

DEN ALMINDELIGE DANSKE LÆGEFORENING



# Lægeforeningens Aktivitetsrapport 2006



FOTO: SCANPIX

# Indhold

*Forsidebilledet:  
Akut beredskabet har  
stået højt på årets  
dagsorden*

Fremtidens lægeforening	3	Kursusaktiviteter	16
Den centrale struktur	3	E-læringskursus i udredning af demens	16
Lægeforeningens verdigrundlag	4	Sygefravær	16
Et nyt klagesystem	5	Spørgeskemaundersøgelser om lægers efteruddannelse	16
En todeling af klagesystemet	5	Oplysning om abort til indvandrerkvinder (KVAI)	16
Den offentlige gabestok	5	Nye kursusaktiviteter – nye initiativer	17
Læger i gabestok	6	Læger.dk	19
Skyldig per automatik	6	Ugeskrift for Læger	20
Straf med tilbagevirkende kraft	6	Lægeforeningens interne forhold	21
Usædvanlige retsprincipper	6	Consensus II	21
Fremtidens akutbetjening	7	Lægeforeningens økonomi	21
Service- og kvalitetsforbedring	7	Økonomiske hovedtal	22-23
Sammenhæng i behandlingsforløbet	7	Lægeforeningens adresser	24
Sammenhængende patientforløb – de 4 K'er	8		
Behov for øget vidensdeling	8		
Brugerinvolvering i EPJ	8		
Lægers opgaver i sygdomsforebyggelse	9		
Lægeforeningens lægemiddelpolitik	10		
Lægemedler på internettet	10		
Respekten for lægers faglighed	11		
Frederikshavnersagen	11		
Kodeks for god rådgivning	11		
Lægernes forventninger til myndigheder og andre, der efterspørger lægefaglig rådgivning	11		
Respekten for læerklæringer	12		
Hjælpepligt og udøvelsen af skøn	12		
Lægemiddelforskning på bevidstløse	13		
Rygelov er et om'er	13		
Videreuddannelse	14		
Forkortelse af uddannelsestiden	14		
Deltid	14		
Turnus	14		
Lægens Uddannelsesbog	14		
Postgraduat lægelig uddannelse	14		
Forskning	15		
Forholdet til industrien	15		
Publicering af resultater	15		
Tilsyns- og kontrolsystem	15		

*Denne  
Aktivitetsrapport  
dækker perioden  
april 2005-april 2006*

# Fremtidens lægeforening

Lægeforeningen er i gang med at tilpasse strukturen til de nye vilkår efter gennemførelsen af kommunalreformen og et regionaliseret sundhedsvæsen. Den nye struktur skal sikre, at lægerne fortsat har en stærk og tidssvarende interesseorganisation.

Fra januar 2006 blev de hidtidige lægekredsföreninger i amterne lagt sammen til fem regionale lægekredsföreninger. Der blev valgt formænd til de fem föreninger ved afstemninger blandt medlemmerne lokalt, og de øvrige ni medlemmer af bestyrelserne blev udpeget af delföreningerne lokalt. Der er tale om en overgangsordning på maksimalt to år. Kredsföreningerne i Grønland og Færøerne fortsætter uændret.

## Den centrale struktur

Næste trin i tilpasningen af organisationen er Lægeforeningens centrale struktur, der for øjeblikket er opbygget i tre søjler for yngre læger, speciallæger og praktiserende læger og en fælles overbygning, Den Almindelige Danske Lægeforening. I det forløbne år har tre arbejdsgrupper arbejdet med forskellige modeller for, hvordan fremtidens Lægeforening kan se ud.

Arbejdsgruppe A beskrev en samlet model for den politiske struktur og organisation ud fra, at fremtidens Lægeforening skal organiseres med udgangspunkt i varetagelse af de stands- og sundhedspolitiske opgaver.

Arbejdsgruppe B beskrev en model for den politiske struktur og organisation ud fra, at fremtidens Lægeforening skal organiseres med udgangspunkt i varetagelse af forhandlingsopgaverne.

Arbejdsgruppe C beskrev en model for den politiske struktur og organisation ud fra, at fremtidens Lægeforening organiseres med udgangspunkt i opdelinger, der varierer alt efter, hvilke opgaver der skal varetages.

Oplæggene har været drøftet i et udvidet Koordinationsudvalg med föreningernes bestyrelser, formænd for kredsföreningerne og de tre arbejdsgrupper og i Udvalget vedrørende Fremtidens Lægeforening. Udvalget lægger ikke op til, at repræsentantskabet på Lægemødet 2006 skal tage egentlige beslutninger. Repræsentantskabet skal tage stilling til nogle overordnede principper, så-

ledes at der kan udarbejdes egentlige beslutningsforslag om fremtidens Lægeforening til Lægemødet 2007.

Repræsentantskabet skal tage stilling til to helt overordnede principper for, hvordan den centrale förening i fremtidens Lægeforening skal organiseres:

1. Skal det være »de forhandlingsberettigede organisationers lægeforening«, hvor de föreninger, der har forhandlingsretten, som nu direkte indstiller til Lægeforeningens besluttede organer. Bestyrelsen udstyres med klare mandater til at forholde sig til stands- og sundhedspolitiske spørgsmål.

Eller:

2. Skal fremtidens Lægeforening være en lægeforening, hvor de besluttede organer vælges af medlemmerne ved direkte valg.

*Se rapporterne fra arbejdsgrupperne om fremtidens lægeforening under Lægemøde 2006 på [laeger.dk](http://laeger.dk)*



*Jens Winther Jensen, formand for Lægeforeningen. Formand for Udvalget vedr. Fremtidens Lægeforening, se orienteringen om arbejdet på [Laeger.dk](http://Laeger.dk). Formand for Kvalitetsudvalget, der bl.a. har udarbejdet oplægget om akutberedskabet. Formand for Internationalt Udvalg, der arbejder med Lægeforeningens internationale relationer. Formand for PatientLægeForum, der er et samarbejde med ni patient- og forbrugerorganisationer. Beretningerne kan ses i årsberetningen på [laeger.dk](http://laeger.dk), Lægemøde 2006.*



Bestyrelsen får således mandat til at forholde sig til stands- og sundhedspolitiske spørgsmål direkte og ikke igennem de foreninger, der har forhandlingsretten.

Uafhængigt af de to alternativer foreslås det dog at overveje at ændre formen på Lægemødet fra 2007, således at mødets første dag bliver en form for temadag omkring et enkelt sundfagligt eller politisk emne og med sideløbende sessioner.

Det foreslås, at den overgangsordning for kredsforeningerne, der trådte i kraft fra nytår 2006, også danner grundlag for lægekredsforeningerne i 2008. Det er nødvendigt på grund af den proces, der nu er omkring den centrale organisation, men der er ikke en garanti for den nuværende økonomiske ramme. Det foreslås, at der i 2006 udarbejdes en opgørelse af alle lægekredsforeningernes aktiviteter og ressourceanvendelse hertil.

#### Lægeforeningens værdigrundlag

På Hovedbestyrelsens internatmøde i juni 2005 blev det besluttet, at Lægeforeningen skal fremlægge en sundhedspolitisk erklæring, når Lægeforeningen fylder 150 år. Det skal være Lægeforeningens værdigrundlag anno 2007.

Derfor tog debatten afsæt i lægeløftet, som er afgivet af alle læger, og som alle læger derfor har en moralsk forpligtelse til at overholde. Der skal igennem debatten sættes fokus på, hvilke betingelser der skal være opfyldt, for at man som læge overholder sit lægeløfte i nutidens sundhedsvæsen. Er der strukturelle eller andre hindringer for, at en læge kan udføre sit hverv i overensstemmelse med det afgivne lægeløfte?



*Et kraftigt indspark i debatten om lægeløftet og lægeetik blev givet allerede ved Etisk Udvalgs 25-års-jubilæum i efteråret 2005 med udgivelsen af bogen »Etiske spørgsmål i medicinen«. Ved gennemgangen af det 191 år gamle lægeløfte finder forfatterne flere selvmodsigelser og en hensyntagen til samfundsregler, der betegnes som direkte umoralsk. De konkluderer, at lægeløftet på dette punkt er selvmodsigende og uetisk, om end der er et kærneindhold, der er etisk sundt og godt.*

# Et nyt klagesystem

Nogle af de kritikpunkter, som lægerne har haft i forhold til det nuværende patientklagenævn, er den manglende sammenhæng i afgørelsespraksis. Afgørelserne svinger, fordi der under sagsbehandlingen ikke har været adgang til den tilstrækkelige ekspertise. Det har også været en afgørende frustration, at der ikke har været adgang til at anke og derved få prøvet en afgørelse, som lægen har følt dybt urimelig.

