



KristenDemokraternes Sundheds Program

P2020-01 Sundheds Program			
Historik			
Forslagsstiller/ Udvalg			Vedtaget/forkastet
Hovedbestyrelsen		2020-06-13	Vedtaget



Værdier, der danner udgangspunkt for KD`s sundhedspolitik.

Respekt – for menneskets uendelige og uerstattelige værdi fra befrugtning til den naturlige død.

Omsorg – for familien som den bærende enhed i samfundet og for de handicappede, syge og socialt udsatte.

Nærhed – det, der ikke er fagligt svært, skal være nært ved borgerne.

Forebyggelse – tidlig indsats og fremme af sund livsstil med udgangspunkt i familien.

Ligeværdighed mellem fysiske og psykiske lidelser¹

Bæredygtighed – økonomisk, miljø – og klimamæssig samt social forvaltning, der sikrer balance både nu og fremadrettet.

Oversigt over sundhedsprogrammets delafsnit

1. Forebyggelse
2. Et sammenhængende patientforløb af høj faglig kvalitet
3. Ligeværdighed mellem fysiske og psykiske lidelser
4. Social ulighed i sundhedsvæsenet
5. Geografisk ulighed i sundhedsvæsenet
6. Sygehusene
7. Ældre, mennesker med kronisk sygdom, demens
8. Fastholdelse og rekruttering af sundhedspersonale
9. Sundhedsetiske emner
10. Livets afslutning
11. Alkohol- og stofmisbrugsbehandling
12. Principper for økonomistyring i sundhedsvæsenet

¹ Se hele KD`s psykiatriprogram her: https://www.kd.dk/uploads/5/8/3/5/58353703/P2016-01_kristendemokraternes_psykiatropolitik.pdf



1. Forebyggelse

Skoler, ungdomsuddannelser og kommuner og civilsamfundet herunder idrætsforeninger har en væsentlig opgave med at gøre befolkningen bevidst om "ansvar for eget liv" i samarbejde med blandt andet praktiserende læger, sundhedsplejersker, hjemmesygeplejersker og tandlæger.

Der skal være tiltag som ud fra KRAMS (kost, rygning, alkohol, motion og stress) inspirerer og stimulerer til ændret sundhedsadfærd.

Almen praksis bør have en større og mere afgørende rolle end nu i forhold til tidlig opsporing og udredning, herunder livsstilsvejledning om folkesygdomme.

Regionen skal i tæt samarbejde med kommunerne udarbejde fælles sundhedsaftaler, der også har fokus på forebyggelse, sundhedsfremme, genoptræning og rehabilitering, samt sikre patientovergange med fokus på fælles mål, rettidig kommunikation og forståelse for sektorenes forskelligheder.

Genindførelse af individuel støtte til tandbehandling skal sikre tidligere indsats mod gener og sygdomme i tænderne. Det vil forebygge sygdom og modvirke social ulighed.

Differentieret moms på sunde fødevarer skal indføres for at styrke en sundere livsstil i Danmark. Definition på sunde fødevarer skal følge anbefalinger fra Fødevestyrelsen².

Rygestopkurser skal gøres mere tilgængelige for borgerne, og prisen på tobak skal øges til min. 80 kr. pr. pakke. De certificerede rygestopsinstruktører skal kunne udlevere håndkøbsprodukter med nikotinerstatning gratis i forbindelse med rygestopforløb

Tobak og alkohol over 16 % skal ikke være synligt tilgængelig i dagligvareforretninger og kiosker. Salg af tobak og alkohol til børn under 18 år skal være forbudt

Rygezoner på uddannelsesinstitutioner og videregående uddannelser skal afskaffes, så tobaksrygning ikke er muligt på matriklen.

Børneinstitutioner, skoler, sportsforeninger og sportshaller i kommunalt regi skal have en sundhedsfremmende holdning for at lære børn og unge, at de selv er medansvarlige for at få et godt og sundt liv. Alle offentlige institutioner skal have en politik omkring kost og motion.

Regionerne skal yde en koordinerende indsats sammen med kommunerne for at forebygge misbrug og overvægt.

2. Et sammenhængende patientforløb af høj faglig kvalitet.

Alle patienter skal sikres et sammenhængende og helhedsorienteret forløb, hvor almen praktiserende læger, kommuner og regioner arbejder mere sammen, så kassetænkningen

² Se Fødevestyrelsen website: <https://altomkost.dk/>



bekæmpes, og menneskets behov kommer før systemets behov og krav. Al kontakt mellem sundhedsvæsenet og borgeren skal tage udgangspunkt i borgerens behov og derfor skal der skabes gode rammer for kommunikation om f.eks. udskrivinger og medicinbrug, så trygheden er i centrum. Dette skal i videst muligt omfang ske i nærmiljøet for at sikre gode patientforløb med kvalitet, tryghed og nærhed til pårørende.

