

9. august 2007

## Det Radikale Venstres bud på mere kvalitet i sundhedsvæsenet

### Sundhed i dybden

#### *Fem veje til mere kvalitet i sundhedsvæsenet*

Danskerne lever kortere end både finnerne, nordmændene og svenskerne. Efterslæbet er en sundhedspolitisk falliterklæring. Vores ambition er at få den danske middellevetid op på niveau med den højeste i Norden - i dag den svenske, der er tre år længere end den danske.

Det kræver først og fremmest en langt mere ambitiøs investering i folkesundheden. Det danske samfund skal indrettes, så sund livsstil bliver et naturligt dagligt tilvalg. Alle dele af samfundslivet skal forpligtes på at bidrage – fra uddannelsesinstitutioner og arbejdspladser til fødevarereproducenter og supermarkeder. Det hele vil vi samle i en national folkesundhedsstrategi med forpligtende mål.

En længere dansk middellevetid kræver også, at Danmark konstant er i stand til at tilbyde alle borgere hurtig behandling af højeste kvalitet. Det skal ske med udgangspunkt i et skattefinansieret sundhedsvæsen med de offentlige sygehuse i kernen og en vifte af private og selvejende sygehuse som supplement.

Et moderne sundhedsvæsen af høj kvalitet er en kolossal udfordring – også selv om vores sundhedsvæsen har et ganske godt udgangspunkt. Sundhedsvæsenet er under pres. Mulighederne og behovet for behandling stiger og stiger. Her overfor står en alarmerende mangel på næsten al slags personale.

Der er brug for politisk omtanke. Der er en tendens til at stirre sig blind på det kortsigtede, synlige og målbare – ventetider og mursten. Disse ting er også vigtige, men der er brug for en balanceret udvikling, hvor det ikke bare er måltallene på overfladen, men kvaliteten i et bredere format der tæller. Det kræver vilje til at prioritere resurserne. Vores valg er klart: Vi vil prioritere en hurtig behandling af de mest syge, specielt kræftpatienterne, frem for at behandle alle uanset sygdom lige hurtigt.

En udfordring af det omfang, sundhedsvæsenet står overfor, kræver nytænkning på en række fronter. Vi har her udarbejdet et bud på, hvor og hvordan man i vores øjne bedst styrker kvaliteten i sundhedsvæsenet. De enkelte forslag vil skulle prioriteres og gennemføres over en flerårig periode. Vi ser fem overordnede sigtepunkter:

#### **1. Vi skal tænke stort**

Sundhedsvæsenet planlægges og indrettes alt for nationalt. Det er absurd i betragtning af, at patienter, læger, forskere og studerende flytter sig mere og mere over

grænserne. Men også i betragtning af at landene omkring os slås med samme udfordringer, f.eks. at skaffe kvalificeret personale og sikre viden om, hvilke metoder til forebyggelse, diagnostik og behandling der virker bedst. Med andre ord: Der er stordrift i at gå sammen. Målet er at bryde med national vanetænkning og i langt højere grad gøre vores sundhedsvæsen til et **internationalt sundhedsvæsen**. Vi foreslår konkret:

- At skabe et *sammenhængende skandinavisk sundhedsområde* med fælles uddannelse af læger, fælles medicinindkøb og frit valg for kræftpatienter.
- At skabe et "*patienternes Europa*", hvor det er lettere at rejse og være patient, og hvor landene går sammen om at dokumentere og sikre kvalitet i behandlingen.

## 2. Vi skal tænke langt

Sundhedsvæsenet drives ubegribeligt kortsigtet. Økonomien tilrettelægges fra år til år. Selv om enhver ved, at sundhedsvæsenet er en supertanker, det tager årevis at ændre kursen på. Personalemanglen løses kun i et flerårigt perspektiv. Forebyggelsen underprioriteres, selv om forebyggelse er en af de bedste investeringer i fremtiden. Målet er et **fremsynet sundhedsvæsen** med anderledes plads til det lange sigte. Vi foreslår konkret:

- At indgå *flerårige økonomiaftaler* om sundhedsvæsenet.
- At udarbejde en *langsigtet rekrutteringsstrategi*.
- At prioritere de *mest syge patienter* først.

## 3. Vi skal tænke i dybden

I det danske sundhedsvæsenet belønnes produktion, ikke kvalitet. Det er i det lange løb skidt for kvaliteten. Derfor skal vi ændre de grundlæggende pengestrømme til såvel sygehuse som praktiserende læger, så det også lønner sig at levere behandling af høj kvalitet. Målet er et **kvalitetsstyret sundhedsvæsen**, der fremmer kvalitet på linje med produktion. Vi foreslår konkret:

- At måle kvalitet med *mindre bureaukrati*.
- At betale sygehuse og læger også efter *kvalitet*.
- At sikre *professionel ledelse*.
- At fremme *behandling og medicin, der virker*.

## 4. Vi skal tænke nyt

Nytænkning er forudsætningen for at imødekomme behovet for stadig mere og bedre behandling. Det handler om at involvere brugerne i denne innovation. Regionerne og sygehusene skal have mere frihed til eksperimenter med nye organisationsformer i privat-offentligt regi. Målet er et **innovativt sundhedsvæsen** drevet af brugernes viden og erfaringer samt af et stærkt ledelsesmæssigt fokus på nytænkning og udvikling. Vi foreslår konkret:

- At give regionerne frihed til at eksperimenter med *sygehusenes frihedsgrader*.
- At lade regionerne omfatte af *kommunalfuldmagten*.
- At give sygehusene mulighed for at modtage private *øremærkede donationer*.

## 5. Vi skal tænke brugerne ind

Brugerne – d.v.s. patienterne, de pårørende og medarbejderne – har viden og resurser, sundhedsvæsenet ikke drager nytte af i dag. Det kræver, at brugernes resurser inddrages langt mere systematisk i udviklingen af sundhedsvæsenet.

Patienterne skal have ansvar og tages alvorligt for det, de ved og kan – specielt når det gælder deres egen sygdom. Medarbejderne skal gives ansvar og opmærksomhed – ellers mister vi dem. Målet er et **brugernes sundhedsvæsen**, hvor involvering og ansvar er værdier i fokus. Vi foreslår konkret:

- At involvere patienterne i *egen behandling*.
- At bruge *fejl og klager* til at udvikle sundhedsvæsenet.
- At gøre *tilfredse medarbejdere* til drivkraft.
- At give patienter adgang til *egne oplysninger*.
- At forpligte læger og industri på *åbenhed*.

**Indhold**

<i>Internationalt sundhedsvæsen</i>	s. 5
<i>Fremsynet sundhedsvæsen</i>	s. 7
<i>Kvalitetsstyret sundhedsvæsen</i>	s. 13
<i>Innovativt sundhedsvæsen</i>	s. 17
<i>Brugernes sundhedsvæsen</i>	s. 18

## 1. Et *internationalt* sundhedsvæsen

Sundhedsvæsenet påvirkes i stigende grad af forhold uden for landets grænser. Patienter vælger behandling i udlandet. Borgerne køber medicin over nettet. Læger rejser flittigt mellem landene – til faste jobs eller som vikarer. Forskningen har for længst sprængt de nationale grænser.

Alligevel fører vi en alt overvejende national sundhedspolitik. Som om globaliseringen ikke rager sundhedsvæsenet. Det er ikke alene ude af trit med virkeligheden – og det stigende antal patienter og medarbejdere, der bevæger sig frit over grænserne. Det er spild af resurser. For det betyder, at vi al for høj grad bruger kræfter på at opfinde den dybe tallerken hver for sig – bag grænserne. Der er brug for at løfte blikket og skabe et langt mere internationaliseret dansk sundhedsvæsen. Det danske sundhedsvæsen har brug for en offensiv internationalisering.