Patienterne på deres side har oplevet, at de har fået medhold i 20 procent af klagerne, mens de resterende 80 procent er blevet afvist som grundløse. Ikke fordi de nødvendigvis var indholdsløse, men fordi mange af disse klager omfattede forhold, hvor ansvaret ikke kunne placeres på en enkelt eller enkelte sundhedsprofessionelle. Der er god grund til, at både behandlere og brugere af sundhedsvæsenet ønsker et nyt klagesystem. Lægeforeningen arbejder derfor offensivt med at få gennemført et klagesystem efter de principper, som blev vedtaget af Lægemødet 2001. Der er i dag bred enighed mellem Lægeforeningen, en række patientforeninger og en række politiske partier om behovet for et nyt klagesystem.

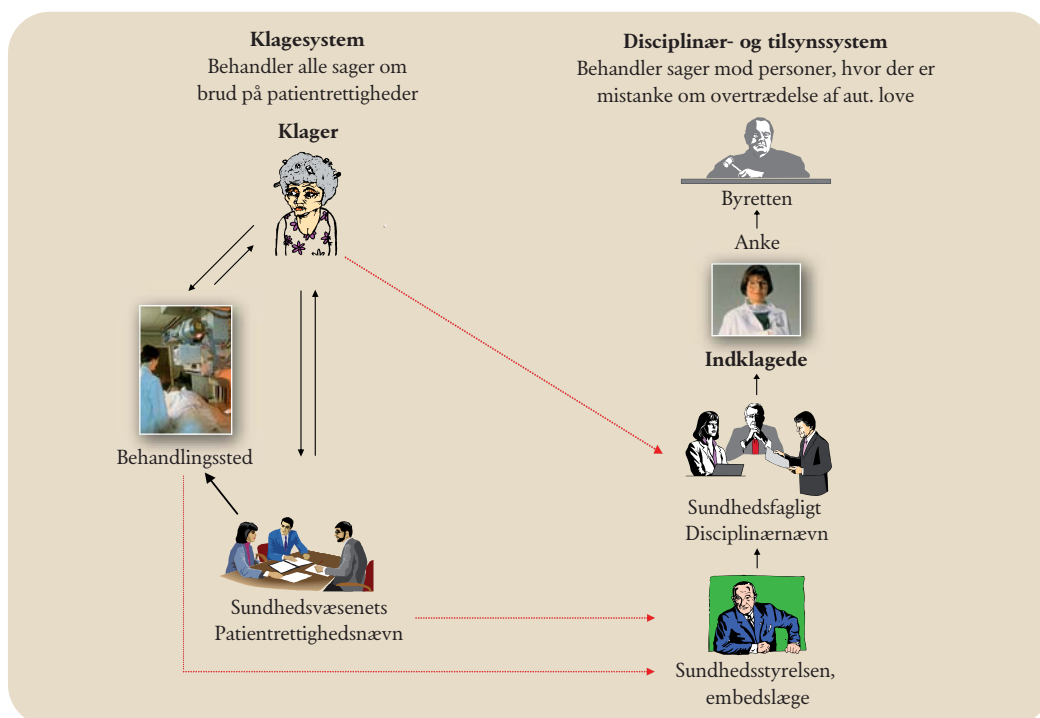
## En todeling af klagesystemet

Der skal efter Lægeforeningens mening ske en todeling af klagesystemet, således at det nuværende nævn gøres til et disciplinærnævn, og der etableres et nyt patientklagenævn med et ændret mandat og sammensætning. Det skal kunne behandle klager og have mulighed for at bedømme, om der er sket en tilsidesættelse af patientens formelle og materielle rettigheder. Hvis patienter eller pårørende i forbindelse med klagesager mener, at sundhedspersoner har begået noget kritisabelt, skal det indbringes for et disciplinærnævn, der behandler klager over faglig uforsvarlig virksomhed.

## Den offentlige gabestok

Læger risikerer fra starten af dette år at blive sat i den offentlige gabestok på grund af påtaler i Patientklagenævnet, uanset indholdet. Når afgørelser i klagesager skal have denne alvorlige konsekvens, så kræver det et klagesystem, hvor der er retssikkerhed, og afgørelserne er konsistente og velovervejede.

*Se Lægeforeningens oplæg til et nyt klage- og disciplinærsystem under Politik/DADL – politikpapirer på [laeger.dk](http://laeger.dk)*



## Læger i gabestok

Gennemførelsen af gabestokken for læger på nettet, der formelt hedder offentliggørelse af Patientklagenævnets afgørelser på Internettet, foregik på en måde, som det er svært at finde fortilfælde for. Det er vilkårligheden omkring offentliggørelserne, der gør, at vi opfatter det som en gabestok. Derudover mener vi, at den på to punkter er i strid med grundlæggende retsprincipper. Gabestokken er dels udformet sådan, at læger kan sættes til offentlig udhængning blot på grundlag af en mistanke om, at de har gjort noget ulovligt. Dels kan udhængning ske med tilbagevirkende kraft på grundlag af afgørelser fra Patientklagenævnet.

### Skyldig per automatik

Det er et grundlæggende princip i en retsstat, at man er uskyldig, indtil der er ført bevis for det modsatte. Men læger, der bliver meldt til politiet af Patientklagenævnet, bliver umiddelbart hængt i den offentlige gabestok på Internettet, alene på grundlag af anmeldelsen. Lægeforeningens tal viser imidlertid, at de fleste erfaringsmæssigt er uskyldige. I de 58 tilfælde, hvor Patientklagenævnet i årene 1995-2004 har meldt læger til politiet



*Carsten Rygaard, medlem af Hovedbestyrelsen. Formand for Arbejdsmiljøudvalget, der bl.a. arbejder med lægekultur. Formand for Grønlandsudvalget, der forhandler overenskomster for lægerne på Grønland. Se beretningerne under Lægemøde 2006 på [laeger.dk](http://laeger.dk)*

på en mistanke om, at de har overtrådt lægelovens paragraf 18, var der i over halvdelen af tilfældene ikke noget i mistanken. I 23 tilfælde blev sagen droppet, fordi anklagemyndigheden ikke mente, at der var noget grundlag for at rejse en tiltale. I yderligere ti sager blev lægerne frifundet i byretten. Som gabestokken er udformet, vil man altså årligt uretmæssigt ødelægge tilværelsen for 3-4 læger.

### Straf med tilbagevirkende kraft

Læger kan desuden komme i gabestokken med tilbagevirkende kraft på grundlag af påtaler for forhold, der ligger før gennemførelsen af den nye lov. Princippet er, at læger kommer i gabestokken, hvis de over en periode på fem år har fået tre påtaler. Bestemmelsen om påtaler trådte i kraft den 1. januar 2006, men det kan godt være på grundlag af hændelser, der ligger tilbage i tiden. Det er altså straf med tilbagevirkende kraft.

### Usædvanlige retsprincipper

Retsprincipperne er helt usædvanlige, og det rejser tvivl om, hvad der egentlig er formålet med gabestokken. Hensigten med loven skulle være at beskytte og vejlede patienter. Hvis det er formålet, skal det kun ske, hvis der skønnes at foreligge en risiko for, at lægen vil gentage sin kritisable adfærd. Efter Lægeforeningens opfattelse er det kun Sundhedsstyrelsen, der som tilsynsmyndighed kan foretage dette skøn.

Lægeforeningen vil derfor fortsat arbejde for, at det alene er Sundhedsstyrelsen, der afgør, om der er grund til at sætte læger i gabestokken. Det skal ikke ske på grundlag af en mistanke i Patientklagenævnet og slet ikke per automatik.

# Fremtidens akutbetjening

Lægeforeningen har siden Lægemødet 2005 arbejdet videre med tankerne om fremtidens akutbetjening og fremlægger nu et færdigt sammenhængende forslag til, hvordan den fremtidige organisering af det akutmedicinske område i Danmark kan se ud. Lægeforeningen foreslår, at følgende hovedprincipper lægges til grund for fremtidens akutbetjening:

- Lægelig visitation af akutte patienter. Alle akutte patienter henvender sig til egen læge og lægevagten. Det betyder let og enkel tilgængelighed til lægefaglig rådgivning, behandling og visitation på specialistniveau ved første henvendelse. Ved akut livstruende sygdom og ulykke kontaktes 1-1-2.
- Visiterede patienter med akut sygdom får hurtig og effektiv rådgivning og behandling i en koordineret akutmodtagelse på sygehusene – et akutcenter. Sygehusenes akutbetjening etableres på to niveauer – hovedakutsygehus (basisfunktioner) og akutsygehuse med højt specialiserede funktioner.
- Det sundhedsfaglige ansvar for alarmcentralen 1-1-2 placeres organisatorisk i sundhedsvæsenet med en lægelig ledelse. Den lægelige prækliniske indsats skal udbygges og dække hele landet

En lægelig visitation af alle akutte patienter er et afgørende redskab til at sikre en målrettet og effektiv modtagelse og behandling af akutte patienter. Egen læge og vagtlægen skal varetage opgaven med lægelig visitation af borgere med akutte problemer. De nuværende åbne skadestuer skal erstattes af et antal akutcentre, der alene modtager visiterede akutte patienter.

