

Det gennemgående problem i det offentlige system og sundhedsvæsenet er, der er alt for mange forskellige enheder og afdelinger. Både medarbejdere og patienter bruger enormt mange ressourcer på at koordinere mellem alle disse forskellige afdelinger. Ofte tager det længere tid at finde ud af, hvem der har ansvaret for en patient, end det tager at løse problemet. Det primære mål med at ændre den sundhedsfaglige struktur bør derfor være at forenkle systemet.

1. Regionerne nedlægges. Alle social- og sundhedsopgaver samles under staten i 1 socialenhed og 1 sundhedsenhed:

Alt dette skal fjernes fra kommunerne og regionerne og lægges ind under staten:

- A) Sundhedsområdet:** Alle hospitaler, hele den primære sundhedssektor, ambulant rehabilitering, indlæggelseskrævende rehabilitering/udskrivningstilbud, genoptræning, fysioterapi, klinikker (speciallægeklinikker, tandlægeklinikker, fysioterapeutiske, kiropraktiske, ernæringsfaglige, fodterapeutiske klinikker osv.), børnetandpleje (overgår til alm. voksentandklinikker på linje med voksne), specialtandpleje, hjemmepleje, akutsygeplejersker, sygeplejeklinikker, diætistbehandling, sygdomshåndteringsforløb, forebyggende indsatser, holdtræning og Kommunikationscenterforløb/-bevilling/-drift,
- B) Socialområdet:** Handicapområdet, hjemløse, kørselsordninger, flextrafik, ældreområdet, plejehjem/bosteder/døgninstitutioner og -drift, beskæftigelsestilbud for mennesker med funktionsnedsættelser, voldsramte, stalkingofre, senfølger efter overgreb, krisecentre og -drift.
- C) Specialundervisning, specialskoler, ordblindeundervisning**
- D) Familiesager:** Aflastning, anbringelse, plejefamilier, forebyggende indsatser.
- E) Misbrugsbehandling, alkoholbehandling**
- F) Syge arbejdsløse, sygedagpenge, syge kontanthjælpsmodtagere, ressourceforløb, fleksjob, skånebehov, beskyttet ansættelse, førtidspension, sygedagpenge, revalidering og lignende.**

Alle disse områder lægges ind under staten i én samlet socialenhed og én samlet sundhedsenhed, da patienter med kroniske sygdomme og ældre mennesker ofte har brug for hjælp fra mange forskellige instanser på én gang. Rent geografisk kan der godt være underenheder af socialenheden, som kan udføre opgaven tæt på borgeren (f.eks. lokale hjemmeplejeenheder), men de skal høre under 1 socialenhed, som finansieres og drives af staten. Denne socialenhed skal lave sundhedsfaglige og ikke juridiske vurderinger af, hvad borgeren har behov for af hjælp. Det skal være en sundhedsfaglig vurdering, om en patient skal have en kørestol eller en kugledyne - ikke en juridisk vurdering foretaget af en sagsbehandler iht. en lovparagraf. Den socialfaglige enhed skal bemandes af læger, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter, tandlæger, diætister, neurooptometriste, socialrådgivere og lign., som kan lave en samlet vurdering af, hvordan patientens socialindsats skal se ud. Der skal være mulighed for at lave et møde med alle disse fagpersoner og patienten i samme lokale, så alle fagpersoner følger samme plan.

Som det er nu, kan 1 enkelt patient kan være tilknyttet op mod 25 forskellige instanser i form af hospitalsafdelinger, speciallæger, behandlere, kommunale afdelinger og lign. En patient kan risikere at skulle sende 30 ansøgninger til en kommune for hver hjælpeforanstaltning, der søges om, og hver gang skal kommunen indhente oplysninger fra alle disse instanser. Kommunernes behov for dokumentation i form af unødvendige speciallægeerklæringer, udtalelser og afsendelse af journalnotater er ressourcekrævende for et i forvejen presset sundhedsvæsen.

Et eksempel: Kommunen modtager en ansøgning om et hjælpemiddel. Så indhenter den sundhedsfaglig dokumentation. Så bruger den eks. 6-12 mdr. på at sagsbehandle ansøgningen. Så indhenter den flere attester fra sundhedsvæsenet. Så giver kommunen afslag. Kommunen siger måske, det er sygehuset, der har ansvaret for at give patienten hjælpemidlet. Så ryger sagen i Ankestyrelsen, som har 1,5 års sagsbehandlingstid. Ankestyrelsen omgør kommunens afgørelse. Kommunen nægter at følge afgørelsen. Så ryger sagen tilbage til Ankestyrelsen. Ankestyrelsen omgør fortsat kommunens afgørelse. Kommunen nægter stadigvæk at følge afgørelsen. Borgeren står stadigvæk uden hjælp.

Det ville være meget lettere, at en læge sagde: "Du har brug for en kørestol, nu udskriver jeg den til dig".