Den lovfæstede inddragelse af pårørende skal udmøntes således at der sikres tid ved konsultationer hos egen læge, i hjemmesygeplejen og på hospitalerne. Når læger eller sygeplejersker identificerer behov for støtte til de pårørende, skal der være hjemmel til at de kan henvise direkte uden om de pårørendes egne læger. Pårørende kan fortsat kun inddrages i den udstrækning som patienterne giver samtykke til.

Det, der ikke er svært, skal være nært, derfor skal flere sundhedsopgaver løses tæt på borgerne, når det er fagligt forsvarligt. Yderligere centralisering af sundhedsvæsenet skal afvises og ressourcerne skal i stedet bruges på at flytte flere opgaver tæt på borgerne og at udvikle sundhedsvæsenets tværsektorielle samarbejdsaftaler og digitale platforme frem for at lave strukturændringer (herunder nedlæggelse af regionerne).

Der skal ske udbygning af udkørende somatiske og psykiatriske behandlingsteams til at støtte hjemmesygeplejen i komplekse patientforløb og i tidlige palliative indsatser. Hjemmesygeplejen og socialpsykiatri skal udbygges, så der er flere muligheder for tidlig opsporing, forebyggende indsatser og støtte i hjemmet.

Der skal være hurtig udredning og behandling for både livstruende og ikke-livstruende herunder kroniske sygdomme. Kommunerne skal udbygge tilbud med sygdomsspecifikke patientskoler (KOL, diabetes, hjertesvigt, apoplexi mm) til at støtte borgere og pårørende i at mestre kroniske lidelser.

De lægefaglige skøn skal respekteres i behandling og i beskæftigelsessystemet. Helhedsvurderinger af patienternes ønsker, behov og sygdomsmæssige udfordringer (co- og multimorbiditet) skal inddrages.

Alle kommuner skal drive sundhedsklinikker med døgnbemanding og dagklinikker, hvor man kan udføre fx intravenøs behandling, tværfaglige rehabiliteringsforløb og støtte til rekonvalescens (perioden umiddelbart efter sygdom). Hvis ydelserne hører under sundhedsloven, skal de være gratis for borgerne.

3. Ligeværdighed mellem fysiske og psykiske lidelser

En reel ligeværdighed mellem fysiske og psykiske lidelser kræver markant flere ressourcer til psykiatrien til flere sengepladser og flere ansatte. Psykiatrien skal på finansloven for at sikre varige økonomiske midler i modsætning til alt for mange tidsbestemte støttemidler i dag.

KD's udgangspunkt i psykiatripolitikken er en recovery-tilgang, hvor psykisk sårbare evne til selvbestemmelse og mestring af problemer understøttes og opmuntres. De pårørende skal i højere grad inddrages som en ressource.



Alternativer til medicinsk behandling og mindre brug af tvang skal i fokus, hvilket forudsætter bedre personalenormeringer og større tværfaglighed, så f.eks. brug af musikterapi, samtaleterapi, kunst, fysioterapi og fysisk aktivitet kan spille en større rolle i psykiatrien.

Flere PEER-medarbejdere skal ansættes i psykiatrien dvs. tidligere brugere, der ansættes og kan bidrage til at skabe håb i mørket og forebygge konflikter.

Der skal et langt større fokus på forebyggelse af psykiske lidelser herunder nærvær og opmærksomhed allerede ved fødsel og børneliv. En stærk familiepolitik og mere nærværende voksne – både forældre, pædagoger og lærere er afgørende her.

Der skal større fokus på sammenhængende patientforløb, så de psykisk udfordrede, ikke bliver kastebolde mellem systemerne. Co-morbiditet i form af misbrug og/eller fysiske sygdomme skal håndteres i samarbejde mellem praktiserende læger, kommuner, regioner og civilsamfund. Akutte udrykningsteams og/eller sociolancer skal sikre at ingen mennesker falder igennem sikkerhedsnettet.

Der skal være hurtig udredning, diagnosticering og behandling ved psykiske lidelser. Sundhedsstyrelsen skal sammen med Dansk Psykiatrisk Selskab, Landsforeningen Bedre Psykiatri og psykiatribrugere udarbejde forløbsprogrammer på linje med de forløbsprogrammer der hersker for fysiske sygdomme (somatik).

