindustrien. Firmaers hemmeligholdelse af forskningsdata og lægers interessekonflikter er med til at sløre sandhederne om præparaternes virkninger.**

Der er penge i lægemidler. Så mange, at det nærmest er umuligt at straffe medicinalfirmaers ulovligheder økonomisk. De senere år har mange bøger, artikler og rapporter om medicinalindustrien fokuseret på dens forsknings- og markedsføringsmetoder Metoder, som ofte har overskredet lovens grænser, hvilket har medført store bøder i USA.

Verdens største medicinalfirma, Pfizer, betalte for eksempel en rekordbøde på 2,3 milliarder dollars i et forlig. Forliget blev indgået efter anklager om svindel og kriminelle handlinger på grund af markedsføring af fire præparater til indikationer, de ikke var godkendt til. Bøder af selv denne størrelse synes dog ikke at have nogen afskrækkende effekt.

**Læger lægger navn til spøgelsesartikler**

Pfizer lovede det amerikanske sundhedsministerium ikke at gøre det igen, men det var fjerde gang, Pfizer havde afgivet dette løfte. De brudte løfter hænger nok sammen med, at rekordbøden

svarede til kun 3 ugers salg for Pfizer. Firmaerne tjener langt mere på ulovlighederne end udgifterne til bøder.

Lægers økonomiske interessekonflikter i relation til medicinalindustrien farver deres opfattelse af lægemidlers gavnlige og skadelige virkninger og fører til uhensigtsmæssig brug af lægemidler

Mange læger bidrager til ulovlighederne ved at lægge navn til artikler om off-label brug, som firmaerne bruger i markedsføringen. Det er sjældent lægerne selv, der formulerer de kreative syn på lægemidler, men en spøgelsesforfatter, der skriver manuskriptet for firmaet, hvorefter lægen modtager et honorar for sin manglende indsats, som ikke så sjældent er skadelig for patienterne.

### **Spøgelsesartikler publiceres i høj-impact-tidsskrifter**

Denne form for videnskabelig uredelighed er udbredt men kommer i reglen ikke frem, fordi idéen netop er at holde den skjult. Sagsanlæg i USA, som har åbnet firmaernes arkiver, har imidlertid vist, at mange artikler er forfattet af spøgelses, hvis navn ikke engang fremgår af en taksigelse.

David Healy har estimeret, at omkring halvdelen af den videnskabelige litteratur om psykofarmaka er skrevet af spøgelses eller firmaansatte forfattere, eller er publiceret i supplementer til tidsskrifter uden peer review. Spøgelsesartikler publiceres ofte i høj-impact-tidsskrifter, og man skal derfor være ekstra kritisk, når man læser artikler om lægemiddelforsøg, også i sådanne tidsskrifter.

New England Journal of Medicine er firmaernes foretrukne tidsskrift, da det har stor reklameværdi for lægemiddelsælgerne at efterlade et særtryk fra dette tidsskrift. Der foreligger en vis symbiose, idet tidsskriftet sælger mange særtryk og også forhøjer sin impact factor ved at publicere industriens forsøg

### **Misvisende billede af lægemidlers virkninger**

Den massive kommercielle forurening af litteraturen er en hovedårsag til, at læger har et misvisende billede af lægemidlers gavnlige og skadelige virkninger. Denne fejlopfattelse medfører, at læger bruger langt flere lægemidler, end patienterne har godt af.

Salget af antidepressiva er for eksempel nu så stort, at 7% af den danske befolkning kan være i behandling hver eneste dag, fra vugge til grav. Det er der ingen der er, men det betyder kun, at det må være en langt større procent, som på et eller andet tidspunkt kommer i behandling.

Da effekten af disse præparater er beskeden, med mindre patienterne lider af svær depression; da en depression sædvanligvis kun varer tre måneder; og da bivirkningerne er så generende, at kun omkring halvdelen af patienterne fortsætter behandlingen, er dette store forbrug uhensigtsmæssigt.

### **Det billigste ikke dårligere end det dyreste**

Man må derfor undre sig over, at Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der skal screenes for depression i Danmark .

Psykiaterne har nemlig selv erkendt, at hovedproblemet ikke er underbehandling, men overbehandling med psykofarmaka. Og et Cochrane review over 12 forsøg (5693 patienter) konkluderede, at det er en rigtig dårlig idé at screene for depression.

I USA er det endnu værre. De mest solgte lægemidler (i dollars) er antipsykotika. Det er svært at forestille sig, at der i en så overvægtig befolkning skulle være flere, der er psykotiske, end der er i behandling for forhøjet blodtryk, forhøjede lipider eller diabetes.

Selvfølgelig er dollars ikke det samme som daglige doser, men da forsøg foretaget uafhængigt af industrien viser, at de billigste antipsykotika ikke er dårligere end de dyreste, må forbruget af antipsykotika i foruroligende grad være styret af industrien.

### **Regel mod artikler forfattet af interessenter**

Økonomiske interessekonflikter blandt læger er så udbredt, at de kan være vanskelige at undgå for tidsskriftsredaktører.

For nogle år siden besluttede New England Journal of Medicine, at oversigts- og lederartikler ikke måtte være forfattet af læger med en finansiell interesse i et firma, som fremstillede et produkt, der blev diskuteret i artiklen, eller et konkurrerende firma.

Den regel holdt ikke længe. Redaktørerne publicerede kun én lægemiddelartikel i 2 år, og de bemærkede, at hvis de ikke publicerede noget som helst, ville de heller ikke løbe nogen risiko for at viderebringe skævvredne forestillinger

På den anden side ville en sådan tavshed ikke være nyttig for læserne. De ændrede derfor reglen til, at forfatterne ikke måtte have nogen signifikant finansiell interesse. Hvad en amerikaner opfatter som en signifikant finansiell interesse kan være rigtig mange dollars.