Ved at samle det hele i 1 socialenhed, kan én samlet instans eks. tilkende en patient fleksjob, BPA-ordning, handicapbolig, handicapbil, kørestol, fysioterapi og weekendaflastning af patientens barn på én gang. I det nuværende system er der alt for mange sektorovergange, og der er forskellige tilbud i hver region og kommune. Mange medarbejdere og patienter bruger megen tid på at koordinere mellem alle disse forskellige aktører, da ingen rigtig ved, hvem der har ansvaret for hvad.

Borgere med komplekse lidelser er i forvejen tilknyttet hospitalsafdelinger, og derfor vil det være mest logisk, socialindsatsen også sker gennem sundhedsfaglige og ikke juridiske vurderinger. Ved at samle socialindsatsen under 1 tag undgår man fragmenterede forløb med 25 forskellige aktører, men laver i stedet en helhedsindsats. Hvis man byggede deciderede "socialhuse/sundhedshuse", så alt fra specialtandplejen til hjælpemiddeludleveringen fysisk var samlet under samme tag, og patienten derved fik foretaget mange undersøgelser og vurderinger i løbet af 1 dag, kunne fagpersonerne nå frem til 1 samlet konklusion og plan, som kunne præsenteres for patienten på et samlet møde til sidst.

Visse opgaver kan lægges ud til behandlere tættere på patienten i primærsektoren: Eks. skal raske børn med dette forslag gå hen til en almindelig tandlæge på linje med voksne, eller måske er der en praktiserende fysioterapeut 500 m fra patientens hjem, som kan varetage patientens fysioterapi.

- 2. Alle ydelser under sundhedsvæsenet (tandbehandling, ortodonti/bøjletandlæger, lægebehandling, fysioterapi, kiropraktik, fodbehandling og lign.) skal være gratis for patienten.** Mange sygdomme påvirker flere kropsdele samtidig, og eks. kan en tandbyld give betændelse omkring hjertet. Så ender patienten måske alligevel med at skulle ind på både kæbekirurgisk, infektionsmedicinsk og hjerteafdelingen pga. en lidelse, en tandlæge kunne have udskrevet antibiotika for tidligt i forløbet. Patienter undlader at gå til tandlægen, fordi der er egenbetaling, eller fordi kommunen først skal sagsbehandle ansøgningen om tilskud til tandlægehjælp, hvilket kan tage flere uger eller måneder. Så kan patientens infektion nå at sprede sig, og det kan ende fatalt. Det kan også være patienter, som har gavn af langvarig/vedligeholdende fysioterapi efter en operation, men som undgår det pga. egenbetalingen og derved får et dårligere resultat og bliver plejekrævende.

3. Andre faggrupper skal integreres bedre i sundhedsvæsenet og iværksætte udredningsforløb:

- A)** Ufaglærte og ledige fra Jobcentrene skal kunne tage en kort medhjælperuddannelse af et par ugers varighed og blive ansat i ordinære medhjælperjobs på hospitalerne med almindelig løn.
- B)** Diætister skal bruges langt mere end i dag i det forebyggende arbejde og på hospitaler, speciallægeklinikker og i almen praksis for at forebygge livsstilssygdomme. De skal eks. kunne opstarte ketogen diæt hos en patient med type 2-diabetes eller behandle undervægt hos kronisk syge.
- C)** Flere behandlere skal kunne bestille undersøgelser og henvise til speciallæger og andre behandlere. Det skal ikke kun være hospitalslæger, der kan iværksætte udredningsforløb. Hvis en fysioterapeut, kiropraktor eller lign. eks. mistænker Rygsøjlegigt hos en patient, skal fysioterapeuten/kiropraktoren kunne bestille blodprøver som CRP, Leukocytter, HLA-B27, andre prøver og en MR-scanning. Så kan fysioterapeuten/kiropraktoren samtidig henvise patienten til en reumatolog, som så kan se alle svarene på undersøgelserne med det samme og sætte patienten direkte i behandling. Nu skal fysioterapeuten/kiropraktoren kontakte patientens praktiserende læge. Så skal lægen undersøge patienten fysisk på kontoret for at henvise patienten til en reumatolog. Så er der ventetid. Så kommer patienten til reumatolog. Så skal der tages prøver. Først da kommer patienten til kontrol og svar hos reumatologen, som så kan igangsætte behandling. Ved at give andre aktører ret til at bestille disse prøver, kan man spare 2 lægeaftaler i dette eksempel, så forløbet kortes ned til 1 besøg hos en fysioterapeut/kiropraktor og 1 besøg hos en reumatolog. Den eksisterende ordning, hvor praktiserende læger og kiropraktorer kan henvise patienterne direkte til visse scanninger, bør omfatte alle scanninger, herunder også hjernescanninger, så en patient med mistænkt demenssygdom eller Sclerose kan visiteres til den korrekte afdeling, og hospitalsafdelinger kan tilgå undersøgelsesresultaterne ved første konsultation, så ventetiden på speciallægeundersøgelsen udnyttes bedre, og udredningsforløbet forkortes.
- D)** Faggrupper som bioanalytikere, sygeplejersker og diætister skal uddannes til og oplæres i at bestille blodprøver og mindre undersøgelser. Hvis en hjemmesygeplejerske eks. har mistanke om en infektion, skal hjemmesygeplejersken selvstændigt kunne rekvirere røntgen og blodprøver. Det kunne også være, en diætist gerne ville have tjekket en patients niveau af B12-vitamin og salt i blodet.
- E)** Alle behandlere skal kunne bevilge sundhedsydelser og henvise til andre behandlere (eks. diætistforløb, fysioterapi og andre ydelser), så eks. en neurooptrometrister eller fodterapeut kan henvise patienten til fysioterapi, eller hjemmesygeplejersken kan henvise en underernæret ældre patient til en diætist.
- F)** Såfremt flere opgaver skal lægges ud i almen praksis, skal almentpraktiserende læger have adgang til at bestille alle typer af undersøgelser, herunder specialblodprøver, så de kan monitorere patientens forløb. Almen praksis skal desuden kunne ordinere intravenøs antibiotika og væsketerapi til hjemmebehandling uden om hospitalssystemet.

