

# Lægeforeningen



Folketingets Sundhedsudvalg  
Att.: Mette Hansen  
Folketinget  
Christiansborg  
1240 København K

Kære Mette Hansen

Ved det kommende møde mellem Folketingets Sundhedsudvalg og Lægeforeningen den 22. oktober 2009 kl. 13.00 deltager følgende fra Lægeforeningen:

- Jens Winther Jensen, formand Lægeforeningen
- Erik Kristensen, formand FAS
- Lisbeth Lintz, formand Yngre Læger
- Yves Sales, PLO/næstformand Lægeforeningen
- Bente Hyldahl Fogh, adm. direktør Lægeforeningen

Lægeforeningen foreslår, at vi drøfter nedenstående emner, og vi er åbne for andre emner eller spørgsmål, som udvalget ønsker at drøfte med os.

1. Diagnosegaranti
2. Lægeforeningens forslag om patientombudsmand og patientklagesystem
3. Kvalitetskrav til alkoholbehandlingen
4. Forebyggelsesplan
5. Lægeforeningens tolkning af Implements rapport om rationalisering i sundhedsvæsenet
6. Kliniske beslutningsstøttesystemer
7. Betaling for tolkebistand

Vi vedlægger\* materiale, der belyser emnerne 1, 2, 3, 4 og 7.

Med venlig hilsen

  
Peter Konow

Sundhedspolitisk sekretariat

19-10-2009

Jr. 2007-14918/297820  
PK

Domus Medica  
Kristianlagade 12  
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500

Tlf.: 3544 8228 (direkte)

E-post: dadl@dadl.dk

E-post: mrs@dadl.dk (direkte)

Fax: 3544 8515

www.laeger.dk



Marts 2009

## Retten til hurtig udredning

### HURTIGERE FREM TIL DIAGNOSEN:

Hurtig udredning kan have afgørende betydning for en vellykket behandling. Derfor er det vigtigt for patienterne hurtigt at få afgjort, hvad de fejler, og hvilken behandling de har behov for.

Det kræver undersøgelser af forskellig karakter og en plan for det videre forløb.

### PATIENTERNE SKAL HAVE RET TIL:

- En hurtig og effektiv udredning inden for maksimalt én måned.
- At symptomerne, inklusive psykosociale forhold, afgør, hvor hurtigt udredning skal finde sted, men aldrig ventetid ud over en måned og i givet fald med en foreløbig diagnose og en plan for det videre forløb.
- At udredning skal ske umiddelbart, hvis der er mistanke om alvorlig sygdom.

### MULIGHEDER FOR EGEN LÆGE:

- Konsultation i egen klinik løser problemet. Patienten sættes evt. i behandling, og der kan aftales efterfølgende kontrol.
- Henvielse til diagnostiske undersøgelser hos praktiserende speciallæge eller på sygehus med svar til egen læge, der tager ansvar for det videre forløb sammen med patienten.
- Henvielse til undersøgelse og behandling på sygehus.
- Henvielse til pakkeforløb f.eks. ved mistanke om kræft- eller hjertesygdom
- akut indlæggelse.

### DIREKTE OG HURTIG HENVISNING:

For at optimere forløbet for patienter, der ikke er omfattet af pakkeforløb eller er akutsyge foreslås:

- At henvielse til diagnostiske undersøgelser kan ske direkte fra den henvisende læge, og svar skal gives umiddelbart efter undersøgelsen.
- At det er henvisende læge, der afgør, hvor hurtigt undersøgelser skal gennemføres.

### GUIDELINES OG BESLUTNINGSTØTTE:

- Der skal aftales guidelines for indikation for henvisning til undersøgelser, hvor dette er relevant og muligt.
- Der skal etableres elektroniske beslutningsstøttesystemer.

### FORUDSÆTNINGERNE FOR HURTIG OG EFFEKTIV UDREDNING ER:

- At der er den nødvendige kapacitet inden for de enkelte diagnostiske områder, således at udredningen ikke begrænses af flaskehalse.
- At unødvendig gentagen af undersøgelser undgås.
- At der er adgang til udredning i andet offentligt eller privat regi eller i udlandet, hvis garantiens tidsgrænser ikke overholdes.

### DIAGNOSTISKE UNDERSØGELSER, F.EKS:

Billeddiagnostiske:

- røntgen
- CT og MR-scanning
- ultralyd
- scintigrafi

Laboratoriesvar:

- blodprøver til biokemiske svar
- mikrobiologi
- patologi
- lungefunktionsundersøgelser

Hjerteundersøgelser:

- ekg
- arbejds-ekg
- langtidshjerteovervågning (holter, event recording)
- ekkokardiografi

Endoskopi (kikkertundersøgelser):

- gastroskopi
- koloskopi
- cystoskopi.



Oktober 2008

Lægeforeningens forslag til patienters ret til

## Rettidig udredning og behandling

Alle patienter skal sikres adgang til sundhedsvæsenet uden urimelige ventetider. Særligt korte, veltilrettelagte og effektive patientforløb skal ikke kun tilbydes kræft- og hjertepatienter eller patienter, der tilfældigvis har lidelser, hvor der er et behandlingstilbud på et privat sygehus.

Det private og offentlige sundhedsvæsen bør arbejde som hinandens supplement, og tilbuddet til patienten om, hvor behandlingen skal foregå, skal indrettes herefter. Patienten har også rettigheder efter EU-retten, som skal indgå i tilbuddet om valg af behandlingssted.

Princippet er prioritering på et lægefagligt grundlag med udgangspunkt i patientens behov. Det gælder både for somatiske og psykiatriske patienter.

Patienter i det danske sundhedsvæsen skal have ret til:

- Hurtig og effektiv udredning fra nul til to måneder efter symptomernes karakter
- Diagnostiske undersøgelser på privat sygehus eller i udlandet ved manglende opfyldelse
- Behandling inden for nul til tre måneder efter sygdommens alvor
- Behandling på privat sygehus eller i udlandet ved manglende opfyldelse
- Effektivisering af plan for efterkontrol og genoptræning/rehabilitering inden fem dage
- Information til alle patienter om deres rettigheder

- Adgang til at klage over manglende opfyldelse

Patienterne vil gennem dette få styrket deres rettigheder på tre hovedområder:

1. I udredningsfasen, hvor patienterne hurtigere skal have afgjort, hvad de fejler, så perioden med usikkerhed og risiko for forværring af sygdomstilstanden afkortes.
2. I behandlingsfasen, hvor alle bliver omfattet af en garanti i modsætning til nu, hvor én måneds ventetidsgarantien kun er reel for diagnoser, hvor der er et tilbud om behandling i det private eller udlandet.
3. Adgangen til at klage over manglende opfyldelse af rettigheder. Hidtil har der kun været adgang til at klage over forløb, hvor sundhedspersoner kunne gøres ansvarlige.

