



LÆGEFORENINGENS  
PEJLEMÆRKER  
FOR EN KOMMENDE  
SUNDHEDSAFTALE

---

# Ét samlet sundhedsvæsen

mere nært, mere lige  
og med bedre behandling

Uden en ambitiøs plan for sundhedsvæsenet får fremtidens mange patienter ikke adgang til nødvendig behandling. Her er vores indspark til en sundhedsaftale, der skal fremtidssikre sundhedsvæsenet



LÆGEFORENINGEN



# INDHOLD

---

- 3 Sundhedsvæsenet skal gøres klar til flere og flere patienter
- 7 **PEJLEMÆRKE 1**  
SKAB MERE NÆRHED OG SAMMENHÆNG
- 8 FORSLAG 1: Giv patienterne ensartet, høj kvalitet med forpligtende kvalitetsplaner for det nære sundhedsvæsen
- 9 FORSLAG 2: Styrk nærheden med speciallægepraksis i alle egne af Danmark
- 10 FORSLAG 3: Faglige fora omkring sygehusene skal styrke sammenhængen
- 11 FORSLAG 4: Gør helbredsoplysninger tilgængelige dér, hvor patienten er
- 11 FORSLAG 5: Brug videokonsultationer til at mindske afstande og styrke samarbejdet om patienter
- 12 **PEJLEMÆRKE 2**  
BEKÆMP ULIGHED I SUNDHED
- 15 FORSLAG 6: Nationale mål skal nedbringe danske unges skadelige alkoholforbrug
- 15 FORSLAG 7: Styrket misbrugsbehandling skal nedbringe ulighed i sundhed
- 15 FORSLAG 8: Bedre sundhedsfaglig hjælp på psykiatriske bosteder
- 16 FORSLAG 9: Samlede akutmodtagelser skal hjælpe psykiatriske patienter med akut sygdom
- 17 **PEJLEMÆRKE 3**  
LØFT KVALITETEN Gennem klog opgavedeling og flere hænder
- 19 FORSLAG 10: Velovervejet arbejdsdeling skal sikre rette kompetencer på rette sted
- 19 FORSLAG 11: Her og nu-tiltag skal bekæmpe lægemangel i almen praksis
- 21 FORSLAG 12: Rettidig omhu skal forhindre endnu større mangel på speciallæger
- 22 **PEJLEMÆRKE 4**  
GIV PLADS TIL FAGLIGHED
- 24 FORSLAG 13: Differentieret ret til behandling skal skabe fagligt råderum
- 24 FORSLAG 14: Mere tillid og lokal læringskultur – mindre tilsyn og kontrol
- 25 FORSLAG 15: Styrk samarbejdet på tværs ved at afskaffe økonomisk detaljestyling
- 25 FORSLAG 16: Moderne rammer skal sikre patienterne tidssvarende og effektiv behandling





## SUNDHEDSVÆSENET SKAL GØRES KLAR TIL FLERE OG FLERE PATIENTER

Men det stopper ikke her. Langt fra. Antallet af ældre fortsætter med at stryge i vejret år for år de næste 30 år. Da der er grænser for, hvor hurtigt man kan løbe i sundhedsvæsenet, og hvor korte indlæggelserne kan blive, så er der behov for en ny strategi.

Der skal ske afgørende omlægninger i sundhedsvæsenet, hvis det ikke skal føre til en gradvis tilsanding af især sygehusene kendetegnet ved dalende kvalitet i behandlingstilbuddene, tilbagevenden til lange ventelister og stigende ulighed.

Der er behov for en ny, langsigtet og ambitiøs plan for sundhedsvæsenets udvikling. Det er på høje tid, og derfor forventer Lægeforeningen, at Folketinget vil indgå aftale om og i væsentlige dele implementere en sådan plan i løbet af denne folketingssamling.

Med dette udspil giver Lægeforeningen sine bud på centrale elementer i en sundhedsaftale, som vil sætte retningen for et sundhedsvæsen med høj kvalitet, mindre ulighed og bedre brug af personalets fagligheder.

Udspillet er inddelt efter fire pejlemærker, som Lægeforeningen me-

ner bør være målene for en sundhedsaftale, som kan fremtidssikre sundhedsvæsenet:

- Skab mere nærhed og sammenhæng
- Bekæmp ulighed i sundhed
- Løft kvaliteten gennem klog opgavedeling og flere hænder
- Giv plads til faglighed

### Hvilken rolle skal sundhedsvæsenet spille i fremtidens velfærdssamfund?

Lægeforeningen efterspørger en bred og langsigtet sundhedsaftale, der forholder sig til, hvilken rolle sundhedsvæsenet skal spille i fremtidens velfærdssamfund.

Siden 2010 har væksten i sundhedsvæsenets økonomi ligget omkring 1 procent. Til sammenligning lå væksten i 2000-2010 på omkring 3 procent<sup>V</sup> i en periode, hvor der ikke var samme demografiske pres som nu.

Når man fraregner udgifter til, at der kommer flere ældre, så har sundhedsvæsenet i mange år ligget tæt på nulvækst. I 10 år er der altså kun i ringe omfang fulgt penge med til stigende medicinudgifter, ibrugtagning af nye dyre behandlinger og politisk fastsatte kvalitetsløft på en række områder. Ressourcer til de opgaver er i stedet

**D**E SENESTE TI år er antallet af danskere på 65 år eller derover vokset med en kvart million svarende til 30 pct.<sup>I</sup> Det mærkes i sundhedsvæsenet, hvor der bliver løbet stærkere end nogensinde før, og behandlingsforløbene er lagt om for at kunne følge med i stigningen i antallet af patienter: På sygehusene er antallet af årlige ambulante behandlinger derfor steget med fem millioner<sup>II</sup>, og den gennemsnitlige indlæggelsestid er faldet med 30 pct.<sup>III</sup>. I 2019 havde almen praksis det højeste antal kontakter i otte år<sup>IV</sup>.

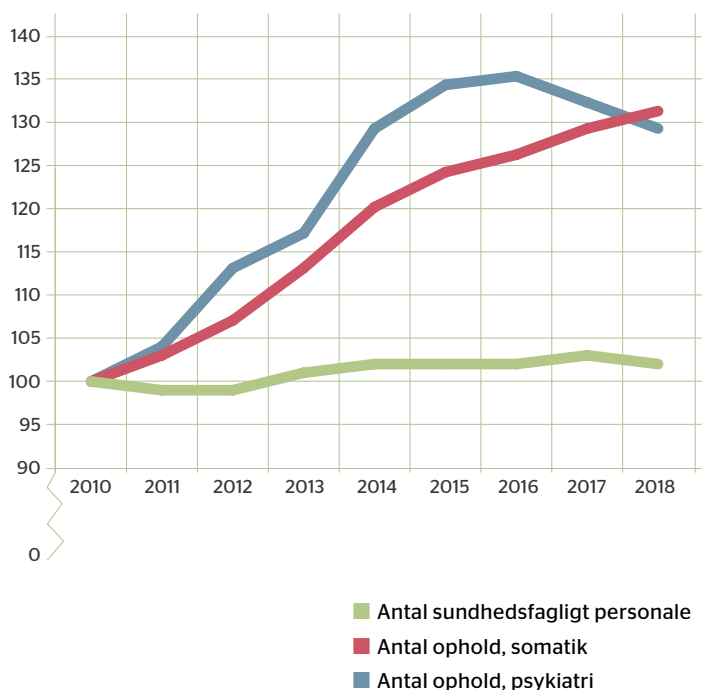
fundet ved effektiviseringer, omprioriteringer og nedskæringer. Det er årsagen til, at der fx er væsentligt færre social- og sundhedsassistenter på sygehuse end for bare få år siden.

Hvis der over en længere årrække fortsat "kun" bliver sat penge af til at behandle flere ældre, så er der ikke ressourcer til også at indføre de nye, men desværre ofte dyre behandlinger, som løbende bliver udviklet. I det scenarie står sundhedsvæsenet med et principielt valg mellem at slække på kvaliteten inden for de områder, hvor der kommer flere patienter, eller at prioritere langt hårdere fx inden for de områder, hvor priserne på behandling stiger.