Regionerne skal bevares, da det er vigtigt at sikre kvalitet i psykiatrien og det specialiserede sociale arbejde. På linje med de multidisciplinære konferencer i somatiske udredningsforløb, skal der skabes formaliserede samarbejdsfora mellem behandlings-, distrikts- og socialpsykiatrien. Der skal være døgnåbne psykiatriske nærhedstilbud i alle kommuner med mulighed for akuthenviisning til de psykiatriske skadestuer eller ambulante sengepladser, der kan forebygge en egentlig indlæggelse.

Fastholdelse og rekruttering af personale kræver et bedre arbejdsmiljø, øget mulighed for efter- og videreuddannelse, mere respekt for personalets faglighed, opprioritering af psykiatrien i sundhedsfaglige uddannelser herunder kendskab på tværs af psykiatri og somatik og på tværs af specialer/diagnoser. Der skal desuden tænkes mere tværfagligt i rekrutteringen. Ikke-sundhedsfagligt personale skal sikres målrettet efteruddannelse, der sikrer kvaliteten.

Der skal fortsat kæmpes for at bryde tabuer om psykisk sygdom gennem oplysning og åbenhed.

Personalet skal have mere tid og være bedre klædt på til at inddrage de pårørende i forløbet.

4. Social lighed i sundhedsvæsenet

I alle dele af sundhedsvæsenet skal der være et stærkt fokus på at bekæmpe social ulighed og styrke kommunikationen og tilbud til de mennesker, som har behov for mere støtte til sand medinddragelse i form af at kunne forstå informationer og forholde sig sundt kritisk ³

³ Der er stadig forskelle i levealder på mere end 10 år baseret på socialklasser.



Udsatte familier skal have et klippekort på 1000 kr. pr. år til at bruge i foreningslivet herunder idrætsforeninger.

Der skal ansættes flere almen praktiserende læger for at sikre, at den enkelte læge har bedre mulighed for at spotte mennesker, der er socialt udsatte. Det skal ikke være patientens personlige ressourcer, men patientens behov for hjælp, der skal afgøre behandlingsniveauet

Borgere, der har svært ved at forstå og agere i sundhedsvæsenet skal tilbydes socialsygeplejersker og forløbskoordinatorer

Alle større byer skal have ansat gade- og socialsygeplejersker til indsatser målrettet hjemløse

Tolkebidraget skal fjernes, da det giver øget social ulighed og rammer en i forvejen svag gruppe og får dem til at undgå lægebesøg af økonomiske årsager trods alvorlig sygdom.

5. Geografisk lighed i sundhedsvæsenet.

Der skal være høj service og tryghed i alle dele af landet. Der skal være sikkerhedsplaner for indsats ved større ulykker, også i yderområderne.

Akutberedskabet skal sikre tryghed og hurtig hjælp i alle dele af landet.

Akutberedskabet skal bestå af et fintmasket net af ambulancer, akutlægedækning (biler og helikoptere) samt hjerteløberordning eller anden frivillig førstehjælperordning⁴. Turister skal medregnes i befolkningsgrundlaget, når akutberedskabet vurderes. Det samme skal den længere transporttid i tyndt befolkede områder.

Det er afgørende vigtigt, at ambulancer og lægehelikoptere bliver mobile nærhospitaler med det nyeste udstyr til akut stabilisering/behandling på ulykkesstedet og til transport til specialsygehus. Som udgangspunkt skal ambulancen/helikopteren kunne nå frem til alle lokalområder inden for højst 15 minutter. Hjælpen kan suppleres ved brug af droner eller frivillige, der er tæt på.

Det, der ikke er svært og kræver højtspecialiseret behandling, skal være tæt på, derfor er det vigtigt for KD at flytte flere opgaver tæt på borgerne, hvis kvaliteten er i orden.

Der skal være kørselsordninger til behandlingsstedet for patienten og en medfølgende pårørende, hvis de ikke er i stand til selv at transportere sig.

⁴ Hjerteløberordning består af frivillige over hele landet, der hurtigt kan tilkaldes via sms ved hjertestop. I region Midtjylland er der i 2019 mere end 10.000 frivillige tilknyttet denne ordning.



6. Sygehusene

Sundhedsstyrelsens specialeplan skal tage højde for, at regionerne fortsat kan have både større og mindre sygehuse. Vi ønsker ikke mere centralisering, end økonomi og specialeplan kræver.⁵

Forskning og uddannelse skal prioriteres højt i en fortsat kvalitetsudvikling på alle vore sygehuse. Der skal være frit sygehusvalg, så patienten kan opnå hurtigst mulig behandling.