### UDREDNINGSFASEN

#### - HURTIGERE FREM TIL DIAGNOSEN

For patienterne er det afgørende hurtigt at få besked om, hvad de fejler og få afgjort, om der er behov for behandling eller ej. Hurtig udredning kan også øge chancen for hurtig helbredelse. Derfor skal mulighederne for hurtig udredning ved egen læge eller i speciallægepraksis styrkes.

For øjeblikket afsluttes over 90 procent af forløbene hos egen læge, hvor patienten allerede i dag har ret til at få en tid inden for fem hverdage. Knap fire procent sendes

videre til udredning på hospitalet. Lige så mange bliver udredt hos praktiserende speciallæge. Kapaciteten til undersøgelser kan være et nåleøjeblik til en hurtig og sikker diagnose.

Lægeforeningen foreslår, at indsats og kapacitet i udredningsfasen opprioriteres væsentligt. Hurtig og effektiv udredning forudsætter:

- At almen praksis og speciallægepraksis sikres adgang til diagnostiske faciliteter på sygehuse og i speciallægeklinikker som CT-scanning, røntgen m.v.
- At patienten får en garanti for hurtig udredning inden for tidsgrænser, der afgøres af patientens symptomer, fra umiddelbar udredning op til maksimalt to måneder.
- At Sundhedsstyrelsen sammen med de faglige miljøer udarbejder en national positivliste over symptomer, der fastlægger kategorier, hvor dette er realistisk og muligt. Der skal fortsat være plads til lægefaglige skøn og hensyn til f.eks. sociale omstændigheder.
- At det er lægen, der har ansvaret for udredningen, der i dialog med patienten fastlægger, i hvilken gruppe symptomerne falder og sammen med patienten gennemgår, hvor og hvornår udredningen kan finde sted.
- At patienten har mulighed for udredning i andet offentligt eller privat regi eller klinik uden for landets grænser, hvis udredningsgarantiens tidsgrænser ikke overholdes.

## **BEHANDLINGSFASEN**

### **- RET TIL BEHANDLINGSGARANTI PÅ NUL TIL TRE MÅNEDER**

Når diagnosen er stillet, foreligger der som hovedregel faglige standarder for, hvilken

behandling der er nødvendig. Der kan tages stilling til patientens behov for hurtig behandling og, hvor denne behandling kan tilbydes. Ventetiden kan her være forskellig.

Lægeforeningen foreslår:

- At den tidligere ventetidsgaranti på én måned, hvor der er et behandlingstilbud i det private eller i udlandet, bliver afløst af en garanti for alle, der bliver gradueret fra nul til tre måneder efter diagnosen. Alle livstruende diagnoser skal behandles som akutte.
- At Sundhedsstyrelsen i samarbejde med de faglige miljøer hurtigst muligt udarbejder en landsdækkende positivliste over henvisningsdiagnoser, der kræver behandling inden for en til to måneder, samt hvilke supplerende kriterier der indgår i form af f.eks. sociale hensyn.
- At den ansvarlige læge i dialog med patienten fastlægger om den enkelte patients behandling falder indenfor denne gruppe eller kan vente yderligere op til maksimalt tre måneder og sammen med patienten gennemgår, hvor og hvornår behandlingen kan finde sted
- At patienten har mulighed for behandling på andet offentligt sygehus, privat sygehus eller klinik eller uden for landets grænser, hvis ventetiden i det offentlige er længere end den garanti, som patienten har opnået krav på.

## **EFTERBEHANDLING OG -KONTROL**

### **- RET TIL EN PLAN**

Et godt patientforløb kræver, at der i mange tilfælde sættes ind med hurtig og relevant efterbehandling og/eller opfølgning med efterkontrol. Det er allerede i dag en patientrettighed, at der skal udar-

bejdes genoptræningsplaner, hvis patienten har et lægefagligt erkendt behov.

Lægeforeningen foreslår:

- At der i forbindelse med udskrivning udarbejdes udskrivningsplaner og/eller rehabiliterings/genoptræningsplaner for alle indlagte patienter.
- At patienten ved udskrivningen tilbydes en udskrivningssamtale, booking af evt. efterkontrol og gennemgang af evt. medicinbehov eller rehabiliterings/genoptræningsplan.
- At patienten opnår ret til, at rehabilitering/genoptræning kan iværksættes indenfor fem hverdage efter udskrivningen.

I lighed med kræftpakkerne, hvor der er udarbejdet standarder for beskrivelsen af indholdet, bør der fastlægges nationale standarder for beskrivelsen af planerne for udskrivning og genoptræning/rehabilitering.

### **RET TIL INFORMATION**

Alle patienter skal have ret til information om:

- Rettigheder i et let og forståeligt skriftligt materiale og ved samtaler med behandlere
- Muligheden for støtte ved patientvejledere
- Mulighed for at læse om rettighederne på sundhed.dk og tilsvarende steder

Alle ansvarlige behandlere skal have tilbud om:

- Uddannelse i rettighederne samt, hvordan informationspligten bedst udøves over for patienterne

- At der sikres god kommunikation mellem sektorer og behandlere, som er forudsætningen for et veltilrettelagt patientforløb
- At de nødvendige standarder for dette udarbejdes, og der stilles IT til rådighed

### **ADGANG TIL AT KLAGE**

Det forudsættes, at der lovgives om patienternes rettigheder, så der skabes tillid til, at der også afsættes de nødvendige ressourcer. Det følger så også naturligt, at der skal være et tilsyn med, at reglerne overholdes. Lægeforeningen har foreslået et nyt patientklagesystem, og sundhedsministeren har bebudet, at han arbejder på at indføre et nyt klagesystem med en patientombudsmand.

Lægeforeningen foreslår at det nye klagesystem indrettes således:

- At der kan klages over manglende overholdelse af frister til det lokale niveau, som skal have pligt til at rapportere til patientombudsmanden om klagerne
- At Patientombudsmanden også har beføjelse til at påtale sådanne klager
- At der kan klages over indplacering i en ventetidskategori til Patientklagenævnet, som kan tage stilling til, om der er tale om en faglig korrekt afgørelse

### **PAKKEFORLØB FOR ALLE DIAGNOSER**

Det er Lægeforeningens holdning, at der på sigt skal udarbejdes pakkeforløb for alle diagnoser og forløb i sundhedsvæsenet, hvor dette er relevant og realistisk.

