

DAGSORDEN:

Fjerde møde i Sundhedssektorens Prioriteringsråd: Hvordan sikrer vi behandling af rette omfang til gavn for patienterne?

Onsdag den 13. september kl. 9.00–12.30 – Lægeforeningen, Kristianiagade 12, 2100 Kbh. Ø

1. **Velkomst og præsentation af dagens program** v. formand for rådet, Camilla Rathcke, Lægeforeningen
2. **Drøftelse af temaet:** Hvordan sikrer vi behandling af rette omfang til gavn for patienterne?
Under drøftelse af temaet vil der være to temaoplæg ved medlemmer af Sundhedssektorens Prioriteringsråd

Temaoplæg v. Michael Dall, Behandlingsrådet og Jørgen Schøler Christensen, Medicinrådet

Temaoplæg v. Rikke Hamstedt, Ældre Sagen

3. **Rådet arbejder med temaet:** Hvordan sikrer vi behandling af rette omfang til gavn for patienterne?
4. **Den videre proces og afrapportering fra rådet**
5. **Afrunding og tak for i dag:** Rådets kommunikation og den videre proces

TEMAINTRODUKTION

Behandling af rette omfang til gavn for patienterne

I kommissoriet for Sundhedssektorens Prioriteringsråd fremgår, at Rådet ønsker at drøfte, hvordan der kan frigives ressourcer i sundhedsvæsenet ved at identificere og undgå behandling¹, der ikke gavner patienterne i tilstrækkeligt omfang.

Rådets drøftelser skal omfatte behandling med særligt fokus på patienter med flere kroniske sygdomme eller høj alder samt livets afslutning, hvad enten den er betinget af uhelbredelig sygdom eller alder. Patientgrupper som udgør en relativ stor del af sundhedsvæsenets ressourcetræk. Desuden fremhæves lovgivning og styringsmekanismers indvirken på risikoen for "unødvendig" behandling som et fokusområde.

Tema: Hvordan sikres behandling af rette omfang til gavn for patienterne?

OECD vurderer, at 20 procent af aktiviteterne i de vestlige landes sundhedsvæsener er overflødige eller direkte skadelige for patienterne². I så fald har en femtedel af sundhedsvæsenets tilbud ikke værdi for patienterne. Det skal dog bemærkes, at OECD's vurdering ikke direkte kan overføres til de enkelte lande, jf. eksempelvis flere af OECD's forslag allerede er taget i brug i Danmark.

Det synes paradoksalt sammenholdt med, at sundhedspersonalet generelt går på arbejde for at skabe værdi for patienten og hvor målet for det kliniske møde med patienten er at træffe fælles fagligt funderede rationelle beslutninger i forhold til den enkelte patients konkrete behandlingssituation og behandlingsforløb. Men det er også udtryk for, at der er mange forskellige faktorer, der har indflydelse på denne beslutningstagning og som ifølge OECD fører til behandling uden værdi for patienten.

¹ Ved behandling forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient. Behandling bruges som sådan som samlebetegnelse for en bred vifte af sundhedsvæsenets ydelser set i et samlet patientforløb.

² OECD: Tackling wasteful spending on Health, 2017, [Link](#)

Ved at kunne identificere og gerne helt undgå unødvendig behandling og ved at sætte fokus på faktorer, som fører til unødvendig behandling, er der potentiale til en ikke uvæsentlig reduktion i sundhedsvæsenets aktiviteter. En reduktion, som måske ikke 1:1 kan overføres direkte til personalesiden, men som uden tvivl vil kunne medvirke til både at aflaste sundhedspersonalet og resultere i bedre patientforløb. Og på nogle områder kan føre til en egentlig nedgang i aktiviteter som f.eks. brug af røntgen, scanninger, ambulante kontrolbesøg m.m.

Drøftelserne sker med følgende formål:

- Bidrage til at frigive arbejdskraft i sundhedsvæsenet
- Understøtte en bedre opgaveløsning i sundhedsvæsenet
- Medvirke til at reducere behovet for behandling
- Bidrage til at ressourcerne bliver brugt på de patienter, der har størst behov

Vedlagt er diskussionsoplæg og tilhørende bilag, der uddyber og rammesætter temaet.*

DISKUSSIONSOPLÆG

Behandling af rette omfang til gavn for patienterne

Spørgsmål

1. Hvordan kan der frigives ressourcer i sundhedsvæsenet ved at identificere og gerne helt undgå behandling, der ikke gavner patienterne i tilstrækkeligt omfang?
2. Hvilke faktorer kan føre til unødvendig behandling? Kan de ændres og i givet fald hvordan?
Hvilken indvirken har den nuværende individuelle adgang til sundhedsydelse, styring af sundhedsvæsenet og den nuværende nationale sundhedslovgivning på risikoen for unødvendig behandling i sundhedsvæsenet?
3. Kan livets afslutning håndteres på en måde, der giver større eller samme livskvalitet og mindsker opgavepresset?
4. Hvordan kan det gøres politisk gangbart at fjerne et behandlingstilbud eller en patientrettighed, som ellers potentielt vil føre til unødvendig behandling eller hvor tilbuddet kun har lav værdi?

De 4 spørgsmål uddybes i de følgende afsnit.

Ad spørgsmål 1) Behandling der ikke gavner patienterne i tilstrækkeligt omfang

Behandling af rette omfang

Det er en klassisk lægefaglig tilgang til igangsættelse af behandling, at de forventede positive effekter ved behandlingen skal være større end de forventede negative bivirkninger. Vurderingen heraf skal bygge på den bedst mulige viden/evidens sammenholdt med kendskabet til den enkelte patient og patientens sygdomsbillede. Beslutning om igangsættelse sker i samråd med patienten, der er informeret om muligheder, de mulige bivirkninger og sikkerheden i øvrigt ved behandlingen, jf. den tilgængelige viden.

“Behandling af rette omfang” vil være, når patienten oplever de positive effekter af behandlingen som større end de negative effekter. Behandling af rette omfang udgør ikke

en absolut værdi, men må ses i et kontinuum, jf. de usikkerheder, der vil være tilknyttet behandlingen.

Ifølge OECD kan 80 procent af sundhedsvæsenets aktiviteter placeres på denne positive skala, mens 20 procent som nævnt i temaintroduktionen vurderes som overflødige eller skadelige for patienterne. OECD fremhæver her bl.a. scanninger for nedre rygsmerter, antibiotikabehandling af øvre luftvejsinfektioner, præoperative tests i forhold til lav-risiko patienter (elektrokardiografi, stress elektrokardiografi, brystradiografi), antipsykotika til ældre patienter, kunstig ernæring af patienter med fremskreden demens eller cancer, placering/indsættelse af urinkateter, dannelse af hjertebilleder for "lav-risiko patienter" som eksempler på behandlinger, som er eller kan være unødvendige.

Det skal dog tilføjes, at nogle af de nævnte behandlinger ikke (længere) gennemføres i Danmark og OECD henviser flere gange til det danske sundhedsvæsen, som et de bedste til at undgå disse behandlinger. Derfor er de 20 procent et absolut max. tal for det danske sundhedsvæsen og med ret stor sikkerhed mindre.

Overdiagnostik, overbehandling, unødvendig behandling m.fl.

Rettes fokus på den del af behandlingen, som bør undgås, så karakteriseres de bl.a. som overdiagnostik, overbehandling, uhensigtsmæssig behandling, unødvendig behandling mv.

Med de forskellige betegnelser findes flere forskellige definitioner fx

- Overdiagnostik – i form af opsporing og fund af afvigelser, abnormiteter, risikofaktorer, patologiske forandringer, som aldrig i sig selv vil give personen symptomer eller vil medføre sygelighed eller vil være årsag til personens død³. Opleves også som den ekstra undersøgelse 'for en sikkerheds skyld'.
- Overbehandling – hvis den bedst tænkelige evidens viser, at en behandling ikke har nogen positiv effekt på patientens prognose, eller hvis den bedst tilgængelige evidens viser, at behandlingen gør mere skade end gavn, så forekommer der overbehandling⁴.
- Unødvendig behandling – udredning og behandling, der ikke forbedrer outcome. Måske er skadelig for patienten og som tager tid og skaber ekstra udgifter⁵.

³ "Snart er vi alle patienter", Jønsson og Brodersen 2022

⁴ "Snart er vi alle patienter", Jønsson og Brodersen 2022

⁵ "Unnecessary Care in Canada", Canadian Institute for health Information, CIHI, 2017

Såvel overbehandling som unødvendig behandling kan opleves som behandling, der igangsættes uden lægefagligt belæg, men undertiden ud fra andre hensyn.

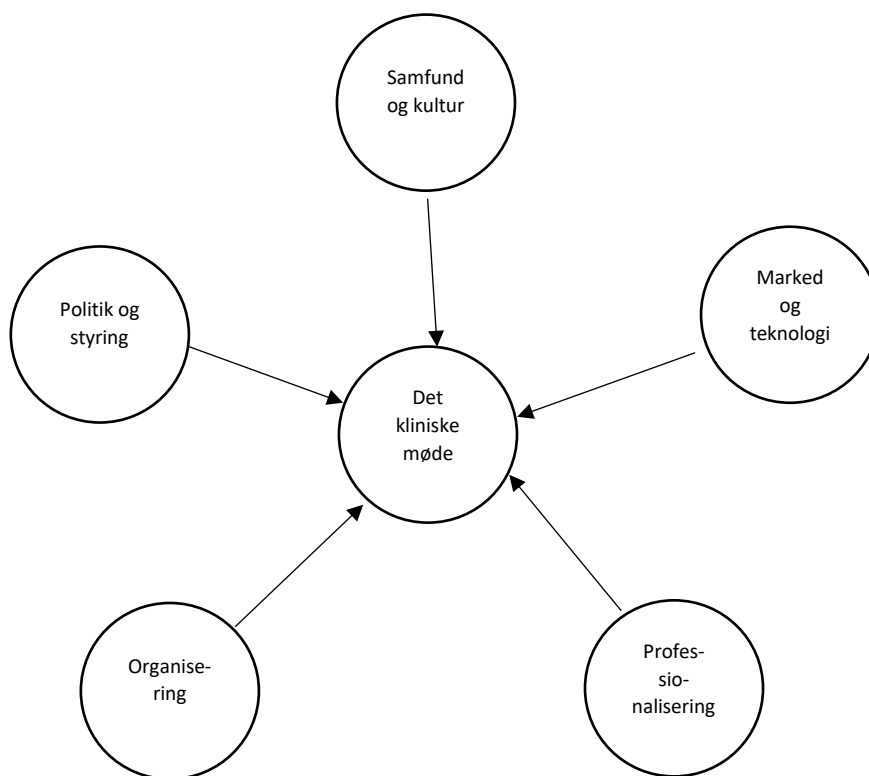
Til disse definitioner kan tilføjes en mere smal praktisk orienteret definition:

- Unødvendig behandling – en behandling patienten vil have sagt nej til, hvis der var blevet spurgt⁶!

Definitionerne peger på, at den først beskrevne idealmodel for det kliniske møde med patienten i mange tilfælde er under pres af mange (måske irrelevante) udefrakommende faktorer og forventninger, som kan få/får indflydelse på beslutning om behandling/ikke behandling eller stop for behandling. Det gælder både kliniker og patient. Og sidstnævnte definition peger direkte på, at kliniker og patient taler forbi hinanden ved mødet, når (og hvis) det finder sted.

⁶ Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Klar til samtalen, [Link](#)

Ad spørgsmål 2 Hvilke faktorer kan føre til unødvendig behandling?⁷



Figuren viser en række mere overordnede faktorer, som hver for sig og samlet set har betydning for det kliniske møde og dermed også indflydelse på kliniker og patient.

I det følgende gennemgås kort nogle af de mulige faktorer, som kan føre til unødvendige behandlinger (ikke udtømmende gennemgang).

Samfund og kultur

Befolkningens stigende fokus på egen sundhed kombineret med udviklingen af mange nye behandlingsmuligheder kan bidrage til øget efterspørgsel på undersøgelser og behandlinger og give borgeren en forventning om at alt kan behandles med positivt resultat. Ikke mindst hvis sygdom opdages i tide.

Mediernes store fokus på sundhedsområdet både de gode historier om de nye behandlingsmuligheder, men også en mulig frygt for dårlig omtale i medierne kan presse sundhedspersonalet til at "gøre noget" frem for "ikke at gøre noget".

⁷ I de følgende afsnit bruges "unødvendig behandling" som samlebetegnelse overbehandling, overdiagnostik m.m. Dette afsnit er inspireret af VIVE 2023. "Uhensigtsmæssig dokumentation og behandling – Analyse af begreber, drivkræfter og mulige indsatsområder.

De ressourcestærke og "raskes" forbrug af sundhedsydelser er stigende f.eks. generelle helbredstjek, der kan føre til yderligere (unødvendige) undersøgelser mv. Brug af wereables som smartwatches, fitnessarmbånd m.m., der løbende måler blodtryk, puls, hjerterytme, stressniveau kan medvirke til tidlig opsporing af sygdom, men fører også til unødvendige henvendelser, hvor sundhedsvæsenet bliver bedt om at tolke på "naturlige" uregelmæssigheder.

Jeg oplever i dag, at mange har mentaliteten, at man ikke er rask, før man har fået konstateret, at man ikke fejler noget. Før i tiden var man rask, indtil man fik konstateret, at man fejlede noget. Og her gælder forkølelse altså ikke. Jeg tror, at dét, at vi er blevet så dygtige til at helbrede folk, betyder, at borgernes forventninger til, hvad vi kan kræve af sundhedsvæsenet, er med til at presse det. Kombineret med, at vi har fået en perfektionskultur og nultolerance, når det gælder vores sundhed og helbred, er resultatet, at vi lægger et unødigt pres på vores sundhedsvæsen, som tager ressourcerne fra de personer, som virkelig har brug for dem.

Sundhedsordfører Louise Brown, LA, kronik i JP den 6. juli 2023

Marked og teknologi

Som allerede nævnt ovenfor bidrager udviklingen af nye behandlingsmuligheder til øget efterspørgsel på undersøgelser og behandlinger. Som f.eks. lanceringen af Wegovy som nyt (effektivt) lægemiddel mod overvægt og svær overvægt, der har skabt stor efterspørgsel og øget aktivitet ved de alment praktiserende læger, hvor patienter (og også raske borgere) ønsker at få ordineret lægemidlet. Der skal her ikke konkluderes, om der er tale om unødvendige behandlinger eller om behandlingen fører til øget livskvalitet og som måske også på sigt kan spare sundhedsvæsenet for andre ydelser. Men eksemplet understreger relevansen af et Medicintilskudsnævn og Medicinråd til at vurdere et lægemiddels effekt og pris i forhold til eksisterende lægemidler på markedet.

Tilsvarende gælder Behandlingsrådets virke i forhold til vurdering af medicinsk udstyr. Her fører eksempelvis den hastige udvikling af bl.a. billeddiagnostik og andre screeningsteknologier i sig selv til mange (utilsigtede) fund ved patienter, som så igen

udløser et pres for også at skulle gøre noget ved de nye fund – uanset patientens symptomer. En tilsvarende udvikling er til stede ved borgernes øgede brug af (valide?) selvtests.

De teknisk bedre diagnosticeringsmuligheder både i forhold til tilsigtede og utilsigtede fund betyder bedre mulighed for behandling af de fund som vil udvikle sig til sygdom. Men samtidig vil der være fund, som ikke fører til symptomer og sygdom. Dermed vil den faglige balance, i forhold til hvad lægerne skal se og hvad lægerne skal vælge at overse, ændres. Hvornår skal fund på billeder sendes videre til f.eks. onkologisk vurdering? Hvornår skal patienter sendes videre til yderligere diagnostik? Eller formuleret som et mere generelt spørgsmål: Hvor fintmasket skal nettet være i forhold til de ressourcer, som vi ønsker at bruge på fund, som måske kan føre til egentlig sygdom? Hvad skal niveauet være og hvad vil være acceptabelt for samfund og befolkning. Og vil det også blive accepteret, når et fund der ikke bliver reageret på i første omgang, så alligevel udvikler sig til f.eks. en kræftsygdom?

Politik og styring

I et offentligt styret og drevet sundhedsvæsen vil lovgivning, politiske aftaler, myndighedsbeslutninger og anbefalinger, tilsyns- og klagesystem pr. definition have betydning for indretningen af vores sundhedsvæsen og dermed indflydelse på mulighederne for behandling og tilhørende risiko for unødvendig behandling.