I øvrigt har økonomiske interessekonflikter intet at gøre med beløbets størrelse. Det starter med den første kuglepen, fordi det ligger i vore gener at gengælde venlighed med venlighed.

Redaktørernes nye regel er derfor i modstrid med evidensen .

### **Interessekonflikter er problematiske**

Nogle læger mener, at deklareret af interessekonflikter løser problemet, men det gør det ikke. Vi ville ikke være trygge ved, at en dommer havde aktier i et privat fængsel, selv om dommeren havde deklareret sin interessekonflikt.

Der har været et tilfælde i USA, hvor en dommer med denne interessekonflikt idømte strengere straffe end sine kolleger.

Faktisk ville vi ikke være trygge ved, at en dommer havde **nogen som helst** interessekonflikter.

Hvordan kan det så være, at læger har så svært ved at indse, at deres interessekonflikter er problematiske og går ud over patienternes ve og vel? Læger er også dommere på vegne af patienterne, nemlig over hvor gode eller dårlige lægemidlerne er. Jo mere samarbejdsvillige og jo mindre kritiske læger er overfor industrien, jo flere store kliniske forsøg bliver de sat i spidsen for, og jo flere forskningsmillioner trækker de hjem til den institution, de er ansat på. Lægelige forskere kan derfor føle sig fristet til at nedtone eller slet ikke rapportere skadevirkninger af de lægemidler, de undersøger, idet dette øger lægernes popularitet i industrien.

### **Snyd med kliniske forsøg med psykofarmaka**

Et sådant tilfælde blev afsløret, fordi New Yorks statsanklager anklagede GlaxoSmithKline for gentagne tilfælde af svindel, hvilket åbnede firmaets arkiver. Et forsøg, der sammenlignede paroxetin med placebo hos børn og unge med depression, havde ifølge firmaets interne dokumenter ikke påvist nogen effekt, tværtimod var paroxetin skadeligt .

Da forsøget blev publiceret, viste det imidlertid noget ganske andet: Nu var paroxetin effektivt og tålt godt.

Der var ingen effekt på et eneste af de 8 effektmål, der fremgik af forsøgsprotokollen, men det klarede firmaet ved at undersøge en lang række yderligere effektmål - mindst 19 - og ved at vælge andre effektmål til artiklen, end dem der stod i protokollen.

I artiklen stod der, at paroxetin havde signifikant effekt på ikke mindre end 4 ud af de 8 rapporterede effektmål.

Denne manøvre kaldes 'at torturere data til de tilstår'

Den kaldes også 'The Texas sharp shooter': Hvis man affyrer en pistol mod en måltavle og rammer ved siden af, og derefter maler måltavlen over og maler en ny, som nu har kuglehullet som centrum, så er man ikke skarpskytte, men svindler.

## **Suicidalitet hos forsøgspersoner forsøgt skjult**

Førsteforfatteren, psykiateren Martin Keller, som havde været overordentlig effektiv til at tiltrække industrisponsorering til sit universitet, skrev i artiklen, at effektmålene var deklareret a priori, men firmaets egne dokumenter viste, at det var løgn.

Det fremgik heller ikke af publikationen, at forskellen i alvorlige skadevirkninger - 11 på paroxetin mod kun 2 på placebo - var statistisk signifikant ( $p = 0,02$ , min beregning). Fem tilfælde af suicidal adfærd eller tankegang blev omdøbt til emotionel labilitet, og 3 yderligere tilfælde af suicidalitet eller selvmutilering forsvandt fra publikationen, hvor de blev kaldt hospitalsindlæggelse.

Et tidligt manuskriptudkast udarbejdet med henblik på publicering i JAMA, som forkastede artiklen, diskuterede overhovedet ikke alvorlige skadevirkninger. Et senere firmaudkast omtalte forværring af depressionen, emotionel labilitet, hovedpine og fjendtlig adfærd, som skyldtes eller muligvis skyldtes behandlingen.

Men publikationen omtalte kun en patient med hovedpine, som investigator mente var relateret til behandlingen. Publikationen nævnte ikke, at der var suicidalitet blandt 8 patienter på paroxetin mod kun 1 på placebo. Det var endda endnu værre. Efter FDA havde bedt GlaxoSmithKline se på forsøget igen, dukkede flere tilfælde af suicidalitet op, så nu var der mindst 10 på paroxetin ( $p = 0,01$ , min beregning).

### **'Egnede til at vurdere effekten'**

Denne groft manipulerede artikel er et af de mest citerede arbejder overhovedet, som skulle overbevise lægerne om, at det var godt at behandle børn og unge med antidepressiva. Der er helt tilsvarende problemer i andre medicinalfirmaer og med andre lægemidler.

For eksempel fremgår det af et Pfizer-dokument, at Pfizer-sponsorerede studier tilhører Pfizer og ikke noget individ, og at formålet med at indsamle data er at understøtte Pfizers marketing.

Hvad det betyder, så vi for nylig: Det tyske institut for medicinsk teknologivurdering havde bedt Pfizer om data fra alle forsøg med det antidepressive lægemiddel reboxetin. Men Pfizer ville kun udlevere de forsøg, som fra Pfizers synspunkt var 'egne til at vurdere effekten'!

### **Foredragsholdere udstyres med firmaets slides**

Efter hårdt pres og negativ presseomtale udleverede Pfizer de fleste af de manglende data, og det viste sig, at reboxetin, som er godkendt i flere lande, inklusive i Danmark, ikke har nogen effekt, men er skadeligt.

Ifølge et internt dokument fra AstraZeneca var firmaets antipsykotiske lægemiddel quetiapin dårligere end et gammelt stof, haloperidol. Men firmaet begravede deres negative forsøg, og en metaanalyse af 4 forsøg fremlagt på en kongres og en pressemeddelelse meddelte, at quetiapin var signifikant bedre end haloperidol.