## Service- og kvalitetsforbedring

Den lægelige visitation indebærer, at patienter vil få en direkte adgang til lægelig rådgivning uden ventetid. Samtidig opnås en væsentlig service- og kvalitetsforbedring i forhold til i dag, hvor mange patienter, uvisiterede, møder frem på en åben skadestue og ofte venter flere timer på rådgivning og behandling. Den lægelige visitation betyder, at

mange patienter færdigbehandles af egen læge eller lægevagt, og alene patienter med et sygdomsproblem, der nødvendiggør sygehusbehandling, henvises hertil.

Akutbetjeningen trænger til et kvalitets- og behandlingsmæssigt løft. Set i forhold til de mange økonomiske og sundhedsfaglige ressourcer, der anvendes på akutområdet, bør en reorganisering og optimering af akutindsatsen have en høj politisk prioritet.

## Sammenhæng i behandlingsforløbet

Patienterne har krav på en optimal akutbetjening med høj kvalitet og sammenhæng i behandlingsforløbet. De eksisterende akuttillbud er præget af for stor uensartethed – det gælder både geografiske forskelle i organisering og tilbud, og det gælder tilbuddene til de forskellige patientgrupper, hvor indsats og kvalitet er ret varierende.

En ændret organisering af akutområdet skal sikre alle akutte patienter hurtig og effektiv visitation, rådgivning, diagnostik og behandling. Organiseringen skal samtidig understøtte en helhedsorienteret kultur, hvor lægens ansvar omfatter høj kvalitet i behandlingen og et sammenhængende behandlingsforløb.

Det indebærer et entydigt lægeligt ledelsesansvar for visitation, rådgivning, diagnosticering og behandling af akutte patienter, men stiller samtidig også krav til et tæt samarbejde på tværs af specialer og faggrupper.

Oplægget baserer sig på en række overordnede principper for fremtidens akutbetjening, der blev godkendt på Lægemødet 2005. Principperne er blevet videreudviklet og kvalificerede i det forløbne år, bl.a. med inddragelse af de videnskabelige selskaber, og udgør nu grundlaget for Lægeforeningens akutpolitik.

*Se hele oplægget om fremtidens akutbetjening under Lægemøde 2006 på [laeger.dk](http://laeger.dk)*

# Sammenhængende patientforløb – de 4 K'er

Se hele debatoplægget under Lægemøde 2006 på [laeger.dk](http://laeger.dk)

En arbejdsgruppe har i det forløbne år arbejdet med et debatoplæg til Lægemødet 2006 om sammenhængende patientforløb. Patienterne skal opleve et sammenhængende sundhedsvæsen med veltilrettelagte patientforløb. Det betyder bl.a.:

- at patienten møder det rigtige sundhedspersonale på det rigtige tidspunkt og får den rigtige behandling.
- at hver enkelt patient er orienteret om og indforstået med, hvad der skal ske, og hvornår det skal ske.
- at det rigtige personale på forhånd har kendskab til patienten og patientforløbet, uanset om der er tale om overgange mellem behandlere, sygehusafdelinger eller sektorer.

Det gælder patienter med akut opstået sygdom, patienter der skal til elektiv, altså planlagt, behandling og patienter med kroniske lidelser. Fra forløb med få kontakter til livslange forløb med mange kontakter, men altid med krav om sammenhæng fra første kontakt til forløbet er afsluttet.

Kravet om sammenhængende patientforløb gælder også ved sygdomsforebyggelse. Læger skal samarbejde med kolleger og andre faggrupper med henblik på at sikre sammenhæng og høj kvalitet i sygdomsforebyggelsen.

En forudsætning for sammenhængende patientforløb er høj faglig kvalitet, høj organisatorisk kvalitet og høj patientoplevet kvalitet i mødet med sundhedsvæsenets kultur – sammenfattet i de fire K'er:

## **Kontinuitet – Kerneydelse – Koordination – Kommunikation**

Sammenhængende patientforløb betyder behandling af høj kvalitet og høj patienttilfredshed. Et patientforløb er alle de aktiviteter, kontakter og hændelser, som patienterne oplever i mødet med sundhedsvæsenet

### **Behov for øget vidensdeling**

To af de mere konkrete forudsætninger for sammenhæng i behandlingsforløbene, som nævnes i debatoplægget, er en øget vidensdeling i sund-

hedsvæsenet og gennemførelsen af en velfungerende elektronisk patientjournal. Begge emner, hvor Lægeforeningen i det forløbne år har arbejdet aktivt for at fremme processen.

Lægeforeningen mener, at den nuværende lovgivning om samtykke og videregivelse af journaloplysninger er forældet og ikke tjener patienternes interesse. Lægeforeningen mener, at alle oplysninger om en given patient skal være tilgængelige for både patienten og behandleren.

Oplysningerne skal på sigt kunne hentes elektronisk, uanset hvor oplysningerne befinder sig, om det er i den praktiserende læges journalsystem, i hospitalsvæsenets journal eller hos en praktiserende speciallæge.

Den gældende lovgivning er i meget stort omfang indrettet på at beskytte privatlivet for gruppen af stærke og ikke særligt syge patienter, mens den er alt for restriktiv i forhold til den store gruppe af svært syge eller kroniske patienter.

### **Brugerinvolvering i EPJ**

Dertil kommer, at den nuværende lovgivning vil være en alvorlig hæmsko for, at sundhedsvæsenet fuldt ud kan udnytte potentialet i de elektroniske patientjournaler, der er på vej. Den nationale it-strategi for sundhedsvæsenet skal fornys ved årets udløb, og Lægeforeningen søger derfor indflydelse på, hvordan it-udviklingen, og især indførelsen af EPJ i den danske sundhedssektor, skal fortsættes. Vi arbejder intenst på, at der bliver langt mere brugerindflydelse, så det sundhedsfaglige indhold bliver sikret. Det er en forudsætning for, at vi kan få EPJ-systemer, der understøtter arbejdsgangene på sygehusene og medvirker til at hæve kvaliteten af behandlingen.

Det sundhedsfaglige indhold skal ikke defineres af it-folk. Det skal defineres af sundhedspersoner. Mange af de problemer, som er opstået omkring indførelse af den elektroniske patientjournal, skyldes, at vi, der skal bruge journalen i den kliniske hverdag, ikke har været taget tilstrækkeligt med på råd. Det sundhedsfaglige indhold i EPJ, klinisk terminologi og kvalitetsudvikling, skal også være med til at skabe den nationale sammenhæng omkring EPJ/G-EPJ.

# Lægers opgaver i sygdomsforebyggelse

Lægeforeningens Sundhedskomite har haft forebyggelse på programmet og har til Lægemødet udarbejdet et politikpapir om lægers rolle i sygdomsforebyggelsen. Det bygger på en række principper:

- Enhver læge er forpligtet til at deltage i sygdomsforebyggelse. Lægens indsats bygger på en særlig lægefaglig viden om sygdommes opståen, behandling og forebyggelse samt en juridisk og etisk forpligtelse.
- Lægers forpligtelse omfatter såvel borgerrettet som patientrettet sygdomsforebyggelse. Den omfatter dokumentation, planlægning, organisering og iværksættelse af såvel individorienteret, gruppeorienteret og samfundsrettet forebyggelse.
- Det er lægens opgave aktivt at inddrage patient og borger i sygdomsforebyggelsen med respekt for personens selvbestemmelse.
- Enhver læge er forpligtet til at opdatere sin viden om praktisk sygdomsforebyggelse inden for sit eget fagområde.
- Den lægefaglige viden skal sikre, at ressourcerne anvendes til evidensbaserede forebyggelsesaktiviteter. Er dokumentationen ikke til stede, er lægen forpligtet til at medvirke til dennes fremskaffelse, eventuelt via ny forskning.
- Lægefaglig rådgivning om sygdomsforebyggelse kan gives af den enkelte læge eller lægevidenskabelige selskaber og organisationer. Den lægefaglige rådgivning skal sikre det forebyggelsesfaglige indhold i uddannelser, referenceprogrammer, kliniske guidelines, kvalitetssikring og forskning.

*Læs hele politikpapiret under Lægemødet 2006 på [laeger.dk](http://laeger.dk)*



*Henri Goldstein er formand for Sundhedskomiteen. Se beretningen under Lægemøde 2006 på [laeger.dk](http://laeger.dk)*

# Lægeforeningens lægemiddelpolitik

Lægeforeningen har foretaget en revision af sin lægemiddelpolitik, således at den er i overensstemmelse med den række ændringer på lægemiddelområdet, der er sket de seneste år, blandt andet vedtagelse af en ny lægemiddellov, indførelse af et ændret tilskudssystem samt stiftelse af aktieselskabet Infomatum som autoriseret formidler af lægemiddelinformation i Danmark.