Derfor efterlyser Lægeforeningen, at regeringen og Folketinget forholder sig eksplicit til hvilken rolle, sundhedsvæsenet skal spille i velfærdssamfundet på længere sigt. Hvis det offentligt finansierede sundhedsvæsen skal behandle stadig flere ældre på samme niveau som i dag, og det skal være muligt at tilbyde den nyeste og bedste behandling i moderne rammer, så skal sundhedsvæsenets økonomiske ramme ikke kun følge demografi, men også teknologi- og velstandsudviklingen<sup>VI</sup>. Ellers svækker man løbende sundhedsvæsenet år for år. ●

### Antallet af patienter er steget markant, uden at antallet af ansatte er fulgt med

Udvikling i antal sundhedsfagligt personale (fuldtidsbeskæftigede) og ophold (ambulante og indlagte) på offentlige sygehuse 2010-2018



## 4 PEJLEMÆRKER - 16 FORSLAG



### PEJLEMÆRKE 1 SKAB MERE NÆRHED OG SAMMENHÆNG

**FORSLAG 1:** Giv patienterne ensartet, høj kvalitet med forpligtende kvalitetsplaner for det nære sundhedsvæsen

**FORSLAG 2:** Styrk nærheden med speciallægepraksis i alle egne af Danmark

**FORSLAG 3:** Faglige fora omkring sygehusene skal styrke sammenhængen

**FORSLAG 4:** Gør helbredsoplysninger tilgængelige dér, hvor patienten er

**FORSLAG 5:** Brug videokonsultationer til at mindske afstande og styrke samarbejdet om patienter



### PEJLEMÆRKE 2 BEKÆMP ULIGHED I SUNDHED

**FORSLAG 6:** Nationale mål skal nedbringe danske unges skadelige alkoholforbrug

**FORSLAG 7:** Styrket misbrugsbehandling skal nedbringe ulighed i sundhed

**FORSLAG 8:** Bedre sundhedsfaglig hjælp på psykiatriske bosteder

**FORSLAG 9:** Samlede akutmodtagelser skal hjælpe psykiatriske patienter med akut sygdom

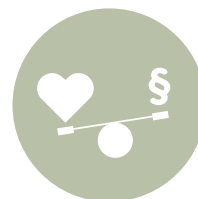


### PEJLEMÆRKE 3 LØFT KVALITETEN GENNEM KLOG OPGAVE- DELING OG FLERE HÆNDER

**FORSLAG 10:** Velovervejet arbejdsdeling skal sikre rette kompetencer på rette sted

**FORSLAG 11:** Her og nu-tiltag skal bekæmpe lægemangel i almen praksis

**FORSLAG 12:** Rettidig omhu skal forhindre endnu større mangel på speciallæger



### PEJLEMÆRKE 4 GIV PLADS TIL FAGLIGHED

**FORSLAG 13:** Differentieret ret til behandling skal skabe fagligt råderum

**FORSLAG 14:** Mere tillid og lokal læringskultur – mindre tilsyn og kontrol

**FORSLAG 15:** Styrk samarbejdet på tværs ved at afskaffe økonomisk detailstyring

**FORSLAG 16:** Moderne rammer skal sikre patienterne tidssvarende og effektiv behandling



## PEJLEMÆRKE

# 1

### SKAB MERE NÆRHED OG SAMMENHÆNG

- FORSLAG 1:** Giv patienterne ensartet, høj kvalitet med forpligtende kvalitetsplaner for det nære sundhedsvæsen
- FORSLAG 2:** Styrk nærheden med speciallægepraksis i alle egne af Danmark
- FORSLAG 3:** Faglige fora omkring sygehusene skal styrke sammenhængen
- FORSLAG 4:** Gør helbredsoplysninger tilgængelige dér, hvor patienten er
- FORSLAG 5:** Brug videokonsultationer til at mindske afstande og styrke samarbejdet om patienter



## PEJLEMÆRKE 1

### SKAB MERE NÆRHED OG SAMMENHÆNG

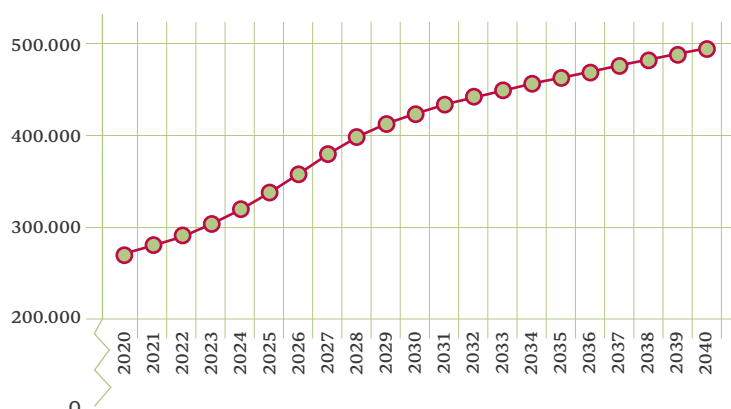
Vores levealder stiger. Det er glædeligt, men betyder også, at der kommer flere ældre medicinske patienter og mennesker med flere kroniske sygdomme. Udviklingen bidrager til at sætte sundhedsvæsenet under pres og skaber behov for at løse en større andel af opgaverne uden for sygehusene. Hvis det skal ske uden at gå på kompromis med kvaliteten, kræver det et betydeligt løft i både kvalitet og kapacitet i det nære sundhedsvæsen, ligesom det faglige samarbejde om patienterne skal blive bedre.

Kommunerne har styrket sundhedsindsatsen generelt gennem et antal år<sup>VII</sup>, men patienterne er langt fra at kunne vide sig sikre på, at der i netop deres kommune er et relevant sundhedsfagligt tilbud og godt samarbejde med sygehuset, hvis de får brug for hjælp. Det illustreres ved, at borgerne i den kommune med flest såkaldt forebyggelige indlæggelser<sup>1</sup> har godt tre gange så stor risiko for at blive indlagt som borgerne i den kommune, der har færrest<sup>VIII</sup>.

Problemet med nærhed og sammenhæng forværres af, at der i visse yderområder mangler alment praktiserende læger<sup>IX</sup>, ligesom der er alt for store geografiske forskelle i patienternes adgang til speciallægepraksis i nærområdet.

#### Et stærkt stigende antal ældre stiller nye krav til sundhedsvæsenet

Antallet af danskere på 80 år eller derover bliver tæt på fordoblet de næste 20 år: fra 270.000 i 2020 til knap 500.000 i 2040



Kilde: Danmarks Statistik

#### HVAD BETYDER 'DET NÆRE SUNDHEDSVÆSEN'?

Det nære sundhedsvæsen dækker i dette udspil over sundhedsydelse, som leveres tæt på borgerens bopæl eller i borgerens hjem. Begrebet anvendes derfor bredere end hvad normalt forstås ved det primære sundhedsvæsen, idet også sygehusene er en aktør i det nære sundhedsvæsen via eksempelvis udgående funktioner m.m.

1. Forebyggelige indlæggelser er et omdiskuteret begreb, idet betegnelsen kan give det misvisende indtryk, at indlæggelserne er unødvendige eller kan undgås. Det er ikke nødvendigvis tilfældet. Når betegnelsen alligevel anvendes i denne sammenhæng, er det for at illustrere forskellene mellem kommuner.



Der er dog grund til optimisme. For COVID-19-epidemien har vist, at der i det danske sundhedsvæsen er et stort, uudnyttet potentiale, hvis man fra politisk side er parat til at give de sundhedsprofessionelle plads og frihed til at samarbejde og finde løsninger. De fleste læger oplever, at de i situationen fik øget frihed til – sammen med deres team – at løse konkrete problemer, og at den frihed havde afgørende betydning for en effektiv omstilling af sundhedsvæsenet<sup>x</sup>. Disse positive erfaringer er der grund til at tage med sig. ●

## FORSLAG 1

### Giv patienterne ensartet, høj kvalitet med forpligtende kvalitetsplaner for det nære sundhedsvæsen

*Kvalitetsplanlægning, som beskriver opgaver og kvalitetsniveau i det nære sundhedsvæsen, skal sikre sundhedstilbud på et højt og ensartet niveau i alle dele af landet.*

Adgang til kvalificeret behandling bør ikke afhænge af, hvilket postnummer man bor i. Men allerede på eksisterende opgaver er kommunernes sundhedstilbud kendetegnet ved store forskelle i kvalitet og indhold. Den tilgang er svært foreneligt med, at det nære sundhedsvæsen skal løse stadig mere komplicerede sundhedsopgaver, hvilket er nødvendigt, hvis sygehuse ikke skal sande til i patienter<sup>x1</sup>.

Derfor foreslår Lægeforeningen, at Sundhedsstyrelsen får mandat og

hjemmel til at lave og sikre kvalitetsplanlægning for og i det nære sundhedsvæsen, så alle borgere uanset geografi kan være sikre på et ensartet højt niveau af kommunale sundhedsydelser.

En helt afgørende forudsætning for styret kvalitetsudvikling er tilstedeværelsen af en datainfrastruktur, som gør det muligt at følge kommunernes aktivitet på sundhedsområdet. Det er ikke muligt i dag<sup>xii</sup>. Det er derfor et helt centralt element i udviklingen af et stærkt, nært og sammenhængende sundhedsvæsen, at der hurtigst muligt etableres ensartet registrering, som gør det muligt at monitorere og sammenligne aktiviteten og udgifterne på det kommunale sundhedsområde.

I den konkrete kvalitetsplanlægning for det nære sundhedsvæsen foreslår Lægeforeningen, at der udvikles kvalitetsplaner, der fokuserer på

udvalgte patientgrupper og beskriver de tilbud, som kommunerne og andre aktører i det nære sundhedsvæsen er forpligtiget til at stille til rådighed. Der skal blandt andet indgå krav til kvaliteten af tilbuddene, en beskrivelse af hvordan, kommunerne henter adgang til relevant lægefaglig rådgivning samt en plan for monitorering og indsamling af data til kvalitetsudviklingsformål.

National kvalitetsplanlægning skal finde sted inden for eksisterende kommunale ansvarsområder som f.eks. hjemmesygepleje, socialpsykiatri, forebyggelse, rehabilitering, genoptræning og palliation, men skal også bruges til at understøtte udflytning af opgaver fra sygehuse ved at beskrive, hvilke aktører der kan varetage de enkelte dele af patientforløbet.