Læger, der holder foredrag for firmaerne, udstyres med firmaets slides. I dette tilfælde viste AstraZenecas slides, at quetiapin ikke havde nogen indflydelse på vægten. Der var endda en tidsskriftspublicering som hævdede det samme, baseret på forsøgsdata fra skizofrenipatienter. Men AstraZenecas interne dokumenter viste, at quetiapin giver udtalt vægtøgning.

### **Firmaernes kontrol over lægernes forsøg**

Selv når læger laver forsøg på eget initiativ, uafhængigt af industrien, prøver firmaerne alligevel at få indflydelse på bearbejdelse og tolkning af resultaterne.

En intern email fra AstraZeneca nævner for eksempel, at Eli Lilly tilbyder signifikant finansiel støtte til sådanne forsøg, men at de til gengæld ønsker at kontrollere data; at firmaet er i stand til at

putte spin på data på mange forskellige måder med et effektivt forfatterhold; og at negative data sædvanligvis holdes skjult. En anden AstraZeneca-mail siger om Janssen, at ingen data fra investigator-initierede forsøg vil blive tilladt publiceret uden forudgående kontrol af Janssen, som har høje forventninger til investigatorene, der publicerer favorable resultater, og som Janssen belønner godt. Hvis dette er rigtigt, er det korrupsion.

### **Opdigtede patienthistorier**

I en intern email fra Eli Lilly er afsenderen bekymret over, at firmaets antipsykotikum, olanzapin, sættes i forbindelse med vægtøgning og stigning i blodsukkeret. Han anbefaler, at følgende bemærkning slettes fra manuskriptet: »Patienter, der tager på i vægt, kan udvikle insulinresistens, hvilket kan lede til hyperglykæmi og diabetes.«

Eli Lilly fortalte sin salgsstyrke, at man rådede over flere data end nogensinde, som kunne bakke historien op om, at rater af hyperglykæmi og diabetes for de forskellige psykotropiske stoffer er sammenlignelige. Eli Lilly planlagde at markedsføre olanzapin på indikationer, stoffet hverken var godkendt til eller undersøgt for.

Praktiserende læger blev oplevet som besværlige, fordi de ikke brugte antipsykotika hyppigt nok på grund af bekymringer over skadevirkningerne. Eli Lilly var imidlertid besluttet på at 'ændre deres paradigme' og udarbejdede opdigtede patienthistorier til brug for salgsstyrken.

### **Europa-parlamentarikere bevidst om problemer**

Det er værd at nævne, hvordan Marcia Angell, tidligere chefredaktør for New England Journal of Medicine, ser på alt dette (se side 14). Jerome Kassirer, også tidligere redaktør af dette tidsskrift, lægger heller ikke fingrene imellem, idet titlen på hans bog er: *'On the take: how medicine's complicity with big business can endanger your health'*.

Læger synes, at den information, de får fra medicinalindustrien er nyttig. Det må skyldes himmelråbende uvidenhed om de faktiske forhold. Jeg har lige været i Europa-parlamentet og mødte ikke en eneste politiker, som var i tvivl om, at vi er nødt til at gøre noget ved de udtalte problemer med medicinalindustriens forsknings- og informationsvirksomhed.

Der foreligger for eksempel en rapport fra Committee on the Environment, Public Health and Food Safety, som er en meget skarp kritik af håndteringen af vaccinespørgsmålet ved den såkaldte influenza-pandemi, som var meget mildere end normale pandemier. Rapporten påpeger behovet for uvildig information og problemerne med lægers interessekonflikter.

### **Danske læger og medicinalindustrien**

Lægeforeningens politik er at nedtone problemerne og nærmest lade som om, de ikke eksisterer. Det går ikke længere.

Praktiserende Lægers Organisation og Lægeforeningen bør vedtage en principbeslutning om, at læger ikke modtager besøg af lægemiddelsælgere, fordi det er skadeligt både for patienterne og for samfundsøkonomien.

Over 2.000 danske læger samarbejder med medicinalindustrien, når man medregner både dem, der står på

Lægemiddelstyrelsens hjemmeside og dem, der burde stå der.

Man må undre sig over, hvad alle disse læger dog laver.

Mange har flere jobs, og Lægemiddelstyrelsen lister i alt 3675 roller, hvor de vigtigste er underviser (1111 læger), Advisory Board medlem (568) og konsulent eller rådgiver (604).

Marcia Angell's synspunkt er, at læger må vænne sig af med at modtage penge fra industrien, men at de desværre mest har lyst til at fjerne lugten af korrupsion, mens de beholder pengene.

### **Alle eksperter opkøbt på forhånd**

Det er også et problem for retssikkerheden, at anklagere, der anlægger sag mod firmaerne, kan komme ud for, at alle potentielle ekspertvidner er opkøbt på forhånd.

Den advokat, der undersøgte Lægemiddelstyrelsens rolle i Omnican-sagen, kunne ikke finde en eneste ekspert i Skandinavien, som ikke havde samarbejdet med industrien. Medicinalindustrien køber sig goodwill og indflydelse hos opinionsdannerne.

Jeg synes hellere toneangivende læger skulle lægge pres på industrien om at udlevere deres mange upublicerede data. Læger er jo ude af stand til at vælge de bedste præparater for deres patienter, når de ikke kender data. Det er det største etiske problem vi har, og firmaerne overtræder Helsinki-deklarationen, når de hemmeligholder deres forsøgsresultater.

Da vi engang bad om data fra et stort upubliceret forsøg, meddelte UCB os, at det kunne vi ikke få; at UCB var et etisk firma, og at alle data ejes af UCB, som har retten til at gøre, hvad firmaet finder ønskeligt. Tydligere kan det næppe siges, at både lægerne og de patienter, der havde lagt krop til firmaets forsøg, blev holdt for nar.