4. Merituddannelser:

- A)** Den foreslåede korterevarende medhjælperuddannelse for ufaglærte og ledige skal kunne give merit på en efterfølgende sundhedsfaglig uddannelse.
- B)** Laboranter skal kunne læse videre til bioanalytiker via en kort overbygningsuddannelse og få merit.
- C)** Biomedicinere, veterinærmedicinere, biokemikere og molekylærbiologer skal kunne tage en kort overbygningsuddannelse og arbejde i sundhedsvæsenet og få autorisation. En veterinærmediciner er ofte bedre til diagnostik og dygtige til at behandle infektioner, herunder zoonoser.

5. Uddannelse og ansættelse af flere speciallæger og sundhedspersonale:

- A)** Radiografuddannelsen lægges ind under Bioanalytikeruddannelsen, som forlænges til i alt 4 år. Uddannelsen skal give bioanalytikere lov til at bestille visse prøver og undersøgelser selv.
- B)** Der skal AKUT uddannes markant flere læger/sundhedspersonale på følgende områder: Specialsygeplejersker i Anæstesi, patologer, radiologer, internmedicinere, øjenlæger, neurologer med speciale i hovedpine sygdomme og søvnmedicin og specialtandlæger i Ortodonti og Kæbekirurgi. De sidste 10 år har Hovedpinecentre haft 2 års ventetid, kæbekirurgiske afdelinger 2-14 års ventetid og øjenlæger 1-2 års ventetid.
- C)** I 30 år har man skrevet om lægemangel. Nu er der så massiv sygeplejerskemangel. Optaget på alle sundhedsfaglige uddannelser (inkl. Medicin/lægeuddannelsen og specialuddannelser) skal følge befolkningsprognosen +25 % oveni. Det vil sige, antallet af optagne skal sættes op hvert eneste år. Hellere have for mange sundhedsuddannede end for få, da befolkningsprognoserne ofte underestimerer behovet for læger osv., og mange sundhedsansatte ansættes i private virksomheder, i forskningen eller på deltid, hvorfor det er godt at have et overskud ift. prognoserne.
- D)** Flere sundhedsfaglige uddannelser (eks. Sygeplejerskeuddannelsen) skal på listen over uddannelser, der giver ret til 110 % dagpenge under uddannelsen. Nu er det kun SOSU-uddannelsen.
- E)** Bedre ansættelsesmuligheder i kombinationsstillinger, som eks. deler lægers tid 50/50 mellem en speciallægepraksis/almen praksis og en hospitalsafdeling, eller hvor sygeplejersker arbejder 50/50 i et ambulatorium og på et sengeafsnit.
- F)** Færre sygeplejersker skal ansættes i ambulatorier. Færre sygeplejersker skal ansættes som projekt-, udviklings-, kvalitetssikrings- og forskningssygeplejersker. Der er i dag alt for mange ligegyldige stillinger, der hverken skaber værdi for patienterne eller reel ny forskningsviden.
- G)** Bedre muligheder for kronisk syge læger og andre kronisk syge sundhedsansatte, som skal kunne gennemføre speciallægeuddannelser og specialsygeplejerskeuddannelser på deltid i fleksjob.
- H)** Ansættelsesudvalgene vedr. optagelse af ansøgere på speciallægeuddannelser skal tages op til revision. Der kan være ansøgere til en speciallægeuddannelse med ledige pladser, men hvor ansættelsesudvalget blokerer for at ansætte en ansøger. Hvis der er tale om en speciallægeuddannelse, der kun foregår 1-2 steder i landet, kan 2-3 læger i ansættelsesudvalget potentielt stikke en kæp i hjulet for resten af en læges karriere ved aldrig at optage ansøgeren på speciallægeuddannelsen, fordi læger i ansættelsesudvalget har set sig sur på vedkommende. Det er dybt problematisk, kollegaer kan have så stor indflydelse på andre kollegaers uddannelsesforløb og fremtidige karriere.