Det er Lægeforeningens opfattelse, at gennemførelse af rettigheder for alle patienter vil bidrage væsentligt til at give danskerne et sundhedsvæsen i verdensklasse.

lytte  
agere  
forbedre

## Et nyt patientklagesystem

- lyttende, agerende, forbedrende

Patienten



### Trin 1

Det lokale niveau - lytte, agere og forbedre

#### Regionale patientkontorer

- Én samlet indgang
- Rågiver, indsamler, formidler og dokumenterer klager

#### Sundhedsvæsenets institutioner

- Læring
- Lokal afklaring af klagerne
- Udpeging af en klagesagsansvarlig



### Trin 2

Det centrale niveau - behandling og afgørelse af klagesager

#### Disciplinærnævn

- Klager over personansvar

#### Patientombudsmand

- Klager vedr. patientrettigheder
- Klager over systemfejl
- Klager, der ikke kan løses lokalt



## **Et nyt patientklagesystem** - lyttende, agerende, forbedrende

Som led i Regeringens kvalitetsreform blev det besluttet, at der skulle ske en revision af det nuværende klagesystem indenfor sundhedsvæsenet.

Patienterne i det danske sundhedsvæsen skal have adgang til et enkelt og gennemskueligt klagesystem. Patienterne skal have bedre klagemuligheder og mulighed for hurtigere reaktion på klagen. Som led heri ønskes oprettet en patientombudsmand/klageinstitution. Det nye system skal bidrage til, at sundhedsvæsenet er i dialog med patienterne og lærer af deres erfaringer – nationalt, regionalt som lokalt. Retssikkerheden for alle involverede skal samtidig være høj.

Lægeforeningen og Danske Regioner er enige i analysen af behovet for et nyt klagesystem. Sundhedsvæsenet skal i højere grad i dialog med patienterne og lytte til deres erfaringer.

Det nuværende klagesystem bærer præg af manglende overskuelighed og gennemskuelighed, lange sagsbehandlingstider, manglende fokus på læring og på lokale muligheder for at løse klagerne samt for snævre muligheder for at klage.

Erfaringsmæssigt er mange patienter optaget af, at den fejl eller oplevelse, de selv har været ude for, ikke overgår en anden, og at deres tab eller lidelse i forbindelse med en hændelse anerkendes. Ønsket er, at deres oplevelse bliver brugt til læring for at forbedre behandlingen i sundhedsvæsenet.

Derfor har Lægeforeningen og Danske Regioner lavet et fælles udspil til de igangværende overvejelser om et nyt klagesystem.

### **Målene for et nyt klagesystem**

Klagesystemet skal anvendes der, hvor den uformelle dialog mellem patienten og behandlerne ikke kan afklare uheldige forløb. Det nye klagesystem skal bygge på et systematisk samspil mellem de lokale institutioner, der er ansvarlige for patienternes behandling, og en central uafhængig klageinstans.

Sundhedsvæsenet skal

- lytte og mere aktivt i dialog med patienterne
- have en nem og tilgængelig klageadgang, der gør det lettere for patienterne at dele deres erfaringer og for institutionerne at agere herpå
- have korte reaktions- og sagsbehandlingstider
- give udvidede klagemuligheder, så mange erfaringer kan komme frem
- bruge informationerne til systematisk at lære og forbedre
- have et klagesystem, der giver retssikkerhed for både patienter og sundhedspersoner

Klagemulighederne skal udvides, så der også kan klages over såkaldte systemfejl og behandlingsforløb, hvor enkeltpersoner ikke kan gøres ansvarlige, samt manglende overholdelse af patientrettigheder. Endvidere skal klagesystemet kunne håndtere det stigende antal klager fra patienter, der ønsker refusion af udgifter f.eks. forbundet med behandling i udlandet.



## Elementerne i et nyt klagesystem

Klageforløbet kan have to trin:

### Klageforløbet – Trin 1

- Den første behandling af klagerne skal foregå hos sundhedsvæsenets institutioner. De skal udvikle mere fleksible og kompetente måder at håndtere klagerne på, og ledelsen skal sikre, at der udpeges en klagesagsansvarlig, der kan agere på klagerne. Alle institutioner, sygehuse, hjemmepleje, praktiserende læger, praktiserende speciallæger mv., skal udpege en klagesagsansvarlig.
- Samtidig skal der etableres én klageindgang gennem de regionale patientkontorer, der får til opgave at rådgive, indsamle, formidle og dokumentere klagerne. Klagerne sendes videre til den behandlingsinstitution, hvor det uheldige forløb har fundet sted.

### Klageforløbet – Trin 2

- Der etableres et nyt nationalt niveau i klagesystemet med en selvstændig status, en patientombudsmandsinstitution, der skal tage sig af klager over systemfejl og sager, der ikke kan løses lokalt.
- Patientklagenævnet bliver lavet om til et disciplinærnævn, der skal behandle klager, hvor der er tale om et personansvar.

Der er brug for at udvikle nogle redskaber og rammer i forbindelse med det nye system:

### Redskaber og rammer

- Der etableres et landsdækkende registrerings/dokumentationssystem for klager. Systemet skal gøre det nemt at opsamle data om klagerne.
- Der videreudvikles metoder og værktøjer til håndtering af klager, samt metoder til feedback og læring.
- Der fastsættes sagsbehandlingsfrister, guidelines for god klagebehandling og opstilles servicemål for behandlingen af klagerne både på det lokale og på det nationale niveau.

## Klager omfattet af det nye klagesystem

Det nye klagesystem skal indeholde udvidede muligheder for at kunne klage:

**Klager over sundhedspersoners faglige virksomhed.** Dvs. de klager, der i dag indbringes for Patientklagenævnet, hvor formålet er at få fastslået om sundhedspersoner har udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed efter autorisationslovens forskellige bestemmelser.

**Systemklager.** Systemklager er klager over brist i den samlede behandling, som indebærer, at patienten har været udsat for en utilstrækkelig behandling/omsorg, markante brist i tilrettelæggelsen eller adgangen til behandling, der har haft konsekvenser for helbred og/eller livskvalitet. Det kan dreje sig om dårlig organisering, ventetider, dårlig/manglende kommunikation etc. Det kan også dreje sig om patientforløb, der går på tværs af sygehuse, kommunale tilbud og praksissektoren.

**Klager over manglende overholdelse af patientrettigheder.** Sundhedsloven giver patienterne en række rettigheder: ret til frit sygehusvalg og udvidet frit sygehusvalg, udvidet undersøgelses- og behandlingsret for psykisk syge børn og unge, udvidet behandlingsret for psykisk syge voksne, befordringsgodtgørelse, maksimale ventetider for livstruende sygdomme, regional oplysningspligt, kontaktpersonordning, pensionisters ret til beløb til personlige fornødenheder, sygehusbehandling i udlandet og efter EF-retten.