### **Hvad kunne vi gøre bedre?**

Det eneste, firmaerne har respekt for, er faldende indtjening. Vi kunne derfor overveje at boykotte de værste firmaer. Man kan næsten altid finde et lige så godt præparat fra et konkurrerende firma - og meget ofte endda et, der er billigere. De dyre præparater er sjældent et fremskridt; det ser bare sådan ud, fordi medicinalindustrien har manipuleret med resultaterne.

Den enkelte læge kunne også overveje med sig selv, om glæden ved at modtage penge fra industrien opvejer ubehaget ved, at nogle af disse penge måske er tilvejebragt ved kriminelle aktiviteter, som er gået ud over patienterne, og overveje, hvorfor en tiltagende del af befolkningen og de medicinske tidsskriftsredaktører opfatter lægers relationer til medicinalindustrien som delvis korrupte.

I 1997 mente 79% af de adspurgte amerikanere, at medicinalindustrien gjorde en god indsats; i 2004 var det 44%, og i 2005 var det kun 21%.

### **Risikerer at miste patienternes tillid**

Det vigtigste er dog at sikre i lovgivningen, at ikke bare alle resultater, men også alle rådata fra kliniske forsøg lægges frem for offentligheden, så uafhængige forskere kan kontrollere data-analyserne.

Man kunne give meget store bøder, hvis dette ikke sker, og man kunne også indføre en karantæneperiode, hvor det pågældende firma er afskåret fra at gennemføre nye forsøg. For at have den fornødne effekt skal en sådan lovgivning vedtages på supranationalt plan, det vil sige i EU.

Man kan godt samarbejde med industrien uden at få penge for det, og det ville give lægerne mere frihed. Forskere samarbejder med hinanden uden at opkræve honorarer, og Advisory Board medlemmer i almennyttige foretagender får i reglen heller ikke honorar.

Som BMJ's chefredaktør har sagt: »Just say no«. Ellers risikerer lægerne at miste det vigtigste, de har, udover deres indkomst: **Patienternes tillid.**



Man må sige, den kronik er en øjenåbner! Hvad vi almindelige mennesker dog udsættes for som patienter, og hvorfor er lægestanden så selvisk?

Vi har før i bladet her rådgivet omkring spørgsmål til praktiserende læger - nu er der ligesom kommet nogle nye til!



Patientforeningen DANMARK afholder

**O r d i n æ r g e n e r a l f o r s a m l i n g**

**Søndag den 10. april 2011 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 2011 kan  
ske ved indgangen.**

Foreningen byder på kaffe/te mm.



Er du interesseret i bestyrelsesarbejde – og i at gøre en indsats  
for at forbedre det danske sundhedssystem?  
Så meld dig på vores mailadresse!

Vi har brug for frivillige, der brænder for sagen og har overskud til  
at deltage i forskellige tiltag!



Ja - så er vi godt inde i 2011 !!

Foråret står på spring, frosten er ved at slippe sit tag - og så  
er det, fornemmelser begynder at pippe frem inden!

I denne verden, hvor alting kommer alle ved hele tiden, er der  
noget vidunderligt ved, at føle en spirende  
forårsfornemmelse.

Det er en urgammel følelse, fornemmelsen af at livet opstår  
påny, at grokraften sættes i gang og at lyset får mere og  
mere magt.

Må 2011 blive et lyst, kærligt og frugtbart år!



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

Så klik på:

[www.patientforeningen-danmark.dk](http://www.patientforeningen-danmark.dk)

Klik så på ”kontakt os” og derefter på

[info@patientforeningen-danmark.dk](mailto:info@patientforeningen-danmark.dk)

og skriv, du ønsker at modtage nyhedsmail –

og **husk din mailadresse!**



## Velkommen til 'Café Sygemeldt' – Fællesskab der rykker!!



Arrangement hver tirsdag kl.100-13 i Kafé Knud's lokaler,  
Skindergade 21 kld. København K.



'Café Sygemeldt' er et meningsfyldt fristed for sygemeldte, ledige  
fleksjobbere – og nysgerige!



I 'Café Sygemeldt' findes en personlig og god stemning, et stort  
engagement og åbenhed. – Her er rummelighed, hygge og sjove  
indfald.



Alle med særlig interesse i sygemeldtes situation, er velkomne både til  
caféarrangementerne og/eller blive en del af netværket!



- Der er ingen tilmelding....du kan bare dukke op kl.10.00! Det er  
oplivende at mødes med andre i sammesituation – og måske få  
inspiration til at være 'chef' i sit eget liv!



### Du kan komme, når du:

Har tid, lyst og lejlighed,  
Er glad, vred eller ked af det,  
Har smerter, lider og føler dig som et offer,  
Har overskud, underskud eller bare 'er',  
Føler dig ensom eller ej,  
Er afklaret eller uafklaret,  
Ønsker inspiration og samvær.



Du kan se de kommende emner ved at trykke gå ind på vores  
hjemmeside [www.CafeSygemeldt.dk](http://www.CafeSygemeldt.dk) og trykke på "kalender".

## 4 år med mening – Cafe Sygemeldt

Det er svært at fatte at det nu er mere end 4 år siden at jeg fik den  
idé at skabe et meningsfyldt samlingssted for sygemeldte uden om  
'det offentlige'.

### Oplevelser med sygemeldte

Som socialrådgiver gennem 30 år havde jeg lært et utal af  
sygemeldte at kende, mest som underviser på kurser som var  
finansieret af offentlige midler.

Det var tydeligt for mig at de fleste kursusedtagere var glade for  
samværet med andre i samme situation. Der opstod fortrolighed og  
blev fortalt historier om oplevelser, som vi ellers rubricerer under  
'privatlivets fred'. Der var en helt unik stemning med humoristiske  
indslag og løslupne påfund. Der blev udtrykt forskellige  
følelses tilstande og givet praktisk hjælp til hinanden.