Enhver patient skal have en kontaktperson, der har hovedansvaret for patienten under hele sygdomsforløbet fra indlæggelse til udskrivning/overflytning samt ved eventuel opfølgning.

Ved diagnosticering og behandling skal de ansatte vise omsorg for hele mennesket i respekt for den enkelte patients behov og livssyn.

I et stadig forsøg på effektivisering og bedst mulig udnyttelse af ressourcerne må det påses, at operationsstuerne og den ny teknologi har den rette og tilstrækkelige bemanning.

Omstilling fra stationær behandling til ambulante behandling og indførelse af digitale tilbud skal ske på et fagligt grundlag og ikke ud fra økonomiske hensyn.

Ved reduktion af personale i forbindelse med rationalisering og besparelse skal det sikres, at den nødvendige faglige ekspertise altid er til rådighed på den enkelte afdeling – også i yderområderne.

Sygehusene skal have et tæt samarbejde med kommunerne og de praktiserende læger med konkrete aftaler⁶ om, hvem der gør hvad, når patienten udskrives og hjemsendes – især når det gælder nyfødte og deres forældre, ældre og psykisk syge. Ansvars- og arbejdsfordelingen mellem de forskellige personalegrupper skal tilrettelægges så den enkeltes uddannelse og ekspertise bruges bedst muligt. De pårørende skal inddrages mest muligt.

Der skal på alle sygehuse indrettes et kirkeligt bederum med kristne symboler evt. finansieret af folkekirken. Alle sygehuse bør have tilknyttet en sygehuspræst, som skal tilbydes kontor og ordentlige arbejdsforhold. Patienter, som er medlem af andre trossamfund, skal hjælpes til kontakt med disse og have adgang til et neutralt religiøst rum.

⁵ Punktet er tilrettet de uomgængelige følger af, at man siden strukturreformen i 2007 har arbejdet mod oprettelse af supersygehuse. Og en opgaveglidning, hvor sygehusene bliver behandlingsfabrikker og kommunerne kommer til at overtage stadig flere borgernære sundhedsopgaver. Hvilket jo egentlig er i tråd med vores holdning om, at det der ikke er svært, skal være nært. Læs evt. denne kronik af de 5 regionsformænd her fra februar 20: https://www.regioner.dk/services/nyheder/2020/februar/saadan-vil-vi-udvikle-sundhedsvaesenet?fbclid=IwAR2OiR1SVsmlk2XK0iWkAgYRg9LHnYcdHeH1blb5imCloadlz2U_cBCh6kM

⁶ For eksempel ordninger med telefonisk opfølgning 2 - 4 dage efter udskrivelse eller tværsektorielle stuegange.



7. Ældre og mennesker med demens.

Det er afgørende for KD at alle mennesker uanset alder og sygdomsmønster behandles på en værdig måde.

Kommunerne er centrale aktører i forebyggelsen af tab af færdigheder og i at give tilstrækkelig omsorg, pleje og støtte i form af hjælpemidler, genoptræning, madudbringning, hjemmehjælp, døgnpleje samt midlertidige døgnpladser og aflastningspladser. Det er vigtigt, at manglende mobilitet ikke er en hindring for at benytte aktivitets- og dagcentre, som kan være centrale for at sikre livskvalitet. Indførelse af teknologier skal altid afvejes i både et etisk, borger- og personaleperspektiv. Hver kommune er ansvarlig for, at argumenterne skrives ind i kommunens servicedeclaration.

Hvis en borger over 75 år ikke har kontakt med hjemmeplejen, skal der gives forebyggende hjemmebesøg, medmindre borgeren aktivt fravælger det.

Specielt i forhold til mennesker, der lider af demens, skal kommunerne ansætte personale, der er specielt uddannede til at varetage plejen og omsorgen og give disse mennesker et værdigt liv. Der skal gives personalet mulighed for videreuddannelse, evt. i samarbejde med andre kommuner

Når mennesker med demens passes af pårørende, skal de have mulighed for at få ekstra hjælp og pleje. Og de pårørende skal støttes og aflastes bedst muligt for eksempel ved at kommunerne har tilstrækkelig med aflastningspladser. Alle kommuner skal have et antal skærmede enheder til mennesker med demens, der ikke kan være i eget hjem.

Ensomhed blandt især ældre borgere har en klar sammenhæng med den fysiske og psykiske sundhedstilstand. Derfor vil KD have en national handlingsplan til bekæmpelse af ensomhed med udgangspunkt i civilsamfundet dvs. familien, frivillige foreninger og omsorgspersoner, der har tid til omsorg og samtale. Initiativer til styrkelse af samvær på tværs af generationer f.eks. unge, der har nogle timer på det lokale plejehjem vil ligeledes kunne indgå i en sådan handlingsplan.