### Vi vil skabe et skandinavisk sundhedsområde

Sverige, Norge og Danmark har tre selvstændige sundhedsvæsener. Men patienter, medarbejdere og studerende rejser i stigende grad mellem de tre lande. Det taler for, at de tre lande går langt tættere sammen om at udvikle et sammenhængende sundhedsområde på udvalgte felter. Et skandinavisk sundhedsområde er muligt sprogligt og rummer samtidig muligheden for øget stordrift og kvalitet i behandlingen.

Det fælles skandinaviske sundhedsområde kan tage afsæt i følgende tre elementer.

\* Der skal indføres frit valg i Skandinavien – i første omgang for patienter med livstruende sygdomme. Det vil betyde, at f.eks. kræftpatienten frit vil kunne vælge strålebehandling i de to andre nordiske lande. På den måde bruger man den samlede behandlingskapacitet bedst muligt.

\* Universiteternes lægeuddannelser skal harmoniseres – både i forhold til indhold og optag. De tre lande skal i fællesskab dimensionere lægeuddannelsen, så det sikres, at der samlet uddannes nok læger i de tre lande, og at alle tre lande bidrager nok til uddannelsen af læger. På sigt bør de øvrige sundhedsuddannelser også harmoniseres.

\* Speciallægeuddannelserne skal harmoniseres. Det vil give lægerne bedre mulighed for at tage dele af deres speciallægeuddannelse i de øvrige skandinaviske lande.

\* De skandinaviske lande skal gå sammen om at købe medicin i fælles udbud. Det kan evt. ske ved at etablere et skandinavisk Amgros, der er den danske indkøber af sygehusmedicin. Fælles skandinaviske indkøb vil kunne presse priserne markant ned på medicin og dermed spare sundhedsvæsenet for milliarder. I dag er der store forskelle på, hvad de nordiske lande betaler for deres medicin. Norge betaler f.eks. op til 25 procent mindre for nye biologiske lægemidler mod leddegigt.

\* Specialeplanlægningen skal ske langt mere skandinavisk. Det gælder oplagt de højtspecialiserede funktioner. Kræftbehandlingen er f.eks. et område, der med stor fordel

kan organiseres i skandinavisk regi – mht. kapacitet, uddannelser og viden. Også sjældne sygdomme bør organiseres på skandinavisk plan og på længere sigt europæisk – i erkendelse af at det kræver et større befolkningsunderlag, hvis disse patienter skal tilbydes behandling af høj kvalitet.

**Vi foreslår**, at Danmark tager initiativ til at skabe et sammenhængende skandinavisk sundhedsområde i samarbejde med Sverige og Norge.

### **Vi vil skabe et ”patienternes Europa”**

EU-landene bestemmer som udgangspunkt deres sundhedspolitik selv. EU har dog via indre marked fået stigende indflydelse på afgørende dele af vores sundhedspolitik. Lægemedelområdet er underlagt europæisk lovgivning. EU-borgere kan få tilskud til f.eks. briller, de har købt i andet EU-land. Og EU-Domstolen har netop afgjort, at patienter har ret til at vælge og få betalt behandling i et andet EU-land, hvis de ellers skal vente urimeligt lang tid på behandling.

Men EU-landene bør offensivt gå tættere sammen på sundhedsområdet – med det formål at skabe et ”patienternes Europa”. Det skal være lettere at være patient i Europa. Første skridt er at formulere et sæt klare patientrettigheder for alle EU-borgere. I dag har EU-borgerne allerede ret til at få betalt sundhedsydelse og behandling modtaget i andre EU-lande. Det er sket ved en gradvis udvidelse af det sociale sikkerhedsnet, der oprindeligt kun gjaldt for de borgere, der tog arbejde i et andet EU-land. Men EF-Domstolen har også ved en række domme fastslået, at hjemlandet skal betale for deres borgeres behandling i et andet EU-land, hvis nogle enkle betingelser er opfyldt – f.eks. hvis ventetiden til behandling i hjemlandet er ”urimelig” lang. Alt i alt giver dette en retstilstand, der er helt uigennemsigtig for den enkelte borger, og hvor kun de færreste og givetvis mest resursestærke borgere vil være i stand til at gennemskue, hvilken ret til betalt behandling de har uden for landets grænser.

**Vi foreslår**, at Danmark går i spidsen for at få formuleret et sæt klare europæiske patientrettigheder.

I dag skal en dansker, der rejser i Grækenland, forholde sig til to sygesikringskort – det nationale ”gule” og det europæiske ”blå”. De to kort giver forskellig dækning. Det ”gule” gælder f.eks. kun ferierejser, mens det ”blå” dækker alle slags rejser. De forskellige kort med forskellige regler gør det forvirrende og besværligt at rejse i Europa. Oven i købet kender mange kommuner og borgere ikke det blå sygesikringskort. Målet er ét sygesikringskort, der gælder både nationalt og over alt i EU. Kortet kan være nationalt/”gult” på den ene side og europæisk/”blåt” på den anden – efter samme princip som euro’en. Et fælles kort med en national og fælles europæisk del vil gøre det muligt at opretholde forskellige regler for dækningen, uden at det er besværligt for borgeren.

**Vi foreslår**, at Danmark arbejder for ét fælles sygesikringskort, der gælder både nationalt og i EU.

I et "patienternes Europa" skal EU-borgeren kunne købe sin medicin over alt i Europa og få det tilskud, man ellers ville have fået, hvis man havde købt lægemidlet hjemme. Det vil gøre det både billigere og lettere at være patient i Europa. Bor man f.eks. tæt på grænsen til Tyskland, vil man kunne få glæde af evt. billigere tysk medicin. Hvis man på et weekendophold i London pludselig bliver syg og skal købe medicin på det lokale engelske apotek, vil man få det tilskud, som man ellers var berettiget til.

I første omgang skal det være en betingelse for at få tilskud, at man fysisk selv møder op på apoteket. I næste omgang vil vi åbne for, at tilskud også gives i forbindelse med internetkøb af lægemidler i andre EU-lande. Konkurrencestyrelsen anbefalede denne model i sin redegørelse fra 2005.

**Vi foreslår** at give danskere, der køber tilskudsberettiget medicin på et apotek i et andet EU-land, ret til at få det samme tilskud, som de ellers ville have fået hjemme.

Et fjerde sted at styrke det europæiske samarbejde er i forhold til viden og kvalitet. I dag bruger alle EU-lande kræfter på at opfinde den dybe tallerken selv. Hvorfor udvikler vi "nationale" rekommandationslister, når vi lige så godt kunne udvikle en enkelt europæisk? Hvorfor udvikler vi kliniske retningslinjer, når kravet til den klinisk rigtige behandling må være det samme, uanset om landet er Grækenland eller Belgien?

Opgaven med at dokumentere, hvilke behandlinger der virker bedst, er enorm og kan kun lade sig gøre, hvis landene puljer kræfterne. Kvalitetsarbejdet bør omfatte *alle* sundhedsvæsenets ydelser – fra lægemidler og kirurgiske indgreb til terapi og kost. Derfor skal der oprettes et Europæisk Institut for Kvalitet i Sundhedsvæsenet. Det skal sammen med det europæiske lægemiddelagentur (EMA) placeres med reference til sundhedskommissæren og *ikke* industrikommissæren, som har ansvaret for EMA i dag. Patienters interesse er, at kvalitetsarbejdet foregår uafhængigt af industriens interesser.