### Genkendelighedens betydning

Det blev tydeligt for mig, at det ikke var kursets tilrettelæggelse eller  
form og indhold der havde den største betydning for de sygemeldte.  
Det var simpelthen samværet mellem mennesker, som i øjeblikket  
var isoleret fra det attraktive arbejdsliv p.g.a. helbredsproblemer.  
De var sultne efter at blive accepteret i deres særligt sårbare  
livskapitel - og det var en stor oplevelse for dem at møde andre i  
den samme samfundsmæssige situation! - Her skulle ikke gøres  
noget særligt for at blive forstået af de andre. Oplevelsen af  
fællesskab gav næring til en positiv stemning og blomstrende  
ressourcer.

### Frivillige opgaver

Da jeg stoppede som lønmodtager fik jeg frihed til at bruge mine  
ressourcer på andre måder. I 2007 gav det rigtig god mening at  
lave særlige aktiviteter med henblik på at skabe inspiration til  
f.eks.større inklusion og mere parathed til at komme videre for  
sygemeldte borgere. Jeg forestillede mig at det ville være lettere for  
sygemeldte at mødes uden skriftlige indkaldelser og pligter, som  
skulle opfyldes efter lovgivningens krav og rammer.

Jeg tænkte at jeg fint kunne bruge 3 timer ugentligt (tirsdage kl. 10-13) på 'Café Sygemeldt' og tilbød uforpligtende ugentligt samvær med særlige arrangementer for sygemeldte og andre i lignende situation.

Det væltede ind med oplægsholdere, som gerne ville bidrage til meningsfulde og underholdende indslag. Henvendelser fra forskellige hjælpere, som gør en fantastisk forskel. Der var medier og mennesker der gerne ville vide mere om 'Café Sygemeldt'. - Snart brugte jeg op mod 18 timer om ugen på at lave aftaler, arrangere og svare på mails og telefoner. - I dag bruges knap så mange timer.

### Meningsfyldt fødselsdag

Jeg er fantastisk glad for at der nu har været flere hundrede forskellige deltagere i 'Café Sygemeldt's tirsdagsarrangementer og næsten 200 forskellige frivillige oplægsholdere.

Når der holdes 4 års fødselsdag den 8. marts, er det med en stor glæde og bekræftelse af at 'Café Sygemeldt' giver god mening, inspiration og glæde for deltagere og frivillige.

Det er fantastisk at opleve at det der sendes ud kommer tilbage i overstrømmende mængder.

Tusind tak for 4 berigende år med anerkendelse, samhørighed, tryghed, forandring i dagligdagen og muligheden for at bidrage/at gøre en forskel!

Susanne Kjær

[www.CafeSygemeldt.dk](http://www.CafeSygemeldt.dk)

Der er åbent arrangement i 'Café Sygemeldt' hver tirsdag kl. 10 - 13 i Skindergade 21, Tlf. 2239 0717



Og så et lille eksempel fra journalerne:

Fik dog besked om, at hjertet var i orden, men at hun skulle komme igen, hvis hun blev bevidstløs.

## Svækket lægmandsindflydelse i det videnskabetiske komitésystem

I Danmark har vi et unikt og enestående komitésystem, som vi bør værne om. De regionale videnskabetiske komiteer og deres medlemmer af fagfolk (læger) og lægfolk (politisk udpegede) sikrer kontrol med videnskabelige forsøg på sundhedsområdet. Etik og jura skal være i orden, og forsøgspersoner, som medvirker i videnskabelige forsøg, skal have mest mulig sikkerhed og information. Når dette er sikret, har forskere og medicinalindustri til gengæld gode muligheder for hurtigt at få grønt lys til at forske og udvikle nye behandlingsmuligheder og produkter.

Desværre tyder en varslet revision af komitésystemet på, at meget af det, der er styrken i komitésystemet, vil blive alvorligt svækket. Man må håbe, at sundhedsministeren vil lytte til de mange kritiske høringsvar, som kommer ind, og besinde sig.

Lad mig blot pege på ét kritisabelt forslag, som bør tages af bordet. Det foreslås, at såkaldt komplicerede sager ikke længere skal behandles af de regionale videnskabetiske komiteer, men af Den Nationale Videnskabetiske Komité. Forslaget lider af den væsentlige svaghed, at det ikke på forhånd kan vurderes, hvorvidt et projekt er kompliceret eller ej, og at der meget vanskeligt kan

opstilles retningslinjer herfor i et cirkulære. Det er jo først under en indgående drøftelse mellem lægfolk og fagfolk, at der kastes lys over, hvad der gemmer sig i de enkelte forsøgsprotokoller. Tit forbavses man over, at den protokol, der ser simpel ud, har mange lag og faldgruber, hvilket først kommer frem gennem en konstruktiv meningsudveksling og gennem spørgsmål og svar. Dertil kommer, at Den Nationale Videnskabetiske Komité langt fra har den samme brede erfaring, som de enkelte regionale komiteer har, alene af den grund, at Den Nationale Videnskabetiske Komité aldrig har behandlet samme mængde

sager som de regionale komitéer. Desuden er tanken, at såkaldt simple sager kun skal behandles af formændene i de regionale komitéer. Og formændene skal for fremtiden udelukkende være læger. Lægfolk må ikke længere være formænd for komiteerne. Hvis såkaldt simple projekter – og hvad er et simpelt projekt? - skal behandles alene af formanden for den regionale komite, og hvis de såkaldt komplicerede projekter – og hvad er et kompliceret projekt? – skal behandles af Den Nationale Videnskabsetiske Komite, ja, så bliver der ikke meget tilbage for lægfolkene at tage sig til. Ændringen vil betyde en øget arbejdsbyrde for formændene og en alvorlig svækkelse af lægmandsindflydelsen i det regionale komitéssystem. Dette

vil jeg advare imod, for etik og moral er som bekendt for vigtigt at overlade til fagfolk alene.