6. Genoprettelse af lægespecialet "Intern Medicin": Der skal være flere læger med bredere kompetencer, så patienterne ikke sendes rundt mellem 10-100 forskellige speciallæger. Speciallæger i Intern Medicin bør uddannes på højtspecialiserede afdelinger og de tilstødende specialer inkl. neurologiske afdelinger, akutafdelinger og genetiske afdelinger/sjældne sygdomme. Speciallæger i Intern Medicin skal være med til at sikre hospitalernes behov for generalister, da hospitaler ofte ansætter speciallæger i Almen Medicin, som jo helst skulle arbejde i almen praksis.

7. Bredere speciallægeuddannelser på flere forskellige hospitalsafdelinger:

A) Kommende speciallæger skal ud på flere forskellige afdelinger, så de får bredere kompetencer. De praktiserende læger har ikke det nødvendige overblik over systemiske sygdomme med involvering af flere kropsdele samtidig og multisyge patienter. Ofte er de praktiserende læger kun 6 mdr. på en medicinsk afdeling i løbet af speciallægeuddannelsen i Almen Medicin, og så bruger de 6 måneder på en KIRURGISK afdeling. I løbet af kun 6 mdr. på en medicinsk afdeling når de ikke at få de nødvendige kompetencer inden for diagnostik og behandling af diverse (medicinske) sygdomme. Man har desuden samlet en masse sygdomme på meget få højtspecialiserede afdelinger på 3-4 universitetshospitaler, men der er ingen garanti for, eks. speciallæger i Almen Medicin har været ude på disse afdelinger i løbet af deres speciallægeuddannelse. Det estimeres eks., 6-8 % af befolkningen i EU har en sjælden sygdom, men når almentpraktiserende læger ikke har været på eks. højtspecialiserede neurologiske, reumatologiske, endokrinologiske, infektionsmedicinske, genetiske og dermatologiske afdelinger på de 4 universitetshospitaler, hvor man nu har samlet rigtig mange sygdomme, kan de ikke genkende, diagnosticere og behandle disse komplekse, systemiske lidelser.

Man kan eks. bruge 3 år af speciallægeuddannelsen i Almen Medicin på højtspecialiserede og øvrige internmedicinske afdelinger, så almentpraktiserende læger faktisk får de nødvendige, brede kompetencer inden for flere forskellige specialer. Det kan eks. være 18 måneder med del 1 af uddannelsesprogrammet på et universitetshospital: Mandag på en højtspecialiseret neurologisk afdeling, tirsdag på en højtspecialiseret reumatologisk afdeling, onsdag på en højtspecialiseret infektionsmedicinsk afdeling, torsdag på en højtspecialiseret genetisk afd./Center for Sjældne Sygdomme og fredag på en højtspecialiseret dermatologisk afdeling. Del 2 af uddannelsesprogrammet kunne være 18 måneder på en samlet internmedicinsk afdeling. Programmet skal give almentpraktiserende læger en bred uddannelse, så lægerne bliver bedre til at henvise patienterne til det rigtige speciale første gang, og flere patienter følges permanent i almen praksis i stedet for på hospitalet, fordi lægerne får mere træning i at varetage "hospitalssygdomme", systemiske sygdomme og flere kroniske sygdomme hos 1 patient.

- B)** En voksenpsykiater skal være 6 måneder på en neurologisk afdeling i løbet af speciallægeuddannelsen, men det skal en børne- og ungdomspsykiater ikke. Det er dybt problematisk. Der mangler fokus på somatiske sygdomme hos patienter med psykiske sygdomme, eller hvor somatiske sygdomme som eks. NMDA-receptorencephalitis, hjernetumorer, Sclerose, infektioner, PANDAS, mitokondriesygdomme, lavt stofskifte, POTS, systemiske autoimmune sygdomme, Hydrocephalus, vitaminmangel, forgiftninger, hjerneskader og meget andet fejldiagnosticeres som værende psykiske sygdomme (eks. stress, angst, depression, psykoser, somatiseringstilstand, autisme, OCD og lign.) eller såkaldte "funktionelle lidelser", fordi lægerne ikke har det nødvendige overblik over somatiske differentialdiagnoser, selvom mange sygdomme give psykiske symptomer.

Det er simpelthen ikke godt nok, patienter med psykiske sygdomme dør 15-20 år før resten af befolkningen. Man frygter, oversete og fejldiagnosticerede somatiske sygdomme spiller en stor rolle i denne statistik. Alle børne- og ungdomspsykiatere og voksenpsykiatere bør derfor være mindst 2 år på somatiske afdelinger: Eks. på en medicinsk afdeling (9 mdr.), pædiatrisk afdeling (6 mdr.) og en neurologisk afdeling (9 mdr.)