Hertil kommer rækken af opståede enkeltsager, hvor politikere går ind i sagen og giver mere generelle garantier. Seneste eksempler er Fields-sagen samt brud på ventetidsgarantierne til kræftbehandling på Århus Universitetshospital forår 2023. De opfølgende nationale politiske beslutninger er i disse tilfælde sat ind i et større udviklingsperspektiv i henholdsvis 10-års planen for psykiatri samt ny kræftplan V, hvilket dog ikke altid er tilfældet. Generelt kan det være vanskeligt at fjerne politisk indførte aktiviteter, selvom evidensgrundlaget kan være svagt.

Se også bilag A, Sundhedsmarkedet kan ikke blive reguleret af borgeren/patienten

Lovbestemte ydelser er i vækst

En lang række af sundhedsvæsenets tilbud og rammer er bestemt på nationalt niveau, og det udmønter sig til konkret styring og adfærd i sundhedsvæsenet, som genererer en lang række aktiviteter, der ikke kun foranlediges af, at patienter efterspørger behandling på baggrund af symptomer. I tabel 1 ses det, hvordan der løbende er indført lovgivning og retningslinjer, der er med til at øge aktiviteten i sundhedsvæsenet.

Spørgsmålet er, hvilken betydning den nuværende styring og nationale lovgivning på sundhedsområdet har på risikoen for unødvendig behandling eller behandling på et for specialiseret niveau, og hvordan vi kan undgå systematisk/strukturel overbehandling, så det sikres, at patienterne/borgerne får tilbud af rette omfang.

Sundhedsvæsenets tilbud, hvad enten i praksissektoren, kommunalt eller regionalt regi, er rammesat i sundhedsloven. Det drejer sig f.eks. om patientrettigheder som ret til hurtig udredning og behandling, maksimale ventetider indenfor kræftområdet og visse hjertesygdomme, frit sygehusvalg og det udvidede frie sygehusvalg, genoptræning mv.

Det er også rammesat, der skal gives graviditetsundersøgelser, fødselsophold, sundhedspleje, børneundersøgelser, helbredsundersøgelser, screeningsprogrammer etc. Mange af disse ydelser handler om at opdage en tilstand med henblik på at kunne behandle tidligt eller undgå at tilstanden skaber kompliceret lidelse/sygdom for borgeren senere hen.

Derfor vil mange af disse ydelser ikke føre fund med sig, mens de fund, der findes både kan være betydelige og ubetydelige, men begge typer bliver udredt og evt. behandlet. Omfanget af disse automatiserede ydelser er derfor relevante, når det skal drøftes, om vi pt. har det rette ydelsesniveau sammenholdt med l at undgå overbehandling og sikre den rette brug af ressourcerne og arbejdskraften i sundhedsvæsenet.

Når ressourcerne er begrænsede, er det vigtigt, at de bliver brugt rigtigt både nu og fremover. Desværre er det sjældent, at der kommer et eftersyn eller revision af de styringsmæssige og lovmæssige rammer i sundhedsvæsenet, der er med til at vurdere om de nuværende rammer og retningslinjer skal justeres, ændres eller helt fjernes.

Uden at konkludere om ydelsen skal ændres eller ej, er det relevant at drøfte en række af de ydelser, der bliver givet systematisk og automatisk i dag. Det kan fx være relevant at vurdere om kvinder, der er HPV-vaccineret automatisk skal tilbydes en livmoderhalscreening, at drøfte, hvor mange børneundersøgelser der skal være obligatoriske og om kontroller efter behandling skal ske efter behov i stedet pr. automatik.

Tabel 1: Oversigt over patientrettigheder og nationale borgertilbud og deres indførelse (årstal)	
Patientrettigheder	
Frit sygehusvalg, <i>patienter kan frit vælge offentligt sygehus, når de er henvist til udredning, undersøgelse eller behandling</i>	1993 ⁸
Maksimale ventetider ved visse livstruende hjerte- og kræftsygdomme	1999 ⁹
Udvidet frit sygehusvalg, <i>ret til at blive udredt eller behandlet på et privat sygehus, hvis ventetiden på offentlige sygehuse er mere end 30 dage</i>	2002 ¹⁰
Udredningsret, <i>ret til udredning inden for 30 dage</i>	2013 ¹¹
Forebyggende tilbud	
Børneundersøgelser: <i>7 forebyggende helbredsundersøgelser af børn under den undervisningspligtige alder med alment praktiserende læge, herunder 3 i barnets første leveår</i>	1947, revideret i 1995 ¹²
Børnevaccinationsprogrammet	1951, løbende opdateret ¹³ (HPV i 2009) ¹⁴
Tandpleje til børn og unge under 18 år / under 22 år, hvis født efter 31. december 2003	1972 ¹⁵ / 2022 ¹⁶
Obligatorisk sundhedsplejerskeordning i kommunerne	1973 ¹⁷
National screeningsprogram i svangreomsorgen: Hælpøve	1975, løbende opdateret ¹⁸

⁸ Sundheds- og Ældreministeriet, Servicetjek af frit valg på, 2018, [Link](#)

⁹ Retsinformation, Bekendtgørelse om behandling af visse livstruende sygdomme, 1999, [Link](#)

¹⁰ Retsinformation, Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, 2012, [Link](#)

¹¹ Folketinget Rigsrevisionen, Beretning om udredningsretten, 2018, [Link](#)

¹² Sundhedsstyrelsen, Evaluering af de forebyggende børneundersøgelser i almen praksis, 2007, [Link](#)

¹³ Statens Serum Institut, SSI's historie, 2022, [Link](#)

¹⁴ Sundhedsstyrelsen, Spørgsmål og svar om tilbud om screening for livmoderhalskræft, [Link](#)

¹⁵ Sundhedsdatastyrelsen, Børne- og ungdomstandpleje, 2022, [Link](#)

¹⁶ Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Ny ordning om gratis tandpleje for 18-21-årige træder i kraft i dag, 2022, [Link](#)

¹⁷ Dansk Sygeplejeråd, Sundhedsplejens historie, [Link](#)

¹⁸ Statens Serum Institut, Sygdomme der indgår i screening, 2023, [Link](#)

<i>Tabel 1 fortsat</i>	
<i>Forebyggende tilbud</i>	
Forebyggende hjemmebesøg til ældre	1995 ¹⁹
To forebyggende helbredsundersøgelser ved en læge eller sundhedsplejerske til børn i den undervisningspligtige alder	1995 ²⁰
National screeningsprogram i svangreomsorgen: Hørescreening	2004 ²¹
National screeningsprogram i svangreomsorgen: Fosterdiagnostik	2004 ²²
National screeningsprogram i svangreomsorgen: screening for hepatitis B	2005 ²³
National screeningsprogram: livmoderhalskræft	2006 ¹⁴
National screeningsprogram: brystkræft	2009 ²⁴
National screeningsprogram i svangreomsorgen: screening for HIV og syfilis	2010 ²²
National screeningsprogram: tarmkræft	2014 ²⁵

Organisering

Organiseringen af sundhedsvæsenet med kommunale sundhedsydelser (plejehjem, hjemmesygepleje, akuttilbud, genoptræningstilbud, sundhedspleje m.m.), praktiserende speciallæger og alment praktiserende læger i henhold til overenskomst med regionerne, samt det regionale præ-hospital og sygehusvæsen har en række styrker bl.a. med hensyn til at sikre adgang til basale sundhedstilbud af høj kvalitet tæt på borgeren og adgang til sundhedstilbud til akut syge eller tilskadekomne borgere, samt de specialiserede og de højtspecialiserede sundhedstilbud med lidt større geografisk afstand.

En organisering som ud over nærheden også indebærer mulighederne for at tilrettelægge tilbuddet af sundhedsydelser i overensstemmelse med LEON-princippet, hvor borgeren tilbydes den rette ydelse på det lavest effektive omkostningsniveau. Og dermed også brug af sundhedspersonalets kompetencer bedst muligt.

¹⁹ Retsinformation, Lov om ændring af lov om social service, 2015, [Link](#)

²⁰ Folketinget, Lov om forebyggende sundhedsordninger for børn og unge, 1995, [Link](#)

²¹ Sundhedsstyrelsen, Sundhedsstyrelsens retningslinier af 12. august 2004 for neonatal hørescreening, 2004, [Link](#)

²² Sundhedsstyrelsen, Fosterdiagnostik, 2022, [Link](#)

²³ Statens Serum Institut, Screening af gravide er en succes, 2018, [Link](#)

²⁴ Sundhedsstyrelsen, Screening for brystkræft, 2023, [Link](#)

²⁵ Sundhedsstyrelsen, Screening for tarmkræft, 2023, [Link](#)

Men det er også en kompleks organisering som fordrer en høj grad af integration og samarbejde sektorernes imellem, når patienter skal behandles flere steder i systemet. Sikring af sektorovergange, hvor patienten ikke tabes mellem to stole, har i mange år været en af de store patientsikkerhedsmæssige udfordringer. Og sektorovergange resulterer uden tvivl i en række ekstra behandlinger, unødvendige og gentagne undersøgelser – måske for en sikkerheds skyld – men også fordi modtagende personale enten ikke får eller har adgang til oplysninger om tidligere foretagne undersøgelser.

Der vil også være overgange som forsinkes af manglede kapacitet og personale hos modtager, som f.eks. når udskrevne sygehuspatienter venter på tilbud om kommunal genoptræning. En forsinkelse som indebærer øget risiko for tilbagefald. Forskelle i den kommunale hjemmesygepleje vil også kunne resultere i forskelle i forhold til indlæggelser/genindlæggelser på sygehus.

Organisatoriske rutiner inden for de enkelte sektorer i form af opgaver som afvikles rutinemæssigt uden hensyntagen til den enkelte patient, kan føre til uhensigtsmæssig aktivitet. Det kan eksempelvis være automatisk tidsfastsatte rutinekontroller af kroniske patienter. Udvikling af nyt medicinsk måleudstyr kombineret med brug af videokonsultationer er dog på positiv vis ved at eliminere rutinekontrollerne afløst af en løbende og individuelt tilrettelagt overvågning, hvor patienten er aktiv medspiller fra eget hjem.

Professionalisering

Patientforløb på tværs af sektorer er en udfordring. Patientforløb på tværs af de nu i alt 39 lægefaglige specialer er en anden udfordring, hvilket ofte vil være tilfældet for bl.a. de ældste patienter, der typisk kan have sammenfald af flere forskellige symptomer og sygdomme.

En høj specialiseringsgrad inden for de enkelte specialer og fokus på at udvikle og opnå nye landvindinger for den specialiserede patient kan betyde, at flere fagpersoner bliver dygtigere til stadig mere afgrænsede områder, måske på bekostning af fagpersoner, som er i stand til at se på tværs og tage ansvar for den samlede behandlingsindsats. Det kan føre til unødvendige behandlinger, hvor patienten sendes rundt til undersøgelser inden for de forskellige specialer. Måske også fordi udfordringen med kendskab til udviklingen inden for de øvrige specialer bliver en større og større udfordring i takt med den øgede specialisering.

Mange forskellige faglige vejledninger

Udviklingen af kliniske retningslinjer, faglige vejledninger m.m. er en vej til at sikre patienterne rette behandling også på tværs af specialer. Men udviklingen af "et hav" af faglige retningslinjer, faglige anbefalinger, vejledninger kan tilskynde til at "gøre noget" frem for "ikke at gøre noget". Det kan være svært at afgøre, hvilke(n) vejledning(er), der er relevant for den enkelte patient og det kan være svært – i givet fald – at afvige fra en vejledning, også med bevidstheden om, at retningslinjer tillægges en betydning som 'gylden standard' i vurdering af rette faglige standard i klage- hhv. tilsynssager.

Retningslinjer for behandling af urinvejsinfektion (blærebetændelse)

- Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende urinvejsinfektioner, Medicinrådet
- Urinvejsinfektioner, Statens Serum Institut
- Cystit – ukompliceret, Lægehåndbogen
- Cystit og asymtomatisk bakteriuri hos gravide, www.gyncph.dk
- Urinvejsinfektioner hos ældre, Institut for Rationel Farmakoterapi
- Urinvejsinfektion hos kateterbærere, Pro.medicin.dk
- Urinvejsinfektioner hos børn og unge, Region Sjælland (Sundhedsplatform)
- Behandling af urinvejsinfektion – regional instruks Region Sjælland
- Urinvejsinfektioner (UVI) Region Nordjylland (PRI)
- Infektioner i almen praksis – undersøgelse og behandling af urinvejsinfektioner – en kort vejledning PLO og Region Sjælland
- Urinvejsinfektioner i almen praksis – hvordan stilles diagnosen, www.plo-e.dk
- Antibiotikavejledning for primærsektoren – Region Hovedstaden (kliniske mikrobiologiske afdelinger) – instrukser til almen praksis, herunder retningslinjer for behandling af urinvejsinfektioner: Akut ukompliceret cystitis, kompliceret cystitis, cystitis hos gravide.

Kilde: Google-søgning (listen er ikke udtømmende) – der eksisterer formentlig flere regionale og lokale retningslinjer og instrukser.

Særligt sidstnævnte kan forstærkes af frygt for klager og sanktioner fra tilsyns- og klagesystemet som igen kan føre til defensiv medicin, hvor der bestilles og igangsættes undersøgelser, som fagligt set måske er unødvendige, men som alligevel gennemføres for en sikkerheds skyld. Styrelsen for Patientklager modtog 232 klager pr. 1.000 læger i 2022. Et tal som er vokset 5 procent siden 2019. Selvom tallet dækker over, at der godt kan være

indgivet flere klager over samme læge, så betyder det 1 ud af 5 læger har modtaget en klage i 2022. På denne baggrund er det ikke ubegrundet, at risikoen for at modtage en klage kan fylde meget, måske særligt for de yngre læger. Heller ikke trods det forhold, at 4 ud af 5 læger ikke har modtaget kritik i afgjorte disciplinærævnssager (afgjorte sager fra 2017 – 2021).

De danske retningslinjer bliver for manges vedkommende udarbejdet af de lægevidenskabelige selskaber blandt andet på baggrund af internationale vejledninger om den bedste praksis. Denne bedste praksis baserer sig ikke altid på stærk evidens, og derfor kan ændringer i vejledninger føre til uhensigtsmæssigt højt ressourceforbrug i sundhedsvæsenet uden at ændringen nødvendigvis fører til positive effekter for patienten.

Et fiktivt eksempel. Foretages der en ændring i en vejledning, hvor behandlingsgrænsen for forhøjet blodtryk sænkes, vil det resultere i at flere danskere ordineres blodtryksmedicin. En relativ lille ændring i grænseværdier kan betyde en absolut stor ændring i antallet af patienter. Antallet af danskere på blodtryksmedicin kan derved vokse fra fx 500.000 til 750.000. Denne ændring medfører udgifter til medicin, undersøgelser mv., uden at det nødvendigvis medfører tilsvarende mere sundhed, da de 250.000 danskere, der nu falder indenfor behandlingsgrænsen, ikke var i samme risikogruppe, som de danskere med højst blodtryk inden ændringen. Sker sådanne ændringer i vejledninger uden stærk evidens er der risiko for, at den behandling og de undersøgelser patienterne bliver tilbudt, ikke er nødvendige.

Nye behandlingsformer

Endelig kan der også peges på at succes med nye behandlingsformer inden for de enkelte specialer kan betyde, at grænser for hvornår behandling skal tilbydes eller stoppes rykkes. Måske positivt – måske unødvendigt? Hvor går grænsen for behandling af for tidligt fødte? Skal der være en grænse for hvor gamle intensiv-patienter må være? Skal der være en aldersgrænse for visse operationer – skal f.eks. en 87-årig opereres for ovarie-cancer, fordi det nu er muligt ved hjælp af en ny robot? Og sidst men ikke mindst, hvornår skal cancerbehandling stoppes og patienten i stedet tilbydes palliativ behandling?

Det kliniske møde

Det er under påvirkning af de ovenfor nævnte faktorer, at patient og kliniker mødes og skal træffe beslutning om behandling. Hertil kommer at rammerne for mødet i sig selv kan føre til unødvendig behandling.