8. Fastholdelse og rekruttering af personale

De sundhedsfaglige uddannelser skal have gode økonomiske rammer. Det er vigtigt at de sundhedsfaglige uddannelser brandes i forbindelse med studievejledning og karrierelæring i grundskole og på ungdomsuddannelser.

Balance mellem familieliv og arbejdsliv er en afgørende forudsætning for arbejdsglæde og et godt arbejdsmiljø. Vi har brug for at fastholde og tiltrække flere medarbejdere til sundhedsvæsenet. Derfor skal der være ret til deltid for dem, der ønsker det, og mulighed for fuldtidsstillinger for dem, der ønsker det. Ligeledes skal der sikres normeringer, der sikrer at personalet kan arbejde efter fagligt forsvarlige standarder og retningslinjer samt udøvelse af det faglige skøn.



I sundhedsvæsenet mangler der almenmedicinere og psykiatere. Dette skal afhjælpes ved at de medicinstuderende skal have øget viden om disse specialer på studiet og ved at styrke disse områder i den kliniske basisuddannelse (KBU).

For at sikre geografisk lighed i sundhedsvæsenet skal der sikres tilstrækkeligt personale til at også yderområderne kan have sundhedstilbud tæt på og en tilstrækkelig lægedækning. Der skal anvendes flere positive incitamenter for lægerne f.eks. et færre antal patienter pr. ydernummer i yderområderne, mulighed for delepraksis og gennem flere alternativer til den almene lægepraksis f.eks. regionsdrevne klinikker eller andre veje til at sikre, at den praktiserende læge kan frigøres fra administrative opgaver, hvis der er et ønske om det.

9. Sundhedsetiske emner

Sundhedsetik i forhold til kunstig befrugtning og forskningsprojekter skal tage udgangspunkt i at menneskelivet starter ved befrugtningstidspunktet. Det er etikken, der skal styre teknikken – ikke omvendt.

KD ønsker ikke et samfund, hvor supermennesker bliver skabt ved genmanipulation, hvor mennesker, der falder uden for det 'normale', sorteres fra, og hvor mennesket reduceres til reservedelslager. Derfor er de videnskabsetiske komitéer regionalt og nationalt vigtige redskaber til at vurdere, hvilken forskning, der er etisk forsvarlig.

Bioteknologien har givet mange nye muligheder f.eks. når sygdomme kan helbredes, men fordi vi kan, er det ikke det samme som at vi skal. Derfor ønsker KD, at der aktivt tages politisk stilling til de bioteknologiske muligheder ud fra et forsigtighedsprincip.

KD er imod terapeutisk kloning ud fra den grundholdning, at hvert enkelt menneskeliv skal respekteres som unikt og enestående. Hvis et foster "dyrkes" med det ene formål at være et redskab i få dage og derefter destrueres, så mister vi den grundlæggende respekt for livet.

Det skal være tilladt at forske i og behandle syge med menneskelige stamceller, der ikke er blevet til ved destruktion af fosteranlæg. Det kan f.eks. være stamceller fra navlestrengs- og moderkageblod eller fra knoglemarv eller andet væv fra den voksnes krop.

9.1 Kunstig befrugtning.

Der skal afsættes flere penge til forskning i årsagerne til barnløshed, i stedet for at udvikle nye og dyre behandlingsmetoder til kunstig befrugtning. Ved kunstig befrugtning skal barnets ret til at kende både sin far og mor respekteres, som det står i FN's børnekonvention artikel 7, stk. 1. Derfor bør anonym sæd- og ægdonation ikke være muligt.

Kunstig befrugtning skal kun kunne foretages af en læge eller under en læges tilsyn og som udgangspunkt kun tilbydes til par, der pga. sygdom eller funktionsnedsættelser ikke kan få børn



selv, og som trods 2 års⁷ samliv ikke har kunnet opnå graviditet. Undtagen dog hvor sygdommen er så åbenbar, at 2 år grænsen ikke giver mening. Parrene skal i øvrigt opfylde visse psykosociale minimumskrav.

Fosterreduktion skal fortsat kun være muligt, hvis der er alvorlig fare for kvindens eller et af børnenes liv eller helbred, og aldrig på social indikation.