Formålet med Lægeforeningens lægemiddelpolitik er at medvirke til at skabe de bedst mulige rammer og muligheder for lægemiddelbehandling af høj kvalitet i det danske sundhedsvæsen.

Det betyder:

- Udvikling af sikre og effektive lægemidler
- Adgang til sikre, billige og effektive lægemidler
- Rigtig anvendelse af lægemidler
- Beskyttelse mod vildledende reklame og markedsføring
- Samarbejder der skaber rammer for kvalitet
- Lægemiddelforsikring der sikrer erstatningsmulighed



*Ole Eckhardt Poulsen, næstformand for Lægeforeningen. Formand for Lægemiddeludvalget, der bl.a. har udarbejdet revisionen af lægemiddelpolitikken. Se hele beretningen under Lægemøde 2006 på [laeger.dk](http://laeger.dk)*

Lægemiddelpolitikken tager derfor fat om alle aspekter fra lægemidlernes udvikling og fremstilling og frem til slutbrugeren. Et specielt område, som har været meget diskuteret de senere år, nemlig distribution af lægemidlet på internettet, bliver behandlet.

## Lægemidler på internettet

Med internettets vækst er der også etableret en række internetbaserede udbydere af lægemidler. Lægemiddelbestilling via telefon, telefax og internet og efterfølgende postforsendelse er tilladt fra EU-lande samt Island, Norge, Schweiz og Liechtenstein. Internetbestilling fra andre lande er ulovlig. Der er oprettet flere danske – overvejende apoteksbaserede – internetbestillingscentraler.

Fordelene ved medicinbestilling via internettet er, at det er nemt at komme i kontakt med salgsstedet, det bliver nemmere at importere fra udlandet, og eventuelle prisforskelle kan udnyttes maksimalt. Ulemperne kan være forskelle i sortiment eller lægemidlernes nøjagtige sammensætning. Der gives ikke tilskud (en undtagelse er indkøb i de nordiske lande), ligesom der heller ikke ydes administrativ erstatning ved lægemiddelskader. Der er også risiko for – evt. utilsigtet – ulovlig import.

Lægeforeningen er betænkelig ved den tiltagende lægemiddelbestilling via internettet, specielt den manglende information, udlåning og evt. videresalg til bekendte osv. Lovgivningen bør tilpasses den nye situation, og befolkningen må oplyses om risici forbundet med internethandel af lægemidler f.eks. via Lægemiddelstyrelsen.

# Respekten for lægers faglighed

Der har i det forløbne år været en række sager, hvor lægers faglighed er blevet anfægtet. Som en konsekvens af dette har Lægeforeningen formuleret et sæt spilleregler for lægefaglig rådgivning, et kodeks for god rådgivningskultur. En af de sager, som har vakt opsigt, er blevet kendt som »Lex Frederikshavn«.

## Frederikshavnersagen

Sagen drejer sig om den jordemoderledede fødeklinik på Frederikshavn Sygehus, der ikke har en specialafdeling i obstetrik. Det, der foregår i Frederikshavn, ligger milevidt fra Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Det foregår også imod anbefalingerne fra såvel Nordjyllands Lægekredsforening og de nu nedlagte specialråd i Nordjyllands Amt. Reservelægerens tillidsmand på stedet fik en advarsel af amtet, da han brokkede sig og kommenterede sagen i medierne.

Han blev senere rensat af Sundhedsstyrelsen, der i stedet placerede næsen på de lokale politikere, der imod (al) faglig rådgivning driver klinikken i Frederikshavn, og fortsat gør det. Politikerne henholder sig til, at det, som foregår i Frederikshavn, er blevet sanktioneret af en lokal specialist.

## Kodeks for god rådgivning

Lægeforeningens aktuelle fokus på emnet skal ses i sammenhæng med kommunalreformen, der introducerer nye kommunale og regionale aktører i sundhedsvæsenet og omlægger kompetencer og opgaver på sundhedsområdet. Kommunalreformen betyder dermed også nye rammer og muligheder for lægefaglig rådgivning.

Det er hensigten, at kodeks skal danne grundlag for en god rådgivningskultur i sundhedsvæsenet. Det betyder, at vi fra lægeorganisationerne vil følge et fælles aftalt sæt spilleregler for vores lægefaglige rådgivning. Vi forventer, at sundhedsmyndigheder – politiske og administrative – tilsvarende følger nogle normer for at indhente og benytte den lægefaglige rådgivning.

Lægefaglig rådgivning bør rumme en række elementer, der fremmer gennemsækeligheden og kvaliteten af rådgivningen. Lægers faglige rådgiv-

ning skal være troværdig, uvildig, sammenhængende og fagligt dokumenteret.

## Troværdighed og uvildighed fremmes ved at oplyse

- hvem man er (læge – stilling/funktion, afdeling, selskab, organisation, andet)
- i hvilken egenskab der rådgives
- om eventuelle økonomiske relationer eller ansættelsesforhold i forhold til interessenter i sagen

## For at styrke sammenhængende i rådgivningen skal der

- inddrages eller henvises til øvrige relevante høringsparter.
- oplyses om hvilke parter, der er inddraget i rådgivningen.
- oplyses om rådgivningen er fremlagt i andre sammenhænge
- orienteres om øvrige implicerede lægelige/sundhedsfaglige interessenter i den givne rådgivning

## Lægernes forventninger til myndigheder og andre, der efterspørger lægefaglig rådgivning

Det er lægernes forventninger, at de offentlige myndigheder og andre efterspørgere sikrer følgende af hensyn til kvaliteten af rådgivningen:

Myndighederne (centralt, regionalt, kommunalt) aftaler med de lægefaglige samarbejdsparter en model for indhentning af lægefaglig rådgivning til de besluttende organer. Myndighederne gennemfører en ekstern høring om væsentlige beslutninger om sundhedsvæsenets udvikling og drift.

## Når myndigheder gennemfører høringer, bør de følge denne kodeks

- Læger og deres organisationer høres i alle relevante sager om drift og udvikling af sundhedsvæsenet
- Myndigheden oplyser om den politiske proces i forhold til høringsfasen – redegør for, hvordan rådgivningen inddrages i den administrative/politiske proces
- Myndigheder giver lægerne rimelig frist til at udarbejde rådgivningsbidrag

Se hele lægemiddelpolitikken på [Læger.dk](http://Læger.dk)

- Myndigheder oplyser om andre høringsparter, når de udsender forslag til høring
- Myndighederne behandler lægernes uopfordrede henvendelser på lige fod med de indkaldte høringsbidrag
- Myndighederne offentliggør alle indkomne høringsvar
- Myndighederne offentliggør beslutningsgrundlag for truffe beslutninger

### Respekten for lægeerklæringer

Politikerne brød i det forløbne år borgfreden om lægefaglig rådgivning omkring asylsager. Det skete i forbindelse med lægeerklæringer om flygtninge med PTSD, post traumatisk stress syndrom, der ofte er en følge af tortur. Flygtninge kan ikke være sikre på at få en udredning af, om de har været udsat for tortur, fordi der ikke er tilstrækkelig kapacitet i systemet.

En ny aftale om indfødsret fra december 2005 slår desuden fast, at »Integrationsministeriet forudsættes at meddele afslag til ansøgere, som lider af PTSD, også selvom tilstanden er kronisk, og dette er dokumenteret ved en erklæring fra en

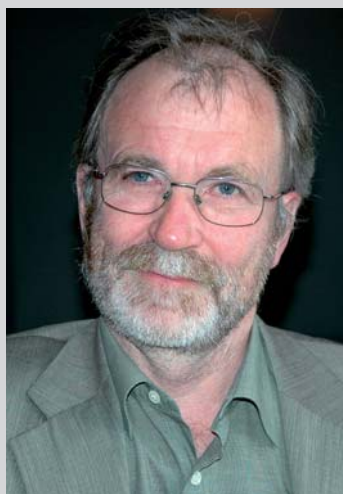
person med lægefaglig baggrund ...«. Myndighederne skal altså efter december 2005 udtrykkeligt se bort fra afgivne lægeerklæringer, mens der tidligere udtrykkeligt stod, at der kunne meddeles dansk indfødsret, hvis flygtninge som følge af psykisk sygdom, f.eks. som følge af tortur, ikke vil være i stand til at lære dansk i tilstrækkelig grad.

Der er efter Lægeforeningens opfattelse tale om et skred i forhold til Danmarks fornemme renommé omkring behandlingen af torturofre. Der er ikke mindst tale om et skred i forhold til respekten for de erklæringer, som afgives af medlemmer af denne forening. Der har ellers siden en sag i april 1999 med udvisningen af en ung iraner, der forsøgte selvmord, været en forståelse med myndighederne om, at man ikke sad lægelige erklæringer overhørigt.