**Klager ift. betalingsager.** Sundhedsloven giver – jf. ovenfor – visse rettigheder til behandling i udlandet, og der er en tendens til flere klager, hvor patienter ønsker at få udgifter til en behandling foretaget i udlandet refunderet.

## **Klager, der ikke er omfattet af det nye klagesystem**

**Serviceklager.** F.eks. klager over personalets adfærd, kommunikation, information, ventetider i venteværelset, forplejning, parkeringsforhold m.m. Disse klager behandles i dag allerede på behandlingsstedet og i Regionsrådet. Hvis det omhandler klager over praktiserende sundhedspersoner vil klagen blive behandlet i det paritetisk sammensatte samarbejdsudvalg. Der er ikke med forslaget lagt op til, at *rene* serviceklager kan indbringes for et nationalt organ, men det vil være naturligt, at de klagesagsansvarlige også deltager i behandlingen heraf.

**Forsikringsager.** Borgere, der ønsker erstatning for følger opstået på grund af fejl ifm. en behandling, kan fortsat klage til Patientforsikringen. Der er i dette oplæg ikke lagt op til at ændre dette.

Klager kan indeholde elementer af flere af klage typerne, så en sikker videresendelse og overvågning af klageforløbet er vigtig.



## **Trin 1**

### **Det lokale niveau: lytte, agere og forbedre**

#### **Klagehåndtering på 1. trin – et ledelsesansvar**

Sundhedspersonale stræber efter at give den bedste behandling og omsorg, men misforståelser og fejl kan ske. Når det sker, er det vigtigt hurtigt, at få rettet misforståelsen eller fejlen og bruge erfaringen til at forbedre og forhindre gentagelser.

Den første tilgang til indholdet i patienternes klager skal ske på behandlingsstedet.

Sygehusafdelinger, kommunale institutioner med sundhedsopgaver og praktiserende sundhedspersoner skal hver især udpege en klagesagsansvarlig. Den enkelte region/kommune/praksis er selv ansvarlig for at tilrettelægge den lokale håndtering på behandlingsstedet. Men institutionen skal sikre at

- klageproceduren er let tilgængelig
- der sker størst mulig lokal afklaring af klagerne
- der sker lokal læring af klagerne og dialog med patienterne
- der er en effektiv håndtering, så tidsfrister og servicemål overholdes
- der offentliggøres en årlig rapport om klagerne og, hvordan de er håndteret

Involverer klagerne mere end én organisation, må der samarbejdes blandt de klagesagsansvarlige om, hvem der har hovedansvaret for udredning og dialog med patienten.

I Den danske Kvalitetsmodel er allerede opstillet en standard for god behandling af klagesager.

Den lokale behandling giver et "window of opportunity", som bør udnyttes til at gennemføre en indledende dialog. Formålet er at sikre sig, at patienten er blevet forstået, og mulighederne for en løsning bliver undersøgt.

De muligheder for løsning, der kan komme på tale, er:

- en undskyldning
- en forklaring på, hvad der gik galt
- mægling med en sundhedsperson eller ledelsen
- ændring af en afgørelse
- eventuel ændring af afgørelse om betaling
- ændring af procedure, som patienten oplyses om
- forbedring af faciliteter, som patienten oplyses om

Hverken en undskyldning eller en mægling, skal afholde patienten fra at kunne indbringe klagen til det nationale niveau.

Hvis klagen ikke er afsluttet med patientens accept inden udløbet af den nationalt fastsatte tidsfrist på f.eks. fire uger, kan sagen med patientens samtykke overgå til den nationale klageinstans.

Den sundhedsprofessionelles retsstilling må ikke forringes, når der f.eks. gives en undskyldning og patienten alligevel indbringer en klage.

Der skal udvikles gode værktøjer, der kan understøtte de læringsprocesser, der skal finde sted. Systemet omkring utilsigtede hændelser kan formentlig inspirere i den sammenhæng. Der skal også opstilles retningslinjer for og udvikles værktøjer og metoder til de lokale mæglingsprocesser.

Dokumentationen fra systemet skal bruges i læringsøjemed. Afdelinger skal modtage feedback og viden om klagerne, herunder om der er mønstre i klagerne.

## **Let indgang til klagesystemet – det regionale patientkontor: Tovholder og rådgiver**

Selve indgangen til klagesystemet skal være de regionale patientkontorer. Deres rolle, funktion og opgaver skal udvikles yderligere, og der skal udvikles nationale strukturer og værktøjer, der kan understøtte patientkontorerne.

Patientkontorerne skal som i dag rådgive patienter om deres rettigheder og mulighed for at klage og søge erstatning. De kan også hjælpe med at besvare patienternes tvivlsspørgsmål. Patientkontorerne skal bistå patienter og pårørende med indberetning af utilsigtede hændelser, når dette bliver en realitet.

Det kan dog ikke undgås, at der opstår situationer, hvor patienter af en eller anden grund ikke ønsker, at klagen først bliver håndteret lokalt. I sådanne tilfælde vil klagen kunne starte på det nationale niveau og ikke i patientkontorerne.

Patientkontorerne bør organiseres mere ensartet inden for en fælles ramme, når de skal varetage funktionen som indgangen til klagesystemet. De skal også gøres mere tilgængelige.

Registrering af klager skal udbygges og gøres mere systematisk for at samle viden og sikre øget læring på tværs af regionerne. Der skal derfor etableres et nationalt system for systematisk registrering af klager. Der skal endvidere udvikles en internetbaseret indgang til klagesystemet.

I det nye system skal Patientkontoret modtage og registrere alle klagehenvendelser i en fælles database, hvor klagen skal kunne følges. Men den lokale indgang giver også mulighed for en mere uformel håndtering af henvendelser fra patienter.



## Trin 2

### Det centrale niveau: behandling og afgørelse af klagesager

#### Et centralt disciplinærnævn og en patientombudsmandsinstitution

Hvis patienten er uenig i behandlingsstedets vurdering eller afgørelse, kan klagen – alt efter sit indhold – enten indbringes til et centralt disciplinærnævn eller en central patientombudsmandsinstitution.

Klagere, der af en eller anden grund ikke ønsker, at klagen håndteres lokalt, skal kunne indgive klagen direkte til de centrale organer.

Der skal opstilles sagsbehandlingsfrister og servicemål for såvel disciplinærnævnets som patientombudsmandsinstitutionens afgørelser. Behandling af sager og afgørelser skal samles op og bruges systematisk for at sikre viden og læring i sundhedsvæsenet.