9.2 Abort og fødsel

Der skal laves en ny handlingsplan, der sætter fokus på nedbringelse af aborttallet gennem rådgivning af kvinder der er blevet uønsket gravide⁸. Denne rådgivning skal indeholde oplysning om muligheder for støtte hvis hun vælger at beholde barnet, og mere oplysning om mulighederne ved bortadoption. Planen skal også styrke hjælp og opfølgning til de kvinder, der har fået en abort.

Der skal indføres obligatorisk rådgivning for kvinder, der overvejer abort. Denne rådgivning udføres enten hos egen læge eller ved et godkendt rådgivningscenter⁹ med 2 konsultationer med minimum 3 døgn mellemrum inden en henvisning evt. kan afsendes. Rådgivningen skal også omfatte orientering om risikoen for psykiske eftervirkninger som følge af en evt. abort. Regionerne skal være ansvarlige for at rådgivningen udføres og evalueres, så der kan ske en løbende kvalitetsudvikling på området.

Rådgivningscentrene skal ligeledes tilbyde samtaler og støtte til kvinder, der har fået en provokeret eller spontan abort.

Indtil der er indført ovenstående tiltag, skal det indskærpes at Sundhedslovens nuværende krav til informeret samtykke overholdes¹⁰.

Skolernes seksualundervisning skal ændres, så den også fortæller om seksuel modenhed og ansvar: at man er to om muligheden for at få et barn eller en abort. Det skal styrke ligestillingen mellem mænd og kvinder, når det kommer til ansvar for graviditeten. Eleverne skal udover sex

⁷ 80% af alle par opnår graviditet inden for det første år. 90 – 95 % bliver gravide i løbet af to år. Der bliver således en risiko for at overbehandle, hvis vi sætter grænsen ved 1 år. Der er en del, der har fået fertilitetsbehandling som kort tid efter bliver gravide igen, idet de ikke troede de kunne blive gravide. Kilde: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/graviditet/gode-raad/til-dig-der-planlaegger-at-blive-gravid/> Åbenbare sygdomsmæssige forhold er fx gentagne underlivsinfektioner eller dårlig sædkvalitet.

⁸ Rådgivningsmodellen kan med fordel tage udgangspunkt i den tyske ordning på området

⁹ Private centre skal kunne godkendes som rådgivningscentre for kvinder, der overvejer abort, og deres mænd - under forudsætning af, at centrene lever op til de samme faglige kriterier, som gælder for offentlige rådgivningscentre. Regionerne skal sikre, at der er tilstrækkelig kapacitet i rådgivningscentrene, så alle kan komme til et center med kort varsel og uden lang transporttid.

¹⁰ Sundhedsloven §§ 15 - 17 og uddybet Bek nr. 359 af 04/04/2019: <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=208414>



og samliv, prævention, eventuel graviditet, abort og fødsel også undervises i, hvilke muligheder der er, hvis en ung kvinde bliver uønsket gravid.

Der skal sikres fagligt forsvarlige jordmodernormeringer, for herved at sikre en god start på livet og støtte til hele familien i fødselsforløbet. Således skal fædre og evt. søskende også kunne opholde sig gratis sammen med den fødende og den nyfødte under indlæggelse på hospitalet.

Sundhedsplejersker er vigtige i barnets første tid til at støtte forældrene og sikre ro og tryghed i familierne.

Ved kirurgisk sterilisation må såvel kvinder som mænd påregne, at det er et indgreb, som har vidtrækkende konsekvenser. Derfor skal kirurgisk sterilisation benyttes med stor varsomhed, samt kun efter lægefaglig rådgivning og en betænkningstid.

Unge fortryder i særlig grad indgrebet. Kvinder og mænd under 30 år skal derfor ikke kunne få udført en kirurgisk sterilisation i det offentlige sygehusvæsen. Dispensation kan dog gives i særlige tilfælde, hvor der foreligger en veldokumenteret sundhedsmæssig eller socialfaglig begrundelse.

Det offentlige skal ikke finansiere indgreb, der ikke er betinget af sygdomsmæssige forhold: sterilisation – her skal dog være dispensationsmulighed ud fra socialfaglige argumenter, Fertilitetsbehandling samt plastikkirurgiske operationer.

9.3 Kønsidentitet

Som udgangspunkt er der 2 biologiske køn, som aldrig alene kan betragtes som en social konstruktion. KD anerkender, at der er mennesker, for hvem deres køn og seksualitet opleves byrdefuldt. Det forhold skal tages alvorligt og mødes med relevant og kompetent hjælp, herunder psykologisk og social støtte i respekt for det enkelte menneskes unikke værdi. Det skal ikke være tilladt at få kønsskifte for børn og unge under myndighedsalderen.