**Vi foreslår**, at Danmark arbejder for at oprette et Europæisk Institut for Kvalitet i Sundhedsvæsenet. Det skal samle indsatsen om at evaluere sundhedsydelser og udvikle kliniske anbefalinger og retningslinjer i Europa.

## 2. Et fremsynet sundhedsvæsen

### Vi vil investere i folkesundheden

Der er i stigende grad brug for at investere i danskernes sundhed. Både fordi der bliver flere og flere ældre i befolkningen, og fordi der konstant dukker nye, bedre og ofte også dyrere muligheder for behandlinger op. Endelig stiger vores forventninger til, hvor meget og hvornår der skal behandles, hurtigere end velstanden.

Der er specielt behov for at investere i folkesundheden – og dermed forebygge de store livsstilssygdomme, som allerede har ramt halvanden million danskere. I dag bruger vi kun 1 krone på forebyggelse for hver 1000 kroner, vi bruger på behandling, omsorg og

kompensation for sygdom<sup>1</sup>. Der er brug for en anderledes ambitiøs investering i folkesundheden. Pengene skal understøttes af en national folkesundhedsstrategi, der opstiller forpligtende, prioriterede mål for folkesundheden.

**Vi foreslår** at udarbejde en national folkesundhedsstrategi med bindende, prioriterede mål for folkesundheden. Det Radikale Venstre spiller i efteråret ud med et forslag til en national folkesundhedsstrategi.

**Vi foreslår**, at regeringen fast øremærker en tredjedel af de aftalte "nye penge" til sundhedsvæsenet til forebyggelse og folkesundhed. Hvis der f.eks. sættes 2 mia. kroner ekstra af til sundhedsvæsenet, skal de 700 mio. kroner øremærkes til folkesundhed.

### **Vi vil give sundhedsvæsenet arbejdsro**

Regeringens økonomiaftaler med amterne har alle år været etårige. Det har hvert år tvunget nye økonomiske rammer og nye initiativer ned over sygehusene, der derfor konstant kæmper med at rette ind efter de nye vilkår. Det går ud over arbejdsroen. Sundhedsvæsenet er en supertanker, der kræver en helt anden planlægningshorisont. Flerårige økonomiaftaler med regionerne, der opstiller mål for sundhedsvæsenets udvikling i perioden, vil skabe den fornødne arbejdsro og et større frirum for sygehusene samt sikre en stabil udbygning af det samlede sundhedsvæsen. Psykiatrien skal "normaliseres", trækkes ud af satspuljeaftalerne og indgå som en integreret del af økonomiaftalerne.

Samtidig skal der luges ud i puljerne. I dag findes der et virvar af centrale puljer, der støtter alt lige fra "rå" aktivitet ("Løkkeposen") til så forskellige områder som enestuer til sindslidende, hospicer, mammografibehandlinger og sundhedscentre.

**Vi foreslår**, at regeringen indfører 4-årige aftaler om sundhedsvæsenets udvikling i forbindelse med økonomiforhandlingerne med regionerne. På anlægssiden skal der udarbejdes en investeringsplan med et mindst 10-årigt sigte.

**Vi foreslår** at luge ud i puljerne på sundhedsområdet, herunder specielt at nedlægge "Løkkeposen" og føre pengene tilbage til regionerne.

### **Vi vil sikre personale med en langsigtet rekrutteringsstrategi**

Det danske sundhedsvæsens allerstørste problem er den historiske mangel på stort set alt personale – fra lægesekretærer over sygeplejersker til speciallæger. Situationen er alarmerende – og truer med at forværres de næste mange år. Nok så store milliard-

---

<sup>1</sup> "Er sundhed et personligt valg? Et debatoplæg om forebyggelse i Danmark", TrykFonden og Huset Mandag Morgen, 2006.

investeringer i et bedre sundhedsvæsen hjælper ikke patienterne, hvis der ikke er læger og andet personale til at udføre flere behandlinger.

Alle kræfter må samles om at løse det mangesidede personaleproblem. Der er brug for en langsigtet national strategi, der kan sikre såvel et større udbud som en bedre fastholdelse og anvendelse af arbejdskraften. Den nationale rekrutteringsstrategi skal omfatte de områder, hvor staten/Folketinget har ansvaret, navnlig sundhedsuddannelserne. Den skal inddrage områder, hvor det vil være stordrift i at koordinere regionernes indsats, f.eks. i rekrutteringen af udenlandske læger og andet sundhedspersonale. Endelig skal den sætte fokus på, hvordan man bedst muligt inddrager alle grupper sundhedspersonale i behandlingen.

**Vi foreslår**, at regeringen nedsætter et udvalg, der får til opgave at udarbejde en national 10-års plan for rekrutteringen i sundhedsvæsenet. Vi ønsker, at bl.a. nedenstående fem elementer indgår i planen.

### 1. Vi vil uddanne mere personale

Der optages for få på landets læge- og sygeplejeuddannelser. Begge uddannelser er dimensionerede, d.v.s. kapaciteten fastsættes centralt. Men det har ført til, at for få optages. På lægestudiet har myndighederne ganske enkelt forregnet sig, fordi det er strømmet ind med svenske og norske studerende. Problemet er, at de falder fra og gerne tager hjem igen, når de er færdige som læger. Derfor kommer vi til at mangle nyuddannede læger.

**Vi foreslår**, at der optages flere på lægestudiet – bl.a. for at udligne det antal svenske og norske studerende, der falder fra studierne eller rejser hjem efter endt studie.

Der haster med at optage flere sygeplejersker. Ifølge Dansk Sygeplejeråd er manglen på sygeplejersker steget med 35 procent alene over de seneste 12 måneder til mere end 1500 sygeplejersker. Der er interesse nok for faget. Antallet af ansøgere, der har uddannelsen som førsteprioritet, er steget markant. Alligevel blev mere end 200 kvalificerede ansøgere i 2006 sat på standby. Denne udvikling er ubegribelig, når sundhedsvæsenet samtidig døjer med en desperat mangel på sygeplejersker.

**Vi foreslår**, at staten øger optaget på sygeplejeskolerne markant og optager alle kvalificerede ansøgere. Samtidig skal frafaldet nedbringes.

De private sygehuse og klinikker fylder mere og mere i det danske sundhedsvæsen. Når regeringen til oktober sænker behandlingsgarantien til en måned, vil dette private marked vokse yderligere. Den beslutning er uklog i en situation, hvor sygehuse og klinikker kæmper for at få personale nok. Men står den ved magt, er den logiske konsekvens, at de private sygehuse og klinikker, der behandler frit valgs-patienter på offentlig regning, fremover forpligtes til at uddanne speciallæger, sygeplejersker og andet personale. På udvalgte områder som f.eks. almindelige kikkertundersøgelser i knæ dominerer

privathospitalerne allerede så meget, at det kan gøre det svært at uddanne nok nye kirurger.

**Vi foreslår**, at private sygehuse og klinikker, der behandler patienter for offentlig regning, forpligtes til også at uddanne speciallæger, sygeplejersker og andet sundhedspersonale. Samtidig underkastes private sygehuse og klinikker samme kvalitetskrav som offentlige sygehuse.