Hvor det i almen praksis er en hovedpointe, at læge og patient kender hinanden, så vil det kliniske møde i sygehusregi ofte være betinget af at læge og patient først skal etablere en relation. I et personalepresset sundhedsvæsen kan det være en udfordring at få afsat den nødvendige tid til at etablere relationen, lige som det for nogle patienter vil være en udfordring at skulle tage tid fra det travle personale. Møder med (mange) forskellige behandlere i et forløb, hvor patienten først skal sætte behandler ind i et forløb, er ikke en ukendt situation. Og måske ikke det bedste grundlag for svære samtaler om ophør af behandling eller justeringer af behandlingsniveau m.m.

Der synes fortsat at være et stykke vej til idealmodellen, hvor en fast patientansvarlig læge på rette (og tidlige) tidspunkt i et patientforløb får drøftet forskellige scenarier for forløbet igennem med patient/pårørende og herunder også får afklaret tidspunkt for samtale om et eventuelt "stop for behandling". Og hvor samme læge er tovholderen, der har til opgave at sikre kontinuiteten i det samlede patientforløb, herunder sikre eventuel overgang til videre behandling i primærsektor.

Bilag B) indeholder en opsamling af Lægeforeningens møder med en række lægefaglige selskaber m.fl. i forår og sommer 2023, hvor læger har drøftet oplevelser med unødvendig behandling, årsager til unødvendig behandling samt drøftet forskellige indsatsområder/løsningsmuligheder. Der blev peget på eksempler inden for alle de ovennævnte faktorer.

Ad spørgsmål 3) Behandling og rettidigt stop for behandling i forbindelse med livets afslutning

Sundhedsstyrelsen, Styrelsen for Patientsikkerhed og Dansk Selskab for Patientsikkerhed har alle udviklet redskaber til at de sundhedsprofessionelle kan tale med de ældste og mest syge om deres ønsker til den sidste levetid – også med hensyn til behandlingsniveauet.

Udgangspunktet er, at patienter og borgere vil opleve bedre kvalitet i behandlingen i deres sidste tid, når der er sket en tidlig afklaring af behandling og pleje. Forskning og klinisk erfaring²⁶ viser imidlertid, at sådanne samtaler ikke er implementeret systematisk i den kliniske praksis, og der er derfor et behov for at arbejde med området.

Hvis ikke der er taget stilling til behandlingsniveau, risikerer man, at patienter udsættes for uønsket og belastende livsforlængende behandling og eventuelt genoplivningsforsøg med dårlig prognose. I ældreplejen er der væsentlige problemer med overmedicinering, polyfarmaci og unødige indlæggelser.

Hvis vi bliver bedre til at få taget stilling i god tid, er det ikke bare godt for borgeren, der slipper for nytteløs behandling, og for de pårørende – men også for sundhedspersonalet, der ikke skal udføre sådan behandling, og for samfundet, der kan bruge behandlingsressourcerne på noget andet.

Vi kalder det en dobbelt win-win situation.

*Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Klar til samtalen*

De nævnte udfordringer og problemstillinger fremgår tydeligt af kronikken: "Jeg er ked af det og vred. Min smertelagede, dødsyge mor blev trukket igennem et hav af nytteløse undersøgelser og transporter i sin sidste tid – hvorfor?", antropolog Catharina Ilene Damgaard, Berlingske Tidende 14. maj 2023 (se Bilag C).

Kronikken sætter bl.a. fokus på

- Patientansvarlig læge mangler – i stedet for mødes flere forskellige læger.
- Manglende samtale med patienten på rette tidspunkt ved rette læge.
- Lægers manglende adgang til information om resultater af gennemførte undersøgelser – rettidige data.
- Afdelingslæger/reservelæger, der forsøger at overleve i et presset system og ikke gøre fejl.

²⁶ Dansk Selskab for Patientsikkerhed, Klar til samtalen, [Link](#)

- For mange forskellige udredninger og undersøgelser – scanninger m.v., der blot fører til flere behandlinger.
- Behov for tidligere inddragelse af almen praksis / egen læge.
- Hjemmesygepleje på godt og ondt.
- 2 værdige uger på hospice, men inden da 4 uger som ikke var værdige for patient eller sundhedsvæsen.

De nævnte udfordringer er generelt i god overensstemmelse med lægers oplevelser, jf. bilag B. Herunder bl.a.

Stop for behandling på rette tidspunkt – borger- og patientinddragelse

Samtale med patienten er vejen til kendskab til patienten. Samtale i "fredstid". Den gode samtale. Den vanskelige samtale. Fælles beslutningstagen. Borger- og patientinddragelse kan betyde (tidligere) stop for behandling og en generel afklaring i samfundets forståelse af, hvor grænserne for sundhedsvæsenets behandling går. Man skal f.eks. have lov til at dø og ikke nødvendigvis altid behandles, men gerne en styrkelse af det palliative område.

Det er vigtigt, at læger/patienter og eventuelt pårørende på et tidligt tidspunkt i et forløb får gennemført den vanskelige samtale om, hvad der skal/ikke skal ske, hvis patientens tilstand forværres. Det handler om afklaring af stop for behandling. Det handler om behandlingsindsatser f.eks. brug af scanninger. Det handler om bivirkninger ved behandling. Og det handler om livskvalitet, værdighed og patientens ønsker. Selv om samtalen er svær, er der generelt gode erfaringer. Det foreslås specifikt, at alle borgere inkl. pårørende har en drøftelse af behandlingsniveau samt hvad der ønskes for livets afslutning ved indflytning på plejehjem.

Den palliative indsats – behov for afklaring

Der er behov for at få afklaret "palliationsniveauet" inden for de enkelte specialer. Hvornår er der behov for palliation på specialiseret niveau – det vil sige hospice eller udgående teams – til patienter med komplekse behov. Hvornår er der tale om basal palliation som vil kunne varetages i primærsektor ved almen praksis i samarbejde med hjemmesygepleje, plejehjem og pårørende. Og i forlængelse heraf en mere generel afklaring af almen praksis rolle i forbindelse med den palliative indsats. Der foreslås konkret, at de lægefaglige selskaber hver især udarbejder et fagligt holdningspapir til palliation. Et andet forslag er

ansættelse af kommunale ressourcepersoner for palliation i lighed med demenskoordinatorer.

Dø i eget hjem forudsætter stærke faglige kompetencer

Uanset ønsker og gode viljer så er der behov for stærke palliative kompetencer og overblik, hvis ønsket skal realiseres, når patientens tilstand forværres.

Forventningsafstemning med befolkningen.

Befolkningen skal vide at døden også er ok og kan være en god afslutning: Oplysning af befolkningen kan være nødvendigt.

Ad spørgsmål 4) Prioritering af sundhedsydelser på den politiske dagsorden

Prioritering af sundhedsydelser har været på den sundhedspolitiske dagsorden i mange år med forskellig gennemslagskraft. Se evt. professor Kjeld Møller Pedersens historiske gennemgang af den danske prioriteringsdebat fra 1980erne op til i dag:

[Prioriteringsdebatten fra 80erne til i dag – Dansk Selskab for ledelse i Sundhedsvæsenet \(dssnet.dk\)](http://dssnet.dk)

Det er en diskussion, der er nødvendiggjort af en medicinsk teknologisk udvikling som betyder, at der hele tiden udvikles nye behandlingsmuligheder, hvor grænserne for hvem der med fordel kan behandles hele tiden rykkes. Men hvor både økonomi samt ikke mindst etiske spørgsmål, diskussioner om det gode liv og behovet for behandling ligger på den anden vægtskål (nytteetik). Det skal samtidig ses ind i en kontekst, hvor befolkningens forventning til hvad sundhedsvæsenet kan og skal levere, er høj. Samt et sundhedsvæsen som har en målsætning om at sikre lige adgang til behandling og patienternes lige værd.

Derfor er den politiske diskussionen med valg og fravalg af behandling svær. Det er politisk altid nemmere at foretage et tilvalg end et fravalg. Og begrundelserne for et fravalg skal være gode.

Internationalt har England været et af de førende lande i forhold til prioritering på sundhedsområdet via National Institute for Health Care and Excellence (NICE), som bl.a. udarbejder faglige anbefalinger med udgangspunkt i omkostnings – nytte – analyser, der bygger på en model, hvor der anvendes QALY – et mål for kvalitetsjusterede leveår. NICE

anbefalinger har god gennemslagskraft i det britiske sundhedsvæsen og har som sådan måske flyttet noget af den svære prioriteringsdebat på sundhedsområdet væk fra den politiske scene over i en faglig evidensbaseret tilgang, hvor eventuelle fravalg fremstår som resultat af en (tilbundsgående) analyse og derfor kan/må betragtes som et rationelt valg.

Tilsvarende gælder – nok i mindre målestok end NICE – etableringen af et dansk Medicinråd (2017), der bl.a. har til formål at vurdere ibrugtagningen af ny medicin og nye indikationsudvidelser baseret på såvel dokumenterede kliniske effekter som pris/omkostninger – og som nu også baserer sine anbefalinger på QALY. Herudover skal rådet respektere i alt 9 prioriteringsprincipper for medicin, hvoraf Folketinget har vedtaget de 7 og Danske Regioner yderligere to.

I 2021 kom Behandlingsrådet til, og dets formål er at målrette sundhedsvæsenets ressourcer til de teknologier og indsatser, der giver mest sundhed for pengene (ekskl. medicin). Det skal bidrage til højere kvalitet og til at dæmpe udgiftspresset på sundhedsvæsenet.

Bilag A Sundhedsmarkedet kan ikke blive reguleret af borgeren/patienten

Når det handler om udbud og efterspørgsel af sundhedsydelser er det væsentligt at forstå, hvilken type "marked", som sundhedsydelser befinder sig på. "Sundhedsmarkedet" er ikke et perfekt marked, da der er en række markedsfejl ift. perfekt marked. Disse "fejl" er, at der er asymmetrisk information, og dermed er der risiko for patientselektion/creamskimning og udbudsinduceret efterspørgsel. Herudover er sundhedsmarkedet kendetegnet ved, at nytten ikke er individuelt bestemt.

Sundhedsvæsenet er et marked, der er præget af asymmetrisk information mellem behandler og patienten. Patienten går til en specialist (ofte lægen) for at finde ud, hvad patienten skal efterspørge. Hvis lægen siger, at patienten bør få en undersøgelse, vil patienten følge denne anvisning, da det er lægen, der er specialisten. Patienten har dermed ikke samme information som lægen, og kan ikke vurdere egen efterspørgsel. Grundet den asymmetriske information er der risiko for udbudsinduceret efterspørgsel, som er en efterspørgsel, der skabes når, der er et for stort udbud og ikke fordi, det matcher efterspørgslen. Det er muligt at få patienterne til at tage imod flere ydelser end de ville vælge, hvis de havde samme information som specialisten.

Sundhedsvæsenet er også et marked, der er præget af asymmetrisk information mellem behandler og betaler. Patienterne er ikke ens og en behandling fx en operation vil ikke være ens, selvom det er samme lidelse, som patienten bliver behandlet for. Nogle patienter har komplekse underliggende tilstande og er derfor svære at operere, nogle er ældre og i dårlig form. Det brogede patientbillede giver mulighed for creamskimning, eller sagt på dansk at skumme fløden, hvor behandleren/lægen vælger at behandle de lette eller mindre komplicerede patienter indenfor en patientgruppe, og på den måde minimere risikoen for komplicerede behandlingsforløb.

Sundhed er desuden et kollektivt gode, da det også giver værdi for den enkelte, at andre i samfundet er sikre på at blive behandlet. Eller sagt på en anden måde et godt sundhedsvæsen, der giver en bred dækning for en befolkning, giver større nytte til den del af befolkningen, der også havde været dækket af sundhedsforsikringer, hvis der ikke havde været et bredt tilgængeligt sundhedsvæsen. Disse markeds karakteristika er vigtige at have

in mente, når der drøftes prioritering. Sundhedsområdet er et marked, der ikke finder sin egen balance mellem udbud og efterspørgsel pga. overnævnte markedsfejl. Og derfor skal sundhedsområdet have en styring på de relevante niveauer, der understøtter den bedste brug af ressourcerne og ikke medfører unødvendig behandling.

Bilag B Lægers oplevelser med unødvendig behandling

Opsamling fra Lægeforeningens møder med en række lægefaglige selskaber m.fl. i forår og sommer 2023, hvor læger har drøftet oplevelser med unødvendig behandling, årsager til unødvendig behandling samt drøftet forskellige indsatsområder/løsningsmuligheder.

Opsamlingen er disponeret i overensstemmelse med de beskrevne faktorer i afsnit 2, der kan påvirke det kliniske møde mellem kliniker og patient. Det skal bemærkes, at afgrænsningen mellem de forskellige faktorer er overlappende, hvorfor nogle af de beskrevne oplevelser vil kunne placeres under flere overskrifter.

Samfund og kultur

Forventningsafstemning med befolkningen.

Der er behov for en ny fortælling om, hvad sundhedsvæsenet kan og skal.

Der er i nogle tilfælde meget store forventninger til hvad der kan/bør gøres. Vi har en statsminister der på et tidspunkt sagde at et hver dødsfald (corona) var en tragedie, men døden er jo ret naturlig. Der er brug for en ny fortælling om hvad sundhedsvæsenet kan og skal. Det vil hjælpe meget i forhold til at tage snakken, uden at skulle diskutere med patienter og pårørende.

Man kunne ønske sig, at politikerne turde sige til danskerne, at de ikke kan få alt i verden. Der er brug for sund fornuft.

Politikerne kan minde borgerne om, hvad de selv er ansvarlige for i forbindelse med deres eget helbred, så vi kan bruge ressourcerne på de resourcesvage.

Befolkningen skal vide at døden også er ok og kan være en god afslutning: Oplysning af befolkningen kan være nødvendigt.

Etablere patientskoler for patienter i den sidste del af livet.

Marked og teknologi

Fund – afklaring af hvornår skal der reageres

Flere undersøgelser, røntgen, scanninger m.m. fører også til flere "ikke søgte" fund, der igen fører til nye undersøgelser osv. Der er behov for afklaring af, hvilke fund der skal følges op på.

Udfordringer ved det private sundhedsvæsen

Det private sundhedsvæsen kan ikke kun ses som et supplement til det offentlige sundhedsvæsen. Det er f.eks. ikke lige meget, om en behandling foregår i det private, selvom det er den mest effektive brug af ressourcerne, da det suger arbejdskraft ud af den offentlige sektor.

Når patienter med sundhedsforsikring 'bestiller' en undersøgelse, der fører til fund, der medfører henvisning til videre udredning i det offentlige sundhedsvæsen.

Skal Medicinrådet prioritere hårdere?

Der indføres og godkendes for mange dyre behandlinger specielt indenfor kræftområdet med marginal effekt til sygdomme som alligevel med usvigelig sikkerhed medfører patienternes død indenfor kort tid.

Politik og styring

Læger skal stå for den faglige prioritering – men der er også behov for enighed i lægegruppen

Prioritering skal integreres i lægekulturen og læger skal turde stå på mål for deres faglige skøn – også når der er tale om fravalg af behandling.

Lovgivning og myndighedsudmeldinger

Ny differentieret ventetidsgaranti, afskaffelse af politiske garantier om forløbstider, ankemulighed i patientklagesystemet, væk med Styrelsen for Patientsikkerheds strammerpakke og politisk opbakning vil være forslag som kan styrke mulighederne for lægefaglig prioritering.

Forståelse for hvad sundhedsvæsenet skal kunne: Der mangler forståelse for, hvad sundhedsvæsenet skal kunne. Hvis man tilbyder alle fødende tre dages hospitalsophold, har man misforstået den opgave, som hospitalet har.

Styrelsen for Patientsikkerhed skal være en positiv medspiller

Psykologisk tryghed og øget tillid til læger vil resultere i mindre defensiv medicin.

Lægerne skal have deres faglighed tilbage fra Styrelsen for Patientsikkerhed, så defensiv medicin undgås.

Der er meget lidt incitament til ikke at lave en ekstra undersøgelse, fordi det er så let for patienten at klage. Man bliver let hængt ud – så der er behov for dialog med Styrelsen for patientsikkerhed – politisk fokus.

Organisering

Mere tid til diagnostik og visitation

Tid til visitation og diagnostik af de rette faglige kompetencer lønner sig i forhold til at sikre et patientforløb uden unødvendige undersøgelser og henvisninger, men også mulighed for at ændre et akutforløb til et planlagt forløb. Der er behov for uddannelse og support til yngre læger, som står i front. Redskaber der kan være en hjælp er "frailty-score", AI og chatbots.