10. Livets afslutning

Alvorligt syge og døende skal kunne være mest muligt i hjemmet eller på hospice. Kommunerne skal som supplement til hospice sikre, at døende borgere får optimal lindrende pleje både fysisk, psykisk, socialt og åndeligt enten i hjemmet eller på ældrecentrenes midlertidige pladser. Behandling af den døende skal varetages et i tæt samarbejde mellem udkørende palliativ team, praktiserende læge, kommunal hjemmesygepleje og evt. hospice.

Kommunen skal støtte og samarbejde med frivillige organisationer og private borgere, der ønsker at yde en ikke-sundhedsfaglig indsats for medborgere i den sidste del af livet.

Hospicer skal organiseres som selvejende institutioner. Ophold på hospice skal fortsat være gratis. Det skal sikres, at der er tilstrækkelig lægedækning på hospice uanset placering i landet.



Der skal oprettes tilstrækkeligt mange hospicepladser for både børn og voksne, der er fordelt, så de sikrer en god geografisk fordeling og kan imødekomme behovet.

Pleje- og pasningsorlovsordninger skal være mere fleksible tilpasset til det reelle plejebestand, så der f.eks. tages højde for nye behandlingsformer, der ændrer alvorlige sygdomsforløb. Herunder skal det stadig være muligt for pårørende at oppebære plejeorlov selvom den døende kommer på hospice.

Den kommunale hjemmepleje, plejehjem, sygehuse og hospicer skal have en detaljeret politik vedrørende åndelig omsorg, ligesom de ansatte skal tilbydes relevante kurser om palliation - herunder åndelig og eksistentiel omsorg og planlægning af den sidste tid. på området.¹¹

Vidensdeling om palliativ indsats skal styrkes i de forskellige sygdomsfasen herunder bedre tid og redskaber til at tale om døden i sundhedsvæsenet.

Danmark skal ikke indføre adgang til såkaldt aktiv dødshjælp eller assisteret selvmord, således som det kendes visse steder i udlandet. Der skal i stedet fokuseres på aktiv livshjælp i alle livets faser, således alle i enhver situation kan få mest mulig livskvalitet.

Det er vigtigt, at dødsprocessen ikke forlænges unødvendigt for den døende. Døden skal accepteres som et vilkår i tilværelsen. Det er også vigtigt så vidt muligt at behandle den enkelte ud fra vedkommendes og de pårørendes ønsker og værdier. Men reglerne om behandlingstestamente må ikke blive til en glidebane hen mod aktiv dødshjælp¹².

10.1 Organdonation

Organdonation er frivillig. Mennesker fødes ikke som potentielt reservedelslager. Man skal derfor aktivt og skriftligt melde sig som donor, før organer må udtages. Det skal være obligatorisk at tage stilling til spørgsmålet om organdonation og lade beslutningen registrere i donorregistret i forbindelse med at få kørekort eller ved fornyelse af kørekortet.¹³ Det skal være muligt at give de nærmeste pårørende vetoret over en mulig organdonation. Resten af befolkningen skal kraftigt opfordres til at tage stilling til organdonation.

¹¹ I tråd med Etisk Råds anbefalinger: <http://www.etiskraad.dk/etiske-temaer/aktiv-doedshjaelp-og-doeende/publikationer/aandelig-omsorg-for-doeende-2002>. samt <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/anbefalinger-for-den-palliative-indsats>

¹² Risikoen er, at efter den nys indførte lov kan reglerne om behandlingstestamente ændres af sundhedsministeren – uden Folketingets medvirken. Derfor kunne man på denne måde indføre en form for aktiv dødshjælp ad bagdøren

¹³ Ved den obligatoriske stillingtagen skal der også være mulighed for at markere: "Jeg ønsker ikke at tage stilling på nuværende tidspunkt." Uvildigt materiale fra Donorregistret skal udleveres først. Stillingtagen skal ske privat og anonymt. Lægen skal stå til rådighed for spørgsmål.



11. Alkohol- og narkotikamisbrug.

Alkohol- og narkomisbrug er et alvorligt sundhedsproblem, der ødelægger familier og ofte medfører kriminalitet og vold m.m.

En national alkohol- og narkotikahandlingsplan skal indføres, hvor regering og folketing sætter klare mål for at nedbringe antallet af alkohol- og narkotikaskader og alkohol- og narkotikamisbrugere over en årrække¹⁴.