Sundhedsministerens forslag vil samtidig betyde en væsentlig forringelse af forskernes retssikkerhed. I de såkaldt komplicerede sager, som for fremtiden kun skal behandles i Den Nationale Videnskabsetiske Komité, vil der ingen klagemulighed være, hvad angår det videnskabsetiske skøn. I dag findes en sådan, ud fra den tanke at det er et sundt demokratisk princip, at en afgørelse altid bør kunne tåle at blive set på med andre øjne. Men også det skal angiveligt være en saga blot.

Kære sundhedsminister, pas på med at ødelægge noget, der faktisk fungerer rigtig godt!

**Karsten Skawbo-Jensen**

medlem af Videnskabsetisk Komité (E) i Region Hovedstaden



## - **og så fik tandgruppen svar!**

Patientforeningen Danmarks Tandgruppe skrev 14. november 2010 et åbent brev til Sundhedsminister Bertel Haarder – brevet er gengivet i medlemsbladet fra december.

I brevet inviterede Tandgruppen Sundhedsministeren til et møde, hvor vi ønskede at fortælle Sundhedsministeren om nogle af de problemer, som tandpatienter har i Danmark.

Den 31. januar 2011 fik Patientforeningen Danmark følgende svar fra Sundhedsminister Bertel Haarder:

”Tak for invitationen til et møde om forskellige problemstillinger på tandplejeområdet. Jeg bliver dagligt indbudt til møder, konferencer mm. Jeg er således nødt til at foretage den nødvendige prioritering af min tid. Derfor har jeg desværre ikke mulighed for at imødekomme jeres anmodning om et møde, men jeres henvendelse giver mig anledning til at oplyse følgende:

Sundhedsstyrelsen har i efteråret 2010 nedsat en arbejdsgruppe, der skal analysere behovet for oprettelse af andre tandlægelige specialer i Danmark. Når resultatet af denne gruppes arbejde foreligger, vil behovet for at udvide antallet af tandlægespecialer blive vurderet.

Egenbetaling for visse sundhedsydelser skyldes en meget vanskelig men nødvendig prioritering af den offentlige finansiering af sundhedsvæsnets samlede behandlingstilbud. Det har betydet, at der er en vis egenbetaling for bl.a. voksentandpleje, psykologhjælp, fysioterapi og kiropraktik, hvorimod behandling ved praktiserende læger og på sygehus langt overvejende er vederlagsfrit. Der er endvidere værd at bemærke, at den samlede offentlige finansieringsandel af det danske sundhedsvæsen er meget høj i international målestok.

Tilskuddet i voksentandplejen er tilrettelagt med sigte på at fremme og fastholde gode tandplejevaner i befolkningen ved at give et tilbud om en basal, sammenhængende tandpleje til en overkommelig pris. Derfor har man valgt at prioritere de forebyggende ydelser og visse betalingsydelser, så de gode resultater fra børne- og ungdomstandplejen, som er gratis for børnene, kan videreføres.

Med hensyn til klage- og erstatningsordningerne på tandområdet vil jeg naturligvis være interesseret i at få en skriftlig redegørelse fra Tandgruppen med dokumentation af og synspunkter på, hvad I betegner som kaotiske og til tider ulovlige tilstande og som uanstændig og ydmygende behandling. Det vil også skabe et mere solidt grundlag for at høre, hvilke bemærkninger det giver anledning til fra Tandlægeforeningens side.

Med venlig hilsen

Bertel Haarder”

I Tandgruppen er vi naturligvis både ærgerlige og skuffede over, at Sundhedsministeren ikke har tid til at møde os. I stedet må vi så nøjes med at forsøge at få en konstruktiv skriftlig dialog med Sundhedsminister Bertel Haarder.

Tina Jønsson



## Viden og vejledninger reducerer polyfarmaci i skizofrenibehandling.

Psykisk sårbare med diagnosen skizofreni må i følge Sundhedsstyrelsens vejledninger kun behandles med **et** antipsykotisk middel ad gangen. I enkelte veldokumenterede tilfælde kan denne grænse dog overskrides.

I følge en ny medicinsk teknologivurdering rapport (MTV), er cirka 6500 ambulante patienter med skizofreni i behandling med mere end ét antipsykotisk præparat. Det svarer til knap halvdelen af alle patienter. Dette høje tal er yderst bekymrende.

Sundhedsstyrelsens MTV rapport peger på, at polyfarmaci (behandling med flere antipsykotiske præparater på samme tid) er mindre de steder i psykiatrien, hvor der er undervisnings- og forskningsaktiviteter, og hvor der er viden om og opmærksomhed på lokale behandlingsvejledninger, som man kan læse i Nyhedsbrev den 11. februar 2011.

Sundhedsstyrelsen peger derfor på, at det er væsentligt at prioritere de tre elementer, behandlingsvejledninger, undervisning og forskning, hvis omfanget af polyfarmaci skal reduceres.

MTV'en viser også, at der overordnet set ikke er evidens for bedre effekt af behandling med flere præparater samtidig for størstedelen af personer med skizofreni. Polyfarmaci mod skizofreni er derimod forbundet med øgede bivirkninger og kan medføre mere generelle ulemper som for eksempel større risiko for medicineringsfejl.

Det påpeges også i rapporten, at de nuværende antipsykotika i følge (SST) er utilstrækkelige, da 20-30 procent af patienterne ikke responderer korrekt og tilstrækkeligt på medicinen. Selv for respondenterne er effekten ofte begrænset til en reduktion af symptomerne på 20-30 procent. Der eksisterer således et stort uopfyldt behandlingsbehov hos denne patientgruppe, som klinikerne prøver at imødekomme, og en nærliggende tilgang er tillæg af yderligere antipsykotiske præparater, siger MTV rapporten.