Beslutningsstøtte redskaber kan være en værdifuld hjælp

Der er udviklet en række kliniske beslutningsstøtteredskaber i form af tests m.m., som kan give indsigt i patienternes styrke/skrøbelighed m.m., som med fordel kan inddrages i patientforløbet. En forudsætning er generel accept fra myndigheds side (bl.a. Styrelsen for Patientsikkerhed) til at tests kan anvendes til beslutning.

Lettere adgang til data, journaler m.m.

Der skal være lettere adgang til data, journaler, prøvesvar og undgå dobbeltindtastning.

IT-udfordringer: De har forskellige systemer, og dermed problemer med deling af data både journalnotater og prøvesvar. Fx kan sygehuset ikke se prøvesvar og undersøgelser, der er taget hos egen læge. Dette medfører, at patienten får taget samme prøver igen.

Styrk gate-keeper-funktioner

Jo flere patienter, der kan afklares i almen praksis / vagtlæge jo bedre. Flere patienter ses af "hospitalslæger" fremfor lægevagt/egen læge – og hospitalslæger er mere vant til at se "sygere patienter" og vil i højere grad bestille flere scanninger/blodprøver

Øget tværsektorielt samarbejde

Mere og bedre lægesamarbejde på tværs af sektorer vil kunne holde patienten ude af sygehusbehandling og/eller sikre en stærkere diagnostik inden eventuel henvisning.

Øgede muligheder for sparring mellem primær og sekundær sektor, så problematikker som er for komplekse til fx almen praksis, men for "banale" til hospitalsafdelingerne kan løses i almen praksis – men med rette support!

Henvisning til samtale – ikke undersøgelse

Vær obs. på muligheden for at henvise patienter til en indledende samtale ikke direkte til undersøgelse.

Ved visitation af henvisninger fra egen læge eller andre specialer, er det jo en mulighed at visitere patienten blot til en samtale, om mulig udredning samt konsekvenser heraf, og samtidig vurdere, om det er en patient, hvor det giver mening at gå videre. Man behøver ikke visitere især ældre til f.eks. ekstensiv cancerudredning fra start ved alarmsymptomer. Information og vurdering kan være nok, og det kan andre specialer/egen læge ikke nødvendigvis varetage.

Svært for almen praksis at tage en snak med patienten inden henvisning, hvis man ikke har et overblik over den behandling, der er mulig.

Beboere på plejehjem

Beboere på plejehjem har et forholdsmæssigt højt ressourcetræk på sygehuse. Der kan være god grund til at se nærmere på ydelser, behov og nye muligheder / ændret praksis f.eks. pligt til behandlingsniveau stillingtagen ved egen læge ved flytning til plejehjem.

Professionalisering

Kliniske retningslinjer sikrer ensartet høj kvalitet, men....

Kliniske retningslinjer er som udgangspunkt et vigtigt redskab til at sikre ensartet høj kvalitet i behandlingen. Men det er afgørende med klare entydige retningslinjer, der gælder for hele landet og at der ryddes ud i alle dubletter. Retningslinjerne skal ikke anvendes ukritisk, men læger skal i de enkelte tilfælde vurdere om retningslinjen er gavnlig for patienten. Retningslinjer bør også indeholde hjælp til at træffe beslutning om, hvornår der ikke skal behandles.

Vær afklaret om behandlingens formål – undgå automatismer

Sæt kun behandlinger der giver faglig mening og mening for patienten i gang.

Tendens til overreaktion i sundhedsvæsenet, fx hvis en patient ringer til almen praksis med brystmerter, skal en læge sende en ambulance, frem for at vurdere om det overhovedet er nødvendigt.

Undgå undersøgelser mv. for en sikkerheds skyld – eller fordi vi plejer

Defensiv medicin, fastholdelse af vaner og måske også (for) let adgang til diagnostiske undersøgelser, patologi m.m. fører til overforbrug.

Delegation og supervision

Uddelegering skal gøres klogt og følges op med supervision. Yngre læger skal ikke stå alene med de svære opgaver.

Vi (speciallæger) er overbelastede og uddelegerer. Det kan vi ikke undgå. Men uddelegering skaber ofte længerevarende forløb og fx flere henvisninger og mere supervision. Så resultatet er ikke 1:1. Måske giver 1 uddelegering 0,5 aflastning – og samtidig bruger vi sygeplejerske ressourcer som kunne bruges et andet sted. Uddelegering skal gøres klogt og måske skal det evalueres bedre.

Supervision af yngre læger kan begrænse overbehandling.

Stop for behandling på rette tidspunkt – lægekultur m.m.

Eksisterende forskelle på tidspunkt for behandlingsstop må ud over forskelle i faglig tilgang, kompetencer og beslutningsniveau også tilskrives forskelle i den lokale lægekultur, forskelligt pres fra patienter og pårørende m.m. Forskellene viser potentiale for at kunne lære af hinanden. Svære beslutninger om stop for behandling kan eventuelt være konferencebeslutninger. Husk altid mulighed for supervision og kollegial sparring – også som opfølgning på trufne beslutninger.

Konferencer på tværs af specialer.

Det kan være svært at vide alt om de andre specialer og hvilket tilbud/behandlinger der er. Man kan ofte ringe til en ven på en anden afdeling, hvor man kan diskutere patienten inden man henviser.

Den palliative indsats – behov for afklaring

Der er behov for at få afklaret "palliationsniveauet" inden for de enkelte specialer. Hvornår er der behov for palliation på specialiseret niveau – det vil sige hospice eller udgående teams – til patienter med komplekse behov. Hvornår er der tale om basal palliation som vil kunne varetages i primærsektor ved almen praksis i samarbejde med hjemmesygepleje, plejehjem og pårørende. Og i forlængelse heraf en mere generel afklaring af almen praksis rolle i forbindelse med den palliative indsats. Der foreslås konkret, at de lægefaglige selskaber hver især udarbejder et fagligt holdningspapir til palliation. Et andet forslag er ansættelse af kommunale resourcepersoner for palliation i lighed med demenskoordinatorer.

Dø i eget hjem forudsætter stærke faglige kompetencer

Uanset ønsker og gode viljer så er der behov for stærke palliative kompetencer og overblik, hvis ønsket skal realiseres, når patientens tilstand forværres.

Det kliniske møde

Bedre kendskab til patient

Læger (*sygehuslæger*) skal have mulighed for at lære deres patienter bedre at kende. Dette er en væsentlig forudsætning for muligheden for at tilrettelægge et mere individualiseret patientforløb – mulighed for at tilpasse ambulante kontroller samt også et (tidligere) stop for behandling i overensstemmelse med patientens interesser.

Stop for behandling på rette tidspunkt – borger- og patientinddragelse

Samtale med patienten er vejen til kendskab til patienten. Samtale i "fredstid". Den gode samtale. Den vanskelige samtale. Fælles beslutningstagen. Borger- og patientinddragelse kan betyde (tidligere) stop for behandling og en generel afklaring i samfundets forståelse af, hvor grænserne for sundhedsvæsenets behandling går. Man skal f.eks. have lov til at dø og ikke nødvendigvis altid behandles, men gerne en styrkelse af det palliative område.

Det er vigtigt, at læger/patienter og eventuelt pårørende på et tidligt tidspunkt i et forløb får gennemført den vanskelige samtale om, hvad der skal/ikke skal ske, hvis patientens tilstand forværres. Det handler om afklaring af stop for behandling. Det handler om behandlingsindsatser f.eks. brug af scanninger. Det handler om bivirkninger ved behandling. Og det handler om livskvalitet, værdighed og patientens ønsker. Selv om samtalen er svær, er der generelt gode erfaringer. Det foreslås specifikt, at alle borgere inkl. pårørende har en drøftelse af behandlingsniveau samt hvad der ønskes for livets afslutning ved indflytning på plejehjem.

Bilag C Kronik – Berlingske Tidende 14. maj 2023 – Antropolog C.I. Damgaard

Jeg er ked af det og vred. Min smerteplagede, dødssyge mor blev trukket igennem et hav af nytteløse undersøgelser og transporter i sin sidste tid – hvorfor?

I en tid, hvor sundhedssystemet er i knæ og kræftpatienter ikke behandles inden for behandlingsgarantien, bør lægerne og sundhedssystemet spørge sig selv, om det, de er sat i verden til – netop at fikse og helbrede – nogle gange ikke er vejen frem.

Og at de i stedet for skal lære at acceptere, og leve med det værste ved jobbet – at nogle gange må man bare acceptere, at der ikke er mere at gøre. At en patient er døende, sige det som det er, så patienter ikke skal bruge deres sidste tid på unødige transporter, undersøgelser, test, scanninger og samtaler, som ingen veje fører hen. Og lade sundhedssystemets ressourcer bruges på de patienter, som faktisk har reelle udsigter til at få livet tilbage eller forlænget ved en kræftdiagnose.

Dette er tydeligvis ikke altid tilfældet, som min historie herunder kan berette. Og med blot en smule research kan jeg forstå, at vi her har at gøre med et udbredt fænomen.

Måske min historie kan være med til at ændre den praksis.

Besked i akutmodtagelsen

Det er nu nogle måneder siden min mor døde – 76 år gammel. Seks uger forinden havde hun fået konstateret kræft i lever og knogler. Beskeden blev givet i akutmodtagelsen fredag midt på dagen af en reservelæge, der kom ind på stuen, hvor der også lå en anden patient. Og den unge læge var knap kommet ind af døren, før hun sagde: »Nu har vi endelig fået svar på det hele, og du har kræft i lever og knogler og om lidt skal du til endnu en CT-scanning og så kommer de nok fra skadestuen med en krave, du skal have på rundt om halsen.« Vi fik et chok. Både min mor, som var patienten, og jeg, der var kommet til sygehuset fredag formiddag for at være hos hende. Min mor var blevet akut indlagt torsdag aften fordi en blodprøve havde vist for høje tal af noget, min mor ikke kunne huske, hvad var. Vist nok kalk.

Og så kom portøren, der skulle køre min mor til endnu en CT-scanning, så lægen gik ud af rummet igen, og sagde på vej ud af døren: »Jeg er ked af, at jeg skulle give dig denne besked.« En eller to timer senere kom en sygeplejerske ind på stuen og fortalte min mor, at lægen havde bestilt biopsi af leverkræften og PET-scanning, og hvad det betød. Jeg fangede lægen på gangen og spurgte, hvor slemt det stod til, og hun fortalte mig blandt andet, at leveren var fyldt med kræfttumorer, herunder to, der var mere end ti cm i

diameter. At sjette nakkehvirvel var helt ædt af kræften, og at der i stedet sad en stor tumor, hvor nakkehvirvelen skulle have været, og det blev ved.

Jeg spurgte lægen, om det så gav mening, at min mor skulle igennem alle de undersøgelser. Hun sagde, at man godt kunne overveje, om det var det mest humane.

Min mor kom op på geriatrisk afdeling på Kolding Sygehus fredag aften, hvor der i weekenden ikke er læger tilknyttet. Min mor besluttede, at hun nok ikke ville have lavet en biopsi, da det jo ikke er uden risiko at få taget sådan en. Det havde sygeplejersken sagt.

Tag imod alle undersøgelser

Men PET-scanningen var jo nok fornuftig nok. Søndag fangede jeg – faktisk ved en tilfældighed – en læge på afdelingen. Igen en ung reservelæge, og han havde tid til en kort snak. Og vi trængte til at snakke. Han fortalte min mor, at han bestemt synes, at hun skulle tage imod alle undersøgelser.

For de lægerne kunne jo bedst hjælpe hende, hvis de vidste præcis hvilken kræftform, hun havde. Derefter ville min mor have alle undersøgelser, når nu den rare læge anbefalede det. Mandag til stuegang, snakker vi med en læge – nu en overlæge – der også mener, at min mor skulle undersøges med hele udtrækket – og mere til.

Min mor får derfor taget biopsi på Kolding sygehus, bliver sendt til PET-scanning på Vejle Sygehus, og visiteret til undersøgelse på Odense Sygehus. Hun bliver udskrevet til eget hjem i Vejle og tilknyttet Diagnostisk Center i Vejle.

Da hun udskrives, bliver min mor spurgt om, hvad hun tænker om det, og siger forståeligt nok: »Jamen det er da jer, der er lægerne, så det ved I vel bedst?« Så sådan bliver det. Min mor er vældig autoritetstro, som de fleste i hendes alder.

Og hun følger, hvad lægerne siger – ligegyldigt hvad de siger. Og ændrer mening alt efter hvilken læge, der lige mener hvad.

Ingen fortæller dog, hvad det vil sige at blive henvist til Diagnostisk Center i Vejle.

Jeg mener allerede fra fredag, at det er umanerligt synd, at min mor skal trækkes igennem et hav af undersøgelser og transporter.

Hun, der har tabt 11 kg på en måned, som er voldsomt smerteplaget ved de mindste bevægelser og som er, ja, dødssyg og træt som et helt plejehjem.

Men patienten bestemmer jo over eget liv.

Min mor er nu kommet hjem i eget hjem med hjemmeplejen som følgesvend – på godt og ondt. Jeg er med min mor, først i Odense, hvor hun trækkes igennem ikke blot en strabadserende transporttur, men også en strabadserende undersøgelse. Hun får tilbudt en operation, hvor noget af nakketumoren fjernes og erstattes af noget kunstigt. Lægen er dog

ikke vidende om leverens tilstand, og da han bliver opmærksom på det, mener han at det er bedst at afvente leverbiopsiens resultat.

Tager til Vejle for at få en ny tid

Jeg er så med min mor i Diagnostisk Center på Vejle Sygehus. Belært af transporten til Odense kører jeg selv min mor til undersøgelsen for at minimere strabadserne ved transporten. Dette møde er vi meget spændt på. Vi tror nemlig, at vi endelig får svar på, hvad der nu skal ske. Og min mor tror, at hun endelig får svar på, hvor slemt det står til. Efter en halv times ventetid i spænding, kommer vi ind til en **reservelæge**, der siger, at biopsien ikke har leveret noget resultat, hvilket ikke er ualmindeligt.

Men de kan tage en ny biopsi i Vejle om en lille uges tid med indlæggelse i 24 timer, som vi så kan håbe på giver svar. At vi har været i Odense, og at knoglerne også er kræftramte, ved han ikke noget om. Det er ikke hans bord, som han siger.

Lægens telefon ringer og ringer, og han tager den og går ud af **konsultationsrummet**. Han kommer tilbage efter 15 minutter og siger, at vi bare skal aftale ny tid med **sygeplejersken**.

Jeg problematiserer, at vi er taget helt til Vejle med min meget syge mor, blot for at få at vide, at hun skal have en ny tid og at de intet kan fortælle. **Lægen** siger, at han bare har fået besked på at give denne besked, og at han er ked af at smide os ud, men at han altså har en anden **patient**, der venter. Jeg insisterer på, at han fortæller, hvordan leveren har det. **Lægen** siger – presset på tid og af mig – at det er alvorligt og i de sidste stadier, men at han jo ikke er onkolog.

Jeg spørger, om vi ikke kan komme til at tale med en sådan. Svaret er nej. Og her går det først op for mig (os), at Diagnostisk Center blot har til opgave at være en mellemstation, der diagnosticerer, før man som **patient** sendes videre til de afdelinger og **læger**, der faktisk ved noget om det, man fejler. Vi tager slukørede hjem igen med uforrettet sag.

Egen **læge** ikke informeret Jeg forstår, at det faktisk er min mors **praktiserende læge**, der nu er den primære **læge** i min mors liv, og kontakter ham. Han fortæller, at han endnu ikke har modtaget informationer om min mors helbredstilstand fra nogle af sygehusene. Han kender derfor kun til situationen fra mig. Af samme grund har han svært ved at foretage sig noget. Jeg ringer rundt til Odense, Vejle og Kolding sygehus for at sikre mig, at min mors **læge** modtager alle relevante informationer.

Det er nu en uge siden, hun blev udskrevet til eget hjem, og hendes egen **læge** tog over (uden de rette informationer).

Dette er en torsdag. Fredag ringer jeg igen til min mors **læge**, der nu har modtaget alle informationer.

Min mor skal efter planen indlægges tidligt mandag morgen for at få taget endnu en biopsi. Jeg nærmest trygler hendes læge om at tale med min mor, så hun forstår sin situation. Ingen læge har indtil da på noget tidspunkt været i nærheden af at fortælle min mor, hvordan hendes samlede helbredssituation er.