## 2. Vi vil uddanne flere forskellige slags læger og sygeplejersker

I dag er adgangsbilletten til lægestudiet et tårnhøjt karaktergennemsnit. Vil man læse til læge på Københavns Universitet, er kravet et snit på 10. Det giver en ensidig rekruttering af fremtidens læger, der risikerer i høj grad at have samme profil og faglige interesser. F.eks. vælger kvinder oftere almen medicin og pædiatri frem for mere "potente" specialer som kirurgi og anæstesiologi. Dette risikerer at føre til mangel på læger inden for visse specialer.

Det ensidige fokus på høje karakterer står i kontrast til, at der i dag stilles en bred vifte af krav til fremtidens læge, der ikke kun skal være fagligt kompetent, men også kunne f.eks. kommunikere, udvikle og samarbejde. Vi får brug for lægen, der har høje akademiske ambitioner og vil forske, lige såvel som lægen, der helst vil behandle almindelige mennesker med almindelige sygdomme. Derfor skal der fremover rekrutteres alsidigt til lægestudiet.

Syddansk Universitet har med stort held afprøvet en ny optagelsesmodel, der er lagt an på at gennemføre optagelsesinterview til afklaring af ansøgernes studieegnhed. Det har bl.a. vist sig, at frafaldet var betydeligt mindre blandt disse kvote 2-studerende end i kvote 1.

**Vi foreslår**, at universiteterne får frihed til at optage flere studerende på kvote 2 gerne inspireret af optagelsesmodellen på Syddansk Universitet.

Sygeplejerskerne har de seneste år fået større selvstændigt ansvar i behandlingen. Der er brug for at gå videre. Vi skal som en række andre europæiske lande uddanne sygeplejersker med et selvstændigt ansvar for sygepleje og behandling af grupper af kroniske patienter (Advanced Nurse Practitioners). Disse specialuddannede behandlersygeplejersker skal selvstændigt kunne diagnosticere, ordinere, behandle og henvise patienter inden for bestemte patientgrupper. De vil kunne aflaste lægerne for en række opgaver.

**Vi foreslår** at uddanne avancerede behandlersygeplejersker, der selvstændigt vil kunne diagnosticere, ordinere, behandle og henvise visse patienter.

Læger er over de seneste mange år blevet mere og mere specialiserede. Det er på mange måder en god udvikling, der fører til dygtigere læger inden for de enkelte specialer. Men fremtidens patienter vil i stigende omfang være ældre mennesker, der fejler ikke kun én,

men mange forskellige ting, når de bliver indlagt akut. De har brug for læger, der har en bred viden om sygdomme og kan navigere på tværs af specialerne. Det er netop det, akutmedicinere er uddannede til. De skal hurtigt udrede den enkelte patient og evt. sende vedkommende videre til rette specialafdeling.

Sverige er gået i gang med at har uddanne læger til akutmedicinere. USA har en lang tradition for "emergency physicians", som har hørt til blandt de mest eftertragtede specialer. Region Nordjylland har selv taget initiativ til at uddanne særlige akutmedicinere.

**Vi foreslår**, at der fremover uddannes akutmedicinere med speciale i at modtage og udrede patienter akut.

### 3. Vi vil oprette en global jobpatrulje

Regionerne rekrutterer i stigende grad sundhedspersonale fra snart verden over. Senest har Region Midtjylland været i Indien for at finde læger. Også blandt andre personalegrupper, f.eks. sygeplejersker, vil der næste mange år skulle rekrutteres uden for landets grænser. Det taler for at samle og effektivisere indsatsen. Derfor skal regionerne i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Udlændingesservice gå sammen om en global jobpatrulje, der skal identificere de lande, der har ledige læger, sygeplejersker m.fl., som vi kan bruge. Jobpatruljen skal på stedet kunne indgå ansættelsesaftaler – med visumansøgning og andre praktikalier klar i tasken.

**Vi foreslår**, at regionerne opretter en global jobpatrulje, der får til opgave at strømline rekrutteringen af udenlandsk sundhedspersonale.

### 4. Vi vil aflaste lægerne

Der er helt afgørende at sikre en bedre og mere effektiv arbejdsdeling i sundhedsvæsenet. En række af de opgaver, som læger udfører i dag, kan klares af andre personalegrupper – fra sygeplejersker til kiropraktorer og farmaceuter. Tilsvarende vil en række af sygeplejerskernes opgaver kunne klares af social- og sundhedsassistenter, men f.eks. også diætister, som i dag uddannes til ledighed.

Regionerne har taget fat. De skal gøre mere. F.eks. viste en FOA-undersøgelse for nylig, at mange sygehus-ansatte sosu-assistenter oplever at blive bremset i at udføre de opgaver, som de ellers er uddannet til.

Der skal sættes ind centralt. Læger har i dag eneret til at udskrive medicin og henvise patienter. Det vil være oplagt også at give farmaceuter og evt. andre relevante sundhedspersoner (f.eks. kiropraktorer) ret til at udskrive visse former for medicin.

I Storbritannien har farmaceuter og sygeplejersker længe haft mulighed for at ordinere visse lægemidler gennem et partnerskab med en læge eller tandlæge. Sidste år blev det besluttet at give farmaceuter fuld ordinationsret. Dermed kan de udskrive medicin helt uafhængig af lægen. Danmark skal lære af de britiske erfaringer og give farmaceuter og

evt. andre sundhedspersoner ret til f.eks. at udskrive p-piller og forny recepter på en række standardbehandlinger, hvor patienten har fået samme præparat i årevis f.eks. blodtrykspræparater. Fornyelse af recept vil f.eks. kun kunne ske et antal gange, før patienten skal tilbage til lægen.

Lægernes eneret til at henvise til behandling bør også blødes op. I Norge har kiropraktorerne fået adgang til at henvise til speciallæger og fysioterapeuter. Også denne liberalisering af henvisningsretten vil aflaste den praktiserende læge.

**Vi foreslår**, at farmaceuter og evt. andre sundhedspersoner får ret til at udskrive visse typer medicin. Visse sundhedspersoner bør også få ret til at henvise patienter.

## 5. Vi vil flytte sygeplejersker fra deltid til fuldtid

Ifølge Dansk Sygeplejeråd arbejder cirka halvdelen af alle ansatte sygeplejersker under fuld tid. En del af de sygeplejersker, der er ansat på deltid, arbejder over eller ved siden af som vikarer. En undersøgelse fra FTF har vist, at 15 procent af medlemmerne på deltid har ønsket at arbejde fuld tid, men ikke fået muligheden.

Deltidsarbejdet er en dyr og dårlig anvendelse af det personale, vi har så hårdt brug for. Der skal sikres en løsning, så flest mulige sygeplejersker og andre personalegrupper arbejder fuld tid. Det er først og fremmest arbejdsgivernes ansvar at sikre vilkår, så medarbejderne kan ansættes på fuld tid. Der er brug for at analysere problemets omfang og art, så der kan findes en langtidsholdbar løsning for de personalegrupper, hvor der er

**Vi foreslår**, at regionerne uarbejder en strategi for, hvordan flest mulige deltidsmedarbejdere flyttes til fuld tid. Det skal ske med afsæt i en analyse af deltidsansættelserne på sygehusene.

## Vi vil prioritere de mest syge patienter først

Et fremsynet sundhedsvæsen skal hvile på klare, langsigtede prioriteringer – i erkendelse af at vi ikke kan alt. Derfor skal vi gøre op med regeringens generelle ventetidsgaranti, der giver alle patienter (med undtagelse af kræft- og hjertepatienter) samme rettigheder – uanset om de har en alvorligere sygdom, f.eks. forsnævring af hjertekranspulsåren, eller blot skeler på øjnene. Havde vi masser af personale, ville det give mening. Men det har vi så langt fra.