### Hjælpepligt og udøvelsen af skøn

Der faldt i begyndelsen af året en vigtig principiel afgørelse om lægers udøvelse af skøn. Det skete i forbindelse med frikendelsen af en 45-årig læge fra Nordsjælland, der var tiltalt for at have svigtet sin hjælpepligt. Lægen var ved byretten tiltalt for ikke at have hjulpet en mand, han fandt liggende bevidstløs på en villavej på vej til arbejde på sygehuset en søndag morgen. Lægen tilså manden og skønnede, at det var forsvarligt at fortsætte til sygehuset for at sende hjælp derfra. Manden blev i mellemtiden indbragt og havde ved ankomsten hjertestop. Anklagen lød på svigt af den udvidede hjælpepligt, men lægen blev frifundet ved byretten. Senere opgav anklagemyndigheden at anke dommen.

Retten anerkendte, at lægen ikke havde tilsidesat sin hjælpepligt. Han havde foretaget et skøn, og i sagen var der tale om, at lægen rent faktisk havde tilset den nødlidende mand. Lægeforeningen opfatter sagen som en prøvesag efter, at strafferammen for at svigte sin hjælpepligt sidste år blev sat op. Der er i øvrigt ikke ændret ved bestemmelserne om hjælpepligt, og det mener vi, at dommen afspejler. Læger såvel som ikkelæger har en pligt til at hjælpe mennesker i nød, og læger har i kraft af uddannelsen en særlig forpligtelse, men altså også retten til at foretage et skøn.



*Hans Buhl, medlem af Hovedbestyrelsen. Formand for Etisk Udvalg, der beskæftiger sig med etiske spørgsmål. Formand for lovudvalget. Se beretningerne under Lægemøde 2006 på laeger.dk*

### Lægemedelforskning på bevidstløse

Det er et betydeligt problem, at man i forbindelse med lægemiddelforskning og udvikling af medicinsk udstyr er afskåret fra at indhente et efterfølgende informeret samtykke, når en forsøgsperson er bevidstløs. Lægeforeningen har over for ministeriet påpeget, at det hverken er rimeligt eller etisk forsvarligt at indhente samtykke fra akut kritisk syge patienter eller deres pårørende, og at det dermed ville blive meget vanskeligt at gennemføre forskning med henblik på at forbedre behandlingsmulighederne for patienter med hjer-testop, blodforgiftning, svære kvæstelser, hjerneblødning, hjernehindebetændelse, etc.

Det lovforslag, som blev fremsat i november 2005, imødekommer ikke fuldt ud foreningens ønsker. Der er dog indført en såkaldt »forsøgsværge«, som i særlig akutte behandlingssituationer skal kunne give et stedfortrædende samtykke på vegne af den inhabile forsøgsperson. Samtykket skal indhentes fra forsøgsværgeren forud for forsøget. Forsøgsværgeren skal bestå af en enhed af to læger, som på kort tid skal kunne indkaldes til at vurdere forsøgspersonens egnethed til deltagelse i forsøget, og som i øvrigt skal varetage forsøgspersonens interesser.

Lægeforeningen vil gennem medlemskabet af den europæiske lægesammenslutning CPME søge at få ændret EU-direktivet vedrørende *good clinical practice*, når det drejer sig om de særlige omstændigheder ved videnskabelige forsøg på inhabile personer. Selv om Sundhedsministeriet har gjort sig store anstrengelser for at rette på de problemer, der er skabt ved omsætningen af direktivets bestemmelser til dansk lovgivning, så er det ikke muligt at gennemføre lægemiddelforskning på bevidstløse på grundlag af et efterfølgende indhentet samtykke.

### Rygelov er en om'er

Indenrigs- og sundhedsministeren bebudede i slutningen af marts, at der kommer et vidtgående forbud mod rygning i det offentlige rum. Det vil således blive forbudt at ryge på alle offentlige arbejdspladser og restauranter over en vis størrelse. Men der bliver så mange undtagelser og mulighe-

der for at etablere rygerum, at det efter Lægeforeningens mening ikke er godt nok.

Vi opfatter regeringens rygeudspil som en bekræftelse på, at passiv rygning er et alvorligt problem, og vi forventer, at det nuværende forslag hurtigt bliver fulgt op af et forbud, der gælder alle arbejdspladser, offentlige som private. På den måde kan vi komme på niveau med de lande, som omgiver os.

Lægeforeningen er aktiv i et netværk mod passiv rygning sammen med en lang række andre organisationer, der ønsker et dansk forbud. Netværket udgav i 2005 en hvidbog, der samler den viden, som i dag findes om passiv rygning. Netværket var desuden vært ved en konference på Christiansborg om passiv rygning. Der er dokumentation for, at særskilte rygerum ikke giver effektiv beskyttelse, fordi der siver røg til andre rum, og fordi personale, der arbejder i rummene f.eks. for at servere eller gøre rent, ikke er beskyttet. Den eneste sikre beskyttelse er forbud mod rygning, hvor røgen kan skade andre. Det handler ikke om at forbyde rygning, men om at sikre borgerne beskyttelse mod tobaksrøgens skadelige virkninger.

*Den danske debat har koncentreret sig om rygeforbud på restauranter og cafeer. Men 40% af de danske arbejdstagere bliver udsat for passiv rygning på arbejdet mindst en time hver dag. Så problemet handler ikke om cafelivet. Et flertal blandt danskerne på 54% ønsker, at der indføres rygeforbud indendørs på alle arbejdspladser.*



# Videreuddannelse

Se oplægget om  
uddannelsespolitik  
under Lægemøde 2006  
på [laeger.dk](http://laeger.dk)

Den ny speciallægeuddannelse har nu kørt i to år. Enkelte elementer er stadig ikke fuldt integreret – det gælder ikke mindst for forskningstræningselementet, der integreres i uddannelsen i løbet af 2006.

For en række læger har det været nødvendigt at skifte fra gammel til ny uddannelsesordning. Dette er for langt de flestes vedkommende sket uden problemer.

I samarbejde med videreuddannelsessekretariaterne gentager Lægeforeningen i begyndelse af 2006 undersøgelsen af behovet for 1. reservelægestillinger/overgangsblokke for læger, der ønsker speciallægeuddannelse i de intern medicinske/kirurgiske specialer. På denne måde forsøger såvel Lægeforeningen som videreuddannelsessekretariaterne at sikre, at alle læger, der er påbegyndt deres intern medicinske eller kirurgiske speciallægeuddannelse på gammel ordningen bliver uddannet til speciallægeniveau så hurtigt som muligt trods overgangen fra en uddannelsesordning til en anden.

Som følge af ændringerne i uddannelsen har Lægeforeningen fundet det hensigtsmæssigt at revidere Lægeforeningens samlede uddannelsespolitik, hvorfor Lægeforeningens Uddannelsespolitiske Udvalg har udarbejdet et udkast til en uddannelsespolitik for Lægeforeningen, der fremlægges på Lægemødet 2006.

## Forkortelse af uddannelsestiden

I regeringsgrundlaget blev det fastslået, at uddannelsestiden til speciallægeniveau skulle nedsættes. Det forventes, at Indenrigsministeriet udsender et forslag til nedsættelse af uddannelsestiden i løbet af foråret 2006. På den baggrund har Lægeforeningens Uddannelsespolitiske Udvalg også drøftet forslag til, hvordan uddannelsestiden kan nedsættes, og vil på den baggrund være i stand til at indgå i en konstruktiv dialog med uddannelsens øvrige interessenter. Forslagene går primært på en forbedring af dimensioneringen af uddannelsessystemet, således at der ikke opstår køer til hoveduddannelsesforløb i de søgte specialer, men der er også forslag om oprettelsen af en »fast-track« uddannelse, hvor introduktionsstilling og hovedud-

dannelsesforløb kobles sammen samt en revision af de supplerende kriterier.

## Deltid

I slutningen af 2005 frafaldt Sundhedsstyrelsen endelig den hidtil opretholdt (ulovlige) praksis om ikke at ville godkende uddannelse på deltid. Lægeforeningen, der gennem en længere årrække har arbejdet for, at også læger under uddannelse har mulighed for at arbejde på deltid, er naturligvis overordentlig tilfreds med, at presset på Sundhedsstyrelsen omsider har givet pote. Den reviderede bekendtgørelse forventes offentliggjort i løbet af foråret 2006.

## Turnus

Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse har nedsat et turnusudvalg, der har fået til opgave at beskrive turnusuddannelsens indhold og varighed. Udvalget, hvori Lægeforeningen også er repræsenteret, forventes at fremkomme med et oplæg til mødet i Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse i maj 2006.

## Lægens Uddannelsesbog

Det Nationale Råd for Lægers Videreuddannelse har besluttet, at der skal udvikles en elektronisk version af den logbog, som alle læger efter de ny uddannelsesbestemmelser skal føre gennem hele deres uddannelse (Lægens Uddannelsesbog).

Amtsrådsforeningen har påtaget sig at sikre etableringen af en sådan uddannelsesbog, der både skal fungere som registreringsværktøj, men også som et egentligt læringsredskab under hele videreuddannelsesforløbet.