Alkoholisme skal samfundsmæssigt også anerkendes som en sygdom¹⁵

Aldersgrænsen for køb af alkohol skal op på 18 år. Butikker og andre, der ikke overholder reglerne for salg, skal straffes mærkbart

Det offentlige skal aktivt forebygge misbrug med en alkohol- og narkotika politik, der signalerer klare holdninger og forventninger til skoler, institutioner, foreninger m.m. om at tage aktivt del i forebyggelsen¹⁶. Offentlige institutioner for børn og unge skal være alkohol- og stoffri.

Kommunen skal støtte alkoholfrie væresteder, hvor misbrugere kan komme uden på nogen måde at blive registreret. Det gælder også væresteder, der drives af frivillige organisationer.

Der skal løbende iværksættes målrettede oplysningskampagner for at få flere i behandling. Det er vigtigt, at der er fokus på både alkohol- og stofmisbrug.

Flere skal i alkohol og narkomisbrugsbehandling via flere og let tilgængelige behandlingstilbud, der straks kan tages i brug¹⁷. Det skal være nemmere at komme i døgnbehandling- og det skal ikke i samme omfang være bestemt af postnummer, derfor skal der være nationale retningslinjer for, hvornår en borger har ret til et døgnbehandlingsforløb¹⁸.

Ret til behandling for nære pårørende til en person med alkohol – eller narkomisbrug - herunder samtalegrupper for børn.

Private behandlingstilbud skal tydeliggøres som supplement til de offentlige tilbud og sikres lige konkurrencevilkår. Det skal være misbrugerens behov og ønsker og kvaliteten på behandlingstilbuddet – ikke afsenderen på tilbuddet – som skal være afgørende for, hvilket tilbud, der vælges. Der skal oprettes tydelige aftaler og kontrakter og føres tilsyn med kvaliteten.

¹⁴ Danmark er et af de få lande i Europa, hvor der IKKE er en alkoholhandlingsplan.

¹⁵ Vi skelner her mellem den lægelige biomedicinske diagnose som sygdomsforståelse, og så en samfundsmæssigforståelse af sygdom. I samfundet er alkoholisme ikke set som en sygdom – se fx Blå Kors udredning

¹⁶ For eksempel ved tydeligt at vise, at det er muligt at feste uden at indtage rusmidler

¹⁷ I dag er der skønsmæssigt 15-17.000 alkoholafhængige i offentlig misbrugsbehandling. Dermed er kun 10-15 % af borgere med alkoholmisbrug i behandling. (Kilde: Blå Kors).

¹⁸ Rådet for socialt udsatte har for nyligt offentliggjort en undersøgelse, der påviser, at kommunernes udgifter til døgnbehandling på stofmisbrugsområdet er halveret siden 2010. I 2017 kom kun 400 i stofmisbrugere i døgnbehandling – dette nærmer sig en afvikling. (Kilde: www.udsatte.dk)



12. Principper i økonomistyringen af sundhedsvæsenet.

Der skal være mindre regnearkstænkning i sundhedsvæsenet. Der skal tilføres flere økonomiske ressourcer således at Danmark har et sundhedsvæsen, der lever op til behandlingsmulighederne og tankerne om et velfærdssamfund.

Der skal vises respekt for behandlings -og medicinrådets beslutninger på både politisk og NGO og fagligt plan så længe disse beslutninger baserer sig på principper om menneskers værdi uanset alder og baggrund.

Der skal tilføres tilstrækkelige økonomiske ressourcer til, at der kan laves valide undersøgelser så også patientperspektiver med livskvalitet er inkorporerede elementer i en medicinsk teknologivurdering på de allerdyreste eksisterende behandlinger.

Intentionerne fra strukturreformen i 2007 med en 8% bruttoskat som sundhedsbidrag, skal genindføres, så kommuner og regioner får tilstrækkelige midler til at løfte et tidssvarende sundhedsvæsen

De kommunale sundhedsydelse skal være fuldt bruttoskattefinansierede, ligesom indlæggelse på et regionalt sundhedstilbud – altså uden brugerbetaling og uden om kommuneskatten.

De regionale budgetter skal adskilles, så udgifter til diagnostik – udredning- behandling, lønninger, tilknyttede servicefunktioner, bygningsudgifter samt anlæg og vedligeholdelse bliver adskilte budgetter.

Målrettet indsats mod bureaukrati skal frigøre ressourcer til forebyggelse og behandling samt øge arbejdstilfredsheden hos personalet

Der skal udvikles og implementeres nye styringsredskaber. Et interessant alternativ hertil er tillidsbaseret ledelse¹⁹

¹⁹ <https://www.buurtzorg.com/> eller <https://www.youtube.com/watch?v=SSoWtXvqsgg>