Vi vil prioritere de mest syge først. Regeringen svigter denne prioriteringsopgave med det resultat, at vi bruger kostbart personale på at turbo-behandle patienter med småskavanker, alt imens langt mere syge patienter tvinges til at vente længere i systemet på forundersøgelser og samtaler. Den udvikling risikerer at tage ekstra fart, når regeringen til oktober sænker frit valgs-garantien til 1 måned. Det vil tvinge sygehusene til at løbe endnu hurtigere efter alle typer patienter uanset alvorligheden af deres sygdom. For ellers taber de penge.

Vi vil gå modsat. Vi vil ikke acceptere, at f.eks. kræftpatienter venter hele og halve år på at komme i behandling. Vores prioritet er sænke den samlede gennemsnitlige ventetid for kræftpatienterne – regnet fra første symptom til behandling. Ny viden viser, at 100 lungekræftpatienter dør årligt, fordi de ikke bliver behandlet i tide. En typisk lungekræftpatient venter 94 dage, fra hun henvender sig til sin læge, til behandlingen går i gang. Det er alt for lang tid. Der skal derfor indføres et nationalt mål for, hvor lang tid kræftpatienter i snit højst må vente fra første symptom/diagnose til endelig behandling.

Patienter med mindre skavanker må til gengæld vente en smule længere. Her skal det efter norsk forbillede være op til lægen at afgøre, hvor længe den enkelte patient højst må vente – dog med en maksimal ventetidsgrænse. Det betyder, at den patient, der er stærkt plaget af en nedgroet negl, vil komme til før den patient, der fint lever med sine åreknuder.

**Vi foreslår**, at der indføres et mål for, hvor længe kræftpatienter i snit højst må vente fra diagnose til behandling. Formålet er markant at sænke den samlede ventetid for kræftpatienter.

**Vi foreslår** en ny og længere ventetidsfrist for patienter med mindre skavanker. Formålet er at give sygehusene bedre mulighed for at prioritere de mere alvorligt syge patienter først. Et lægefagligt udvalg udarbejder en liste over mindre alvorlige lidelser, der skal omfattes af den ny ventetidsfrist.

Det er specielt svært at være kræftpatient og finde rundt i det danske sundheds- og socialvæsens muligheder for frit valg, second opinion og tilskud. Ikke sjældent viser det sig, at patienter med mange personlige resurser kan "slås" sig til muligheder, som de ellers ikke ville have fået. Det kan være en hurtigere behandling eller ny eksperimentel behandling, men også sociale ydelser. Dette er en uacceptabel menneskelig og social ulighed – og helt forkasteligt er det, når det handler om liv og død.

**Vi foreslår**, at alle kræftpatienter obligatorisk tilbydes samtale med patientvejleder, så snart diagnosen er stillet. Patientvejlederen skal kunne rådgive om frit valg, kontaktpersoner, relevante sociale ydelser mv.

### **3. Et kvalitetsstyret sundhedsvæsen**

Kvalitet skal gennemsyre vores sundhedsvæsen. I dag er sundhedsvæsenet indrettet som en mindre fabrik. Den økonomiske tilskyndelse er alene at få flest mulige patienter behandlet på kortest mulige tid. Vi vil skabe et mere balanceret system, hvor kvalitet også vejer til. Vi vil rette op på et sundhedsvæsen, hvor sygehusene er tungt belagt med kvalitetsmålinger, alt imens vi næsten ingenting ved om kvaliteten hos de praktiserende læger.

#### **Vi vil måle kvalitet med mindre bureaukrati**

Det er vigtigt at måle kvalitet. Men det skal ske, uden at det kvæler sundhedspersonalet i registreringsarbejde og manualer. Det taler for at måle mere på resultater og mindre på proces. Her er der grund til at kigge kritisk på Den danske Kvalitetsmodel, som er omdrejningspunkt for kvalitetssikringen af sundhedsvæsenet. Modellen er på mange måder forbilledlig og ambitiøs – med en række forskellige kvalitetsprojekter under sine vinger: Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), akkrediteringer, Den Gode Medicinske Afdeling og de landsdækkende patienttilfredshedsmålinger. Men den er også tung. Som led i akkrediteringen skal sygehusene f.eks. måle på op til 700 indikatorer med efterfølgende audits. Det skaber uendelig frustration blandt læger og sygeplejersker, der ikke oplever at have tid til at måle og konsultere de tommetykke manualer, der udarbejdes som led i kvalitetsarbejdet.

**Vi foreslår**, at Den danske Kvalitetsmodel tages op til revision med det formål at skabe en model, der er væsentligt mindre bureaukratisk for sygehusene, og hvor fokus er på måling af resultater snarere end proces.

En velfungerende landsdækkende Elektronisk PatientJournal (EPJ) er nøglen til bedre patientbehandling med mindre bøvl og bureaukrati. Princippet skal være, at alle oplysninger kun skal registreres én gang. Derefter skal oplysningerne automatisk overføres til andre relevante registre og databaser. Dette vil lette lægers, sygeplejerskers og personales daglige tastearbejde markant.

**Vi foreslår**, at EPJ gøres til et offensivt redskab i kampen for mindre bureaukrati – ud fra princippet om, at alle oplysninger kun indtastes én enkelt gang.

### **Vi vil betale for kvalitet**

Sygehusene aflønnes i stigende grad efter aktivitet. Først var det 10 procent af sygehusenes budgetter, der skulle udbetales efter aktivitet. Nu er tallet oppe på 50 procent. Dette er sket helt uden en overordnet diskussion af, hvor langt man bør gå i en aktivitetsbestemt afregning af sygehusene. Ekspertter har sået tvivl om, hvorvidt der overhovedet er fordele forbundet med en øget aktivitetsbestemt finansiering.<sup>2</sup>

Én ting ved vi: Den øgede aktivitetsbestemte finansiering tilskynder alene sygehusene til at behandle flest mulig. Sammenhængende behandlingsforløb, kvalitet, uddannelse og forskning honoreres ikke. Det ensidige fokus på produktion skal der gøres op med.

**Vi foreslår**, at der indføres takster for sammenhængende behandlingsforløb, kvalitet og forskningsindsats. Det skal ske med afsæt i en uafhængig analyse af, hvor langt det er fornuftigt at gå med en aktivitetsbestemt finansiering af sundhedsvæsenet.

---

<sup>2</sup> Professor Kjeld Møller Pedersen og lektor Mikael Bech fra Syddansk Universitet fastslog sidste år: "Vi er år stærkt i tvivl om, hvorvidt der overhovedet er fordele ved at gå fra 20 procent til 50 procent DRG-afregning." (MANDAT nr. 3 2006)

## **Vi vil kvalitetssikre praktiserende læger**

Også i praksissektoren er det ensidigt antallet af behandlinger, der bestemmer lægens indtjening. Lægen får et honorar, så snart hun har haft patienten i konsultation. Kvaliteten af behandlingen har ingen indflydelse på honorarets størrelse. Sat på spidsen betyder det, at den læge, der gør sig umage og bruger tid på en god og grundig behandling, får mindre økonomisk ud af det end den læge, der blot behandler flere. Det giver et ensidigt fokus på produktion – væk fra kvalitet.

Flere har øje på problemet og opfordrer til at gøre lægernes honorarer mere afhængige af kvalitet og adfærd. Den læge, der f.eks. uddanner sig og kan tilbyde handicapadgang samt nem kontakt via e-mail og telefon, skal have en økonomisk fordel.