Uddannelsesbogen er nu ved at være færdigudviklet og afprøvet, og det forventes, at bogen kan tages i brug i de første specialer løbet af foråret og sommeren 2006. Bogen skal køre i sundhed.dk's regi.

## Prægraduat lægelig uddannelse

På Lægemødet 2005 fremlagde Hovedbestyrelsen et oplæg til Lægeforeningens politik for den prægraduate lægeuddannelse. Efterfølgende har Lægeforeningen afholdt et debatmøde på hvert af de

tre universiteter, hvor der er blevet drøftet prægraduat uddannelse med udgangspunkt i Lægeforeningens oplæg. Møderne har haft hvert deres tema – i Århus var temaet forskningsbaseret uddannelse, i Odense klinikophold og i København overgangen mellem præ- og postgraduatuddannelse.

Lægeforeningens Uddannelsespolitiske Udvalg har efterfølgende revideret oplægget i henhold til udmeldingerne på debatmøderne med henblik på fremlæggelse og godkendelse på Lægemødet 2006.

### Forskning

Lægeforeningens Uddannelsespolitiske Udvalg besluttede i foråret 2005, at udvalget i 2005 ville forsøge at sætte fokus på den medicinske forsknings betydning for nutidens og fremtidens sygdomsbehandling. Udvalget har derfor afholdt et »åbent dørs arrangement« i forbindelse med Forsknings Døgn og i forbindelse med Kultur-natten, hvor den medicinske forsknings mange fæ-cetter er blevet præsenteret for arrangementernes gæster.

### Forholdet til industrien

Lægeforeningen underskrev i starten af året en fornyet aftale med Lægemedelindustriforeningen om klinisk forskning. Aftalen lægger helt grundlæggende op til anstændighed, når der indgås aftaler om lægemiddelforsøg på levende mennesker, og den pålægger begge parter at tage ansvaret for, at kliniske lægemiddelforsøg gennemføres i overensstemmelse med lovgivningen og de etiske konventioner, nationale som internationale.

### Publicering af resultater

Aftalen slår fast, at den viden, der opnås ved et klinisk lægemiddelforsøg, tilhører offentligheden og skal gøres tilgængelig i det offentlige rum. Begge parter har ret til at publicere resultaterne, og offentliggørelse af såvel negative som positive forsøgsresultater »skal ske så hurtigt, som det er muligt og fagligt forsvarligt«. Aftalen slår desuden fast, at en virksomhed godt nok har mulighed for at kommentere et manuskript, men ikke har ret til

at skrive det eller afgørende at lave om på det. Vi har fra Lægeforeningen lagt megen vægt på, at netop disse bestemmelser kom med i den nye aftale. De videnskabelige tidsskrifter i Vancouvergruppen har i flere omgange rettet alvorlig kritik mod det stigende pres, som industriens overvældende involvering lægger på forskningens troværdighed og upartiskhed.

### Tilsyns- og kontrolsystem

Aftalen lægger op til et mere formelt sanktions-system i form af, at sager kan indklages til, Udvalgene Vedrørende Videnskabelig Uredelighed (UVVU). Samtidig opfordrer Lægeforening og Lægemedelindustriforening til, at Sundhedsstyrelsen og Lægemedelstyrelsen snarest etablerer et tilsyns- og kontrolsystem for videnskabelig uredelighed.



Mette Siemsen, medlem af Hovedbestyrelsen.  
Formand for Uddannelsespolitisk Udvalg, der bl.a.  
beskæftiger sig med lægeuddannelse og forskning.  
Se hele beretningen under Lægemøde 2006 på  
laeger.dk

# Kursusaktiviteter

## E-læringskursus i udredning af demens

Sekretariatet har i den forløbne periode arbejdet med et e-læringsprojekt inden for demensudredning. Det sker sammen med Center for Demens, Ålborg, og støttet af amterne. I projektet ligger at udvikle en interaktiv hjemmeside, der kan understøtte DSAM's seneste Vejledning om Demens. Projektet har således fokus på demensudredning og er specielt målrettet de alment praktiserende læger. Projektet forventes afsluttet april 2006. Det vil herefter være muligt for lægerne at gennemføre demens-e-læringsprogram via Læger.dk eller DSAM's hjemmeside.

## Sygefravær

Lægeforeningens Uddannelsessekretariat samt politiske repræsentanter fra PLO og DADL har i perioden 2004-2006 deltaget i en arbejdsgruppe vedr. efteruddannelse af alment praktiserende læger i håndtering af sygefravær. Dette arbejde har resulteret i udgivelsen af inspirationskataloget »Sådan kan læger og kommuner samarbejde om at fastholde sygemeldte på arbejdsmarkedet« samt forslag til et konkret efteruddannelsesforløb. Der bliver tale om:

- Uddannelsesdag for gruppen af faste kursusledere, der efterfølgende får til opgave at afholde lokale kurser i sygefravær

- Afholdelse af 15 lokale kurser i sygefravær
- Udvikling af hjemmeside, hvor læger kan blive opdateret, »uddannet« og hente relevante informationer om sygefravær

## Spørgeskemaundersøgelse om lægers efteruddannelse

Som et led i Lægeforeningens Efteruddannelsespolitik, der tilstræber en offentlig, uafhængig finansiering af efteruddannelsen, gennemføres foråret 2006 en spørgeskemaundersøgelse med deltagelse af 1.000 læger. Formålet med undersøgelsen er:

- at belyse omfanget af lægers efteruddannelse, hvor henter læger deres efteruddannelse og hvordan finansieres den
- at få information om, i hvilket omfang den faktiske efteruddannelse imødekommer lægers behov for efteruddannelse

Resultatet af undersøgelsen forventes at ligge klar marts 2006. Det er aftalt med Amtsrådsforeningen, at resultaterne vil indgå i en fælles afklaring af økonomien i forbindelse med lægers efteruddannelsesbehov.

## Oplysning om abort til indvandrerkvinder (KVAI)

Sundhedsstyrelsen og Lægeforeningens Uddannelsessekretariat igangsatte i 2005 et fælles informations- og uddannelsesprojekt rettet mod praktiserende læger i fire udvalgte amter (Københavns Amt, Fyns Amt, Århus Amt og Københavns Kommune) med særligt fokus på abort og indvandrerkvinder. Der afholdes en række kollegamøder (KVAI-møder) i klinikken/lokale lægepraksis med det formål at erfaringsudveksle og skabe videndeling i forhold til de særlige behov, indvandrerkvinder kan have omkring rådgivning om familieplanlægning, reproduktiv sundhed, prævention og abort.

I 2005 afvikledes i alt ti KVAI-møder med deltagelse af ca. 60 praktiserende læger samt klinikpersonale. Projekt forventes afsluttet i 2006. Se også KVAI-projektets hjemmeside: [www.kvai.cursum.net](http://www.kvai.cursum.net)

*Jørgen Richard Hansen, medlem af Hovedbestyrelsen. Formand for Attestudvalget. Formand for Uddannelsesfagligt Udvalg, der bl.a. beskæftiger sig med kursusudvikling og lægers efteruddannelse. Se beretningerne under Lægemøde 2006 på [laeger.dk](http://laeger.dk)*



Lægeforeningen holdt i 2005 i alt 356 kurser – næsten 50 kurser flere end i 2004. Kurserne udgør en bred vifte af tilbud til foreningens medlemmer fra kurser for tillidsmænd og yngre læger til ledelseskurser for overlæger, Lægedage og kurser for alment praktiserende læger. Ca. 7.124 læger (mod 5.300 læger i 2004) har i løbet af året deltaget i et eller flere af foreningens kurser. Hertil kommer afholdelse af konferencer, uddannelsesmøder mv.

Diagrammerne i næste spalte illustrerer de enkelte aktiviteter procentvise fordeling. 92% af de afholdte kurser vedrører indtægtsdækkede aktiviteter, altså aktiviteter, der økonomisk hviler i sig selv, og 8% vedrører politiske bestemte aktiviteter, som Lægeforeningen medfinansierer (jf. diagram 1).

Diagram 2 viser de politiske aktiviteter interne fordeling, idet tillidsmandskurserne udgør 5% af de politisk bestemte aktiviteter, pædagogiske kurser 43% samt lokale kurser i forhandlingsteknik 52%.