8. Skadestuer/akutklinikker skal hovedsageligt være for skader og traumer, ikke andre sygdomme:

Alternativt bør skadestuer/akutklinikker bemannes af eks. internmedicinere, neurologer og kirurger, da det er ineffektivt, en patient først skal tale med 1 praktiserende læge/vagtlægen/1813 for at blive visiteret til akutklinikken, derefter en sygeplejerske på akutklinikken, derefter en læge på akutklinikken, en sygeplejerske på specialafdelingen, en forvagt på specialafdelingen og så en bagvagt på specialafdelingen. I stedet skal praktiserende læger og vagtlæger/1813 i højere grad kunne henvise patienter med sygdomme uden traumer direkte til en internmedicinsk, neurologisk, kirurgisk eller øvrige afdeling i første hug, så akutklinikken primært bliver for skader og traumer.

- 9. Bedre udredningsforløb og bedre diagnostiske kompetencer**, herunder udvikling af diagnostiske AI-robotter og søgealgoritmer med mønstergenkendelse ud fra symptomer, kliniske fotografier, billeder og scanninger (herunder PubMed, Google, ChatGPT, FindZebra, Kahun Diagnostic Agent, Enola Rare Disease Investigator, Face2Gene, ARTHUR og lign.) Nye studier tyder på, ChatGPT er bedre til diagnostik end menneskelæger.

10. Centrene for Sjældne Sygdomme

- A)** Større kapacitet: Mange patienter med sjældne sygdomme afvises af Centrene for Sjældne Sygdomme og må i stedet være tilknyttet 5-10 forskellige hospitalsafdelinger, hvilket koster mange ressourcer.
- B)** Centrene skal både være for børn og voksne.
- C)** Centrene for Sjældne Sygdomme skal ikke kun være for genetiske sygdomme, men for alle typer af sjældne og udiagnosticerede sjældne sygdomme.
- D)** Hver eneste hospitalsafdeling skal have 2 sjældne-ansvarlige læger, som Centrene for Sjældne Sygdomme kan uddelegere opgaver til.

11. Oprettelse af et europæisk center for udiagnosticerede og sjældne sygdomme: Patienter med alle typer af udiagnosticerede eller sjældne sygdomme mangler ofte et sted at henvende sig i sundhedsvæsenet pga. de organspecifikke afdelinger. De skal fortsat kunne henvises til andre afdelinger i udlandet. Desuden skal der oprettes 1 fælles europæisk center for udiagnosticerede og sjældne sygdomme, hvor alle EU-patienter kan sendes hen og få gratis diagnosticering og behandling, hvis lægerne i deres eget land ikke kan stille en korrekt diagnose eller varetage opfølgningen/behandlingen. Centret skal være for alle typer af sjældne sygdomme, ikke kun genetiske. Mange patienter med sjældne eller udiagnosticerede sygdomme bliver desuden afvist af speciallæger og højtspecialiserede hospitalsafdelinger, så derfor skal alle faggrupper og sundhedsprofessionelle i Europa (også eks. tandlæger, kiropraktorer og fysioterapeuter) kunne henvise til dette center, også fordi andre faggrupper tit ser patienterne oftere i behandlingsforløbet end læger. Som det er i dag, er der flere end 10.000 danske patienter, der bliver overladt til sig selv derhjemme uden hjælp fra systemet, fordi ingen kan finde ud af, hvad de fejler, eller fordi deres sygdom er sjælden eller ikke anerkendes i Danmark. Pga. den manglende diagnose bliver de "glemt af systemet" og kan de ikke få medicinsk hjælp, hjælpemidler eller hjælp fra kommunen eller afklaring af deres arbejdsevne på Jobcentret.

Sågar er der børn, der tvangsfjernes ulovligt, fordi forældrene bliver beskyldt for at have Münchhausen by Proxy og gøre deres børn syge, fordi lægerne ikke kan finde ud af, hvad barnet fejler, eller lægerne i Danmark ikke anerkender den sjældne diagnose, der er stillet i udlandet (tvangsfjernelserne har bl.a. omhandlet børn med Ehlers-Danlos Syndrom, ME, POTS, Craniocervical Instability, blødersygdomme, Median Arcuate Ligament Syndrome og mitokondriesygdomme).

Udiagnosticerede eller sjældne patienter skal samles op af et europæisk center for udiagnosticerede og sjældne sygdomme – uanset om de eks. har en sjælden autoimmun sygdom, infektion, kræftsygdom, forgiftning eller genetisk sygdom. Det kan ikke passe, flere end 10.000 danske patienter med sjældne sygdomme og udiagnosticerede patienter skal stå helt uden sundhedsfaglig hjælp.

