

1 KD`s sundhedsprogram

2 Vedtaget af KD`s hovedbestyrelse d. 13/6 2020.

3

4 *Værdier, der danner udgangspunkt for KD`s sundhedspolitik.*

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

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

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

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

11 Ligeværdighed mellem fysiske og psykiske lidelser¹

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

14

15 Oversigt over sundhedsprogrammets delafsnit

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

28

¹ Se hele KD`s psykiatriprogram her: https://www.kd.dk/uploads/5/8/3/5/58353703/p2016-01_kristendemokraternes_psykiatripolitik.pdf

29 1. Forebyggelse

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

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

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

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

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

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

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

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

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

53

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

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

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

61 2. Et sammenhængende patientforløb af høj faglig kvalitet.

62 Alle patienter skal sikres et sammenhængende og helhedsorienteret forløb, hvor almen
63 praktiserende læger, kommuner og regioner arbejder mere sammen, så kassetænkningen
64 bekæmpes, og menneskets behov kommer før systemets behov og krav. Al kontakt
65 mellem sundhedsvæsenet og borgeren skal tage udgangspunkt i borgerens behov og
66 derfor skal der skabes gode rammer for kommunikation om f.eks. udskrivinger og
67 medicinbrug, så trygheden er i centrum. Dette skal i videst muligt omfang ske i nærmiljøet
68 for at sikre gode patientforløb med kvalitet, tryghed og nærhed til pårørende.

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

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

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

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

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

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

95 3. Ligeværdighed mellem fysiske og psykiske lidelser

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

137

138 4. Social lighed i sundhedsvæsenet

139 I alle dele af sundhedsvæsenet skal der være et stærkt fokus på at bekæmpe social
140 ulighed og styrke kommunikationen og tilbud til de mennesker, som har behov for mere
141 støtte til sand medinddragelse i form af at kunne forstå informationer og forholde sig sundt
142 kritisk³

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

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

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

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

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

155

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

156 5. Geografisk lighed i sundhedsvæsenet.

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

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

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

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

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

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

173

174 6. Sygehusene

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

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

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.

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=IwAR2OiR1SVsmIk2XK0iWkAgYRg9LHnYcdHeH1blb5imCloadlz2U_cBCh6kM

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

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

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

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

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

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

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

205

206 7. Ældre og mennesker med demens.

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

209 Kommunerne er centrale aktører i forebyggelsen af tab af færdigheder og i at give
210 tilstrækkelig omsorg, pleje og støtte i form af hjælpemidler, genoptræning,
211 madudbringning, hjemmehjælp, døgnpleje samt midlertidige døgnpladser og

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

212 aflastningspladser. Det er vigtigt, at manglende mobilitet ikke er en hindring for at benytte
213 aktivitets- og dagcentre, som kan være centrale for at sikre livskvalitet. Indførelse af
214 teknologier skal altid afvejes i både et etisk, borger- og personaleperspektiv. Hver
215 kommune er ansvarlig for, at argumenterne skrives ind i kommunens servicedeclaration.

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

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

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

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

232

233 8. Fastholdelse og rekruttering af personale

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

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

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

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

252

253 9. Sundhedsetiske emner

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

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

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

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

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

272

273 9.1 Kunstig befrugtning.

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

279 Kunstig befrugtning skal kun kunne foretages af en læge eller under en læges tilsyn og
280 som udgangspunkt kun tilbydes til par, der pga. sygdom eller funktionsnedsættelser ikke
281 kan få børn selv, og som trods 2 års⁷ samliv ikke har kunnet opnå graviditet. Undtagen dog
282 hvor sygdommen er så åbenbar, at 2 år grænsen ikke giver mening. Parrene skal i øvrigt
283 opfylde visse psykosociale minimumskrav.

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

286

287 9.2 Abort og fødsel

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

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

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

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.

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

303 Skolernes seksualundervisning skal ændres, så den også fortæller om seksuel modenhed
304 og ansvar: at man er to om muligheden for at få et barn eller en abort Det skal styrke
305 ligestillingen mellem mænd og kvinder, når det kommer til ansvar for graviditeten.
306 Eleverne skal udover sex og samliv, prævention, eventuel graviditet, abort og fødsel også
307 undervises i, hvilke muligheder der er, hvis en ung kvinde bliver uønsket gravid.

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

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

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

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

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

324

325 9.3 Kønsidentitet

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

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

333 10. Livets afslutning

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

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

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

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

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

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

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

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

360 Det er vigtigt, at dødsprocessen ikke forlænges unødvendigt for den døende. Døden skal
 361 accepteres som et vilkår i tilværelsen. Det er også vigtigt så vidt muligt at behandle den

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

362 enkelte ud fra vedkommendes og de pårørendes ønsker og værdier. Men reglerne om
363 behandlingstestamente må ikke blive til en glidebane hen mod aktiv dødshjælp¹².

364 10.1 Organdonation

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

372

373 11. Alkohol- og narkotikamisbrug.

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

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

379 Alkoholisme skal samfundsmæssigt også anerkendes som en sygdom¹⁵

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

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

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.

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

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

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

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

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

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

403

404 12. Principper i økonomistyringen af sundhedsvæsenet.

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

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

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

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)

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

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

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

423 Måltrettet indsats mod bureaukrati skal frigøre ressourcer til forebyggelse og behandling
424 samt øge arbejdstilfredsheden hos personalet

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

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