Diagram 3 viser de indtægtsdækkede kursusaktiviteters interne fordeling. 26% af de afholdte kursusaktiviteter vedrører kurser for alment praktiserende læger, 23% Lægedage, OLAU-kurser 16%

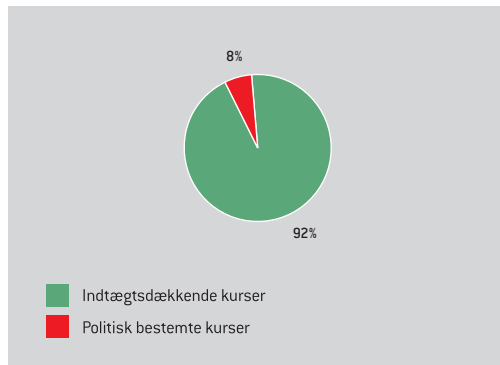
## Nye kursusaktiviteter – nye initiativer

### Tillidsmandskurser

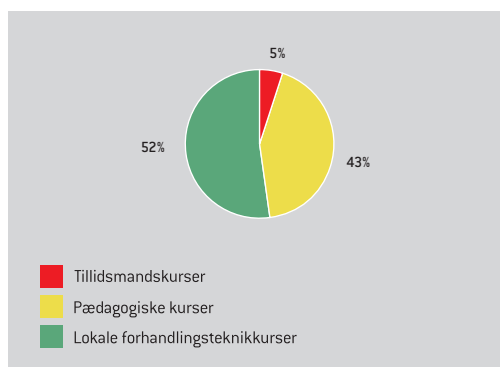
Lægeforeningens tillidsmandskurser er blevet revideret mhp. at tilpasse kurserne til tillidsrepræsentanternes aktuelle behov og ønsker. Revisionen er gennemført på basis af en gennemgang af den aktuelle søgning til de nuværende kurser og med inspiration fra relevante AC-organisationers undervisningstilbud til tillidsmænd.

Foreningens TR-uddannelse kommer i 2006 til at bestå af følgende tilbud:

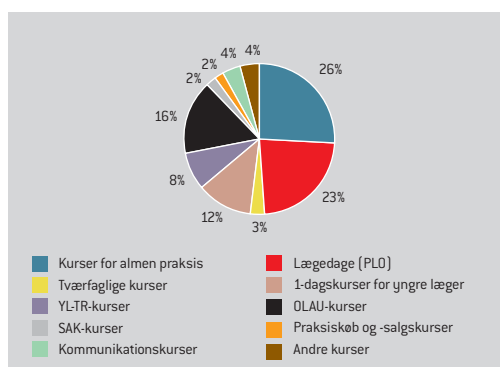
- Et kursus i forhandlingsteknik
- Et kursus i Presseteknik. Samtidig hermed skal der udvikles en »Hotline«, hvor alle medlemmer kan hente hjælp, hvis de skal optræde i pressen
- Et kursus inden for lægers retsstilling og lægerollen
- Et kursus i økonomiforståelse
- Et kursus i konflikthåndtering



Samlet kursusaktivitet  
Diagram 1



Kursusaktivitet – politisk bestemte kurser  
Diagram 2



Kursusaktivitet – indtægtsdækkende kurser  
Diagram 3

### OLAU – ledelseskurser for overlæger

De »nye« OLAU-kurser har været en overvældende succes, og søgningen til både grundmoduler og til overbygningsmodulerne er støt stigende. For fortsat at sikre at kursernes indhold er tidssvarende og som et led i en løbende kvalitetssikring sker revision, opdatering og udvikling af de enkelte undervisningslementer ved, at der afholdes årlige møder med undervisere og faglige ressourcerpersoner, lige som kursuslederne løbende uddannes.



#### *Kommunikationskurser*

Lægeforeningen tilbyder to typer af kommunikationskurser:

- Underviserkurser for kommende undervisere
- Generelle kurser i læge-patient-kommunikation

Der er i 2005 afholdt en række rekvirerede underviserkurser mhp. at uddanne læger og sygeplejersker til at kunne afholde egne kurser for fx læger under videreuddannelsen, kolleger i afdelingen eller på sygehuset.

I december 2005 tilrettelagde Uddannelsessekretariatet desuden en workshop for lægelige undervisere, hvor læger på tværs af regionerne kunne udveksle erfaringer samt drøfte problemstillinger, der vedrører det særlige forhold, at uddanne kolleger i et vanskeligt område. Dette initiativ følges i foråret 2006 op med et 3-dageskursus for lægelige undervisere.

#### *Andre kurser*

Uddannelsessekretariatet udvikler i stigende omfang kurser for »eksterne« rekvirenter, så som moms-kurser og kurser i prænatal fosterdiagnostik.

Sekretariatet bistår ligeledes videnskabelige selskaber med at administrere en konkret kursusaktivitet. Denne aktivitet finansieres således, at selskabet udelukkende betaler for sekretærbistand samt udgifter til materiale.

Lægeforeningens nye portal, [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk), havde premiere onsdag den 7. december 2005. Den afløser delforeningernes og Lægeforeningens gamle hjemmesider og forener alle informationer på en fælles platform med én indgang for alle brugere. Medlemmer og ansatte kan desuden logge sig ind på en lukket del og få adgang til yderligere services og informationer. Derudover er der lavet en ny hjemmeside til Ugeskrift for Læger.

Grundtanken om et fælles net for DADL, FAS, YL og PLO blev født allerede i 2001, og i 2004 var konceptet klar til en udbudsrunde. Lægeforeningens kravspecifikation indeholdt knap 300 krav til systemet, herunder kravet om et standardværktøj, mulighed for personalisering og brugervenlige medlemsservices.

WM-data blev valgt som leverandør og fik i opdrag at udvikle portalen i tæt samarbejde med Lægeforeningens sekretariat inden for en budgetramme på 2 mio. kr. Kontrakten blev underskrevet den 29. november 2004, og målet var en færdiggørelse til Lægemødet april 2005.

Projektet viste sig dog langt mere kompliceret end først estimeret, og det var nødvendigt for såvel WM-data som Lægeforeningen at afsætte flere medarbejdertimer end beregnet. WM-data havde 11 mand på opgaven og Lægeforeningen 30 mennesker, der på skift var involveret i projektet. I hele perioden var Lægeforeningens IT-udviklingsenhed båndlagt projektet.

I løbet af foråret blev det besluttet at udskyde lanceringen til december måned. På Lægemødet 2005 fik repræsentantskabet præsenteret en midtvejsløsning i [laeger.dk](http://laeger.dk)-workshoppen.

Brugertests har været en vigtig ingrediens i hele udviklingsforløbet. Der er afholdt fire *usability*-tests, hvor medlemmerne har testet og bidraget med input til Læger.dk's design, indholdsstruktur, navigation, navngivning mv.

4.000 sider er manuelt blevet konverteret over i portalen fra de gamle hjemmesider, alle sider er påført metadata i tre omgange, for at optimere søgningen, alle funktioner fra DADLNET er lagt ind i portalen, derudover er omkring 20 nye funktioner udviklet til det nye net, herunder en tæt integration af medlemmernes web-mail, det nye de-

batforum [laeger.dk/debatten](http://laeger.dk/debatten) samt en dynamisk udgave af de personlige medlemsdata. Portalen er baseret på en ny teknisk platform, Oracle Portal og udviklet i Java.

I november måned 2005 nærmede projektet sig sin afslutning, og de løbende svartidstest skabte forventning om en vellykket lancering. Tirsdag den 6. december blev Ugeskriftets nye hjemmeside lanceret, og onsdag var det Læger.dk. Desværre viste der sig at være alvorlige problemer med serverkapacitet og serveropsætningen. Det skabte en flaskehals med servernedbrud og lange svartider til følge. WM-data og Lægeforeningen igangsatte et større fejlsøgningsprojekt, der strakte sig over knap to måneder. I denne periode blev brugernes tålmodighed sat på en alvorlig prøve. På beretningstidspunktet, er svartiderne blevet betydeligt forbedret, men der er fortsat et stykke vej til en endelig overtagelse af WM-datas leverance.

Læger.dk er stadig i sin første fase. Der vil over de kommende år blive arbejdet videre med at udvikle og forbedre netindholdet med et stærkt fokus på at gøre medlemsbetjeningen mere effektiv.



*Klaus Klausen, medlem af Hovedbestyrelsen.  
Formand for Medieudvalget, der bl.a. beskæftiger sig med Lægeforeningens kommunikationsstrategi.  
Se beretningen under Lægemøde 2006 på [laeger.dk](http://laeger.dk)*

## Ugeskrift for Læger

Ugeskrift for Læger har i 2005 fokuseret meget på, hvordan bladet kan blive mere synligt, og hvordan bladet kan få en større interaktion med læserne. Tingene hænger sammen. Et synligt og interaktivt blad vil både i forhold til omverdenen og læserne være mere attraktivt end et hengemt envejsmedie.

Derfor har Ugeskriftet meget målrettet arbejde med pressemeddelelser, og det har ført til omtale af over halvdelen af de udkomne 43 numre af Ugeskriftet i den øvrige presse. På den måde bliver bladet også synligt over for medlemmerne som andet end et blad, der dumper ind ad brevsprækken. Ugeskriftet bliver profileret, og dermed bliver lægestanden profileret.