Og med hendes store autoritetstro sætter hun sin lid til lægerne og mener, at jeg dramatiserer situationen. »For hvis det var så slemt, havde de vel sagt det.« Min mors praktiserende læge tager på hjemmebesøg fredag eftermiddag og taler med min mor om hendes helbredssituation – endda med ord, hun forstår.

Og alvorren går endelig op for hende.

Biopsien om mandagen bliver aflyst. En terminalerklæring lavet, så jeg kan bruge min tid sammen med min mor, i stedet for at skaffe og i dyre domme købe alt fra medicin til medicinsk udstyr og sørge for alle de ting, som hjemmeplejen kræver med korte varsel.

En uge senere giver min mor op. Hendes krop og psyke kan slet ikke mere. Hun bliver skrevet op til hospice og får en plads en lille uge senere. Lægen, der indskrifter min mor på hospice, siger, at hun har læst journalerne og er helt enig i, at undersøgelserne er stoppet, da kræften er så fremskreden at der alligevel ingen behandling vil kunne tilbydes. 16 dage efter er min mor død.

Min mor er død. Men de første fire uger af de seks uger, der var tilbage af hendes liv, levede hun ikke et værdigt liv. Og den tid var slet ikke vores sundhedssystem værdigt.

Tænk, hvis der havde været en ansvarlig tovholder for forløbet, som havde turdet stille de rigtig spørgsmål og som kunne have vejledt min mor i at træffe sine beslutninger på et oplyst grundlag.

Og tænk, hvis hun faktisk under sit forløb havde mødt en kræftlæge, der med sin kompetence kunne have gjort min mor og os pårørende klogere på diagnoserne og forløbet. Jeg er som pårørende både fysisk og psykisk totalt udmattet og det danske sundhedssystem mange tusinde kroner fattigere.

Og andre patienter kunne have fået hurtigere undersøgelser, beskeder og måske levet længere, hvis deres behandling var startet tidligere. Dette kunne måske være sket, hvis ikke min mor havde taget så meget unødigt plads op i sundhedssystemet i hendes sidste tid før døden.

For slet ikke at tale om de måske mange andre, der også er uafvendeligt døende, men som alligevel også trækkes igennem vores sundhedssystem. På alle de patienters, min mors og egne vegne er jeg ked af det og vred.

I forhold til vores sundhedssystem er jeg både målløs og indigneret. Det må kunne gøres bedre i fremtiden!

Tal og fakta

Den demografiske udvikling i Danmark medfører en række samfundsmæssige udfordringer. De demografiske faktorer omfatter overordnet set en generel stigende middellevetid, og vi får flere ældre, som følge af sund aldring og den store efterkrigstidsgeneration. Disse to forhold medfører en befolkningstilvækst, hvor ældre udgør en større andel af den samlede befolkning, end de tidligere har gjort. Således vil der være flere borgere, der skal plejes og behandles samtidig med, at arbejdsstyrken bliver mindre.

I dette bilag vedr. tal og fakta ses der nærmere på, hvordan brugen af sundhedsydelser har udviklet sig over tid og på tværs af alder både indenfor sygehusvæsenet og praksissektoren. Desuden belyses klagesager for læger og udviklingen i tegnede sundhedsforsikringer.

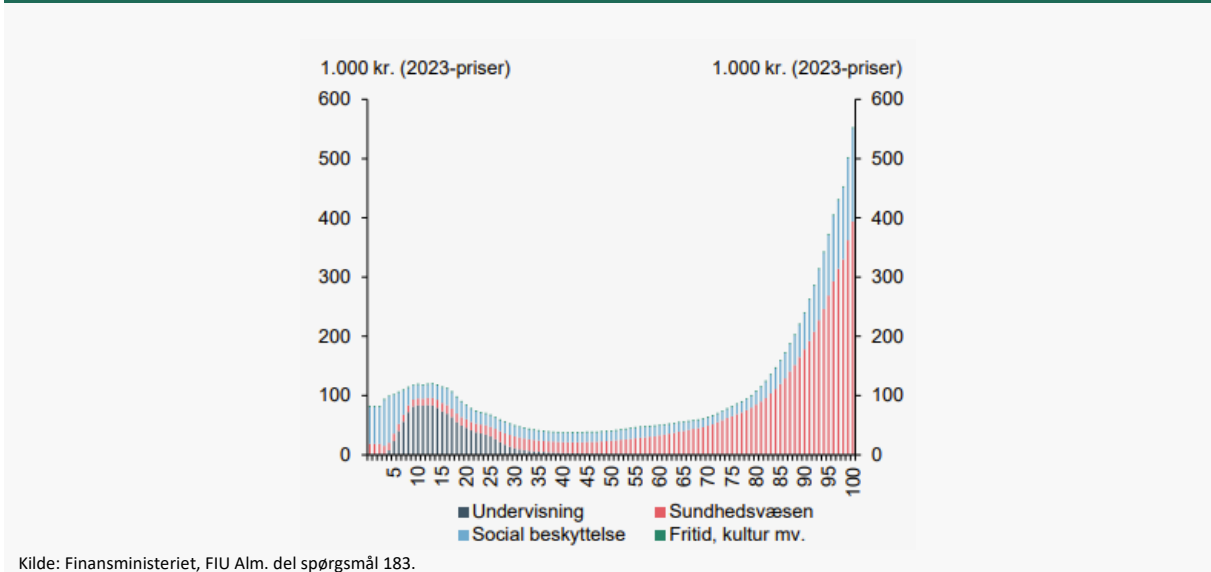
Udgifter til sundhed

Det individuelle offentlige forbrug kan opdeles i fire hovedgrupper i henhold til Nationalregnskabet. De fire grupper omfatter sundhed, social beskyttelse, undervisning og fritid, kultur mv. Udgifter til social beskyttelse omfatter for alderen 0–15 år primært udgifter til fx daginstitutioner, hvor denne post dækker behovet for hjemmepleje i de ældre år. Udgifter til sundhed omfatter bl.a. udgifter til medicin, hospital, sygesikring og plejehjem.

De gennemsnitlige udgifter til individuelt offentligt forbrug varierer betydeligt på tværs af alderen. Det er særligt trækket for ældre, børn og unge, der dominerer i forhold til trækket for personer i den erhvervsaktive alder. Børn og unge benytter sig i højere grad af ydelser relateret til uddannelse, mens ældre i højere grad benytter sig af sundhedsydelser, jf. figur 1.

De gennemsnitlige udgifter til sundhed er relative lave i barndommen, hvorefter sundhedsudgifterne er kontant stigende i løbet af de erhvervsaktive år og kraftigt stigende i sidste leveår.

Figur 1. Gennemsnitlige udgiftstræk fordelt på alder i 2021



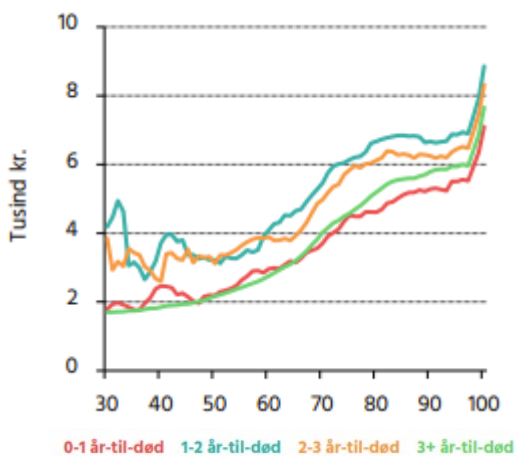
Kilde: Finansministeriet, FIU Alm. del spørgsmål 183.

Befolkningens sundhed er relateret til middellevetiden. Det antages, at når middellevetiden stiger, vil færre personer i en given aldersgruppe blive syge og dø. På den måde flyttes de terminale udgifter til senere leveår. Udgifter til sundhed afhænger ikke alene af alderen, men også af restlevetid. I figur 2 og 3 sondres der mellem, hvorvidt man dør i løbet af det kommende år (0-1 år-til-død), lever mindst 1 år, men dør inden for de kommende 2 år (1-2 år-til-død), lever mindst 2 år, men dør inden for de næste 3 år (2-3 år-til-død) og hvorvidt man lever mindst 3 år eller længere (3+ år-til-død).

Den generelle tendens er, at des tættere man er på dødstidspunktet, des højere er de gennemsnitlige sundhedsudgifter, dog med undtagelse af udgifter til sygesikringen i det sidste år op til dødstidspunktet, jf. figur 2 og 3. For eksempel har en 90-årig, der har minimum tre leveår tilbage færre sundhedsudgifter end en 90-årig, der har maksimalt tre leveår tilbage.

De gennemsnitlige udgifter til sygesikringen er lave relativt lave i det sidste leveår, hvorimod de gennemsnitlige udgifter til hospitaler er de højeste for denne gruppe. Det kan give indikationer af, at det i højere grad er hospitaler, personer har kontakt til i det sidste leve år end fx almen praksis i forhold til personer med længere restlevetid.

Figur 2. Gennemsnitlige udgifter til sygesikringen fordelt efter alder og tilbageværende leveår, mænd af dansk oprindelse



Anm.: De gennemsnitlige udgifter fordelt på køn og antallet af tilbageværende.
 Kilde: DREAM-gruppen (2021), Samfundsøkonomiske konsekvenser af sund aldring.¹

Figur 3. Gennemsnitlige udgifter til hospitaler fordelt efter alder og tilbageværende leveår, mænd af dansk oprindelse



Udgifter til medicinområdet er sammenholdt med udgifterne til sygesikring og hospital, og er beskedne. Udgifterne til medicin er ikke illustreret, men følger samme struktur som udgifter til hospital dog med den undtagelse, at udgifter til personer, der dør inden for det kommende år, er marginalt lavere end udgifter knyttet til personer med en forventet levetid på 2–3 år.²⁷

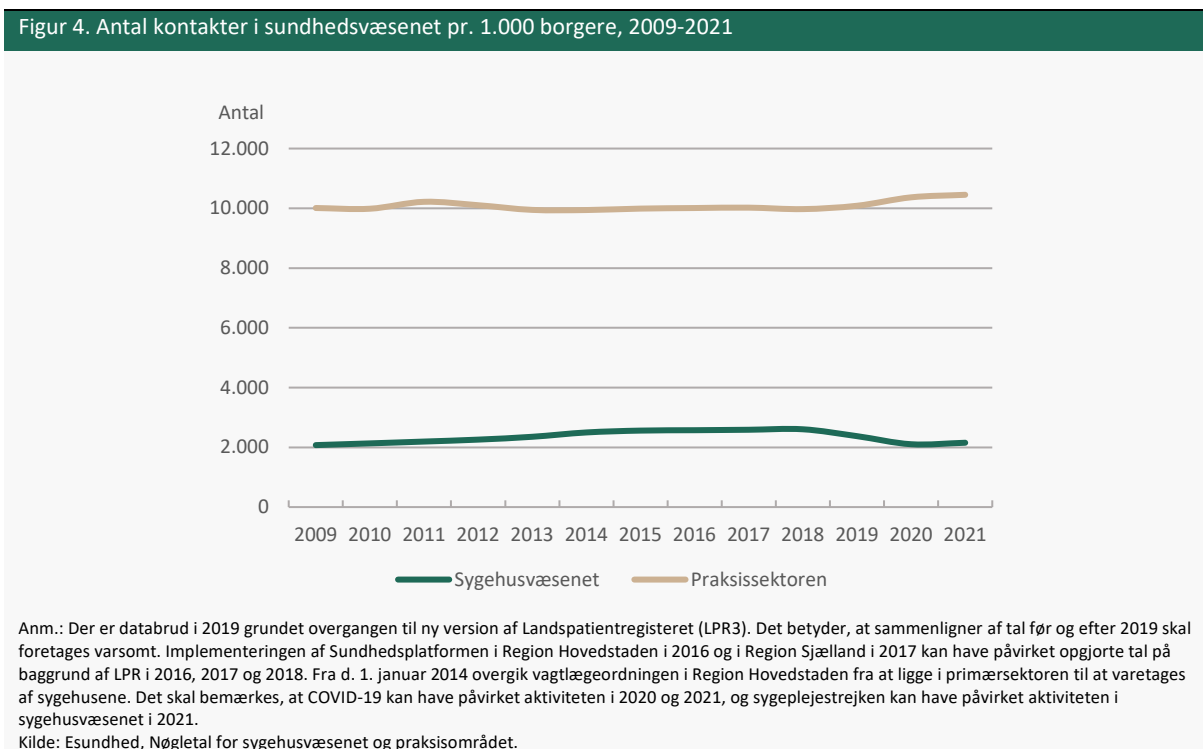
Aktivitet i sundhedsvæsenet

I dette afsnit beskrives aktiviteten i sundhedsvæsenet. For at sikre at udviklingen i aktiviteten ikke drives af den demografiske udvikling, er aktiviteten i sundhedsvæsenet opgjort pr. 1.000 borgere.

I 2021 var der ca. 2.150 kontakter til sygehusvæsenet og 10.450 kontakter til praksissektoren pr. 1.000 borgere, jf. figur 4. Det svarer til, at en borger i gennemsnit havde kontakt til sygehusvæsenet og praksissektoren hhv. ca. 2 og 10 gange i løbet af 2021. Fra 2009–2021 er antallet af kontakter til både sygehusvæsenet og praksissektoren pr. borgere stedet med ca. 4 pct.

²⁷ DREAM, Samfundsøkonomiske konsekvenser af sund aldring, 2021, [Link](#)

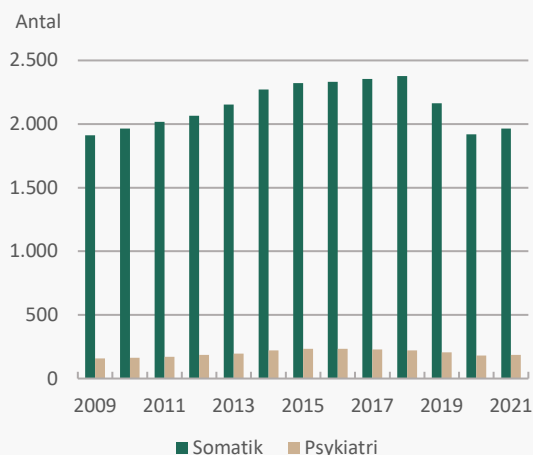
Kontakter til sygehusvæsenet er faldet med 17 pct. i perioden 2018–2021. Generelt set skal aktiviteten i sundhedsvæsenet for 2020 og 2021 tolkes varsomt, da aktiviteten i 2020 og 2021 kan være påvirket af COVID-19 og sygeplejerskestrejken i 2021.



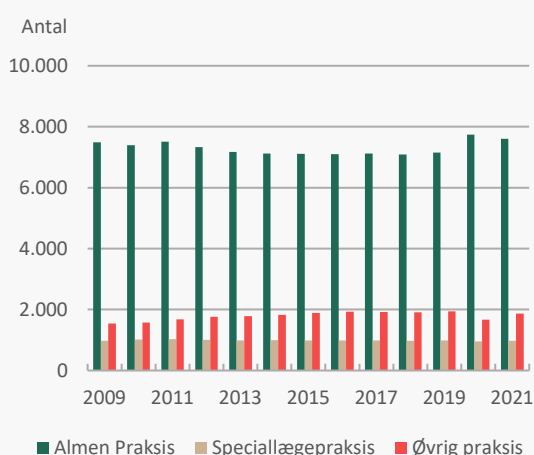
I 2021 var der ca. 1.950 somatiske ophold i sygehusvæsenet pr. 1.000 borgere, jf. figur 5. Antallet af ophold var højest i 2018 med 2.350 ophold pr. 1.000 borgere. Langt de fleste ophold kan tilskrives somatiske sygdomme, hvor psykiatriske sygdomme fylder en væsentlig mindre del af sygehusaktiviteten.

Antallet af kontakter i praksissektoren er væsentlig højere end ophold i sygehusvæsenet. I 2021 var der hhv. 7.600, 950 og 1.850 kontakter pr. 1.000 borgere i almen praksis, speciallægepraksis og øvrige praksis, jf. figur 6. Øvrige praksis omfatter bl.a. fysioterapi og psykologhjælp.