12. Tværfaglige hospitalsafdelinger/Diagnostisk Center på alle hospitaler og Diagnostisk Rejsehold

- A)** Det skal være muligt at få tværfaglig udredning og et livsvarigt behandlingsforløb på 1 afdeling, hvor eks. speciallæger inden for neurologi, geriatri, reumatologi, infektionsmedicin, immunologi, nefrologi, dermatologi, gastroenterologi, radiologi, patologi og lign. er samlet på 1 afdeling og har fast ansættelse dér. Det er vigtigt, de diagnostiske specialer også indgår i planlægningen af udredningsprogrammet og også vurderer patienten klinisk. 3-20 læger skal sidde rundt om samme bord og lave en samlet udrednings- og behandlingsplan sammen med patienten. Alle disse læger (også patologer og radiologer) skal medvirke ved konsultationen sammen med patienten, da patientjournaler og konferencer uden patienten aldrig giver et fyldestgørende billede af patientens kliniske situation. Afdelingen skal som sagt også kunne varetage livsvarige opfølgninger, så patienten kan "høre til" der permanent, uanset om der er stillet en diagnose eller ej.
- B)** Ret til at få en patientkoordinator fra denne tværfaglige afdeling, Centrene for Sjældne Sygdomme, eller hvis man er tilknyttet 3 eller flere afdelinger samtidig.
- C)** Der skal være diagnostiske rejsehold med specialister i diagnostik, som kan rekvireres af sundhedspersonale, om som kan hjælpe både akut og kronisk syge patienter.

- D)** Det skal også være muligt at få en “second opinion” fra et uafhængigt panel, hvis ens forløb er gået i hårknode, eller man ikke bliver taget alvorligt af læger. I England har man oprettet en regel kaldet “Martha’s Rule”, hvor patienten har ret til at bede et eksternt, uafhængigt team om at få lavet et “klinisk review” af sin case. Det tilsvarende er det nye “peer review” i Politiet, hvis en drabsefterforskning er gået i hårknode, og man så beder eksterne kollegaer om hjælp, så de kan kigge på sagen med friske øjne. Patienterne skal kunne bede både danske og udenlandske læger om hjælp under denne “klinisk review”-ordning. Helt konkret kan man lave en hjemmeside, hvor patienter kan indsende en ansøgning. Derudover skal der være en døgnbemandet telefonhotline, som patienter kan ringe til i akutte tilfælde. Dette kunne have været relevant i sagerne om Meningitis, der var for nogle år siden, hvor familierne til de nu afdøde patienter mistænkte, der kunne være tale om Meningitis, men hvor deres bekymringer blev ignoreret. De kunne have gjort brug af denne hjælpehotline, som kunne have lavet enten en videokonsultation eller fysisk vurdering af patienterne.
- E)** Det skal være lettere at blive henvist til udlandet, hvilket læger på alle hospitaler skal kunne gøre, så patienterne ikke skal følges/vurderes på en højtspecialiseret afdeling forinden. Det er ressourcekrævende for højtspecialiserede afdelinger, som ikke kan hjælpe alligevel og afviser henvisningen.

13. Reelt frit sygehusvalg og ret til at få en second opinion: I dag afviser hospitalerne ofte patienter fra en anden region. Hvis patienten har en kompliceret eller sjælden sygdom, som kun kan behandles 1 sted i regionen på en højtspecialiseret afdeling, kan få læger i et henvisningsvisitationsudvalg nægte patienten at blive undersøgt for en given sygdom, fordi der kun er den ene afdeling, der varetager behandling og udredning af den pågældende sygdom. Så kan patienten ikke bare gå hen til en anden afdeling, hvilket også er et kæmpe problem for de praktiserende læger, fordi henvisninger til højtspecialiserede afdelinger afvises, og der kun er den ene højtspecialiserede afdeling i regionen. Hvis en anden højtspecialiseret afdeling i en anden region så heller ikke ønsker at tage patienten ind, fordi patienten bor i en anden region, står patienten uden lægehjælp resten af livet.

14. Tværfaglige lægesamtaler og –konferencer sammen med patienten pr. videoopkald, så flere specialister kan sidde på hver sit hospital og deltage i konsultationen og konferencen. Almen praksis, andre i primærsektoren og socialenheden skal også kunne deltage i videokonferencerne.

15. Reel udrednings- og behandlingsgaranti

- A)** Hospitalerne tolker udredningsgarantien således, at de skal indkalde patienten til den indledende lægesamtale/radiologiske undersøgelse inden for 30 dage. Så skal der tages blodprøver, bestilles scanninger, ny tid til svar, nye undersøgelser, videre til en anden afdeling osv., og så er der gået flere måneder eller år - sågar årtier, førend patienten har fået en korrekt diagnose. Udredningsgarantien tager således ikke højde for ventetiden på alle undersøgelserne, og derfor er den ubrugelig i praksis. Der bør være én udredningsgaranti for, hvornår patienten skal indkaldes til den indledende undersøgelse, og så bør den anden udredningsgaranti dække hele forløbet med et krav om, hvor lang tid det samlede forløb med samtale, blodprøvesvar, scanningssvar etc. må tage.
- B)** Primærsektoren er ikke omfattet af udredningsgarantien, så der eks. kan være 1 års ventetid på at komme til hos en praktiserende øjenlæge, hvor patienten kan nå at miste synet i ventetiden. Hvis flere opgaver skal lægges ud til primærsektoren, skal denne omfattes af udredningsgarantien.