#### Det sundhedsfaglige Disciplinærnævn

Det nuværende patientklagenævn videreføres, men nævnets beføjelser ændres i forhold til i dag, og nævnet får en ny betegnelse: Det sundhedsfaglige Disciplinærnævn. Nævnet skal alene behandle sager om sundhedspersoners ansvar i henhold til autorisationsloven og bedømme, om sundhedspersoner konkret har levet op til den gældende norm for god behandlingsstandard. Disciplinærnævnet skal herudover tage stilling til indberetninger fra embedslægeinstitutionerne via Sundhedsstyrelsen.

Nævnet skal have beføjelse til at

- udtale, at en sundhedsperson i en eller flere angivne situationer kunne have handlet mere hensigtsmæssigt
- udtale kritik, fordi sundhedspersonen har overtrådt lovbestemmelser i relation til behandlingen, f.eks. tavshedspligten og informationspligten.
- udtale skærpet kritik ved at henstille, at sundhedspersonen skal være mere omhyggelig og samvittighedsfuld i sit fremtidige virke.
- anmode anklagemyndigheden om at overveje at rejse tiltale for overtrædelse af strafsanktionerede bestemmelser.
- oversende afgørelserne til Sundhedsstyrelsen, så de kan indgå i styrelsens almindelige tilsyn med sundhedsvæsenet.

Den indklagede sundhedsperson skal være sikret samme retsgarantier som ved den nuværende sagsbehandling i Patientklagenævnet.

Det sundhedsfaglige Disciplinærnævn skal endvidere fungere som ankeinstans for Sundhedsstyrelsens påbud om ændret adfærd, styrelsens afgørelser om midlertidige og permanente virksomhedsindskrænkninger og midlertidige autorisationsfratagelser mv.

En afgørelse bør kun offentliggøres på internettet efter, at Sundhedsstyrelsen har haft lejlighed til at foretage en nøje bedømmelse af karakteren og alvoren af den forseelse, der er tale om. I dag medfører tre påtaler offentliggørelse uanset, om der er tale om administrative forseelser som manglende journalføring. Denne automatik bør kvalificeres.

## **Patientombudsmandsinstitutionen**

Ved siden af det sundhedsfaglige disciplinærnævn etableres en patientombudsmandsinstitution. Det skal være en uafhængig institution, der kan vurdere

- om der i en sag er sket en tilsidesættelse af patienters formelle eller materielle rettigheder
- om behandlingsinstitutioner har udsat en patient for utilstrækkelig behandling/omsorg, markante brist i tilrettelæggelsen eller adgangen til behandling, der har haft konsekvenser for helbred og/eller livskvalitet og som ikke skal tillægges en sundhedsperson manglende omhu og samvittighedsfuldhed. Det kan dreje sig om dårlig organisering, utilstrækkelige behandlingstilbud, uklare procedurer for samarbejde, unødvendige ventetider, dårlig/manglende kommunikation etc.

Sagsbehandlingen vil med tiden lægge en praksis for en anerkendt standard for sundhedsvæsenet på de områder, der klages over. Standarden baseres på eksisterende evidens, tilgængelige retskilder og internationale standarder.

En ombudsmandsinstitution har i dansk kontekst traditionelt kun adgang til at udtale kritik, men en patientombudsmand vil ved lov kunne udstyres med konkret hjemmel til at afgøre visse sager, som ikke er løst på behandlingsstedet eller er indbragt for Disciplinærnævnet.

Bortset fra sager om faglig inkompetence eller manglende omhu og samvittighedsfuldhed skal ombudsmandsinstitutionen kunne behandle næsten alle typer af klagesager, således at den nuværende mangfoldighed af klageveje reduceres. Institutionen skal f.eks. kunne

- vurdere, om klageren har fået tilbud om de ydelser, som vedkommende har krav på i henhold til gældende materielle patientrettigheder eller centralt fastlagte behandlingsmål.
- vurdere et behandlingsforløb i forhold til sædvanlig standard.
- vurdere, om behandlingen er ydet inden for fastsatte ventetidsgarantier.
- vurdere, om andre lov- eller myndighedsbestemte patientrettigheder er tilsidesat.
- opfordre behandlingsstedet til at rette op på organisatoriske svagheder.
- sikre, at behandlingsforløb kommer til at indgå i kvalitetsudvikling.

Ombudsmandsinstitutionen skal have ret til at indhente og analysere alt relevant materiale og indkalde sagkyndige. Institutionen skal endvidere udarbejde rapporter, der skal danne grundlag for konkret ændring af gældende praksis. Institutionen skal tilføres de ressourcer, der er nødvendige for at skabe den nødvendige autoritet og troværdighed omkring dens virksomhed.

Institutionen skal kunne træffe både bindende og vejledende afgørelser (kritik, indskærpelse mv.) rettet mod f.eks. et sygehus, en afdeling, et plejehjem, en forvaltning mv. afhængig af klagens indhold. Nogle afgørelser vil kunne være rettet mod flere institutioner. Det er vigtigt, at der arbejdes systematisk med udvikling af en praksis for almindelig anerkendt faglig standard i forhold til behandlingen af disse sager.

København 24. september 2009

## Kommunernes alkoholbehandling i krise

Stik imod intentionerne i kommunalreformen, så er der gået tilbage med alkoholbehandlingen, siden opgaven blev placeret hos kommunerne. Det er den klare konklusion i en spørgeskema undersøgelse gennemført af Lægeforeningens Misbrugsudvalg. Undersøgelsen, der er nærmere omtalt i dette nummer af Ugeskrifet, konkluderer, at tilbuddene er blevet spredt for alle vinde, og der er opstået meget store forskelle i kvaliteten af tilbuddet. Generelt er det bedre i store kommuner end i de små. Og der er sket en glidning over mod det socialfaglige område i modstrid med den faglige evidens på området. Det kalder på, at sundhedsministeren indfører godkendelsesordninger både for ambulante og døgninstitutioner i alkoholbehandlingen.

” Sundhedsministeren bør sammen med Sundhedsstyrelsen udforme retningslinjer for »den funktionsbærende alkoholbehandlingsenhed«.

Det skønnes, at omkring 140.000 danskere er afhængige af alkohol. Vi har altså at gøre med et ganske stort misbrugs- og samfundsproblem. Den gennemførte undersøgelse viser, at det årlige antal behandlede ligger på mellem 12.000 og 14.000 patienter. Dette alene fortæller, at det er helt utilstrækkeligt, hvad der foregår i alkoholbehandlingen. I princippet betyder det, at der vil gå ti år, før de nuværende afhængige er blevet behandlet. Desuden er der meget stor variation i, hvad der bliver tilbudt i kommunerne, hvor antallet af behandlingssteder er gået fra 17-18 amtslige institutioner til mere end 50 kommunale.