Storbritannien er gået i gang. De foreløbige britiske erfaringer er ifølge Sundhedsstyrelsen gode. Det har ført til et stærkere fokus på kvaliteten af ydelserne – med større vægt på dokumentation. Det har forstærket en udvikling i retning af flerlægepraksis, tværfagligt samarbejde og en professionalisering af praksisdriften. Det er en udvikling, vi også ønsker i Danmark. Kravet er, at kvalitetsafhængige honorarer ikke bureaukratiserer lægens liv.

**Vi foreslår**, at overenskomsterne lægges om, så kvaliteten af behandlingen indgår i honoreringen af de praktiserende læger.

## **Vi vil kvalitetssikre speciallægeuddannelsen**

Speciallægeuddannelsen i Danmark er bygget op som et forløb, hvor lægen skal gennemføre en række obligatoriske kurser og ophold på forskellige afdelinger. Lægens kompetencer evalueres undervejs – gerne ved observation på klinikken. Det betyder, at den afdeling, der uddanner lægen, i høj grad også afgør, om lægen har opnåede de påkrævede kompetencer. Der er ingen ekstern bedømmelse eller afsluttende eksaminer, der viser, hvad lægen rent faktisk kan. Dermed er der ikke den fornødne kvalitetssikring af uddannelsen.

**Vi foreslår**, at der i speciallægeuddannelsen indføres ekstern bedømmelse evt. kombineret med egentlige eksaminer.

## **Vi vil sikre professionel ledelse**

Det er en stor og kompleks opgave at være leder på et sygehus. Lederens opgave er at sikre de gode arbejdsrutiner, motivere og coache personalet samt sikre en effektiv administration. I dag stilles der ikke krav om administrativ erfaring eller efteruddannelse for at blive f.eks. ledende overlæge eller oversygeplejerske. Dermed risikerer afdelinger at blive ledet af fagligt kompetente læger, der blot ikke har de nødvendige forudsætninger for god ledelse. Det kræver, at der investeres i ledelsesudvikling på sygehusene.

**Vi foreslår**, at efteruddannelse i administration bliver en forudsætning for at være leder på et dansk sygehus.

### **Vi vil sikre behandling der virker**

En af de helt store udfordringer er at sikre, at patienterne får den behandling, der virker bedst. Det sker langt fra altid i dag. En forskningsrapport har vist, at læger, der behandler leverpatienter, ikke baserer deres behandling på klinisk evidens<sup>3</sup>. Det rejser spørgsmålet om, hvordan vi sikrer, at læger har nyeste viden om, hvad der virker bedst, og bruger den i deres behandling.

Det første og største problem er, at der mangler viden om, hvilke behandlinger der virker bedst. Derfor skal der investeres langt mere i i systematiske bedømmelser af, hvordan konkrete metoder inden for forebyggelse, diagnostik og behandling virker. Det kan oplagt ske i regi af Cochrane-samarbejdet, der f.eks. sidste år udgav en oversigt over alt, hvad man aktuelt ved om effekten af brystkræftscreeninger.

Dernæst er der behov for at udvikle flere nationale retningslinjer for, hvad der er den gode behandling. Her mangler meget. Der er f.eks. ikke udarbejdet nationale kliniske retningslinjer m.v. for alle kroniske lidelser. Det risikerer at forringe patientbehandlingen og medføre sygdom, der kunne være undgået. Samtidig skal der stærkere fokus på at føre de nationale retningslinjer ud i livet. Her kniber det.<sup>4</sup>

Det overordnede ansvar for kvalitetsarbejdet bør placeres ét sted. I dag bruger sygehusene for mange kræfter på at opfinde den dybe tallerken selv. Der oprettes et nationalt kvalitetscenter, der samler kvalitetsarbejdet i Sundhedsstyrelsen, Center for Medicinsk Teknologi Vurdering og Institut for Rationel Farmakoterapi. Det nationale center skal fungere som underleverandør til det Europæiske Agentur for Kvalitet i Sundhedsvæsenet.

**Vi foreslår**, at der fremover investeres mere i systematiske bedømmelser af behandlingers effekt.

**Vi foreslår**, at der i Sundhedsstyrelsens regi oprettes et Center for Kvalitet, der samler og styrker udviklingen og implementeringen af nationale kvalitetsstandarder for patientbehandlingen.

### **Vi vil fremme medicin der virker**

Mange patienter tager ikke i dag deres medicin rigtigt. Det gælder ikke alene ældre eller meget syge mennesker, der dagligt tager mange slags lægemidler. Det gælder bredt. Derfor er det helt afgørende at udvikle medicin, som patienterne har let ved at tage rigtigt.

<sup>3</sup> "Fra forskning til praksis", Pia Kürstein m.fl., DSI 2005.01

<sup>4</sup> Klinisk praksisvariation og kliniske retningslinjer i et sociologisk nyinstitutionelt perspektiv", Pia Kürstein, DSI 2006.10

Det kræver en gennemgribende reform af medicinsystemet. Målet er at fremme de lægemidler, som har samlet størst behandlingsmæssig værdi for patienterne – klinisk, men også praktisk, fordi patienterne tager lægemidlerne rigtigt. Tag f.eks. to slags gigtlægemidler med samme kliniske effekt og til nogenlunde samme pris. Det ene lægemiddel udbydes i "gigt-venlig" pakning og med en alarm, der hjælper patienterne til at huske at tage lægemidlet, som de skal. Det andet lægemiddel er alene produktet. Hvis det første lægemiddel inkl. pakning og alarm giver samlet bedre resultater i behandlingen, skal lægen foretrække dette lægemiddel frem for det andet.

Et sådant skift i fokus fra ren klinisk effekt til samlet behandlingsmæssig værdi vil tilskynde lægemiddelproducenterne til at udvikle og udbyde deres produkter med serviceydelser, der kan hjælpe patienterne til at tage deres medicin rigtigt. Det vil tvinge producenterne til at dokumentere både den kliniske effekt af deres lægemidler, men også patienternes samlede udbytte af medicinen – til stor gavn for patienterne. Det afgørende er at indrette de offentlige systemer – tilskud og rekommandationer – så de fremmer den medicin, der samlet har største behandlingsmæssige værdi for patienterne.

Den britiske forbrugermyndighed har netop foreslået, at priserne i højere grad skal afspejle lægemidlets samlede og ikke kun kliniske effekt. På samme måde skal den reelle behandlingsmæssige værdi af et lægemiddel slå igennem det danske system – nemlig i forhold til den nationale rekommandationsliste og tilskudssystemet.

**Vi foreslår**, at det fremover bliver den samlede behandlingsmæssige værdi af lægemidler, der afgør, hvilket lægemiddel der anbefales i behandlingen. Det skal den nationale rekommandationsliste afspejle. Tilskud til lægemidler skal også gives ud fra en vurdering af lægemidlets samlede værdi.

#### **4. Et innovativt sundhedsvæsen**

Innovation er nøglen til et moderne sundhedsvæsen af høj kvalitet. Det kræver, at regionerne og sygehusene har fokus på innovation som et selvstændigt mål for sundhedsvæsenet. Men det kræver også, at de har frihedsgraderne til at udvikle nyt og eksperimentere. Offentligt-privat samarbejde er et middel til mere innovation.