16. Mobil behandling og diagnostik:

- A)** Brug af mobile laboratorier (blodprøvebusser, der kan tage blodprøver) og mobile “skadestuer”/ behandlerbusser som ifm. julefrokosterne på Rådhuspladsen i København, som kan klare mindre skader og kan sendes ud af eks. lægevagten og praktiserende læger. Opgaver for bilens personale kunne være lægekonsultation med akutlæge i bilen, syning af mindre sår, mobil CT-scanning inde i behandlerbussen med overførsel af CT-billeder til hospital, blodprøvetagning og blodprøveanalyse, bakteriedyrkninger, blodmikroskopi, antibiotikainfusion og lign. Man skal kunne holde video-konferencer i bilen, så andre relevante speciallæger kan se patienten gennem en skærm i bilen.
- B)** Speciallæger og behandlere fra hospitalerne skal kunne køre ud til patienterne eller til sundhedshuse eller praktiserende læger i en “behandlerbus” for at foretage ambulante hospitalskontroller tættere på borgeren. Mange sygdomme og kontroller på hospitalerne kræver ikke meget mere end en stol og en undersøgelsesbriks, og disse ville godt kunne komme ind i en “behandlerbus”. Man kunne f.eks. have en neurolog, reumatolog, gastroenterolog, urolog, kardiolog og lign., som hver kom ud i almen praksis eller i et sundhedshus en dag om ugen.
- C)** Mobil behandling af overvægt og livsstilssygdomme: Klinikker bemandet af diætister og relevante speciallæger.
- D)** Mobile screeningsbusser, f.eks. mammografi
- E)** Stroke-ambulancer med CT-scanner (så patienten eks. køres direkte hen til en højtspecialiseret neurokirurgisk afdeling første gang og ikke skal overflyttes fra et andet hospital), og den modtagende hospitalsafdeling kan se scanningen direkte i systemet og ikke skal scanne patienten igen.
- F)** CT-scanner i akutlægehelikopterne, hvor den modtagende hospitalsafdeling kan se scanningen direkte i systemet og ikke skal scanne patienten igen.
- G)** Videoskærme i ambulancer og akuthelikoptere, så patienter kan vurderes pr. video af hospitalslæger.
- H)** Ultralyd og røntgen i almen praksis (det har kiropaktor- og speciallægeklinikker ofte) med mulighed for at konferere med vagthavende radiolog, som skal kunne se billederne direkte i systemet.
- I)** Flere sundhedsdroner, så hospitaler også kan flyve medicinsk udstyr til klinikker og patienter i yderområderne.

17. Udvidelse af screeningsprogrammerne:

- A)** Screening af hele befolkningen før Søvnapnø med ambulant måling eks. hvert 10. år for at forebygge hjerte-/karsygdomme, blodpropper, hjernesygdomme og trafikuheld.
- B)** EKG-screeninger
- C)** Screening for Cøliaki (eks. ved børneundersøgelserne). Forårsager ofte Osteoporose og spontane aborter.
- D)** Screening af voksne for stofskiftesygdomme.
- E)** Spørgeskemaer til kvinder for symptomer på Endometriose og PCOS.
- F)** Screening af overvægtige for PCOS, lavt stofskifte, Cushing's, Søvnapnø, Diabetes og lign.
- G)** Helgenomsekventering (WGS) af alle nyfødte, da det i gennemsnit tager 6-9 år og 7 forskellige læger at diagnosticere sjældne sygdomme. En gennemsnitlig hospitalsindlæggelse koster ca. 25.000 kr. og en ambulant udredning måske 10.000-20.000 kr. i gennemsnit. Helgenomsekventering (WGS) koster nu kun ca. 5.000 kr. pr. patient. Eks. kan arvelige kræftsygdomme fanges vha. regelmæssige screeninger pga. et kendt tumorgen. Det kan også være en af de 200-300 immundefekter, der findes, så man kan give forebyggende behandling. Desuden screener man nu for så mange individuelle sygdomme via hælblodprøven, at det nu vil give mest mening at teste alle gener på én gang for at kunne fange langt flere sygdomme og komplikationer, der kan behandles i tide. Forskningsmæssigt vil det også give uvurderlig viden om, hvilke gener der kan forårsage bestemte sygdomme (eks. Alzheimers eller autoimmune sygdomme).

18. Ensretning af IT-systemer. Systemet skal være ens for alle autoriserede sundhedsfaglige behandlere i hele landet.

- A)** Radiologiske billeder skal være tilgængelige for alle behandlere (både på hospitaler og i primærsektoren) og patienten selv. På den måde skal behandlere ikke rekvirere billeder på ny.
- B)** Alle testsresultater skal foreligge i samme system: Biokemi, Patobank, radiologi inkl. billeder, søvnundersøgelser, høreprøver, synsdata, immunologiske specialundersøgelser, bakteriedyrkninger, genetiske resultater, EKG-optagelser, bakteriedyrkninger og tests/målinger fra almen praksis og speciallægeklinikker.
- C)** Patienten skal kunne se en oversigt over alle sine aftaler. Det skal både gælde hospitalsaftaler, men også speciallægeklinikker, tandlægeklinikker, fysioterapeutiske klinikker, hjemmepleje og lign.
- D)** Patienten skal kunne skrive til hospitalsafdelinger og andre behandlere.
- E)** Patienten skal kunne booke blodprøvetider og tider til eks. mobile røntgen- og screeningsundersøgelser.