Ved at læse rapporten kunne man få det indtryk, at hvis den medicinske behandling i de anbefalede doser ikke hjælper den psykisk sårbare, så putter man bare et nyt præparat oveni og/eller forøger dosis. Det er her skizofrenibehandlingen begynder at blive farlig og ukontrolleret.

Vi har haft henvendelser om mennesker i behandling, som får antipsykotisk medicin i doser, der svarer til tre til fire gange højst anbefalede dosis. Dette gives for nogens vedkommende ved polyfarmaci og for andres ved meget store doser af et enkelt præparat. De psykisk sårbare synes at blive dårligere og alligevel fortsætter denne farlige behandling. Det ville svare til, at man gav personer med smerter tre til fire gange højst anbefalede dosis panodil -altså 24 eller 32 panodil dagligt. Det ville være utænkeligt. Det ville give alvorlige bivirkninger og lægen der udstedte en sådan dosis ville højst sandsynligt få en påtale for ikke at behandle med rettidig omhu.

Der skal naturligvis også ske påtale, når psykisk sårbare bliver overmedicineret. Man kan ikke blot blive ved med at øge de medicinske doser under henvisning til, at personen er MEGET syg. Vedkommende er måske netop blevet MEGET syg af den massive medicinering!

Som Forskningschef, professor Birte Glenthøj pointerer i *Dagens medicin*, 6. marts 2009: »Det er vigtigt at huske, at hvis medicinen ikke hjælper, skyldes det ikke nødvendigvis, at patienten får for lidt medicin; det kan lige så godt skyldes, at dosis er for høj ... »

**Man kan kun håbe på, at styrelserne, som burde være garant for god og forsvarlig behandlingen af mennesker med diagnosen skizofreni, snart træder i karakter og sørger for at behandlingen foregår med rettidig omhu.**

Dorrit Cato Christensen



## Blodprøve kan afsløre Alzheimers

Forfatter: Webredaktør, Trine Brøndsted

Kilde: [www.telegraph.co.uk](http://www.telegraph.co.uk)

Dato: 11. januar 2011

### Alzheimers behandling før sygdommen bryder ud

Den nye opdagelse betyder ifølge Professor Thomas Kodadek, som leder forskningsholdet, at man kan begynde en behandling af [Alzheimers](#), længe før der er sket skader på hjernen og dermed sørge for at sygdommen kun udvikler sig langsomt.

#### Blodprøve viser antistoffer

Man har længe arbejdet på at finde måder at påvise stoffer i blodet, der viser, at kroppen kæmper med sygdommen.

Forskere ved Scripps Research Institute i Florida, har fundet en ny måde at fremstille tusindvis af molekyler i forskellige udformninger – peptoider – som er udviklet til at interagere med antistoffer

Det lykkedes forskerne at identificere 3 peptoider, som reagerede på blod fra [Alzheimers](#) patienter, og ikke på rask blod.

Test på seks [Alzheimers](#) patienter og laboratorie mus, viser, at blodprøven er 93 procent korrekt.

### Ikke kun Alzheimers patienter kan få glæde af opdagelsen

Professor Thomas Kodadek, som leder forskerteamet, påpeger, at det er nødvendigt at udføre langt flere forsøg, for finde nøjagtigheden af blodprøven. Kodadek har dog store forventninger til dens muligheder -Hvis dette virker ved [Alzheimers](#), så tyder det på, at det er en opdagelse, som kan bruges som en generel platform, til diagnosticering af en masse forskellige sygdomme, f.eks. [Parkinsons](#) eller visse typer af cancer, siger han til the Telegraph.

Undersøgelsen er offentliggjort i tidsskriftet Cell.

**Danske Regioner holdt Psykiatriens topmøde  
20-21. januar 2011**

-under overskriften:

**Fremtiden begynder i dag.**

Her blev oplistet otte hovedpunkter, som de vil arbejde for.

Og det første punkt var:

- Nedbringelse af antallet af ubehandlede psykoser.

Man kan kun nedbringe tallet af ubehandlede psykoser ved at gribe om ondets rod i tide, står der i alle vejledninger og anbefalinger i forbindelse med psykiatrisk behandling. Mennesker med et psykiatrisk problem skal udredes og i behandling så hurtigt som muligt. Herved kan man undgå, at problemet udvikler sig. Videnskabelige undersøgelser viser, at en tidlig opsporing og behandling bremser psykosens udvikling og forbedrer chancerne for at blive rask. Regionerne skal tage disse undersøgelser alvorligt og henvise til de private psykiatriske udrednings- og behandlingstilbud, hvor der er mange ledige pladser.

Man kan kun håbe at Danske Regioner efter deres topmøde vil leve op til hensigtserklæringen med at nedbringe antallet af ubehandlede psykoser blandt andet ved at bruge de behandlingstilbud, der står til rådighed og at Sundhedsministeren gør alvor af holde et vågent øje med problemet.

Dorrit Cato Christensen

**Patientforeningen Danmark har også  
indflydelse!**

Foreningen er nu repræsenteret i Forbrugerrådet, og her igennem også i Patientskadeankenævnet, hvor foreningens formand Lone Scocozza har sæde. Derudover er foreningens næstformand Elisabeth Berg repræsentant i Disciplinærnævnet, og fra Tandgruppen, som nu har 20 medlemmer, er to repræsenteret i Tandklagenævnet. Fra region Midtjylland er det Kirsten Nielsen, og fra Hovedstadsområdet er det Tina Jønsson



En journalbøf:

Patienten bor sammen med sin mor, far og kæle-skildpadde, som p.t. er i dagpleje 3 gange om ugen.