##### **Vi vil give regionerne mere frihed til innovation**

Høj kvalitet nås, hvis medarbejderne oplever, at de har indflydelse på deres arbejdsplads og daglige virke. Af den grund er det vigtigt, at regionerne giver sygehusene mest mulig frihed til at tilrettelægge deres virksomhed. Erfaringerne fra bl.a. Vejle Sygehus og frisygehusene i Hørsholm og Aabenraa understreger, at øget frihed kan give gode resultater. Vi vil gå videre og give regionerne frihed til at udvikle en forsøgskultur og eksperimentere med sygehusenes organisering. Selvejende sygehuse er et bud. Et andet er sygehuse med fladere hierarkier, mere inddragelse af medarbejdere og brugere samt mere fleksibel og tværgående opgavetilrettelse.

På den baggrund mener vi, at regionerne skal have størst mulig frihed til at eksperimentere med sygehusenes frihedsgrader, f.eks. også i forhold til at bestemme løn- og arbejdsvilkår og tilrettelægge driften.

**Vi foreslår**, at regionerne sikres mest mulig frihed til at eksperimentere med sygehusenes frihedsgrader.

Det offentlige sundhedsvæsen kan med fordel gå sammen med private virksomheder om konkrete opgaver. Det vil fremme gensidig inspiration og sikre en værdifuld mangfoldighed i løsningerne. I dag er der allerede en række positive eksempler på offentligt-privat samarbejde f.eks. inden for klinisk forskning. Men der er også hindringer for, at private virksomheder kan finansiere konkrete initiativer i sundhedsvæsenet.

En virksomhed kan f.eks. ikke donere en scanner til et sygehus og finansiere personale til at betjene scanneren. Det bør fremover være muligt. En række betingelser skal være opfyldt. Det skal ske på helt åbne vilkår, der sikrer sygehuset 100 procent uafhængighed af virksomheden. Der skal være tale om afgrænsede donationer. Man skal f.eks. ikke kunne overlade driften af en hel medicinsk afdeling til et medicinalfirma. Endelig skal det ikke være muligt at give penge direkte til en eller flere navngivne læger, men alene forskningsformål. På anlægssiden skal regionerne kunne gå sammen med private virksomheder om finansieringen og den "hårde" drift af nyt sygehusbyggeri.

Regionerne bør være langt mere offensive, når et gælder offentlige-private løsninger. Der er brug for en systematisk erfaringsudveksling om offentligt-privat samarbejde f.eks. i formaliserede netværk.

Folketinget skal derfor udvide kommunalfuldmagten til også regionerne. Alt andet er meningsløst, hvis man ønsker at styrke innovative løsninger på sundhedsområdet.

**Vi foreslår**, at regionerne omfattes af kommunalfuldmagten, så de offensivt kan udvikle offentlige-private løsninger.

**Vi foreslår**, at sygehusene får mulighed for at modtage donationer, der er øremærkede til konkrete, afgrænsede formål, f.eks. indkøb og drift af scanner.

## 5. Et brugernes sundhedsvæsen

Et moderne sundhedsvæsen tager sine brugere alvorligt. Patienter er ikke bare passive behandlingsobjekter – lige så lidt som medarbejdere er ydmyge redskaber. Brugerne har alt at tilbyde – i form af indsigt, erfaringer og resurser. De skal bringes aktivt i spil. Patienterne skal have bedre adgang til behandling og medarbejdere høres bedre, men de har også selv et ansvar. Vi vil indrette et sundhedsvæsen, der i højere grad ansvarliggør de enkelte patienter og medarbejdere.

### Vi vil involvere patienterne i egen behandling

Patienternes egne resurser og kræfter skal bruges bedre. Specielt de kroniske patienter bør involveres langt mere systematisk i deres egen behandling. Der er store gevinster at hente. En bedre egenomsorg vil være den bedste forebyggelse mod en forværring af den kroniske lidelse. Denne forebyggende indsats fylder for lidt i dag. En undersøgelse fra 2005 har f.eks. vist, at 80 af resurserne til diabetesomsorgen går til behandling og kun 20 procent til forebyggelse. Det styrkeforhold skal ændres.

De kroniske lidelser belaster også samfundsøkonomien. I dag har halvanden million danskere gigt, diabetes eller andre kroniske lidelser. Tallet truer med at vokse, hvis ikke indsatsen over for de kronisk syge styrkes. Bedre forebyggelse er derfor også økonomisk snusfornuft.

Alle kronikere skal derfor, når de får stillet diagnosen, tilbydes en individuel sundhedsplan, hvori læge og patient aftaler, hvad sundhedsvæsenet gør (behandling, opfølgende sundhedstjek, kontaktpersoner m.v.), og hvad patienten selv gør (medicin, kostvaner, resursepersoner i familien m.v.). Sundhedsplanen vil være et redskab til at mobilisere og ansvarliggøre patienten i forhold til behandlingen af egen sygdom. Planen vil sikre sammenhæng og kontinuitet i det, der let risikerer at blive et mangeårigt, kompliceret sygdomsforløb.

Sundhedsplanen skal skræddersys til den enkelte patient. For ingen patienter er ens. En diabetiker med mange egne resurser og lav risiko for komplikationer behøver en mindre indsats end den svagelige diabetiker med en fremskreden sygdom og mange komplikationer. Planen opdateres løbende.

Sundhedsplanen understøttes af overenskomst-aftalte forløbsydelse for alle kroniske patienter. Det skal ske med udgangspunkt i den forløbsydelse for diabetikere, som praktiserende læger via deres overenskomst får fra i år og som noget nyt giver lægen et samlet honorar for at sikre patientens samlede behandlingsforløb.

***Vi foreslår***, at alle kroniske patienter fremover får en personlig sundhedsplan. Samtidig forløbs-honoreres de alment praktiserende læger fremover for alle kroniske sygdomme.

### **Vi vil bruge fejl og klager til at udvikle sundhedsvæsenet**

Brugerne – patienterne, de pårørende og medarbejderne – har viden og erfaringer, som sundhedsvæsenet skal bruge langt mere systematisk. Når læger og patienter indberetter fejl og bivirkninger, skal de bruges offensivt i udviklingen af sundhedsvæsenet.

Patienterne skal gøres til en positiv kraft i patientklagesystemet, der skal udvikles fra at være et "sagsbehandlende" system til også at være et "lærende" og involverende system. Patienter, der klager, oplever ofte en afmagt og en følelse af at være parkeret på sidelinjen – ikke sjældent i årevis. Vi vil ændre patientklagesystemet, så patienten inddrages fra første færd. Derfor skal patienten fremover have et fast tilbud om at mødes med sygehuset, før hun/han griber til en evt. klage.

Mange klager vil kunne undgås via en sådan mægling. Misforståelser vil kunne udryddes. I andre tilfælde vil patienten være tilfreds med en undskyldning. Patienten bestemmer selv, om hun/han vil gå videre og klage. En ny ordning skal bl.a. tage afsæt i erfaringerne fra den forsøgsordning, som bl.a. Gentofte Hospital for øjeblikket afprøver.

Patienter skal fremover have mulighed for at klage også over fejl i behandlingsforløbet. I de tilfælde, hvor patienten får medhold i sin klage, skal hun/han have en tilbagemelding om, hvordan sygehuset fremover vil undgå lignende fejl. På den bliver klagesystemet et systematisk "lærende" system.

**Vi foreslår**, at sygehusene fremover indfører et fast mæglingstilbud til patienter, der føler sig skidt eller fejlagtigt behandlet. Patienter, der får medhold, skal have besked om, hvad sygehuset vil gøre for at forhindre lignende fejl.