Figur 5. Antal ophold i sygehusvæsenet pr. 1.000 borgere efter sygehuskategori



Figur 6. Antal kontakter i praksissektoren pr. 1.000 borgere efter praksistype



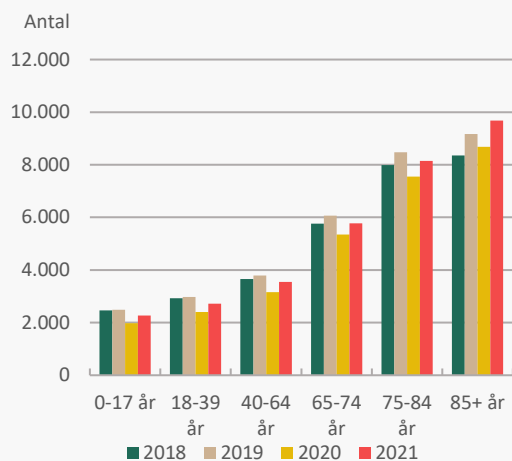
Anm.: Et ophold omfatter en eller flere kontakter, hvor der er mindre end 4 timer mellem hver kontakt. Øvrig praksis omfatter bl.a. Fysioterapi, kiropraktik, forbehandling mv. Vederlagsfri fysioterapi omfatter alene kontakter hos privatpraktiserende fysioterapeuter, der er afregnet via sygeforsikringen, og ikke de kontakter der foregår i kommunalt regi. Se i øvrigt anmærkningerne til figur 4.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Esundhed (Nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet).

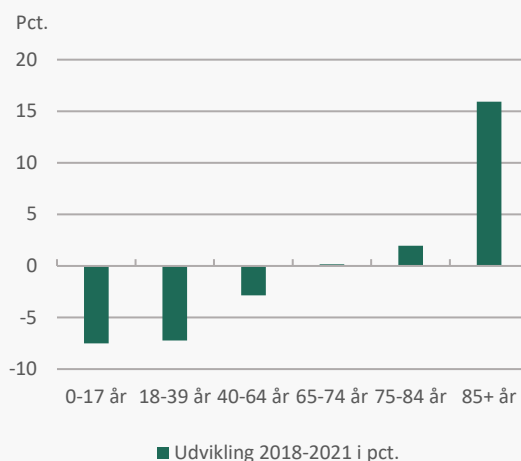
Antallet af fysiske kontakter i almen praksis stiger proportionalt med alderen. Det er personer i alderen 0–17 år, der har færrest kontakter i almen praksis, hvor det er aldersgruppen 85 år og derover, der har flest kontakter. I 2021 var der ca. 2.300 kontakter i almen praksis pr. 1.000 borgere i alderen 0–17 år og ca. 9.700 kontakter pr. 1.000 borger blandt personer på 85 år eller derover, jf. figur 7.

Sammenlignes personer i den samme aldersgruppe over tid, så har de ældre aldersgrupper mere kontakt til almen praksis i 2021, end de havde i 2018, hvor de yngre aldersgrupper har mindre kontakt til deres almen praktiserende læge. For personer i aldersgruppen 75–84 år og 85+ år er antallet af kontakter steget med hhv. 2 og 16 pct. i perioden 2018–2021. For de yngste er antallet af kontakter faldet med ca. 8 pct, jf. figur 8.

Figur 7. Antal fysiske kontakter i almen praksis i dagtid pr. 1.000 borgere efter alder



Figur 8. Udvikling i antal kontakter i almen praksis i dagtid pr. 1.000 borgere efter alder, pct.



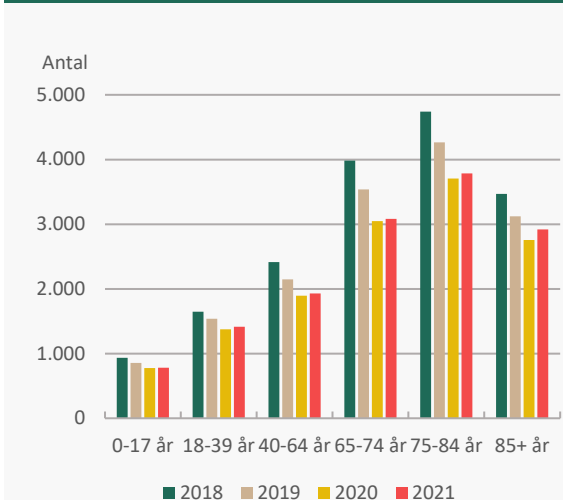
Anm.: Se anmærkningerne til figur 4.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Esundhed (Nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet) og Danmark Statistik (BEFOLK2).

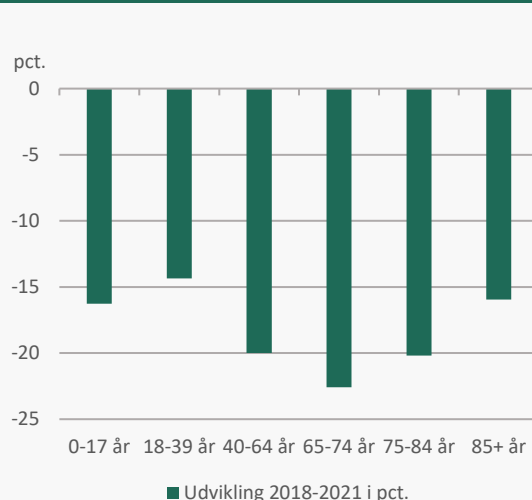
Antallet af ambulante ophold i somatikken er stigende med alderen frem til 84 år, hvorefter den er aftagende. I 2021 havde borgere i alderen 40–64 år i gennemsnit knap 2 ambulante ophold, hvor borgere i alderen 75–84 år i gennemsnit havde 3,8 ambulante ophold. De ældste borgere på 85 år eller derover havde derimod i gennemsnit 2,9 ambulante ophold i 2021, jf. figur 9.

Antallet af ambulante ophold i somatikken er faldet i perioden 2018–2021 for alle aldersgrupper, jf. figur 10. Faldet skal dog tolkes varsomt, da aktiviteten i 2020 og 2021 kan være påvirket af COVID-19 og sygeplejerskestrejken i 2021.

Figur 9. Antal ambulante ophold i somatikken pr. 1.000 borgere efter alder



Figur 10. Udvikling i antal ambulante ophold i somatikken pr. 1.000 borgere efter alder, pct.



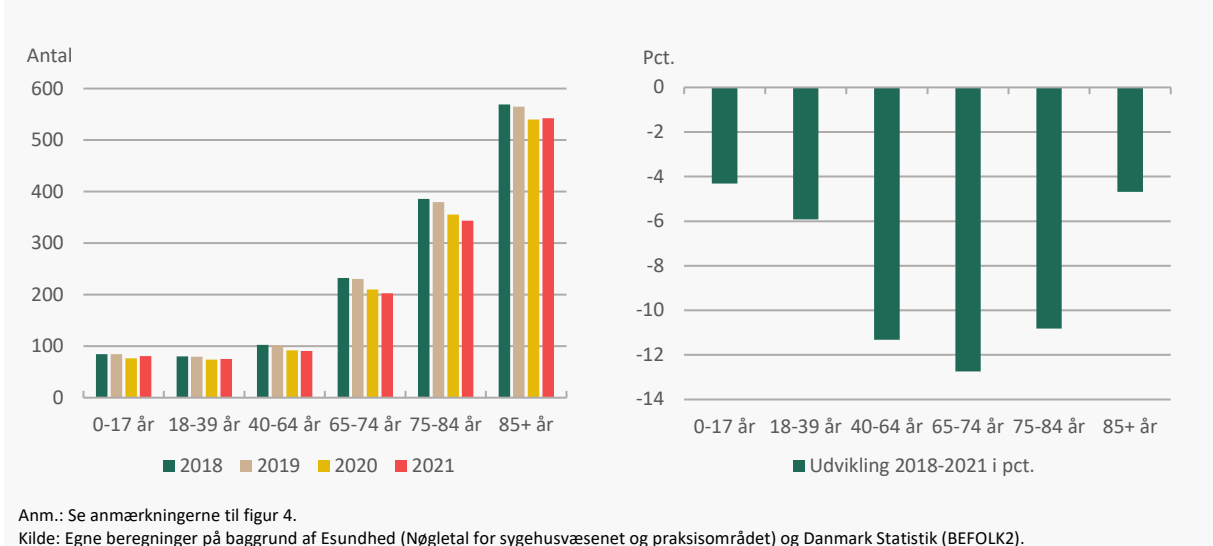
Anm.: Se anmærkningerne til figur 4.

Kilde: Egne beregninger på baggrund af Esundhed (Nøgletal for sygehusvæsenet og praksisområdet) og Danmark Statistik (BEFOLK2).

Antallet af indlæggelser i somatikken er generelt set stigende med alderen. Blandt personer i alderen 0-64 år er det gennemsnitlige antal indlæggelser pr. borger under én indlæggelse om året, hvorefter det gennemsnitlige antal indlæggelse stiger med alderen. Det er personer i alderen 85 år eller derover, der har flest indlæggelser i somatikken. I gennemsnit var en borger på 85 år eller derover indlagt 5,4 gange i 2021 jf. figur 11.

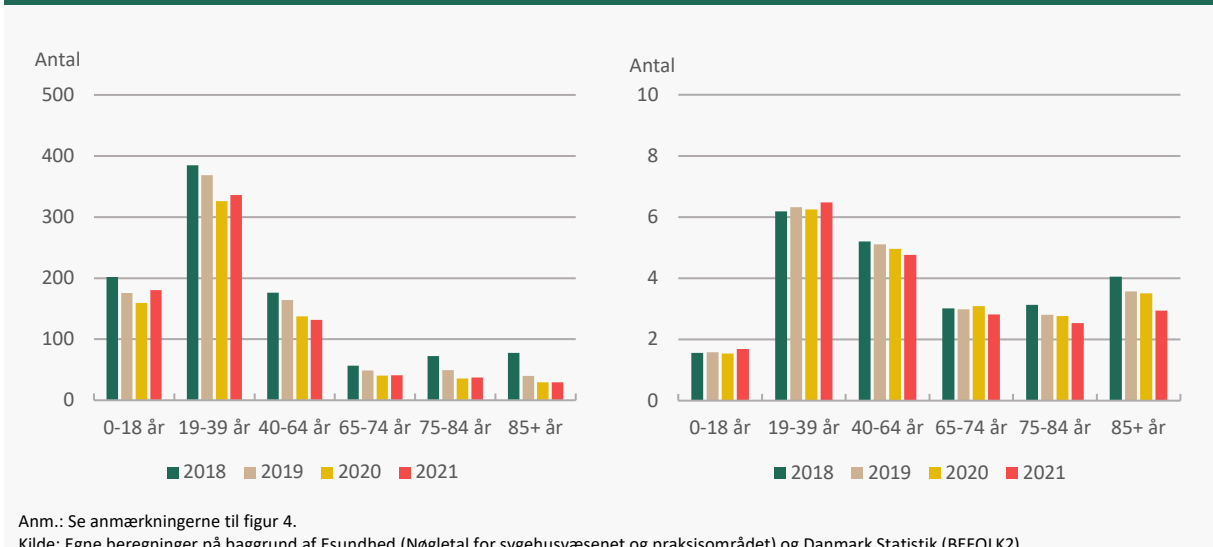
Antallet af indlæggelser i somatikken er faldet for alle aldersgrupper i perioden 2018-2021, men det gælder særligt for de tre aldersgrupper i intervallet 40-84 år, som alle er faldet med mere end 10 pct. i perioden, jf. figur 12. Faldet skal dog tolkes varsomt, da aktiviteten i 2020 og 2021 kan være påvirket af COVID-19 og sygeplejerskestrejken i 2021.

Figur 11. Antal indlæggelser i somatikken pr. 1.000 borgere efter alder **Figur 12. Udvikling i antal indlæggelser i somatikken pr. 1.000 borgere efter alder, pct.**



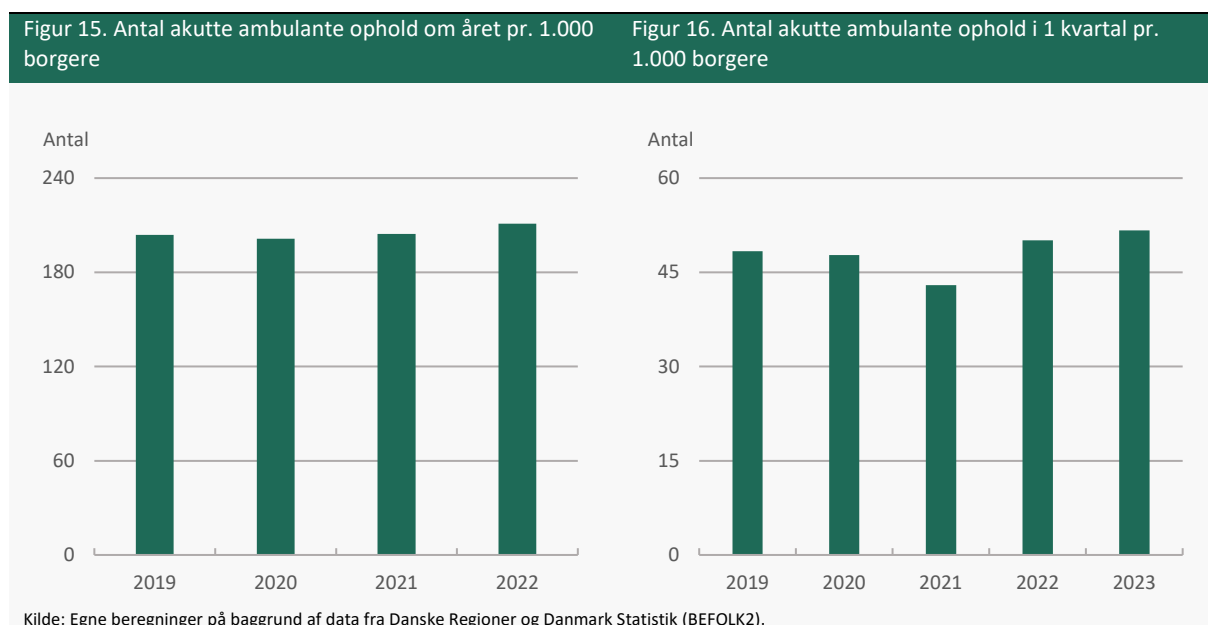
I psykiatrien tegnes der nærmest det modsatte billede end i somatikken. Ses der bort for børn i alderen 0–18 år, så er det gennemsnitlige antal ophold i psykiatrien faldene med alderen, hvor det er borgere i alderen 19–39 år, der er i gennemsnit, har flest ambulante ophold pr. borger, jf. figur 13. Det er ligeledes borgere i alderen 19–39 år, der har flest indlæggelser i psykiatrien, jf. figur 14.

Figur 13. Antal ambulante ophold i psykiatrien pr. 1.000 borgere efter alder **Figur 14. Antal indlæggelser i psykiatrien pr. 1.000 borgere efter alder**



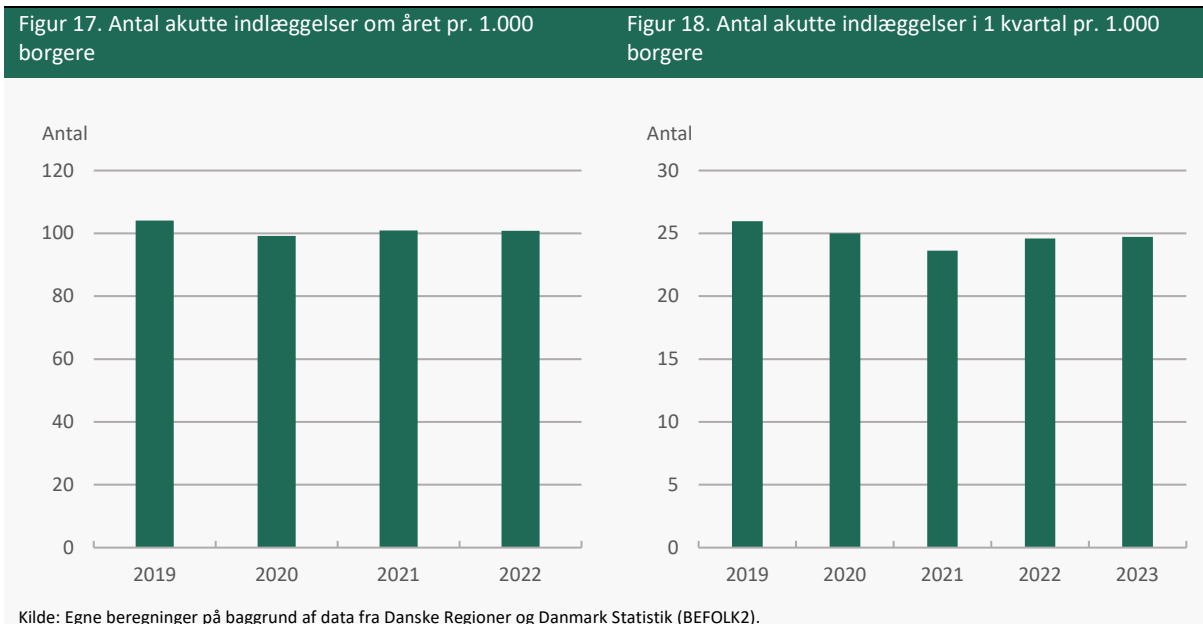
På det akutte område er det særligt antallet af akutte ambulante ophold, der vokser. I 2022 var der over 1,2 million akutte ambulante kontakter, som svarer til ca. 211 kontakter pr. 1.000 borgere. Antallet af akutte ambulante kontakter faldt i forbindelse med Covid-19, men i 2022 er antallet af akutte ambulante kontakter højere end, det var før Covid-19. Antallet af akutte ambulante ophold pr. 1.000 borgere var knap 4 pct. højere i 2022 end 2019, jf. figur 15.