### LÆGEFORENINGEN FORESLÅR

- Giv patienterne ensartet, høj kvalitet med forpligtende kvalitetsplaner for det nære sundhedsvæsen
- Styrk nærheden med speciallægepraksis i alle egne af Danmark
- Faglige fora omkring sygehusene skal styrke sammenhængen
- Gør helbredsoplysninger tilgængelige dér, hvor patienten er
- Brug videokonsultationer til at mindske afstande og styrke samarbejdet om patienter





## FORSLAG 2

### Styrk nærheden med speciallægepraksis i alle egne af Danmark

*Et landsdækkende net af speciallægepraksis skal sikre, at patienter i hele landet har adgang til specialistbehandling i det nære sundhedsvæsen.*

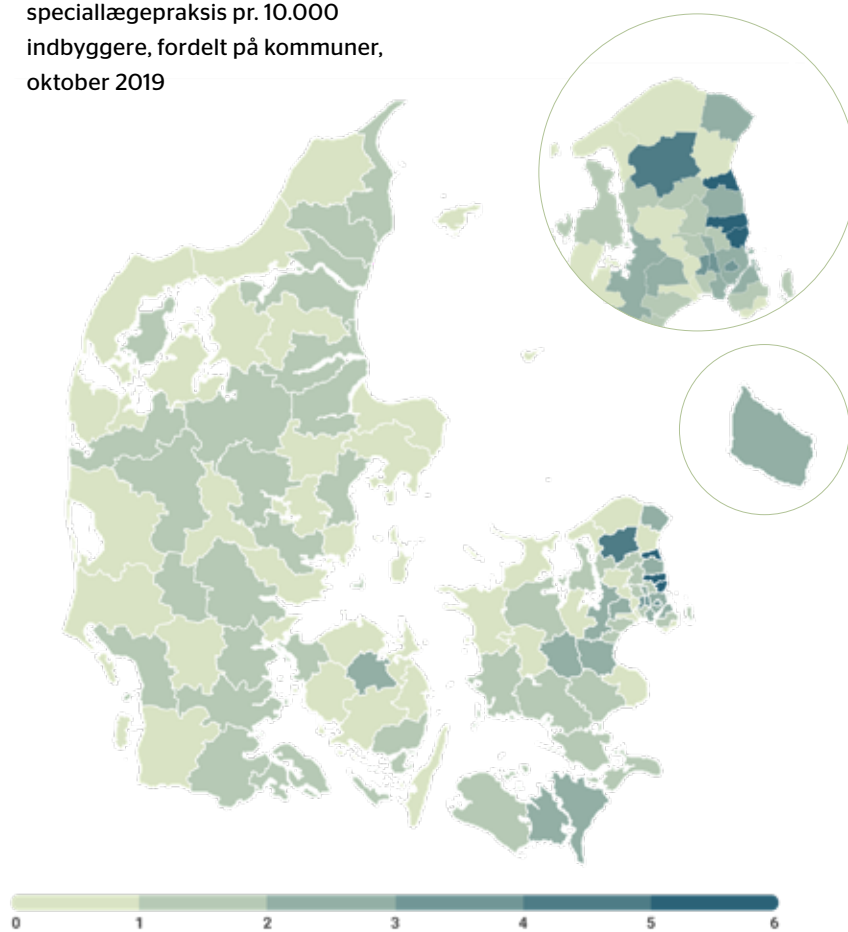
I de kommende år er der behov for, at flere danskere kan få hjælp i det nære sundhedsvæsen. Ikke kun fordi det vil kunne aflaste sygehusene, men også fordi nærhed giver tryk for patienterne.

Speciallægepraksis spiller allerede i dag en vigtig rolle i den udredning og behandling, der foregår uden for sygehusene. I psykiatrien er det fx op mod hver tredje af alle psykiatriske patienter, der bliver behandlet i speciallægepraksis. Og da COVID-19-epidemien ramte Danmark, viste speciallægepraksis, at man meget hurtigt kunne overtage ambulante funktioner fra sygehusene. I opbygningen af det nære sundhedsvæsen er det derfor oplagt i endnu højere grad at gøre brug af det velkendte, nære sundhedstilbud på specialistaniveau, som speciallægepraksis er.

Speciallægepraksis er imidlertid meget ulige fordelt i landet i dag. Lægeforeningen foreslår derfor, at der laves en national plan for, hvordan speciallægepraksis indgår i et stærkere, nært sundhedsvæsen. Planen skal sigte mod oprettelsen af et landsdækkende net af praktiserende speciallæger i specialer som fx psykiatri, hud-, mavetarm- og un-

### Speciallægepraksis er ikke til stede i hele landet

Antallet af speciallæger i speciallægepraksis pr. 10.000 indbyggere, fordelt på kommuner, oktober 2019



Kilde: FAPS

derlivssygdomme samt sygdomme i ører, næse, hals og øjne. Planen kan realiseres ved, at der oprettes flere speciallægeydernumre i udvalgte specialer i de dele af landet, som i dag kun har få praktiserende speciallæger.



### FORSLAG 3

#### Faglige fora omkring sygehusene skal styrke sammenhængen

*Samarbejdet om patienter med tværgående forløb skal forbedres ved, at der etableres faglige fora med deltagelse af driftsansvarlige fagpersoner fra kommuner og sygehuse samt repræsentanter fra almen praksis.*

Manglende sammenhæng i sundhedsindsatsen rammer hårdest hos de patienter, der i forvejen har de dårligste forudsætninger for at være tovholdere for eget forløb. Det rammer derfor socialt skævt, når den ene hånd i sundhedsvæsenet ikke ved, hvad den anden laver. Det kan f.eks. betyde, at nogle patienter ikke får det optimale behandlingsforløb, fordi de ikke bliver henvist til et relevant tilbud i en anden sektor, eller at patienten får en dårlig overgang fra sygehus til kommunalt sundhedstilbud. Derfor er der behov for et tættere fagligt samarbejde om patientgrupper med forløb på tværs af sektorer – også for så vidt angår patientgrupper som fremadrettet alene varetages i det nære sundhedsvæsen, men hvor sygehusene spiller en væsentlig rolle i at understøtte kvaliteten. Et behov, som kun vokser i takt med, at dele af stadig flere og mere komplekse forløb i fremtiden blive flyttet til det nære sundhedsvæsen.

Lægeforeningen foreslår, at der oprettes faglige fora omkring alle sygehuse. De faglige fora skal bestå af relevante sundhedsfaglige personer

fra kommuner, praksissektoren og sygehusene. Formålet er at styrke det tværgående samarbejde, som i dag er udfordret<sup>XIII</sup>. Flere steder i landet er der allerede kommet gode resultater ud af, at fagfolk fra de forskellige sektorer har sat sig sammen for at styrke samarbejdet om tværgående patienter. Og under COVID-19-epidemien så man, hvordan der blev skabt en ekstrem hurtig omstilling af sundhedsvæsenet, bl.a. fordi fagfolk fik frihed og plads til sammen at løse konkrete problemer<sup>XIV</sup>.

De faglige fora bør beskrives i en overordnet national ramme, men med mulighed for at sammensætningen af et fagligt forum afspejler lokale forhold og aktuelle problemstillinger. Det grundlæggende princip for de faglige fora skal være, at opgaverne løses på det lavest mulige samarbejdsniveau. Fagligt forum skal være operationelt, hvorfor antallet af repræsentanter ikke skal være mere omfangsrigt end hvad den faglige problemstilling aftvinger. Sammensætningen kan til gengæld være dynamisk, så de lægelige fagpersoner, som har ansvar for behandlingen i de relevante organisatoriske enheder, fx sygehusafdelinger, suppleres ind afhængig af hvilke patientgrupper og problemstillinger, der arbejdes med. Det er væsentligt, at fagligt forum har et tydeligt mandat og kan indgå forpligtende aftaler inden for de rammer, ligesom de skal have implementeringskraft til at føre disse aftaler ud i livet. De faglige fora skal have mulighed for at rette opmærksomhed mod både akutte og/eller kortvarige forløb, hvor der kan være behov for opfølgning hos egen

#### FAGLIGT FORUM GIVER KOMPETENCE TIL:

- a.** At indgå aftaler om at forbedre patientforløb fx via bedre kommunikation eller afklaring af opgaver
- b.** At udpege og foreslå områder eller patientforløb til politisk niveau, hvor ny arbejdsdeling kan give forbedringer
- c.** At beskrive, hvordan udflytning af opgaver, som fx er udpeget af Sundhedsstyrelsen, kan tilrettelægges lokalt, og varetage implementeringen af denne udflytning

læge og eventuelt kommune efterfølgende samt mod længerevarende og undertiden mere komplicerede forløb, hvor borgeren ofte ser frem mod længerevarende genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb i kommunalt regi, og hvor borgerens egen læge kan få en betydelig tovholder-opgave. De faglige fora behandler problemstillinger i de tværsektorielle forløb efter en konkret vurdering af, hvor behovet er størst. Der er behov for støtte fra et mindre sekretariat.

Lægeforeningen ser desuden behov for et intensiveret politisk samarbejde om patientforløb på tværs af sektorer, idet der vil være beslutninger af så omfattende karakter, at det ikke kan besluttes i fagligt forum. De nuværende rammer for det tværsektorielle samarbejde fungerer ikke optimalt. Lægeforeningen foreslår



derfor, at staten, Danske Regioner og KL indgår aftale om en ny politisk organisering, som tager hensyn til, at aftaleparter inddrages, herunder PLO og FAPS, når der fx planlægges udflytning af større opgaver fra sygehuse til det nære sundhedsvæsen.