# Sundhedsvæsenet under pres.

## Tema i Danmarks Radio.

Anette Ulstrup

Danmarks Radio har siden 18. januar haft sundhedsvæsenet til debat under overskriften Sundhedsvæsenet under Pres. Der har i den anledning på DR Nyheder været bragt en del historier, som har givet indblik i de dilemmaer og svære valg, som patienter og sundhedsvæsen kæmper med. På dr.dk har det været muligt – og er det stadig, da dette skrives - for alle, såvel patienter, politikere og sundhedspersoner at deltage i debatten. Lørdag d. 26. februar samledes 13 politikere og nogle af landets førende sundhedsøkonomer i DR for at diskutere og komme med bud på løsninger på fremtidens prioritering i et sundhedsvæsen, som udvikler flere og flere nye behandlingsmuligheder. Der var desuden opstillet et borgerpanel, som dog ikke fik mange muligheder for ytring.

Vi skal prioritere – men hvordan? Jeg fulgte debatten d. 26. februar på DRs hjemmeside. Ekspertene havde inden mødet fremsat 10 løsningsforslag, der skulle kunne løse nogle af fremtidens udfordringer for sundhedsvæsenet. En rapport fra Copenhagen Consensus Center, der fremlægger styrker og svagheder i sundhedsvæsenet, var lagt til grund for de 10 løsningsforslag.

De 10 løsningsforslag så således ud: **1. Helbredssamtaler, 2. Vælg vigtigste behandling, 3. Gøre mere for de svageste, 4. Bedre hygiejne – færre fejl, 5. Nej til dyreste medicin, 6. Sundhedshuse tæt på, 7. Forbedret psykiatri, 8. Lægebesøg via kamera (telemedicin), 9. Mere behandling af døende, 10. Brugerbetaling**

I starten af debatten d. 26. februar var der en del diskussion om telemedicin, som økonom Kjeld Møller Pedersen mener, at det er tiden at implementere. Debatten fortsatte med diskussion af valget mellem f.eks. fokus på kronisk syge versus forebyggende helbredsundersøgelser.

Sundhedsøkonomerne mener, at det er vigtigt at få en ”Institution til prioritering i sundhedsvæsenet”, flere andre lande har en sådan institution, bl.a. Storbritannien. Der var en del debat omkring en sådan institutions rolle og sammensætning, og Bertel Haarder spurgte, om det ikke var muligt i Danmark at bruge analyser fra andre lande. **(vend)**

Etisk Råd gav udtryk for, at de ikke ønsker et prioriteringsinstitut, der skal bestemme de beslutninger, som læger og sygeplejersker træffer dagligt. Men læger og sygeplejersker skal hjælpes til at træffe mere kvalificerede beslutninger ud fra nogle helt klare principper, som hele sundhedsvæsenet skal forholde sig til.

Danmark er det OECD-land, hvor relativt flest pensioner uddeles med baggrund i psykiske lidelser og nedslidning. Politikerne var enige om, at en styrelse af psykiatrien er nødvendig.

Debatten denne dag sluttede med at politikerne på baggrund af debatten lavede en ny liste over de tiltag, som de mener, er nødvendige i fremtidens sundhedsvæsen. Den kom til at se således ud.: **1. Mere social lighed i sundhedsvæsenet, 2. Forbedret psykiatri, 3. Telemedicin, 4. Helbredssamtaler, 5. Reduktion af infektioner og utilsigtede hændelser, 6. Mere behandling af døende, 7. Diagnostiske centre, 8. Dyr sygehus-medicin, 9. Oprettelse af prioriteringsinstitut, 10. Brugerbetaling**

Måske der er kommet flere synspunkter frem i debatten på DR siden dette blev skrevet. Følg med på DR, på vores hjemmeside eller på Patientforeningen Danmarks Facebook-gruppe.



### NYT FRA Patientforeningen DANMARK

sendes til:

**STATSMINISTERIET, SUNDHEDSMINISTERIET,  
FOLKETINGETS SUNDHEDSUDVALG,  
DE FEM REGIONER, PARTILEDERNE, ETISK RÅD,  
ANDRE BESLUTNINGSTAGERE -  
OG PRESSEN.**

## Bliv medlem i dag:

### **Patientforeningen DANMARK**

- patienternes interesseorganisation

Postboks 1238

5100 Odense C.

[www.patientforeningen-danmark.dk](http://www.patientforeningen-danmark.dk)

Enkeltmedlemskab 200 kr. årligt.

Medlemskab, husstand, 250 kr. årligt.

---

**Medlemsblad** 4 gange om året: marts, juni, september, december. **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

Deadline for artikler til bladet: **d.20. i måneden før.**

HUSK AT MELDE FLYTNING!



Udgiver af *NYT FRA*  
*Patientforeningen*  
*Danmark:*

**Patientforeningen DANMARK**  
Postboks 1238  
5100 Odense C

[www.patientforeningen-danmark.dk](http://www.patientforeningen-danmark.dk)

[info@patientforeningen-danmark.dk](mailto:info@patientforeningen-danmark.dk)

Ansvarshavende redaktør:  
**Lone Scocozza**

**Formand:**  
**Lone Scocozza**  
**KUN for mediekontakt:**  
**3315 4828 – 2332 3336**

Bestyrelsen:

**Elisabeth Berg** (næstform.)  
**Lennart Reisler** (sekretær.)  
**Grete Sundbro** (medl.)  
**Tina Jønsson** (medl.)  
**Fin Nørregaard** (medl.)  
**Dorrit Cato**  
**Christensen** (medl.)  
**Karin Hjorth-Hansen** (supp.)  
**Helge Poulsen** (supp.)

**Næste nummer af**  
**NYT FRA**  
**Patientforeningen**  
**DANMARK**  
**udkommer i**  
**juni 2011**