Kommuner med indbyggertal helt ned til omkring 20.000 har etableret egen alkoholbehandling, og undersøgelsens forfattere undrer sig over, at det på grundlag af så beskedent et befolkningstal kan lade sig

gøre at opretholde en differentieret, kvalificeret behandling, som opfylder kriterierne for god alkoholbehandling. De giver selv svaret: det kan det heller ikke. Det er påfaldende, at alkoholbehandlingen i stort omfang er flyttet fra sundhedsforvaltningen til socialforvaltningen, stik imod faglige anbefalinger. Alkohol har en række sociale konsekvenser, men det er ikke givet, at man får et misbrugsproblem, fordi man har sociale problemer. Risikoen er, at socialforvaltningerne opfatter afhængighed som et socialt problem, som kan løses ved socialintervention. Det kan det ikke.

Desuden er det bekymrende, at der i kommunernes alkoholbehandling i stort omfang anvendes akupunktur. Det er en ikke evidensbaseret behandling og altså uden dokumenteret effekt. Men over en tredjedel af kommunerne angiver, at de anvender akupunktur i deres behandling. Videre er antabus stadig det helt dominerende lægemiddel i alkoholbehandlingen. Ganske vist har kommunerne (og almen praksis) her lægevidenskaben på deres side. Men de sidste ti år har man kendt til to andre medikamenter: Acamprosat og Naltrexon, der har dokumenteret effekt uden, at de synes at have vundet større udbredelse.

Summa summarum tegnes der et trist billede af alkoholbehandlingen i Danmark i almindelighed, og kommunernes tackling af opgaven i særdeleshed. Der, hvor det ser bedst ud, er i kommuner, der anvender fælleskommunale eller regionale institutioner, altså relativt store institutioner. Vi mener, at sundhedsministeren bør indføre godkendelsesordninger for institutioner, der beskæftiger sig med alkoholbehandling. Det gælder konkrete krav til kortlægning og diagnostik, behandlingsmetoder, personalesammensætning og krav til efteruddannelse og dokumentation. Sundhedsministeren bør sammen med Sundhedsstyrelsen udforme retningslinjer for »den funktionsbærende alkoholbehandlingsenhed«.

Jette Dam-Hansen,  
formand, Forebyggelses-  
politisk Styregruppe



### LÆGEFORENINGEN



Domus Medica  
Kristianiagade 12  
2100 København Ø

Telefon 35 44 85 00  
Telefax 35 44 85 03  
E-mail dadl@dadl.dk  
www.laeger.dk

### BESTYRELSE

Jens Winther Jensen,  
formand  
Yves Sales, næstformand  
Lisbeth B. Linz Christensen  
Michael Dall

### Jette Dam-Hansen

Michael Dupont  
Poul Jaszczak  
Klaus Klausen  
Erik Kristensen  
Niels Siebuhr

### PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Michael Dupont, formand

### FORENINGEN AF SPECIALLÆGER

Erik Kristensen, formand

### YNGRE LÆGER

Lisbeth B. Linz Christensen, formand



---

Ugeskr Læger 2009;171(43):3050

---

## Alkoholbehandlingen er en rodebutik

*En nål i øret, samtaler med en socialrådgiver eller med en psykiater. Kommunernes behandlingstilbud til alkoholmisbrugere er mangeartede og nogle gange ringe, viser en ny rapport. Lægeforeningen vil have kvalitetskrav og mere sundhedsfaglighed i behandlingen.*

### FOKUS

---

Journalist Anne Steenberger, as@dadl.dk



Kommunernes alkoholbehandling svinger for meget i kvaliteten, og alt for mange steder møder den alkoholaafhængige ikke sundhedsfagligt personale på behandlingsinstitutionerne. Sådan lyder de overordnede konklusioner i en rapport, som Lægeforeningens Misbrugsudvalg i dag offentliggør.

»Det er foruroligende og urimeligt at patienter med alkoholproblemer bliver behandlet forskelligt fra kommune til kommune,« siger en af rapportens forfattere, overlæge Ulrik Becker, Hvidovre Hospital.

Lægeforeningen opfordrer nu de centrale sundhedsmyndigheder til at formulere kvalitetskrav til landets alkoholinstitutioner.

»Der skal være retningslinjer for kvaliteten i alkoholbehandlingsinstitutionerne«, siger Jette Dam-Hansen, praktiserende læge og medlem af Lægeforeningens bestyrelse. »De konkrete procedurer for behandlingen skal beskrives, og der skal være krav om en personalesammensætning, der har diagnostiske kompetencer, fordi alkoholmisbrug er en sygdom. Kommunerne har en stor social forståelse i deres tilbud, men det sundhedsfaglige må opprioriteres.«

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse oplyser, at en arbejdsgruppe med repræsentanter fra ministeriet selv, KL, Indenrigs- og Socialministeriet og Sundhedsstyrelsen er på vej med et oplæg til en kommunalt baseret godkendelses- og tilsynsordning for alkoholbehandlingssteder. Det forventes, at den nye ordning kan anvendes fra næste år.

#### *Kommunerne underprioriterer*

Der antages at være omkring en halv million alkoholmisbrugere i Danmark. Af dem vurderes 140.000 at være afhængige af alkohol. Hvad kan de gøre, hvis de vil behandles? Indtil 2006 kunne de gå til en af de tidligere amters 17-18 institutioner. Efter kommunalreformen blev opgaven lagt ud til de 98 kommuner. Det var ikke paradiset, da amterne bestyrede tilbudene, lyder det fra Lægeforeningens rapport, som konkluderer, at det er det heller ikke blevet efterfølgende. Rapporten er skrevet på baggrund af besvarelser af spørgeskemaer sendt ud til alle 98 kommuner - 80 har svaret.

Ligesom der er stor forskel i tilbuddene, er der forskelle på, hvor mange penge, kommunerne bruger på området.

»Der er klart mange kommuner, der underprioriterer opgaven. Ifølge Danmarks Statistik bruger nogle kommuner 10 kr. per borger til alkoholbehandling. Andre 140 kroner. Den store variation på området tyder på, at mange kommuner godt kunne stramme sig mere an på dette område.«

Rapporten har ikke undersøgt, om der er en sammenhæng mellem kvalitet og økonomi, men rapportens anden forfatter, praktiserende læge Sverre Barfod, opfatter, at alkoholbehandlingen er blevet et spareobjekt i nogle kommuner:

»Hvis kommunen kan finde en billig udbyder, eller en billigere løsning, så siger den ja tak. Det er derfor, at vi gerne ser, at der bliver visse kvalitetskrav, som en institution skal overholde for at kommunen kan bruge den,« siger han.