## FORSLAG 4

### Gør helbredsoplysninger tilgængelige dér, hvor patienten er

*Elektronisk "patientoverblik" med de vigtigste helbredsmæssige oplysninger skal forbedre patientsikkerhed og give bedre behandling i overgangen mellem sektorer.*

Mennesker, der er svækket af sygdom, bør ikke også være ansvarlige for, at de vigtigste informationer om deres helbredstilstand bliver delt mellem fx sygehus og almen praksis. Desværre er det ofte tilfældet i dag, fordi sundhedspersonerne på sygehuset, i praksis og i et kommunalt sundhedstilbud ikke har et fælles overblik over en delt patient.

Behandlere på en kommunal akutplads kan fx stå med en patient, hvor de via Det Fælles Medicinkort kan se den medicin, som patienten modtager. Men de kan ikke se, hvad patienten fejler, eller hvorfor medicinen er ordineret. Tilsvarende kan en læge i akutmodtagelsen ikke tilgå oplysninger om aktuelle behandlingsforløb i almen praksis eller se de seneste oplysninger noteret fra den kommunale sygepleje. Denne situation er ikke rimelig over for patientens forventninger om et sammenhængende sundhedsvæ-

sen og øger risikoen for, at vigtig information går tabt med dårligere behandling til følge.

Lægeforeningen foreslår derfor, at den nye lovgivning og de eksisterende initiativer om datadeling udbygges med et egentligt elektronisk "patientoverblik". Patientoverblikket skal være tilgængeligt for relevante sundhedspersoner i alle sektorer og skal foruden oplysninger om medicin også indeholde information om bl.a. patientens aktuelle diagnose(r), aktuelle ambulante forløb på hospital og relevante forløb i praksissektoren samt om sociale foranstaltninger. Patientoverblikket skal indrettes fleksibelt og kunne tilpasses den aktuelle behandlingssituation i fx almen praksis, på en akutmodtagelse eller ved modtagelse på en hjerteafdeling.

## FORSLAG 5

### Brug videokonsultationer til at mindske afstande og styrke samarbejdet om patienter

*Samarbejde om og med patienter styrkes via videokonsultationer, hvor hjemmesygeplejen og patienten er sammen i den ene ende og den behandlingsansvarlige læge i den anden ende*

Under COVID-19-epidemien er brugen af videokontakt i sundhedsvæsenet indført med stormskridt. I løbet af få uger blev der etableret adgang til brug af video for almen praksis og speciallægepraksis, ligesom Danske Regioner har stillet en løsning til rådighed for

den øvrige praksissektor. Også på sygehusene har videokonsultationer i nogle tilfælde kunnet erstatte fremmøde, fx havde psykiatrien i Region Syddanmark fem gange så mange videokonsultationer i april sammenlignet med januar 2020<sup>xv</sup>. Videokonsultationer er kommet til sundhedsvæsenet for at blive – og skal fremadrettet bruges de steder, hvor det er både fagligt forsvarligt og meningsfuldt og til glæde for patienterne. Som i andre sammenhænge må der ikke gås på kompromis med kvaliteten, men en del læge-patientkontakter kan klares uproblematisk over video.

Videokonsultationer er kommet til sundhedsvæsenet for at blive – og skal fremadrettet bruges de steder, hvor det er både fagligt forsvarligt og meningsfuldt og til glæde for patienterne. Som i andre sammenhænge må der ikke gås på kompromis med kvaliteten, hvorfor der skal forskes i området, og effekten af nye tiltag skal dokumenteres omhyggeligt. Det er nødvendigt for at få klarhed over hvilke læge-patientkontakter, som kan klares uproblematisk over video, ikke mindst til glæde for patienten.

Derudover rummer videokonsultationer et betydeligt potentiale for, at fagfolk på tværs af sektorer nemmere samarbejder om og med en fælles patient. Det kan konkret ske ved, at hjemmesygeplejen konsulterer den behandlingsansvarlige læge, mens sygeplejersken er til stede i borgerens hjem. Derfor skal der laves aftaler, som beskriver, hvordan og hvornår samarbejdet på tværs af sektorer kan understøttes af videoteknologi.



## PEJLEMÆRKE

# 2

### BEKÆMP ULIGHED I SUNDHED

- FORSLAG 6:** Nationale mål skal nedbringe danske unges skadelige alkoholforbrug
- FORSLAG 7:** Styrket misbrugsbehandling skal nedbringe ulighed i sundhed
- FORSLAG 8:** Bedre sundhedsfaglig hjælp på psykiatriske bosteder
- FORSLAG 9:** Samlede akutmodtagelser skal hjælpe psykisk syge med akut sygdom



## PEJLEMÆRKE 2 BEKÆMP ULIGHED I SUNDHED

Selvom sygdom rammer alle, så rammer den ofte hårdere hos dem, der i forvejen har mest at slås med. Hvis man har kort eller ingen uddannelse og en lav indkomst, er man ofte mere syg og har udsigt til at få et kortere liv end gennemsnittet af befolkningen.

Ulighed i sundhed grundlægges i de tidlige år og langt fra sundhedsvæsenet. De levevilkår mennesker fødes ind i har betydning for senere uddannelse og beskæftigelse, og her ved man eksempelvis, at arbejdsmarkedet for ufaglærte generelt er præget af flere sundhedsmæssige risici end for faglærte. Levevilkår tidligt i livet påvirker ligeledes spisevaner, forholdet til motion og bevægelse samt risikoen for ensomhed. Alle er de eksempler på faktorer med betydning for hvordan, menneskers helbred udvikler sig på lang sigt. Derfor er en kompleks og mangeartet indsats indenfor børne-, skole-, sundheds- og socialområdet vigtig i forhold til at sikre alle borgere adgang til langt liv i en sund krop<sup>XVI</sup>.

I sundhedsvæsenet har borgere med kort uddannelse eller lav løn generelt mindre kontakt med sundhedsvæsenet, end de har behov for, hvis man ser på deres sundhedstilstand<sup>XVII</sup>. Har de fået foden indenfor

i sundhedsvæsenet, er det stadig sådan, at behandlingsresultaterne er mindre gode end hos andre<sup>XVIII</sup>. Dertil kommer, at uligheden forværres yderligere af de overordnede politiske rammer som f.eks. brugerbetaling på tolkebistand og medicin.

Ulighed i sundhed har mange årsager, og et livtag med udfordringen kræver derfor en mangeartet og langsigtet indsats. I dette udspil fokuserer vi dog på én væsentlig grund til uligheden – nemlig unge danskeres voldsomt store alkoholforbrug – og én gruppe patienter, der i særlig grad er ramt af uligheden, nemlig mennesker med psykisk sygdom.

Knap 600.000 danskere har et skadeligt alkoholforbrug, og vanerne grundlægges tidligt i livet<sup>XIX</sup>. Efter mange års laden stå til fra de ansvarlige politikere er danske unge desværre suveræne europæiske bundskrabere i forhold til at udvikle en sund alkoholkultur. Det massive alkoholforbrug iblandt unge har flere negative konsekvenser for de unge, som i forvejen er belastet socialt. Der er behov for en sammenhængende plan, som effektivt nedbringer børn og unges alkoholforbrug.

### LÆGEFORENINGEN FORESLÅR

- Nationalt mål skal nedbringe danske unges skadelige alkoholforbrug
- Styrket misbrugsbehandling skal reducere ulighed i sundhed
- Bedre sundhedsfaglig hjælp på psykiatriske bosteder
- Samlede akutmodtagelser skal hjælpe psykisk syge med akut sygdom

2. I Norge gennemførte man en omfattende reform af psykiatrien henover en 10-årig periode (1998 – 2009) med løbende tilførsel af øremærkede midler til såvel kommuner som regioner.





Svære psykiske lidelser er nært forbundet med ulighed i sundhed<sup>XX</sup>.

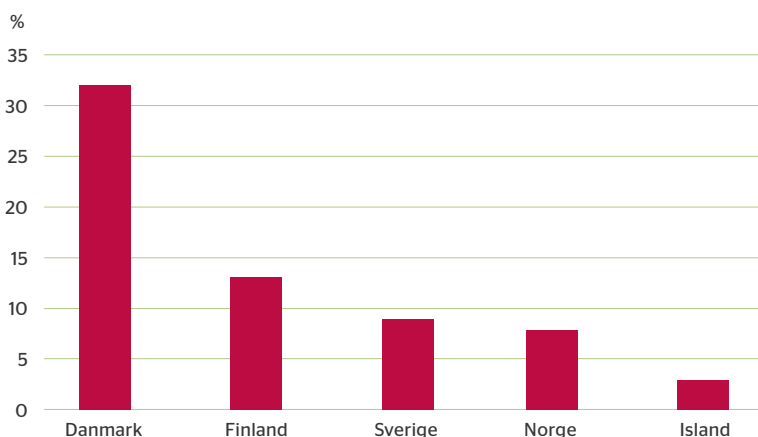
Det skyldes både, at patienterne har øget risiko for fx rygning og et skadeligt forbrug af alkohol og utilstrækkelig kvalitet i de sundhedsfaglige tilbud. Mennesker med samtidig misbrug og psykisk sygdom oplever ofte et usammenhængende behandlingstilbud, hvor behandlingen finder sted i henholdsvis kommune og region. Samtidig er kvaliteten af de sundhedsfaglige indsatser på psykiatriske bosteder mange steder for dårlig<sup>XXI</sup>. De massive udfordringer på området bør adresseres i en ambitiøs udviklingsplan for psykiatrien, som - ef-

ter norsk forbillede - omfatter en økonomisk optrappingsplan<sup>2</sup>.