19. Forskning i ulighed i sundhed og en plan for at gøre op med denne:

- A)** Et studie fra Københavns Universitet påviste, at kvinder i snit diagnosticeres 4 år senere end mænd. Op mod 50 % af alle kvinder beretter, lægerne ikke tager dem alvorligt. Det er rigtig dyrt for den enkelte patient og for samfundet som helhed, fordi patienterne ikke får behandling i tide og dermed sygemeldes længere tid eller mister arbejdsevne.
- B)** Patienter med psykiske sygdomme dør i snit 15-20 år før alle andre. Den psykiske sygdom får ofte skylden for somatiske symptomer: "Det er nok pga. din angst, du har hjertebanken", når der eks. er tale om POTS eller stofskiftelidelser. Ofte bliver patienter med somatiske sygdomme også fejldiagnosticeret som værende psykisk syge.
- C)** Patienter, der får diagnosticeret en såkaldt "Funktionel Lidelse", får lukket døren til al udredning, fordi det fremgår af deres journal, de har en såkaldt "Funktionel Lidelse". Det er dybt problematisk for deres retssikkerhed. Danmark har oprettet særskilte diagnosekoder for disse såkaldte "Funktionelle Lidelser", som ikke eksisterer i udlandet. Man frygter derfor, patienter med uklare eller "besværlige" sygdomme fejldiagnosticeres med disse diagnoser, hvis de har symptomer fra mere end 1 organsystem.
- D)** Pakkeforløb i psykiatrien med krav om somatiske undersøgelser med blodprøver ved visse psykiske sygdomme – et eksempel kunne være ved symptomer på en psykose, hvor det kunne være relevant at mistænke sygdomme som NMDA-receptorencefalitis, PANDAS, infektioner, hjernetumor eller lign. Her kunne man lave en diagnostisk pakke med eks. en MR- eller PET-scanning af hjernen, blodprøvepakker for infektioner og antistoffer, encefalitisblodprøver osv.

20. Ret til at få fjernet forkerte diagnoser eller forkerte oplysninger hos alle autoriserede behandlere:

Dette skal gælde alt fra hospitalslæger til praktiserende læger, psykologer og fysioterapeuter.

21. Patienterstatningen og Retslægerådet

- A)** Man skal have mulighed for at søge Patienterstatning, selvom udrednings-/behandlingsforløbet har taget mere end 10 år, eller læger først har opdaget skaden senere, eller medicin-/behandlingsbivirkninger først opdages videnskabeligt mange år senere, så skaden ikke forældes. Både 3-årsfristen og 10-årsfristen vedr. Patienterstatning skal afskaffes. Patienten skal ikke bøde for, at lægerne har været mere end 10 år om at stille en korrekt diagnose.
- B)** Den lovpligtige "patientandel" på ca. 8.500 kr., patienten selv skal betale af sin Patienterstatning, skal afskaffes. Patienten skal ikke straffes økonomisk, når sundhedsvæsenet begår fejl.
- C)** Patientens alder eller andre personlige forhold må ikke nedsætte den samlede patienterstatning, herunder præeksisterende sygdomme.
- D)** Minimumsméngraden og kravet om økonomisk tab som følge af skaden for at kunne få Patienterstatning skal fjernes.

- E)** Den lovpligtige patientansvarsforsikring på behandlingssteder afskaffes, da alle behandlingssteder alligevel lægges ind under staten, og Patienterstatningen og dermed erstatningsudbetalingen skal finansieres af staten.
 - F)** Krav om ophængning af klagevejledning, vejledning til ansøgning om Patienterstatning og brug af patientvejledere hos alle autoriserede behandlere.
 - G)** Udenlandske speciallæger skal kunne fungere som konsulenter for alle danske myndigheder, herunder Retten, Patienterstatningen, Ankenævnet for Patienterstatningen, Det Psykiatriske Ankenævn og Sundhedsvæsenets Disciplinærnævn i tvivlstilfælde, hvor danske lægers behandling og diagnostik kan adskille sig fra den i udlandet, hvor der er tale om sjældne sygdomme, eller hvor der sås tvivl om Rettens/Retslægerådets, Patienterstatningens, Ankenævnet for Patienterstatningens, Det Psykiatriske Ankenævns eller Sundhedsvæsenets Disciplinærnævns vurdering, så der skal nye øjne på sagen. Patienter skal også kunne bede om at få en ekstern uvildig vurdering. I samtlige klageinstanser på sundhedsområdet og i retssager skal det være muligt at inddrage udenlandske eksperter. Patienten selv skal have lov at vælge mindst 33% af specialisterne, der endeligt skal afgøre patientens sag.
-