#### *Storst er bedst*

Kommunerne organiserer alkoholbehandlingen på forskellige måder og i forskelligt regir. Nogle har etableret egne tilbud - ikke bare de store kommuner, men også kommuner på ned til 21.000 borgere. De kan også indgå i en regional institution. Nogle kommuner køber ydelser på private institutioner. Endelig er flere kommuner gået sammen om at etablere fælles kommunale tilbud. Nogle gør lidt af hvert.

Sammenholdt med behandlingstilbuddet viser det sig, at større behandlingsenheder tilbyder den bedste behandling. Bedst i betydningen, hvad der er evidens for.

»Den gode institution er så stor, at den har mulighed for at tilbyde en differentieret kvalificeret alkoholbehandling. Det vil sige at have stor tværfaglighed i personalet, eksempelvis med fastansatte læger og en fast psykiatrisk konsulent tilknyttet. Den kan sørge for, at der foregår en ordentlig kortlægning og diagnostik af patienten, hvilket er meget vigtigt, fordi de senere års forskning har vist, at alkoholpatienter har en lang række andre problemer end præcis alkoholmisbrug. Det er forskellige psykiatriske problemstillinger som angst og depression bl.a. og desuden somatiske problemer og sociale problemer,« siger Ulrik Becker

De små behandlingssteder vil omvendt have problemer.

»Når forskningen peger på at alkoholfafhængige skal tilbydes differentieret og evidensbaseret behandling, kan man jo sige sig selv, at det kan institutioner, som er så små at de kun har 1,7 årsværk ansat, umuligt tilbyde,« siger Ulrik Becker.

#### *Kvaliteten i behandlingen*

Undersøgelsen forsøger at få et overblik over, hvilke behandlinger, kommunerne tilbyder på et par områder. F.eks. når det gælder abstinensbehandling. De fleste anvender benzodiazepiner. Men 36 pct. af kommunerne anvender en såkaldt NADA-akupunktur i den ambulante afrusning- og abstinensbehandling. Det er en behandling, der ikke findes evidens for. Det er især kommuner med eget behandlingstilbud, der tilbyder akupunktur.

Antabusbehandling bruger de fleste kommuner (93 pct.) Men der findes rent faktisk andre præparater, der med Ulrik Beckers ord er særdeles veldokumenterede, men de bruges i langt mindre grad. Igen er der en sigende forskel mellem flere af kommunernes egne tilbud og de fælleskommunale/regionale. Sidstnævnte bruger i højere grad de nye farmakologiske behandlingsprincipper end kommunernes egne - og i øvrigt de private behandlingstilbud - gør.

»Behandlingen afhænger af størrelsen på institutionen, personalets uddannelsesniveau, herunder om der er en læge fast tilknyttet. Er den større

og er der en læge fast tilknyttet, vil der være et fagligt miljø, der gør, at det er nemmere at samle den nyeste viden op.» siger Ulrik Becker.

#### *Alkoholafhængighed er en sygdom*

»Med den viden, vi har opnået i de senere år, er der ingen tvivl om, at det at være alkoholafhængig er forbundet med en række konsekvenser både af somatisk, psykiatrisk og social karakter,« siger Ulrik Becker. Derfor er et budskab fra Lægeforeningens rapport da også, at det sundhedsfaglige personale i alkoholbehandlingen skal oprustes.

Men kun halvdelen af kommunerne har sundhedsfagligt personale ansat. De bruger med andre ord alene socialt fagligt personale. De kommuner, der har egne tilbud eller benytter private tilbud, er mindre tilbøjelige til at anvende sundhedsfagligt personale end de regionale/fælleskommunale tilbud. Især regionale eller fælleskommunale tilbud har læger eller en psykiater ansat.

Over halvdelen af kommunerne har valgt at placere alkoholbehandlingen i socialforvaltningen. Det hænger dårligt sammen med opfattelsen af at alkoholafhængighed i al væsentlighed er et sundhedsproblem. Desuden skræmmer det folk væk:

»Rigtig mange af dem med et problematisk alkoholforbrug er ikke sociale klienter - de kommer fra alle sociale lag. Og de har ikke lyst til at gå ind ad en dør, som der står noget med socialforvaltningen på,« siger Sverre Barfod.

#### *Praktiserende lægers vurdering*

De fleste praktiserende læger har om ugen mellem en og fem kontakter, som skyldes alkohol, viser rapporten, hvor man også har fået omkring halvdelen af landets praktiserende læger til at besvare spørgsmål. Godt 60 procent af de praktiserende læger synes, at udbud og kvalitet i den ambulante behandling er utilstrækkelig. Mange efterlyser bedre samarbejde.

»Det, vi mangler, er, at kommunerne udpeger en alkoholansvarlig, som skal sørge for kontakten mellem os, kommune og behandlingssted, og som sørger for, at borgeren ved hvor, hvordan og hvornår, man kan henvende sig, hvis man ønsker behandling for misbrug. Det er der ikke mange steder,« siger Sverre Barfod.

Kommunernes Landsforening (KL) holder i dag en konference med emnet »Kvalitet og organisering i den kommunale misbrugsbehandling.«

Se rapporten på [www.laeger.dk](http://www.laeger.dk)

#### *Tal fra rapporten*

51 pct. af kommunerne har placeret alkoholbehandlingen i socialforvaltningen - 21 pct. i sundhedsforvaltningen.

Halvdelen af kommunerne har ansat personale med mellemlang sundhedsfaglig uddannelse.

90 pct. har ansat socialfagligt personale. En fjerdedel af kommunerne har fast læge. Godt 15 procent har fast psykiatrisk assistance.

25 pct. har egne tilbud. 25 pct. er i en fælleskommunal institution. 20 pct. køber hos privat udbyder og 25 pct. køber ydelser hos en regional institution. Der er overlap, så kommuner køber ydelser flere forskellige steder.

36 procent af kommunerne anvender NADA-akupunktur i abstinensbehandlingen.

Næsten alle kommuner anvender antabus. Men hhv. 40 pct og 70 pct. bruger ikke Acamprosat og Naltrexon, som er to veldokumenterede farmakologiske

behandlinger.

[Abonner >>](#)

**Skriv en kommentar**

---

**UGESKRIFT FOR LÆGER**

Ugeskriftet betinger sig ret til at opbevare og publicere artikler (tekst og illustrationer) også i elektronisk form, fx via cd-rom og Internettet.

Eftertryk eller anden mangfoldiggørelse af Ugeskriftets tekst og illustrationer er kun tilladt med skriftlig tilladelse fra forfatter og redaktion og anførelse af Ugeskrift for Læger som kilde.