COVID-19-epidemien skærper yderligere behovet for et massivt løft af psykiatrien. I starten af epidemien er antallet af henvisninger faldet, hvorfor belægningen på de psykiatriske afdelinger har været lav. Der er dog grund til at være bekymret for, at det vil ændre sig, fordi de mennesker med psykisk sygdom, der har afholdt sig fra at opsøge behandling under epidemien, risikerer at opleve en forværring i deres sygdom. Det er også muligt, at epidemien i sig selv kan føre til, at flere får behov for psykiatrisk behandling. ●

## Markant flere danske unge er ofte berusede end deres nordiske jævnaldrende

Andel 15-årige, der har været fulde inden for de seneste 30 dage



Kilde: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (2015)

**3.** Binge-drinking betegner, at man drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed.

**4.** Halvdelen af de 15-25-årige mener, at alkoholforbruget blandt unge er for højt og efterspørger en ny alkoholkultur. Kilde: Christensen, A. S. P. et al: "Unge alkoholvaner i Danmark 2017 - en kortlægning". København: Kræftens Bekæmpelse 2017





## FORSLAG 6

### Nationalt mål skal nedbringe danske unges skadelige alkoholforbrug

*Der er behov for at tage et fornyet politisk ansvar for danske unges helbred og trivsel med et forpligtende, nationalt mål for nedbringelse af unges alkoholforbrug.*

Unge forbrug af alkohol i Danmark er tårnhøjt og starter, før de unge lovligt kan købe alkohol. 39 pct. af de danske unge på gymnasiale uddannelser drikker mere end 15 genstande om ugen<sup>xxii</sup>. Målt på binge-drinking<sup>3</sup>, fuldskab og mængden af alkohol har danske unge det højeste forbrug blandt unge i Europa<sup>xxiii</sup>. De danske unge selv anerkender problemet og efterspørger en ny alkoholkultur<sup>4</sup>.

Lægeforeningen foreslår derfor, at Folketinget sætter forpligtende mål for at nedbringe de unges skadelige alkoholforbrug. En målsætning kunne være at få de danske unge væk fra den europæiske sidsteplads i ansvarligt alkoholforbrug og på niveau med de unge i Norge og Sverige. Målet bør understøttes af en handleplan med årlig rapportering og virksomme tiltag til at nedbringe børn og unges skadelige forbrug af alkohol markant.

## FORSLAG 7

### Styrket misbrugsbehandling skal nedbringe ulighed i sundhed

*Kvaliteten i tilbud til alkohol- og stofmisbrugere skal løftes markant, og mennesker med dobbeltdiagnose skal have ét samlet behandlingstilbud.*

Når et menneske med et misbrug rækker ud efter hjælp hos kommunen, er der i dag stor forskel fra kommune til kommune på, hvilken hjælp man får. Det er uholdbart. Kun halvdelen af kommunerne bruger systematiske metoder til at kvalitetssikre deres behandling, og mere end en fjerdedel af kommunerne har ikke udarbejdet kvalitetsstandarder for alkoholbehandling<sup>xxiv</sup>.

Det rammer i særlig grad mennesker, der oven i deres misbrug også har en psykisk lidelse. I dag er under halvdelen af dem i kontakt med psykiatrien<sup>xxv</sup>. Blot 16 pct. af psykiaterne på sygehuset vurderer, at indlagte patienter med en psykisk lidelse og et behandlingskrævende misbrug modtager en behandling af høj sundhedsfaglig kvalitet<sup>xxvi</sup>.

Derfor foreslår Lægeforeningen, at kvaliteten i misbrugsbehandlingen løftes markant ved at samle indsatsen på færre enheder, og at der som led heri etableres ét samlet og velkoordineret behandlingsforløb for mennesker med samtidigt misbrug og psykisk sygdom. Dette forankres i regionen, som har forudsætningerne for at tilbyde en specialiseret

og multidisciplinær sundhedsfaglig indsats, herunder at foretage relevante vurderinger af misbrugere uden kendt eller erkendt psykisk sygdom.

## FORSLAG 8

### Bedre sundhedsfaglig hjælp på psykiatriske bosteder

*Ny model for sundhedsfaglig rådgivning og betjening af de kommunale psykiatriske bosteder skal øge patientsikkerhed og reducere ulighed i levetid.*

På de kommunale psykiatriske bosteder bor nogle af vores samfunds mest udsatte borgere. Det er mennesker med svære psykiske lidelser, et betydeligt medicinforbrug og stor overdødelighed<sup>xxvii</sup>. Alligevel er det sådan, at de borgere, som ofte lever med svær sygdom, ikke er velbehandlede, fordi der på mange af bostederne ikke er god nok adgang til relevante sundhedsfaglige kompetencer.

I 'Handleplanen til forebyggelse af vold på bosteder' blev der i 2016 sat penge af til en ordning med fast tilknyttede praktiserende læger<sup>xxviii</sup>, men det har vist sig svært at få ordningen til at fungere i praksis, og med udgangen af 2019 var ordningen alene implementeret i 2 kommuner<sup>xxix</sup>.

Lægeforeningen foreslår derfor, at der udarbejdes en ny model for tilknytning af sundhedsfaglige kompetencer til alle bosteder med beboere, der har psykiske lidelser.

Den konkrete model bør inddrage beboernes praktiserende læge, den kommunale hjemmesygepleje samt en udgående funktion fra hospitalspsykiatrien og/eller en praktiserende speciallæge.

## FORSLAG 9

### **Samlede akutmodtagelser skal hjælpe psykiatriske patienter med akut sygdom**

*Somatiske og psykiatriske akutmodtagelser skal samles på én matrikel, så akut syge psykiatriske patienter har adgang til relevant speciallægehjælp.*

Mennesker med akut psykisk sygdom kan også få en forgiftning, blive ramt af insulinchok eller opleve andre fysiske tilstande, som kræver hurtig hjælp. Det lyder indlysende, men det er desværre ikke en erkendelse, som har sat sig spor på alle sygehuse. Mange steder er det sådan, at hvis man som patient med akut psykisk sygdom henvender sig til en psykiatrisk akutmodtagelse, kan man ikke være sikker på også at få hjælp til akut fysisk sygdom og omvendt. Landet over er ni psykiatriske akutmodtagelser nemlig placeret uden at være i umiddelbar nærhed til en somatisk akutmodtagelse (FAM)<sup>xxx</sup>. Derudover er det Lægeforeningens oplevelse, at samarbejdsaftalerne mellem de somatiske og psykiatriske akutmodtagelser ikke fungerer alle steder.

Lægeforeningen oplever, at tilstedeværelsen af speciallæger fra somatiske specialer på de psy-

kiatriske akutmodtagelser, som ikke ligger nært ved en somatisk akutmodtagelse, er nærmest ikke eksisterende. Tilsvarende er der store udfordringer med at sikre tilstedeværelsen af psykiatriske speciallæger på de somatiske akutmodtagelser, som ikke er placeret sammen med en psykiatrisk akutmodtagelse.

Lægeforeningen foreslår derfor, at somatiske og psykiatriske akutmodtagelser skal samles på samme matrikel inden for en overskuelig årrække. Det vil sikre bedre og mere helhedsorienteret behandling til patienter, der både er akut psykisk syge og har en kronisk somatisk sygdom, og patienter, der har en akut opstået somatisk sygdom, og som samtidig har en psykisk lidelse.



## PEJLEMÆRKE

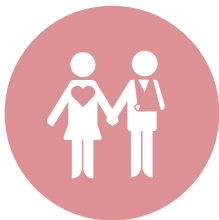
# 3

### LØFT KVALITETEN GENNEM KLOG OPGAVEDELING OG FLERE HÆNDER

**FORSLAG 10:** Velovervejet arbejdsdeling skal sikre rette kompetencer på rette sted

**FORSLAG 11:** Her-og-nu-tiltag skal bekæmpe lægemangel i almen praksis

**FORSLAG 12:** Rettidig omhu skal forhindre endnu større mangel på speciallæger



## PEJLEMÆRKE 3

### LØFT KVALITETEN GENNEM KLOG OPGAVEDELING OG FLERE HÆNDER

Hvis man som borger har brug for hjælp i eget hjem, på et plejehjem eller på sygehuset, er det underordnet, hvilket eksamensbevis den medarbejder har, som hjælper én. Det afgørende er, at kvaliteten af hjælpen er høj, fordi de rette kompetencer er til stede.

Det stigende antal ældre gør, at der er behov for at øge kapaciteten i det nære sundhedsvæsen. Større kapacitet rimer på flere hænder. Men uden forbedrede arbejdsgange og øget fleksibilitet i opgaveløsningen kommer man ikke i mål med at sikre de rette kompetencer på rette sted.

Hverken fastlåste faggrænser eller rigide paragraffer må spænde ben for lokal ledelse og for, at alle fagligheder bliver sat bedre i spil. Derudover skal der ryddes op i meningsløse regler, der gør, at en sygeplejerske fx ikke må give en hovedpinepille til en beboer på et plejehjem med ondt i hovedet uden at involvere lægen.