Stigningen i antallet af akutte ambulante kontakter fortsætter ind i 2023. I 1. kvartal 2023 var der ca. 52 akutte ambulante kontakter pr. 1.000 borgere, hvilket er ca. 3 pct. højere end samme periode af 2022, jf. figur 16.



Antallet af akutte indlæggelser har ikke oplevet samme stigning som akutte ambulante ophold. Der var ca. 592.000 akutte indlæggelser i 2022. Det svarer til, at 1.000 borgere var akut indlagt ca. 100 gange i 2022. Antallet af akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere i 2022 var på samme niveau som i 2021, jf. figur 17.

Samme niveau ser ud til at fortsætte i 2023. I 1. kvartal af 2023 var der ca. 25 akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere, i 1. kvartal af 2022 var der ca. samme antal akutte indlæggelser pr. 1.000 borgere, jf. figur 18.



Radiologiske undersøgelser

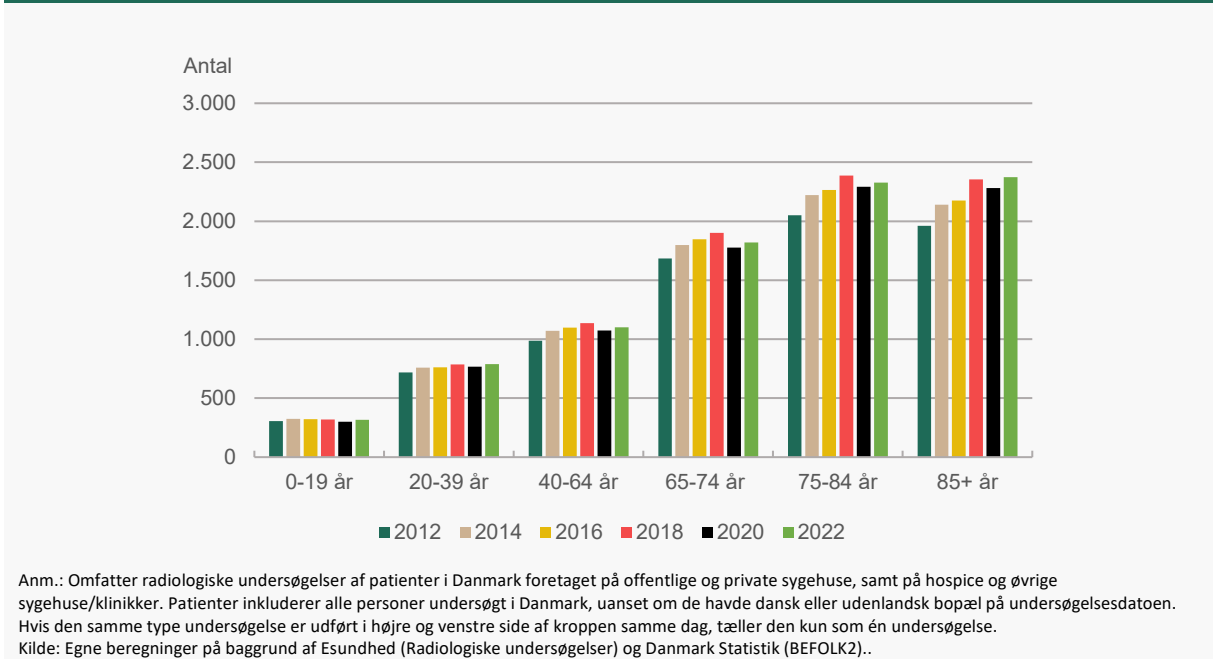
I dette afsnit beskrives radiologiske undersøgelser af patienter i Danmark. Radiologiske undersøgelser foretages både på offentlige og private sygehuse/klinikker, dog udføres langt de fleste undersøgelser i offentlig regi.²⁸

De fleste radiologiske undersøgelser bliver udført blandt de ældre borgere. I 2022 var der ca. 2.370 undersøgelser pr. 1.000 borgere i alderen 85 år eller derover, jf. figur 19. Det svarer til, at en borger i alderen 85 år eller derover i gennemsnit fik foretaget ca. 2 undersøgelser.

Siden 2012 har der været en stigende tendens i antallet af radiologiske undersøgelser pr. 1.000 borgere. Dette gælder for alle aldersgrupper, men det gælder særligt de ældre aldersgrupper. Fra 2012 til 2022 er antallet af radiologiske undersøgelser pr. 1.000 borger steget med ca. 21 pct. blandt borgere i alderen 85 år og derover. Tilsvarende har borgere i alderen 75–84 år haft en stigning på ca. 14 pct. Den mindste stigning er fundet sted blandt de 0–19-årige, hvor der i samme periode har været en stigning på ca. 3 pct.

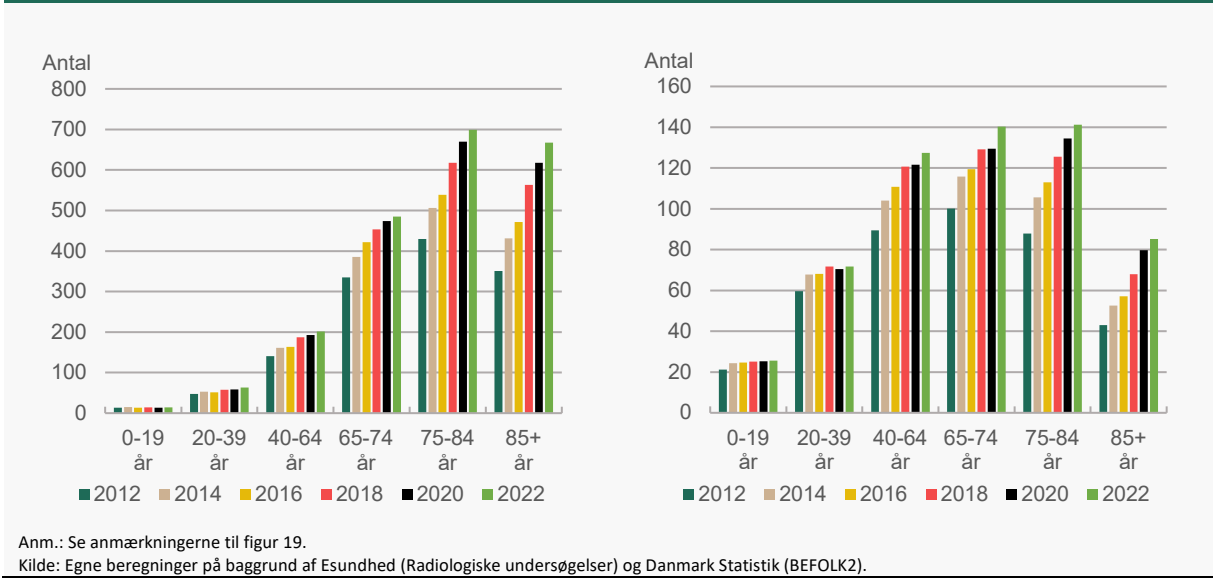
²⁸ eSundhed, Landspatientregisteret: Avanceret udtræk, 2023, [Link](#)

Figur 19. Antal radiologiske undersøgelser pr. 1.000 borgere efter alder

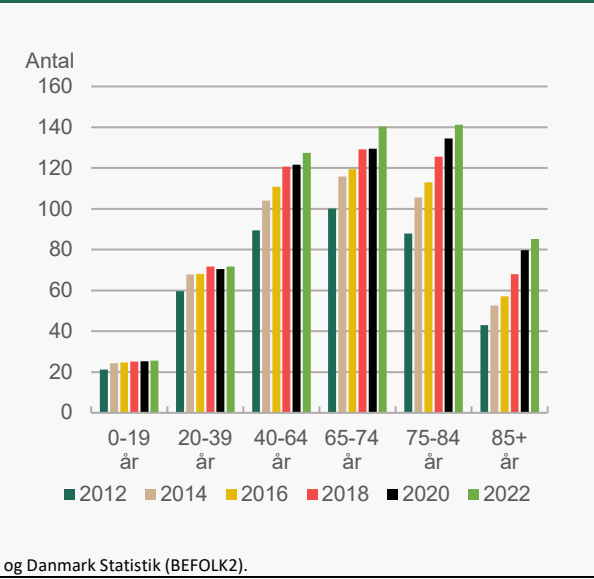


Stigningen i de radiologiske undersøgelser kommer særligt til udtryk i antallet af CT-skanninger og MR-skanninger. 1.000 borgere i alderen 85 år og derover fik i gennemsnit udført 351 CT-skanninger og 43 MR-skanninger i 2012. Til sammenligning fik de i 2022 udført 668 CT-skanninger og 85 MR-skanninger. Blandt de 75-84-årige fik 1.000 borgere i gennemsnit udført 430 CT-skanninger og 88 MR-skanninger i 2012. I 2022 var de tilsvarende tal hhv. 699 CT-skanning og 141 MR-skanning, jf. figur 20 og 21.

Figur 20. Antal CT-skanninger pr. 1.000 borgere efter alder



Figur 21. Antal MR-skanninger pr. 1.000 borgere efter alder



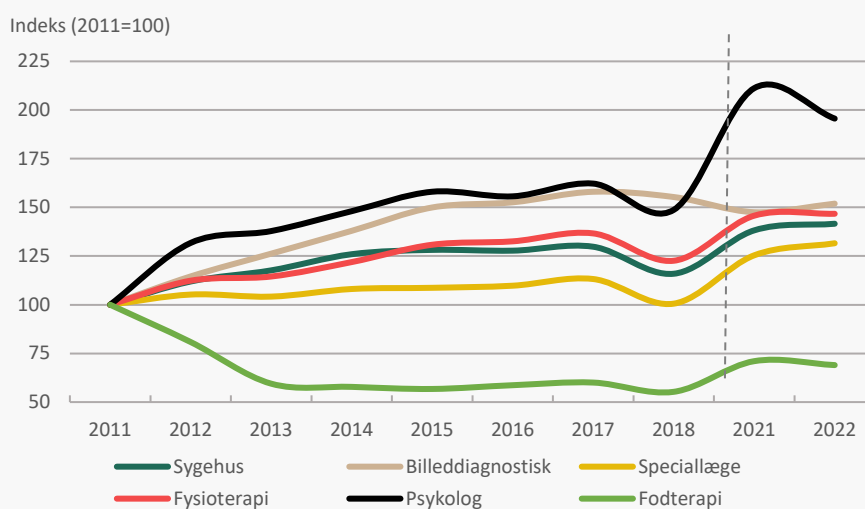
Henvisninger fra almen praksis

Almindelige borgeres indgang til sundhedsvæsenet er oftest igennem deres almen praktiserende læge. Hvis den almen praktiserende læge vurderer, at det er nødvendigt, at borgeren behandles i andet regi end almen praksis, kan lægen henvise borgeren videre til fx fysioterapi, psykolog eller sygehus.

Siden 2011 har der været en generel stigende tendens i antallet af henvisninger fra almen praksis til det øvrige sundhedsvæsen med undtagelse af fodterapi, hvor antallet af henvisninger er faldet på 31 pct., når der korrigeres for den demografiske udvikling, jf. figur 22.

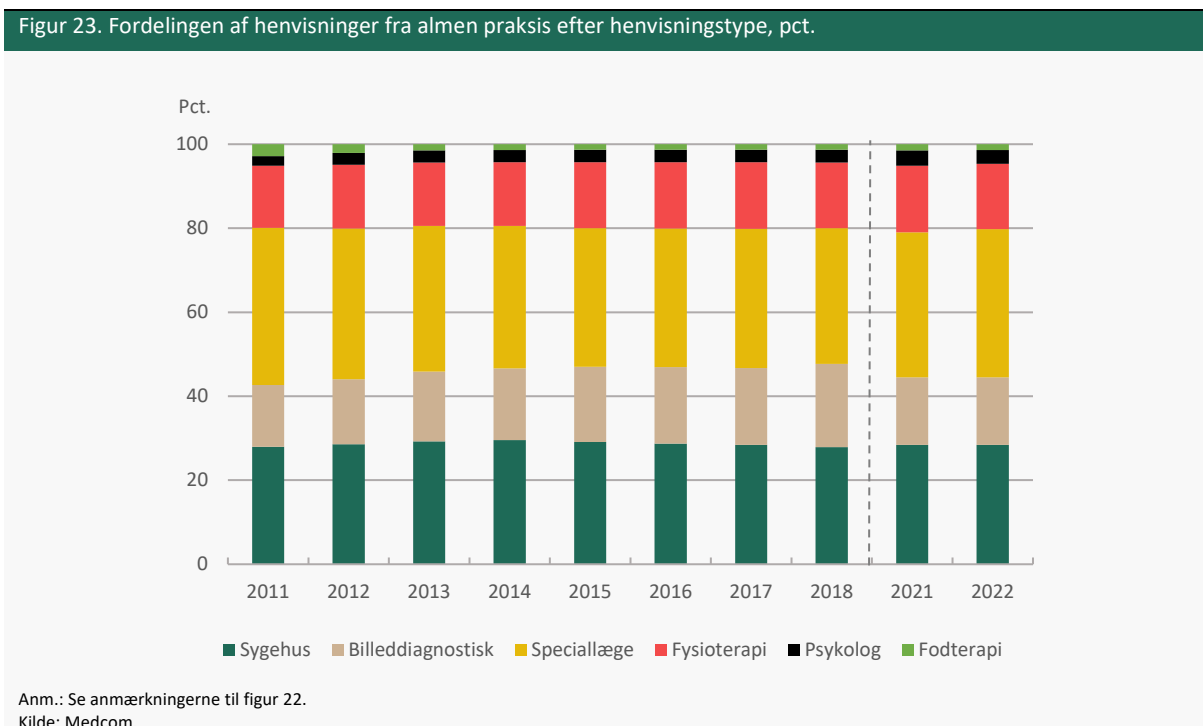
Det er almen praksis henvisninger til psykologhjælp, som har haft den største stigning fra 2011 til 2022, hvor antallet af henvisninger pr. 1.000 borgere er steget med ca. 96 pct. i perioden. Det skal desuden bemærkes, at størstedelen af stigningen er sket fra 2018. Denne stigning kan ses i sammenhæng med, at der ved aftalen om satspuljen for 2018 blev igangsat en forsøgsordning med vederlagsfri psykologbehandling til unge ml. 18–20 år med depression og angst. Ordningen blev permanent fra 1. juli 2021, hvor ordningen desuden blev udvidet til at omfatte alle i aldersgruppen 18–24 år.

Figur 22. Udvikling i henvisninger fra almen praksis pr. 1.000 borgere efter henvisningstype, indeks (2011=100)



Anm.: Indeksering af udviklingen i antal henvisninger sendt fra almen praksis (speciale 80). Bemærk at henvisninger sendt fra almen praksis i årene 2019 og 2020 ikke indgår. Det skyldes, at datagrundlaget ikke omfatter henvisninger sendt til og fra igennem enkelte operatører, som medfører et lavere niveau af sendte henvisninger i 2019 og 2020 og er derfor ikke direkte sammenlignelige med de øvrige år.
 Kilde: Medcom.