### **Vi vil gøre tilfredse medarbejdere til en drivkraft**

Der skal sættes stærkere fokus på medarbejderne i sundhedsvæsenet. Ellers vil det ikke være muligt at rekruttere og fastholde det nødvendige antal medarbejdere og dermed indfri ambitionerne om et sundhedsvæsen af højeste kvalitet. De offentlige sygehuse er samtidig i skarp konkurrence med de private klinikker og hospitaler, der frister med bedre lønninger og veltilrettelagte arbejdsdage uden vagter på skæve tidspunkter. Alt sammen kræver, at de offentlige sygehuse kan tilbyde medarbejderne gode faglige vilkår – ikke mindst i form af ansvar og udvikling. Medarbejdertilfredshed skal gøres til et synligt mål i sig selv. Det vil styrke ledelsernes fokus på medarbejdertilfredsheden – og vise, hvor det går godt, og hvor der er brug for at sætte ekstra ind. Fra det private erhvervsliv kendes Business Excellence Modellen (BEM), hvor netop medarbejdertilfredshed indgår i kvalitetsudviklingen.

**Vi foreslår**, at sygehusene som led i deres kvalitetsarbejde fast måler også medarbejdertilfredshed.

### **Vi vil give patienterne adgang til egne oplysninger**

Patienterne skal sikres fuld elektronisk adgang til deres egne data. I takt med udbredelsen af den elektroniske patientjournal (EPJ) er det afgørende, at alle patienter også får mulighed for at gå ind og læse i deres journaler på nettet. Regionerne er i gang med projektet "Min e-journal". Fire regioner forventer allerede i løbet 2007 at give mere end to millioner danskere netadgang til egne oplysninger. Det skal ske med digital signatur via [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk). Vi vil gå skridtet videre. Patienterne skal også kunne se, hvem der har været inde i deres journal hvornår. På den måde giver vi "myndigheden" tilbage til patienten. Patientvejlederne skal kunne hjælpe patienten med at læse og fortolke oplysningerne.

**Vi foreslår**, at alle patienter får net-adgang til journaler og til oplysninger om, hvem der har brugt journalen i hvilken anledning.

### **Vi vil forpligte læger og industri til åbenhed**

I alle dele af sundhedsvæsenet arbejder læger sammen med medicinalindustrien – om afprøvning af lægemidler, forskning og faglig rådgivning. Samarbejdet er i høj grad forudsætningen for at udvikle nye behandlingsmetoder og lægemidler.

Samtidig finansierer industrien en stor del af lægernes efteruddannelse. Det kræver som minimum fuld åbenhed om disse sponsoraktiviteter.

I dag er relationerne mellem læger og industri fortsat præget af manglende åbenhed og uigennemsiagtighed. Det giver stof til myter. Værre er, at det ikke giver offentligheden mulighed for at stille såvel læger som industri til regnskab for deres samarbejde og dermed håndtere evt. interessekonflikter.

Et åbenlyst problem er, at kun et fåtal af læger indhenter Lægemiddelstyrelsens godkendelse, når de vil samarbejde med en lægemiddelvirksomhed. Det skal de ellers ifølge apotekerloven. Undlader de, kan det udløse en bøde. Men Lægemiddelstyrelsen har ikke udstedt bøder – til trods for at lægerne ikke melder sig.

Problemet bunder i høj grad i en kultur, hvor såvel læger som industri opfatter deres samarbejde som en privat sag. Det haster med at styrke indsatsen på området. Opgaven ligger i første omgang i Lægemiddelstyrelsen, der i samarbejde med specielt Lægeforeningen og lægemiddelindustrien bør udarbejde en strategi for fuld åbenhed. Lykkes det ikke, må loven strammes.

**Vi foreslår**, at alle oplysninger om lægers og andre sundhedspersoners samarbejde med industrien og industrisponserede aktiviteter samles i et register med fuld offentlig adgang.

**Vi foreslår**, at Lægemiddelstyrelsen skærper indsatsen for at sikre fuld åbenhed om samarbejdsrelationerne mellem læger/andre sundhedsprofessionelle og industrien.

### **Vi vil forpligte privathospitaler til selv at tegne forsikring**

Privathospitaler har siden 2004 været dækket af den offentlige patientforsikring. Regionerne har dermed erstatningspligten for private hospitaler og klinikker – uden at de i øvrigt har ansvar for driften af disse sygehuse. Det er et grundlæggende brud på princippet om, at ret og pligt bør følges ad – og her at skadevolder har erstatningspligten. Vi ønsker tryghed i behandlingen for alle patienter – også de der behandles i privat regi. Derfor skal alle privathospitaler forpligtes til om muligt at tegne forsikring med samme dækning, som det der gælder for de offentlige sygehuse.

**Vi foreslår**, at privathospitaler får pligt til at tegne forsikring med samme dækning, som den der gælder i offentligt regi.

## Bilag 1

### ***Oversigt over alle radikale forslag til en kvalitetsreform på sundhedsområdet:***

#### **Et internationalt sundhedsvæsen**

- Der skal skabes et sammenhængende skandinavisk sundhedsområde
- Der skal oprettes et europæisk institut for kvalitet i sundhedsvæsenet.

#### **Et fremsynet sundhedsvæsen**

- En tredjedel af aftalte "nye penge" til sundhedsvæsenet skal øremærkes til folkesundhed.
- Regeringen skal indgå firårige aftaler om sundhedsvæsenets udvikling med regioner og kommuner
- "Løkkeposen" og andre centrale puljer nedlægges – pengene føres tilbage til regionerne.
- Der skal udarbejdes en langsigtet national strategi for rekruttering i sundhedsvæsenet med bl.a. følgende elementer:
  - Der skal uddannes flere læger og sygeplejersker.
  - Private sygehuse, der behandler patienter for offentlig regning, skal uddanne læger, sygeplejersker og andet personale.
  - Universiteterne skal kunne optage mere frit via kvote 2
  - Regionerne skal oprette en global jobpatrolje.
  - Der skal uddannes avancerede behandlersygeplejersker
  - Der skal uddannes akutmedicinere.
- Farmaceuter skal have ret til at udskrive visse typer medicin.
- Flest mulige deltidsmedarbejdere skal flyttes til fuldtid.
- Kræftpatienter skal have et mål for, hvor lang tid de i snit højst må vente.
- Patienter med mindre skavanker skal have en ny og længere ventetidsfrist.
- Kræftpatienter skal tilbydes samtale med patientvejleder.

#### **Et kvalitetsstyret sundhedsvæsen**

- Den danske kvalitetsmodel skal afbureaukratiseres.
- Sygehusene skal belønnes for høj kvalitet, forskningsindsats m.v.
- Praktiserende læger skal honoreres også ud fra kvalitet.
- Speciallægeuddannelsen skal kvalitetssikres med ekstern bedømmelse.
- Der skal stilles krav til ledere om uddannelse i administration.
- Behandlingers effekt skal systematisk bedømmes.
- Der skal oprettes et nationalt center for kvalitet under Sundhedsstyrelsen.
- Lægemedler skal bedømmes bredt ud fra deres samlede effekt.

#### **Et innovativt sundhedsvæsen**

- Regionerne omfattes af kommunalfuldmagten.
- Sygehusene får mulighed for at modtage øremærkede donationer.
- Regioner får mest mulig frihed til at eksperimentere med sygehusenes frihedsgrader.

**Et brugernes sundhedsvæsen**

- Alle kronikere skal mobiliseres med sundhedsplan.
- Fejl og klager skal bruges til at udvikle sundhedsvæsenet.
- Sygehusene skal systematisk måle medarbejdertilfredshed.
- Alle patienter skal have net-adgang til egne oplysninger.
- Alle læger skal registrere deres samarbejde med industrien.
- Privathospitalerne skal forpligtes til selv at tegne forsikring.