Fleksibilitet skal være mantraet frem for at fastlåse nogle opgaver hos bestemte faggrupper. Derfor er det vigtigt, at forslag om at ændre på ansvarsområder eller flytte op-

gaver – hvad enten det er mellem faggrupper eller myndigheder – vurderes grundigt ud fra, om det er sikkert for patienterne, samt om det bidrager til styrket sammenhæng, høj kvalitet og mest mulig sundhed for pengene. Dette arbejde skal ske velovervejet og med inddragelse af relevante aktører.

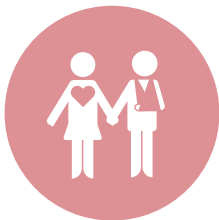
En af udfordringerne for at opretholde en høj kvalitet i takt med, at der kommer flere patienter, er den betydelige mangel på speciallæger. Mest omtalt er manglen på speciallæger inden for almen medicin og psykiatri, men der er også udfordringer inden for specialer som fx lungemedicin, radiologi, neurologi og geriatri.

Problemet vil kun blive forstærket af, at der inden for en overskuelig fremtid er mange speciallæger, som ventes at gå på pension. Det gælder ikke mindst inden for almen medicin, hvor der er behov for så hurtigt som muligt at igangsætte bæredygtige initiativer for at bekæmpe den mangel på praktiserende læger, som borgere i mange egne af Danmark lider under. Men det gælder som sagt også meget bredere. Derfor er der behov for at uddanne flere speciallæger generelt. ●

#### LÆGEFORENINGEN FORESLÅR:

- **Velovervejet arbejdsdeling skal sikre rette kompetencer på rette sted**
- **Her og nu-tiltag skal bekæmpe lægemangel i almen praksis**
- **Rettidig omhu skal forhindre endnu større mangel på speciallæger**





## FORSLAG 10

### Velovervejet arbejdsdeling skal sikre rette kompetencer på rette sted

*Sundhedsstyrelsen skal vurdere forslag om at ændre i faggrupperes virksomhedsområder ud fra centrale kriterier.*

Hvis en ældre borger skal sikres god, hurtig og smidig behandling og pleje efter udskrivelse fra sygehuset, er der behov for at bringe alle faggrupper i spil. Det er det bedste for den ældre borgere og en nødvendighed for at få enderne til at nå sammen i et presset sundhedsvæsen, hvor flere får behov for behandling.

Samarbejdet om og med patienterne skal først og fremmest styrkes via teamsamarbejde med lægelig backup. Men det er samtidig meget relevant at afsøge andre veje til stadig mere smidig og fleksibel opgaveløsning i sundhedsvæsenet – ikke mindst i lyset af, at der på flere områder er mangel på hænder.

Som på andre områder i sundhedsvæsenet gælder det dog, at forslag til ændret ansvarsdeling mellem faggrupper skal være velbelyste, hvad angår patientsikkerhed og ressourceforbrug. Derfor foreslår Lægeforeningen, at der udvikles en fast model for at vurdere forslag om ændret arbejdsdeling eller selvstændige virksomhedsområder, som regeringen eller Folketinget måtte overveje. Opgaven kan fx

placeres hos et 'kompetencenævn' i regi af Sundhedsstyrelsen.

Modellen skal sikre en klar beskrivelse af formålet med ændret ansvarsfordeling og dernæst vurdere effekterne i forhold til:

- kvalitet og patientsikkerhed
- omkostningseffektivitet i forhold til at den ændrede arbejdsdeling reelt aflaster fx de praktiserende læger
- sammenhæng for patienterne, herunder om der skabes nye siloer i form af flere enheder eller faggrupper, der skal koordinere behandlingen

Denne faste model skal sikre, at eventuelle politiske beslutninger om ændret arbejdsdeling står på et grundlag, hvor relevante problemstillinger er grundigt belyst. Herigennem kan man grundigt belyse faglige sager og spørgsmål som fx 1) om man bør udvide eller etablere nye selvstændige virksomhedsområder for autoriserede sundhedspersoner og hvilke konsekvenser det vil få for fx arbejdsbelastning og samarbejde mellem faggrupper, 2) om farmaceuter skal have adgang til på apoteker at ordinere medicin og hvilke konsekvenser det vil få for fx medicinudgifterne og antibiotikaforbruget, eller 3) om direkte adgang til fysioterapeut har betydning for sammenhæng i patienternes forløb samt forskydning i forbrug.

## FORSLAG 11

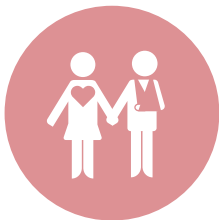
### Her og nu-tiltag skal bekæmpe lægemangel i almen praksis

*Ny handleplan skal understøtte almen praksis i at tage flere patienter allerede fra 2021 og dermed sikre at flere borgere får adgang til en praktiserende læge.*

Alle danskere bør have en praktiserende læge i nærheden af, hvor de bor. Derfor er det utilfredsstillende, at der i dag er ca. 128.000 borgere, som ikke er tilknyttet en fast praktiserende læge. For fem år siden var "kun" 39.000 danskere uden egen, praktiserende læge, og hvis man ikke handler politisk, vil problemet vokse sig endnu større, før end effekterne af et øget antal uddannelsesstillinger i almen medicin kan ventes at knække kurven fra omkring 2023. Uden yderligere tiltag vil der dog gå mange år, før end udfordringen er elimineret fuldt, og der er således behov for en supplerende og målrettet indsats, der kan virke i den mellemliggende periode.

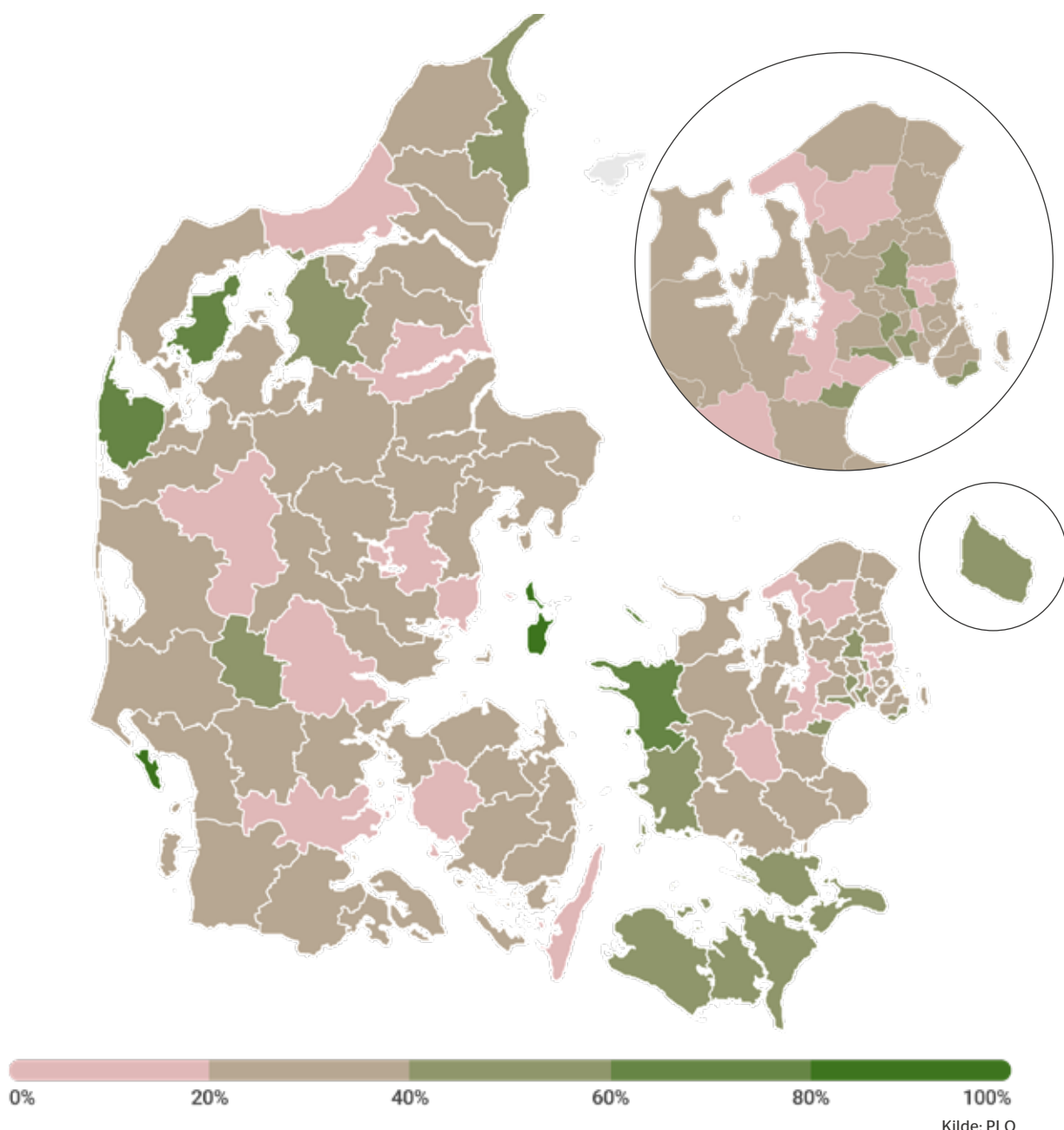
Derfor foreslår Lægeforeningen, at der laves en handleplan, som på kort sigt skal hjælpe de praktiserende læger i områder med lægemangel til enten at tage flere patienter eller udskyde deres pension<sup>5</sup>. Målsætningerne skal være at fastholde ældre læger længere, at øge antallet af ansatte samt at øge antallet af uddannelseslæger i almen praksis. Og det skal naturligvis ske under hensyn til ikke at skade rekrutteringen til almen praksis på lang sigt.