Gengivelse af informationer eller citater fra Ugeskriftet må tidligst offentliggøres på datoen (mandage) for det pågældende nummers udgivelse og med angivelse af Ugeskrift for Læger som kilde.

ad pkt. 4

# Minister for forebyggelse – eller KRAM

Sundhedsministeren fremlægger snart en national forebyggelsesplan. Den er der god brug for. Danskerne omfavner rygeloven, men de unge forsvarer deres plads i det europæiske druk-førerfelt. Blandt deres venner vil hver 10. opleve psykiske problemer så store, at de opsøger en læge. Samtidig vokser vores børn sig tykke, så de kommer i det røde felt på diabetes- og hjerte-kar-skalaen. Det er et snap shot af den folkesundhed, som regeringens nationale forebyggelsesplan skal rette op på.

**” Ministeren bør udvide fundamentet for forebyggelsesplanen. KRAM er for snævert et fokus.**

I Lægeforeningen forventer vi os meget af forebyggelsesplanen. Bl.a. en samlet prioritering og investering i forebyggelse, så samfund og sundhedsvæsen sammen kan dæmme op for den epidemiske udvikling i folkesygdommene. Forventningen er dog iblandet bekymring for, om den nationale forebyggelsesplan kommer hele vejen rundt om de otte folkesygdomme: type-2 diabetes, kræft, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed, muskel og skeletlidelser, overfølsomheds sygdomme, psykiske lidelser og rygerlunger (KOL).

Ministeren tager afsæt i Forebyggelseskommissionens rapport, der væsentligst omhandler KRAM-området (Kost, Rygning, Alkohol, Motion). Lægeforeningen støtter kommissionens anbefalinger og forventer regeringen foreslår styrket strukturel forebyggelse bl.a. via afgifter og lovgivning. Men ministeren bør udvide fundamentet for forebyggelsesplanen. KRAM er for snævert et fokus. Lægeforeningen ønsker en national forebyggelsesplan, der omfatter hele befolkningen.

Vi sendte vores råd om forebyggelsesplanen til ministeren inden sommerferien. Det første råd er at medtænke psykiatrien. Psykiske lidelser er en folkesygdom, der rammer hver tiende dansker. Tidlig opsporing kan forebygge forværring af psykiske sygdomme, der har store menneskelige og økonomiske omkostninger.

Andet råd er at handle på forebyggelseskommissionens anbefaling om at sikre børnene sund kost og masser af motion. Livsstilssygdomme skal forebygges i barndommen, og effekten er stor, hvis der sættes ind tidligt. Lægerne kan opspore sygdom og forebygge vidtgående sundhedsproblemer og adfærdsforsyndelser hos børnene ved de årlige børneundersøgelser. Socialt dårligst stillede børn bør indkaldes til forebyggende lægeundersøgelser gennem hele barndommen – herunder i skolealderen.

Tredje råd er at tage de 1,5 millioner kronikere med i forebyggelsesplanen. Både farmakologiske tilbud og livsstilstilbud, den sekundære forebyggelse, trænger til en kvalitetssikring.

Det fjerde råd er at fokusere særligt på svage grupper i samfundet. De er hårdest ramt af sygdom og bør have særlig opmærksomhed. Sygdom har social slagside i Danmark trods fri adgang til sundhedsvæsenet. Rygningen stiger i bunden af den sociale rangstige og daler i toppen. Det bør forebyggelsesplanen adressere med differentierede forebyggelsesindsatser tilpasset målgruppen.

Der er masser af potentiale i forebyggelsen, og den nationale forebyggelsesplan vil vise, om ministeren for alvor vil være minister for forebyggelse, eller han vil nøjes med at være minister for KRAM. Valget er hans.

Jette Dam-Hansen  
 Jette Dam-Hansen  
 Jette Dam-Hansen  
 Jette Dam-Hansen  
 Jette Dam-Hansen

Jette Dam-Hansen



## LÆGEFORENINGEN



Domus Medica  
 Kristianiagade 12  
 2100 København Ø

Telefon 35 44 85 00  
 Telefax 35 44 85 03  
 E-mail dadl@dadl.dk  
 www.laeger.dk

## BESTYRELSE

Jens Winther Jensen,  
 formand  
 Yves Sales, næstformand  
 Lisbeth B. Lintz Christensen  
 Michael Dall

Jette Dam-Hansen  
 Michael Dupont  
 Poul Jaszczak  
 Klaus Klausen  
 Erik Kristensen  
 Niels Siebuhr

## PRAKTISERENDE LÆGERS ORGANISATION

Michael Dupont, formand

FORENINGEN AF SPECIALLÆGER  
 Erik Kristensen, formand

## YNGRE LÆGER

Lisbeth B. Lintz Christensen, formand

Ad pkt 7.

**LÆGEFORENINGEN**

25. september 2009

## Stramning af tolkebetaling vil være til fare for patienterne

Det er et sundhedsfagligt problem, at regeringen vil fastholde indførelse brugerbetaling for tolkebistand ved lægebesøg. Det skal gælde fra juni 2011 for personer, der har boet i Danmark i over syv år. Det vil give problemer for en patientgruppe, som vi skønner til at være på mellem 10 og 15.000 personer. Selv om regeringen nu bebuder undtagelser for særligt udsatte grupper såsom torturofre, så vil det fortsat give problemer for mange patienter og for den behandlende læge, siger Lægeforeningens næstformand Yves Sales.

- Beslutningen om at indføre brugerbetaling for tolkebistand efter syv år er taget ud fra en opfattelse af, at det er tilstrækkelig tid til at lære det danske sprog perfekt. Men det svarer ikke til virkeligheden, siger Yves Sales. Det er både diskriminerende og farligt, og vi risikerer ikke at få fat på befolkningsgrupper, som har behov for behandling eller råd om forebyggelse.

- Det er helt afgørende i et læge patient forhold, at lægen fuldt ud forstår patientens symptomer, og at patienten forstår lægens anvisninger, ellers risikerer patienten fejlbehandling. Patienten har behov for fortrolighed omkring sygdom. Derfor er det en dårlig løsning at lade slægtninge eller børn overtage tolkeopgaven, siger Yves Sales.

Bestemmelsen om brugerbetaling for tolkebistand blev vedtaget i 2004 til ikrafttræden i 2011. Begrundelsen for bestemmelsen var, at det skulle være et incitament til at lære dansk.

- Jeg kan ikke i min vildeste fantasi forstille mig, at det skulle være et incitament til, at folk skulle lære dansk. Folk kender jo slet ikke den her lov, siger Yves Sales. Det er et forsøg på at føre integrationspolitik gennem sundhedsloven, og det strider mod de grundlæggende bestemmelser om fri og lige adgang, som er indskrevet i sundhedslovens formålsparagraf.

Yderligere: Yves Sales, tlf.: 40 78 38 48