Gallup analyserer jævnligt, hvor mange læsere bladet har, og i fjerde kvartal nåede vi op på 99.000 læsere pr. nummer. Tallet skal naturligvis tages med forbehold, men det indikerer, at vi har et stigende og efterhånden stort antal læsere, som ikke er medlemmer, men som har adgang til at se bladet. Det tilsvarende tal for Dagens Medicin er 56.000 og svagt faldende.

Interessen for Ugeskriftet afspejler sig også i stor tilgang af debatindlæg. Vi oplever, at mange af medlemmerne gerne vil debattere. Internettet vil være en drivkraft bag en betydeligt kortere reaktionstid i Ugeskriftets publikationsrytme. Vi har allerede forkortet publiceringstiden væsentligt i den journalistiske del af bladet, og vi håber i den nærmeste fremtid, takket være en anden trykteknik og et nyt webbaseret redaktionssystem, at kunne forkorte produktionstiden yderligere.

Ugeskrift for Lægers hjemmeside fik i 2005 nyt flot layout og søgemulighederne blev forbedrede. Med den nye hjemmeside blev der samtidig taget hul på at lægge indlæg på nettet, som ikke kommer i det trykte blad, således at det trykte og det elektroniske medie kan supplere hinanden.

2005 var også året hvor Ugeskriftet indførte krav om registrering af kliniske forsøg i offentlig tilgængelige registre. Formålet med kravet var bl.a. at forebygge selektiv rapportering, dvs. at negative resultater eller hele studier med negative eller skadelige resultater ikke offentliggøres.

Før en artikel kan bringes i Ugeskriftet, skal



forsøget være registreret i en offentlig tilgængelig trial database. Kravet trådte i kraft fra den 1. juli 2005, således at kliniske forsøg påbegyndt før denne dato skulle registreres, og at alle forsøg påbegyndt efter denne dato uden undtagelse skal registreres inden den første patient inkluderes.

Det er muligt at registrere kliniske forsøg i to godkendte registre, der er åbne for alle og som opfylder de minimumskrav, der er fastsat af ICMJE: det amerikanske [www.clinicaltrials.com](http://www.clinicaltrials.com) og det engelske [www.isrctn.com](http://www.isrctn.com)

Bag denne beslutning står Vancouver-gruppen, der ud over Ugeskriftet tæller The Lancet, JAMA, The New England Journal, Annals of Internal Medicine og Tidsskriftet for den Norske Lægeforening m.fl. Registreringen skal forbedre forsøgenes tilgængelighed, validitet og kvaliteten af fortolkningen af dem samt øge offentlighedens tillid.

# Lægeforeningens interne forhold

## Consensus II

I 2004 gennemførtes »Projekt Consensus I«, hvor en række AC-konsulenter og ledende medarbejdere fra Lægeforeningen og de tre delforeninger gennemgik et internt organisations- og uddannelsesforløb: Formålet med dette projekt var bl.a. at skabe øget samarbejde i team, videndeling og gennem konkrete projekter at afdække fagområder, hvor dobbeltarbejde minimeres.

På baggrund af de gode erfaringer fra Consensus I har direktørkredsen besluttet at forlænge processen og derfor gennemføre et nyt projektforsløb denne gang for Lægeforeningen og delforeningernes ledelses- og ressourcegruppe. Temaet for uddannelsesforløbet/Consensus II er »udvikling af kvaliteten af det ledelsesmæssige arbejde«.

Consensus II er tilrettelagt i et forløb, hvor der hvert efterår afholdes et lederseminar, hvor gruppen sætter fokus på »personlig ledelse/kvalitetsudvikling«. Seminaret afsluttes med opgaver, der skal løses/afprøves i praksis. Seminaret følges derfor op af et forårs-½-1-dags-møde, hvor hjemmeopgaver/løsningerne drøftes, og der gives feedback. Der er for nuværende afholdt et lederseminar. Det er derfor for tidligt at beskrive en række konkrete resultater, men der er ingen tvivl om, at intern lederudvikling i høj grad kan virke befordrende for at videndele og skabe en fælles kultur og værdier.

## Lægeforeningens økonomi

Lægeforeningen har nogle gedigne økonomiske udfordringer i disse år. Set over en periode på fem år er DADL's annonceindtægter faldet fra 40 mio. kr. til 17 mio. kr.

Som følge heraf har det været nødvendigt at tilpasse antallet af medarbejdere i DADL (årsværk) fra 118 i 2001 til 96 i 2006. Dette er sket i en periode, hvor hovedforeningen i øvrigt er tilført nye opgaver i form af læger.dk, har overtaget opgaver fra delforeningerne (Fællessekretariatet, UFL's journalister, adm af TR-kurser for YL), og hvor nye opgaver vedr. lægekredsforeningernes økonomi henlægges til DADL's sekretariat.

Hertil skal lægges effekten af bortfald af portostøtten i 2004 og senest SKAT's supplerende krav til opgørelse og betaling af moms på forenings-

blade. Ændringerne på momsområdet påvirker bl.a. de opgaver, som DADL løser for hele Lægeforeningen og har overtaget fra delforeningerne. Effekten af moms på foreningsblade vil fremover koste DADL et beløb i størrelsesordenen 3 mio. kr. årligt, og medfører, at Ugeskriftproduktionen flyttes fra DADL til Lægeforeningens forlag.

Det giver sig selv, at det i en sådan situation er meget svært at holde de samlede omkostninger i ro, og regnskabet for 2005 viser da også et underskud på 5,4 mio. kr. For regnskabsåret 2005 er hovedårsagen til underskuddet dog først og fremmest ekstraordinære omkostninger forbundet med omstruktureringer og afvikling af Medicinfortegnelsen. Med de tiltag, der er taget i form af tilpasninger i organisationen, opkrævning af medlemskontingent hos alle, mv. er der grund til at nære rimelig optimisme i forhold til at få Lægeforeningens økonomi i balance igen inden for de nærmeste år.



# Økonomiske hovedtal

## REGNSKAB FOR DEN ALMINDELIGE DANSKE LÆGEFORENING FOR ÅRET 2005

Regnskab 2004 (1.000 kr.)		Regnskab 2005 (1.000 kr.)
<b>RESULTATOPGØRELSE</b>		
55.267	Kontingentindtægter .....	58.018
54.328	Driftsindtægter .....	53.866
<u>109.595</u>		<u>111.884</u>
-113.516	Driftsudgifter .....	-114.210
-3.921	Resultat af primær drift .....	-2.326
3.081	Renteindtægter .....	2.076
-300	Renteudgifter .....	-258
<u>-1.140</u>	Resultat før ekstraordinære poster og skat .....	<u>-508</u>
-2.686	Ekstraordinære poster .....	-5.080
<u>-3.826</u>	Resultat før skat .....	<u>-5.588</u>
0	Skat af årets resultat .....	0
0	Skat vedrørende tidligere år (indtægt) .....	132
<u>-3.826</u>	Årets resultat .....	<u>-5.456</u>

Årets resultat foreslås af Hovedbestyrelsen overført til den frie egenkapital

## REGNSKAB FOR DEN ALMINDELIGE DANSKE LÆGEFORENING FOR ÅRET 2005

Regnskab 2004 (1.000 kr.)		Regnskab 2005 (1.000 kr.)
<b>BALANCE 31.12.2005</b>		
<b>AKTIVER</b>		
7.303	Likvide beholdninger .....	20.830
28.468	Udestående fordringer .....	19.558
44.312	Værdipapirer .....	45.312
	[tkr. 8,892 deponeret til sikkerhed for kreditter]	
150	Aktier Infomatum, nom. tkr. 150 .....	150
54.090	Ejendomme .....	54.090
<u>134.323</u>	<b>AKTIVER I ALT .....</b>	<u>139.940</u>
<b>PASSIVER</b>		
Gæld:		
42.461	Kortfristet gæld .....	60.264
9.277	Kreditter .....	4.696
<u>51.738</u>	<b>Gæld i alt .....</b>	<u>64.960</u>
394	Henlæggelser .....	374
82.191	Egenkapital .....	74.606
<u>134.323</u>	<b>PASSIVER I ALT .....</b>	<u>139.940</u>

København, den 21. marts 2006

*Jens Winther Jensen*

Foranstående regnskab for 2005 er revideret af

statsaut. revisor

*Erik Lund*



## Lægeforeningens adresser

### Hovedadresse

Trondhjems-gade 9, 2100 København Ø  
Lægeforeningens hovednummer er 35 44 85 00,  
gennemvalgsnummer 35 44 + lokalnummer

### Den Almindelige Danske Lægeforening

Fax: 35 44 85 03  
E-mail: dadl@dadl.dk  
Web-adresse: www.laeger.dk

### Yngre Læger

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

### Foreningen af Speciallæger

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

### Praktiserende Lægers Organisation

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

### IT-afdelingen, medlemsregistrering, økonomi og administration

Esplanaden 8C, 1263 København K

### *Grafisk design og produktion:*

Lægeforeningens forlag, København

### *Tryk:*

Zeuner Grafisk as, Odder