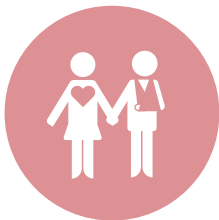
5. Forslagene uddybes her: <https://www.laeger.dk/nyhed/laegeforeningen-seks-forslag-kan-skaffe-markant-flere-laeger-i-almen-praksis-paa-faa-aar>



**De mange praktiserende læger på vej på mod pensionsalderen, særligt i landområderne, øger behovet for hurtige, kloge politiske løsninger på lægemanglen**

Andel praktiserende læger på 65+ år i 2025 fordelt på kommuner





Samtidig skal regioner, kommuner og de lægelige organisationer have fortsat fokus på at udnytte muligheder for lægedækning i yderområderne fx gennem etablering af licensklinikker eller satellitpraksis med det formål at tiltrække speciallæger i almen medicin, som ikke på kort sigt er interesserede i et praksisejerskab.

## FORSLAG 12

### Rettidig omhu skal forhindre endnu større mangel på speciallæger

*Antallet af hoveduddannelsesforløb i den lægelige videreuddannelse skal øges med 25 pct. for at imødegå tiltagende speciallægemangel.*

Allerede i dag oplever flere patientgrupper, at deres udredning og behandling tager lang tid eller må foregå langt fra, hvor de bor, fordi der er mangel på de relevante speciallæger. Foruden psykiatri og almen medicin er der tiltagende mangel på speciallæger inden for fx lungemedicin, radiologi, neurologi og geriatri. Stigende efterspørgsel efter speciallæger generelt kombineret med et stort antal læger på vej på pension gør, at der er risiko for speciallægemangel i endnu flere specialer.

Det er afgørende ikke at vende det blinde øje til denne udvikling. For så risikerer man om få år at stå i en situation, hvor den nuværende mangel på praktiserende læger, der plager dele af Danmark, ikke står som en isoleret historisk hændelse,

men tværtimod har vist sig som begyndelsen på en ulykkelig udvikling med uoverskuelige konsekvenser for patienter i hele landet.

Lægeforeningen foreslår derfor at løfte antallet af hoveduddannelsespladser i den lægelige videreuddannelse fra ca. 1.000 til ca. 1.250 i den dimensioneringsplan, som skulle have været gældende fra 2021, men som pga. COVID-19-epidemien først kommer til at træde i kraft fra 2022.

Med det foreslåede løft kommer der overensstemmelse mellem det antal lægestuderende, som bliver uddannet fra universiteterne, og det antal videreuddannelsesforløb, der er nødvendigt for at kunne færdiguddanne dem til de speciallæger, som patienter og samfund efterspørger.

Lægeforeningen vurderer, at det er muligt for regionerne at skaffe den nødvendige uddannelseskapacitet ved bl.a. for det første at omdanne uklassificerede stillinger på sygehuse og for det andet at benytte speciallægepraksis som uddannelsessteder for de kommende speciallæger. Begge dele vil dog kræve, at der bliver tilført ressourcer.



## PEJLEMÆRKE

# 4

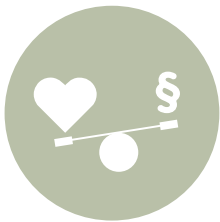
### GIV PLADS TIL FAGLIGHED

**FORSLAG 13:** Ny ret til udredning og behandling skal skabe fagligt råderum

**FORSLAG 14:** Mere tillid og lokal læringskultur - mindre tilsyn og kontrol

**FORSLAG 15:** Styrk samarbejdet på tværs ved at afskaffe økonomisk detailstyring

**FORSLAG 16:** Moderne rammer skal sikre tidssvarende og effektiv behandling



## PEJLEMÆRKE 4

### GIV PLADS TIL FAGLIGHED

Personalet i sundhedsvæsenet har flere opgaver, end de har tid til at løse. Der bliver løbet stærkt. Nogle steder alt for stærkt. Derfor er det helt afgørende, at både de fysiske og styringsmæssige rammer ikke lægger snubletråde ud, men tværtimod understøtter personalet i at bruge deres faglighed effektivt og til størst mulig glæde for patienterne. Bekæmpelse af ulighed i sundhed forudsætter, at personalet har tid og rum til at se den enkelte patient og kanalisere ressourcerne i den retning, hvor der er mest brug for dem. For at behandle patienter ens skal vi behandle dem forskelligt – det kræver fagligt råderum.

Effektiv administration er vigtigt. Patientrettigheder skaber tryghed. Og der er behov for et effektivt sundhedsfagligt tilsyn. Det hører alt sammen til i et moderne sundhedsvæsen. Men styringsredskaberne må ikke blive et mål i sig selv. Det er nemlig ikke incitamentsstyring og kontrolregimer, som motiverer sundhedspersoner til at gøre deres ypperste for at redde patienters liv. Tværtimod kan overstyring og urimelige arbejdsforhold lede til apati, udbrændthed og psykologisk utryghed til skade for såvel produktivitet som patientsikkerhed.

At det ikke er nye regler oppefra, som motiverer sundhedspersonalet blev tydeligt for enhver, da COVID-19-epidemien ramte Danmark. Overalt i sundhedsvæsenet var sundhedspersonalet fleksibelt, omstillingsparat og klar til at betræde ukendt land.

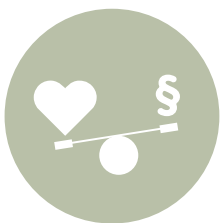
Disse positive erfaringer er der grund til at tage ved lære af. Fra den sundhedsperson, som i helt bogstavelig forstand står med patienternes liv i hænderne på operationsgangen, og til de sundhedsfaglige ledere i toppen af pyramiden på sygehuse, er der behov for et fagligt råderum til at tilrettelægge behandlingen ud fra det bedste sundhedsfaglige skøn. Det råderum er blevet for snævert i dag, og det stresser sundhedsvæsenet i en udstrækning, så det har negative konsekvenser for både patienter og personale.

Der er behov for en ny balance mellem tillid og kontrol i styringen af sundhedsvæsenet. ●

#### LÆGEFORENINGEN FORESLÅR:

- Differentieret ret til behandling skal skabe fagligt råderum
- Mere tillid og lokal læringskultur – mindre tilsyn og kontrol
- Styrk samarbejdet på tværs ved at afskaffe økonomisk detailstyring
- Moderne rammer skal sikre tidssvarende og effektiv behandling





## FORSLAG 13

### Differentieret ret til behandling skal skabe fagligt råderum

*En ny, differentieret behandlingsret skal give bedre plads til at behandle de mest syge først på sygehus eller i speciallægepraksis og frigive ressourcer.*

Danskerne skal hurtigt i behandling, hvis de bliver ramt af sygdom. Det kan ingen være uenige i. Men den fastlåste ret til behandling inden for 30 dage uden hensyntagen til den konkrete patient er ikke fagligt velbegrunderet. I stedet er retten i sin nuværende form for rigid og udgør dermed også en politisk underkendelse af den faglighed, som medarbejderne i sundhedsvæsenet ellers ville have bragt i spil til at skabe de bedste behandlingsforløb for patienter med ikke-akut sygdom.

To ud af tre ledende læger peger på, at de nuværende ventetidsgarantier indskrænker deres ledelsesrum ud over, hvad der er lægefagligt begrundet<sup>xxxii</sup>. Det er fx situationer, hvor behandlingsretten lægger en begrænsning for en mere effektiv udnyttelse af ressourcer i forbindelse med ikke-akutte operationer.

Lægeforeningen foreslår derfor, at man i stedet for at genindføre behandlingsgarantien, som man kendte den før COVID-19-epidemien, indfører en differentieret ret til behandling inden for 30 til 60 dage for ikke-akutte patienter. Tidsrammen differentieres for den enkelte

patient på baggrund af et lægeligt skøn. Således vil det ikke være bestemte diagnoser eller bestemte typer sygdomme, der altid har enten 30 eller 60 dages behandlingsgaranti. Det er lægen, som afgør, om den enkelte patient – uanset diagnose eller sygdom – bør behandles indenfor 30 dage for at undgå unødigt smerte og forværring, eller kan vente i maksimalt 60 dage.

Lægeforeningen foreslår samtidig, at retten til udredning og behandling også skal omfatte speciallægepraksis, så patienten har ret til hurtig udredning og behandling, når det drejer sig om behandling på hovedfunktionsniveau, uanset om patienten henvises til en speciallægepraksis eller et hospitalsambulatorium.

## FORSLAG 14

### Mere tillid og lokal læringskultur - mindre tilsyn og kontrol

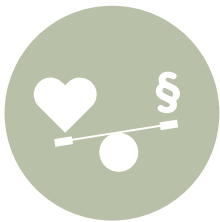
*Det er på høje tid at genetablere en sund balance mellem tillid og kontrol i sundhedsvæsenet ved at decentralisere og skabe bedre rammer om lokalt forbedringsarbejde.*

Borgerne skal kunne stole på, at den behandling, de får i sundhedsvæsenet, er sikker og af høj kvalitet. Samtidig er det altafgørende for at kunne give patienterne den bedste behandling, at medarbejderne i sundhedsvæsenet oplever tillid og får mulighed for at lære af de fejl, som begås.

Lægeforeningen foreslår derfor en

ny start for tilsyn og læring. Der er behov for et stærkt sundhedsfagligt tilsyn, som virker i samklang med den kliniske praksis og kliniske retningslinjer, og retter sig mod både driftsherrer og sundhedspersoner. Samtidig er de læringsopgaver, som bl.a. Styrelsen for Patientsikkerhed og en række andre myndigheder varetager, alt for spredte og med for ringe implementeringskraft. Derfor skal opgaverne løftes tættere på de regioner og kommuner, som står for driften af sundhedsvæsenet.

Der skal være bedre plads til en sund lokal forbedringskultur, hvor man som medarbejder er tryk ved, at en fejl ikke er første skridt i en sanktionsproces, men i en læringsproces. Læger og andre sundhedsprofessionelle skal blandt andet have bedre adgang til de kvalitetsdata, som allerede findes, og som kan skabe grobund for lokalt kvalitetsarbejde, hvis de bliver gjort tilgængelige for de enkelte afdelinger i en form tilpasset den kliniske virkelighed. Samtidig skal der lokalt ske en mere systematisk deling og udbredelse af den læring, som bearbejdelsen af fx utilsigtede hændelser fører til.



## FORSLAG 15

### Styrk samarbejdet på tværs ved at afskaffe økonomisk detailstyring

*Den faglige ledelse og samarbejdet på tværs af sektorer skal styrkes ved at omlægge den kommunale medfinansiering og den nyere nærhedsfinansiering til bloktilskud.*

Det er ikke økonomiske hensyn, der skal diktere, om en ældre medborger har bedst af fx at blive indlagt eller behandlet i eget hjem. Det er tværtimod patientens behov sammenholdt med kapacitet og kompetencer, som bør være udslagsgivende for denne beslutning.

Det er problematisk, at både den kommunale medfinansiering (KMF) og den nyere nærhedsfinansiering sigter mod at nedbringe antallet af behandlinger på sygehusene, uden at der findes viden om, hvordan målet kan nås uden at gå på kompromis med kvaliteten<sup>xxxiii</sup>.

Den økonomiske klemme, som disse to kortsigtede styringsværktøjer bringer regioner og kommuner i, risikerer altså at sætte den faglige vurdering ud af kraft, fordi de skubber patienter ud fra sygehusene, selvom kapacitet og kvalitet uden for sygehusene måske ikke er på plads.

Derfor foreslår Lægeforeningen at omlægge den kommunale medfinansiering og nærhedsfinansiering til bloktilskud. Det store tocif-

rede millionbeløb<sup>6</sup>, som må antages at kunne spares på administration af ordningerne, kan tilbageføres til sundhedsvæsenet.

## FORSLAG 16

### Moderne rammer skal sikre patienterne tidssvarende og effektiv behandling

*Der er brug for bedre fysiske rammer og teknisk udstyr mange steder i sundhedsvæsenet. Derfor skal anlægsbudgetterne øges i regioner og kommuner*

Moderne fysiske rammer og teknisk udstyr er grundlaget for at give den bedste patientbehandling. Det handler fx om bredere gange på psykiatriske sygehuse, som reducerer brug af tvang. Det kan også være scannere, der er med til at sikre hurtig og effektiv udredning, eller it-systemer, der kan skabe bedre arbejdsgange.

Hvis de fysiske rammer i sundhedsvæsenet ikke er tidssvarende, svækker det behandlingen af patienterne. Men det risikerer også at svække opbakningen til vores fælles offentlige sundhedsvæsen, hvis patienterne og pårørende oplever, at bygninger og apparatur ikke følger med tiden, mens den økonomiske udvikling betyder, at velstanden stiger i det omgivende samfund.

Det seneste årti har regionernes ordinære anlægsbudget gennemsnitligt set ligget omkring 2,5 mia. kr. årligt. I samme periode er af-

skrivninger, som er udtryk for den årlige værdiforringelse af anlæg, steget fra 3 til 4,7 mia. kr.<sup>xxxiv</sup>. Der sker altså en årlig værdiforringelse på cirka én milliard kr. af den bygnings- og apparaturmasse, der ikke er omfattet af de nye sygehusbyggerier.

Lægeforeningen foreslår derfor, at niveauet for regionernes anlægsbudget hæves med ca. én milliard kr. årligt, ligesom der skal afsættes midler til at opdatere og udvide de fysiske rammer for det nære sundhedsvæsen.

6. Hvis det antages, at der bruges en AC'er i hver kommune og en i hver region, vil administrationen af KMF alene beløbe sig til minimum 50 mio. kr.

## KILDER

- I Danmarks Statistik. Statistikbanken.dk. Tabel FOLK1A
- II Egne beregninger på baggrund af Sundhedsdatastyrelsen (2019) Udvalgte nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet 2009 til 2018
- III Danmarks Statistik. statistikbanken.dk, tabel IND03
- IV Statistikbanken.dk tabel sykg2, udtræk 15.06.2020
- V Kjellberg, Jakob og Iversen, Anna Kollerup (2018) Flere ældre og nye behandlinger - Hvad kommer det til at koste?, VIVE
- VI Lægeforeningen (2019) Invester i sundhed
- VII KL (2017) Fakta ark: Styrk det nære sundhedsvæsen
- VIII Økonomi- og Indenrigsministeriets benchmarkingenhed (2018), Forebyggelige indlæggelser blandt hjemmeplejemodtagere - store forskelle mellem kommunerne
- IX PLO (2019), Analyse: Andelen af praksis med lukket for tilgang af nye patienter falder for første gang siden 2014
- X Lægeforeningen (2020) Rundspørge til medlemmer af Lægeforeningen vedrørende håndteringen af covid-19
- XI Jakob Kjellberg (2018), Det nære sundhedsvæsen = 98 forskellige sundhedstilbud Debatindlæg, 5. december 2018, VIVE; Overlægforeningen (2018), Medlemsundersøgelse vedrørende kommunale tilbud
- XII Sundhedspolitisk Tidsskrift den 6. marts 2019. Velfærdsforsker: Vi ved ikke, om kommunerne kan det, de skal; Sundhedspolitisk Tidsskrift den 15. marts 2019. Ekspert i sundhedsdata: Vi aner ikke, hvad borgerne får ud af sundhedstilbud i kommunerne
- XIII Seemann, Janne og Gustafsson, Jeppe (2016), Smid "pyramidebrillerne"! Behov for interorganisatorisk ledelse, Tidsskrift for Dansk Sundhedsvæsen, 92. årgang, 3/2016
- XIV Lægeforeningen (2020) Rundspørge til medlemmer af Lægeforeningen vedrørende håndteringen af covid-19
- XV Kilde: Danske regioner (2020) Sundhed for dig - Regionernes samarbejde om digitalisering
- XVI Vallgård, Signild (2019) Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed?; Sundhedsstyrelsen (2011) Ulighed i sundhed - årsager og indsatser
- XVII Vallgård, Signild (2019), Hvordan mindsker vi uligheden i sundhed? København: Informations Forlag
- XVIII Kræftens Bekæmpelse (2019), Social ulighed i kræft. Hvidbog. København: Kræftens Bekæmpelse
- XIX Sundhedsstyrelsen (2011), Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. København
- XX Sundhedsstyrelsen (2018), Styrket indsats for mennesker med psykiske lidelser. Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling.
- XXI Sundhedsstyrelsen (2018), Styrket Indsats for mennesker med psykiske lidelser. Fagligt oplæg til en samlet plan for psykiatriens udvikling.
- XXII Pisinger, V. et al. (2019), UNG19 - Sundhed og Trivsel på Gymnasiale Uddannelser 2019. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet.
- XXIII ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
- XXIV Øllgaard, Isabella Frederikke et al. (2019), Kommunal alkoholbehandling 2018. Alkohol og Samfund
- XXV KL (2018), Mange stofmisbrugere med psykiske problemer er ikke i kontakt med psykiatrien. Momentum-opgørelse
- XXVI Lægeforeningen (2018) Rundspørge til speciallæger i psykiatri og børne- og ungdomspsykiatri.
- XXVII SUU svar af den 18. maj 2016 på spm. 504 (alm. del) fra social- og indenrigsministeren; Nordentoft, Merete, et al. (2015), Psykisk Sygdom og Ændringer i Livsstil. Vidensråd for Forebyggelse

- xxviii Regeringen (2016), Delaftale om udmøntningen af satspuljen for 2017-2020: Handlingsplan til forebyggelse af vold på botilbud
- xxiv KL (2019), Status for faste læger på plejecentre og botilbud, som oversendt til Folketingets Sundheds- og Ældreudvalg 5. marts 2020
- xxx Sundhedsstyrelsen (2019), anbefalinger for en sammenhængende sundhedsindsats ved akut opstået sygdom og skade (høringsudkast)
- xxxi Lægeforeningen (2018), Rundspørge til speciallæger med ledelsesansvar
- xxxii Kjellberg, Jakob (2019), Er det tid til at lægge den kommunale medfinansiering i graven. Debatindlæg; Pedersen, Kjeld Møller (2019) Kommunal medfinansiering og kampen for at forebygge indlæggelser: Viden om effekt. Økonometrisk analyse. SDU. Discussion papers on business and economics no 1/2019.
- xxxiii Danske Regioner har oplyst tallene til Lægeforeningen december 2018. Note til tallene: Afskrivningerne kan de sidste år indeholde lidt fra kvalitetsfundsbyggerierne, men dette vurderes til at være ubetydeligt.