Almen praksis laver flest henvisninger til praktiserende speciallæger efterfuldt af sygehuse og billeddiagnostik, jf. figur 23. Godt hver tredje henvisning fra almen praksis er til praktiserende speciallæger, mens ca. 28 pct. og 16 pct. af henvisningerne er til hhv. sygehuse og billeddiagnostik. Fra 2011 til 2022 har billedet ikke ændret sig betydeligt.

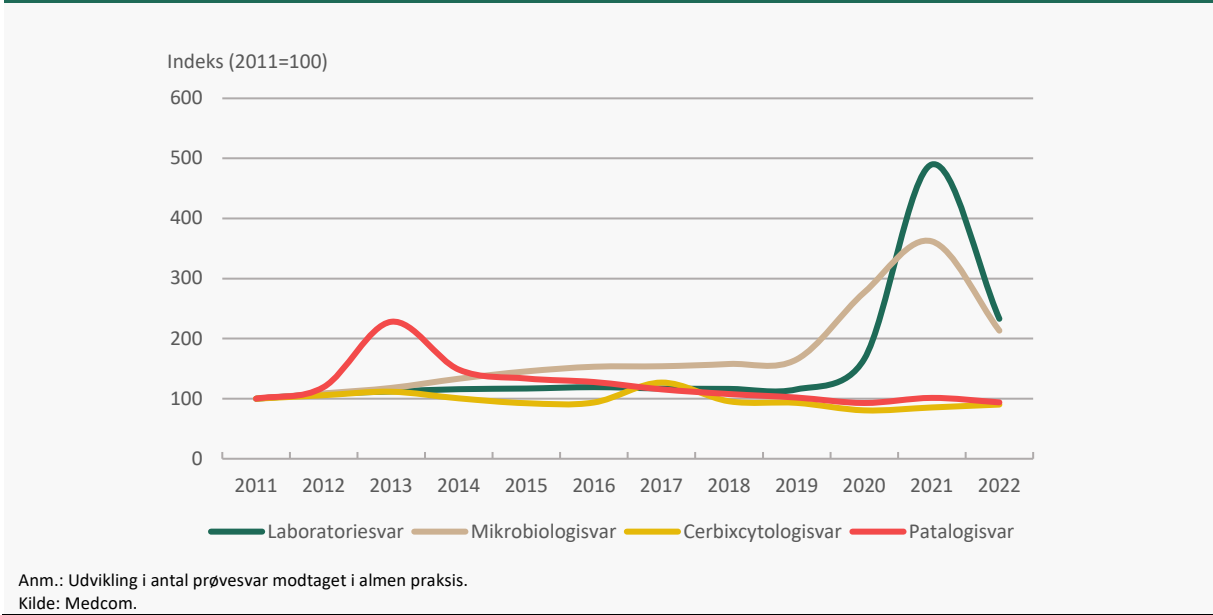


Prøvesvar i almen praksis

Almen praktiserende læger udfører og bestiller prøver såsom blodprøver, podninger og cellediagnostik. I dette afsnit ses der nærmere på de prøvesvar, som modtages i almen praksis.

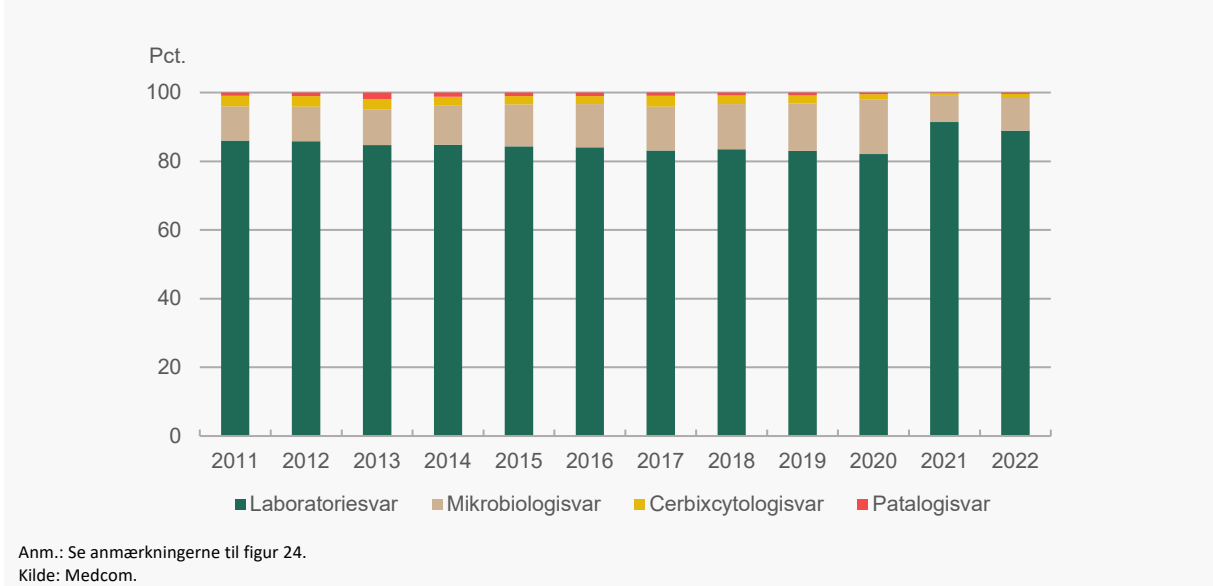
Laboratorie- og mikrobiologisvar steg voldsomt i forbindelse med COVID-19, men er nu på vej ned til deres tidligere niveau. I modsætning er antallet af svar på cellediagnostik (cervixcytologisvar) pr. 1.000 borgere faldet med 10 pct. i perioden 2011 til 2022, jf. figur 24.

Figur 24. Udvikling i prøvesvar til almen praksis efter svartype, indeks (2011=100)



Det er laboratoriesvar det udgør langt størstedelen af de prøvesvar, som almen praksis modtager. I 2022 udgjorde laboratoriesvar knap 90 pct. af alle prøvesvar, jf. figur 25. Fordelingen har ikke ændret sig betydeligt over tid.

Figur 25. Fordelingen af prøvesvar til almen praksis efter svartype, pct.

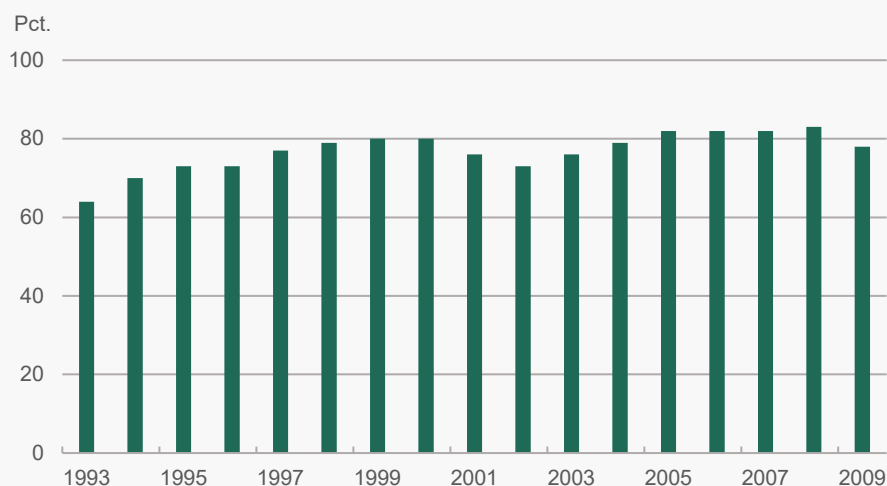


Vaccination mod Human Papilloma Virus (HPV-vaccination) har været en del af det danske børnevaccinationsprogram siden 1. januar 2009. Tilbuddet gælder for piger på 12-17 år og for

drengene, der er født den 1. juli 2007 eller senere. Tilbuddet til drenge trådte først i kraft den 1. september 2019.

Figur 26 viser andelen af kvinder i en fødselsårgang, der er blevet færdigvaccineret mod HPV. Blandt kvinder født i 1993 er ca. 64 pct. færdigvaccineret mod HPV, hvor det er knap 80 pct. af kvinder født i 2009. Det skal nævnes, at andelen af færdigvaccinerede kvinder i de seneste årgange kan være undervurderet, da nogle kvinder vil få deres vaccinationer forsinket i forhold til det anbefalende vaccinationstidspunkt.

Figur 26. Andel færdigvaccineret kvinder med Human papillomavirus-vaccine (HPV) efter fødselsårgang, pct.



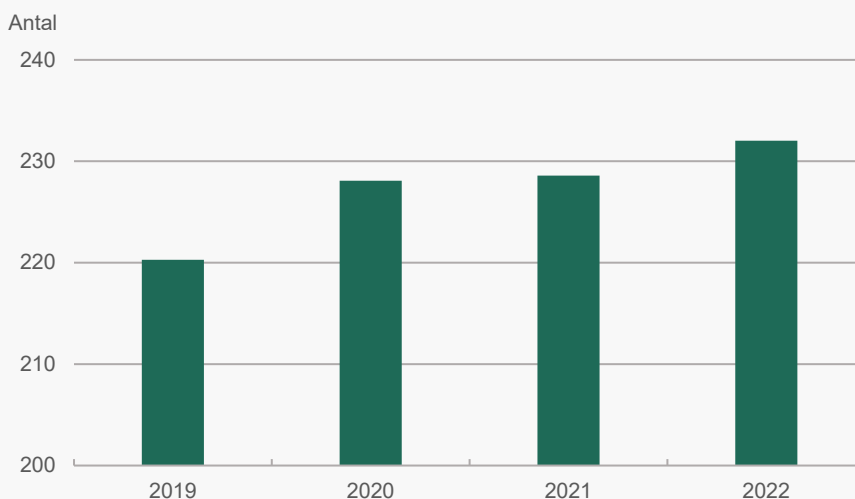
Anm.: Ved opgørelse af vaccinationstilslutningen er der brugt vaccinekoderne for henholdsvis den firevalente HPV-vaccine (Gardasil®), den tovalente vaccine (Cervarix®) og den nivalente HPV-vaccine (Gardasil®9). Vær opmærksom på, at der vil gå noget tid før vaccinationstilslutningen for pigerne født i de yngste årgange når sit endelige niveau. Kigger vi fx på piger født i 2009 og ønsker at aflæse vaccinationstilslutningen for en vaccine som skal gives i 12-årsalderen: Piger fra dette kalenderår er født fra 1.1 til 31.12.2009. Det vil sige at de sidstfødte piger i denne årgang først fylder 12 år 31.12.2021. Ydermere er det almindeligt, at nogle af disse piger vil få deres vaccinationer forsinket i forhold til det anbefalede vaccinationstidspunkt.
 Kilde: Statens Serum Institut.

Klagesager

Borgere kan klage over sundhedsfaglige behandlinger, hvis de er utilfredse med den behandling, de har modtaget. Det er muligt at klage over bestemte sundhedspersoner (disciplinærnævnsklage) eller over behandlingsstedet (forløbsklage). Det er Disciplinærnævnet, der behandler klager over autoriserede sundhedspersoner, hvor det er Styrelsen for Patientklager, der behandler klager over sundhedsfaglige forhold, uanset hvem der har begået fejlen. Forud for at en borgers klagesag bliver behandlet, kan borgeren vælge at få en dialog om sin klage med regionen, der har betalt for behandlingen.

I 2022 modtog Styrelsen for Patientklager 232 klager pr. 1.000 læger. Fra 2019 til 2022 er antallet af modtagne klager pr. 1.000 læger steget med 5 pct., jf. figur 27.

Figur 27. Antal modtagne klagesager pr. 1.000 læger efter modtagelses år

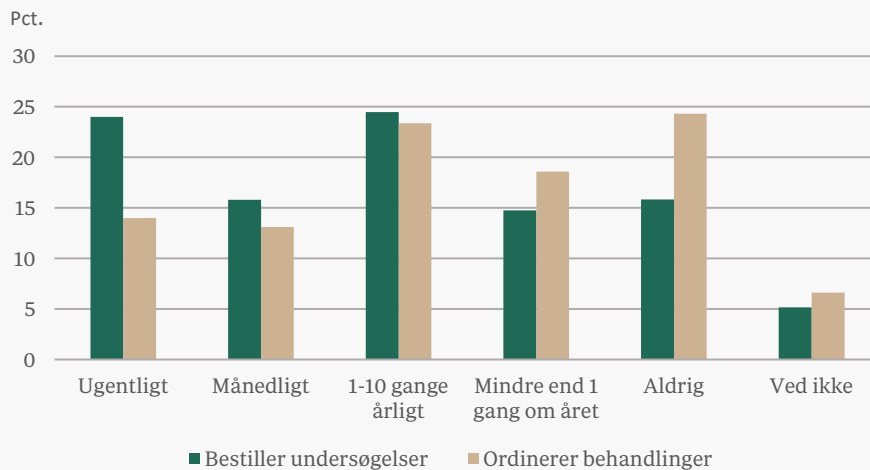


Anm.: Modtagne klagesager omfatter følgende sagstyper: dialog, disciplinærævnssag, forløbsklage, psyk. ankenævn, rettighedssag og uafklarede. Modtagne klagesager omfatter kun klagesager, hvor der er registreret faggruppen læger. Det er muligt at registrere flere faggrupper pr. klage. Det skal bemærkes, at læger er klart den faggruppe, der modtager flest klager. I 2022 modtog sygeplejersker 957 klager, hvor læger modtog 6.053 klager. Læger er defineret som erhvervsaktive læger under 65 år med gyldig autorisation og personnummer.
Kilde: Egne beregninger på data fra Styrelsen for patientklager og Sundhedsdatastyrelsen.

I 2022 udførte Lægeforeningen en spørgeundersøgelse om patientklager blandt 10.000 medlemmer, som er repræsentativ for lægestaben. Der var en svarprocent på 28 pct, svarende til at 2.830 læger besvarede spørgeskemaet.

Undersøgelsen giver indikationer af, at næsten hver fjerde læge bestiller undersøgelser på ugentlig basis, uden at der er lægeligt belæg for det, mens ca. hver syvende læge ordinerer behandlinger mindst en gang om ugen, uden det er nødvendigt fra et lægefagligt perspektiv. Det skal dog bemærkes, at en væsentlig andel af lægerne sjældent eller aldrig bestiller undersøgelser eller ordinerer behandlinger uden, der er lægefagligt belæg. Blandt læger bestiller 31 pct. undersøgelser mindre end én gang om året eller aldrig uden det er nødvendigt, tilsvarende drejer det sig om 55 pct. af lægerne, der ordinerer behandling, jf. figur 28.

Figur 28. Andel læger der hhv. bestiller undersøgelser eller ordinerer behandlinger, som ud fra et lægefagligt synspunkt, ikke er nødvendige



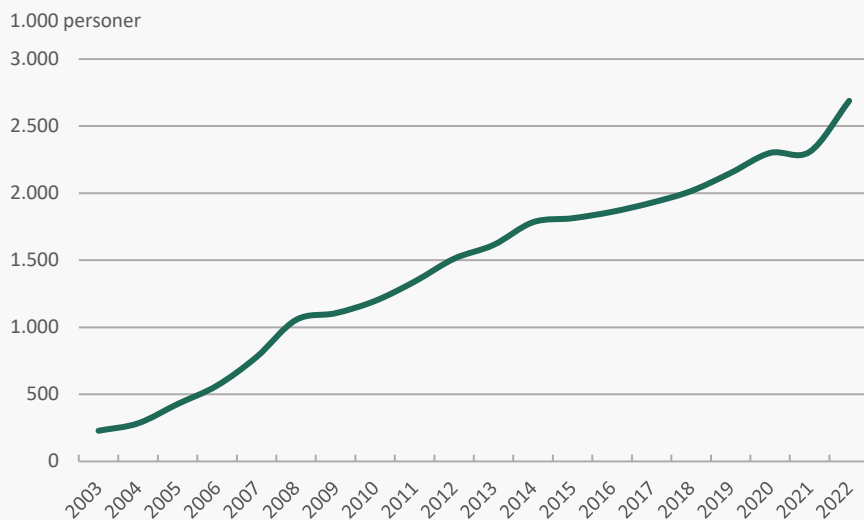
Anm.: Survey'en blev sendt ud til 10.000 erhvervsaktive læger bosat i Danmark i maj 2022. Survey'en har en svarprocent på 28%.
 Kilde: Lægeforeningens eget survey om patientklager fra 2022.

Sundhedsforsikringer

En sundhedsforsikring er en forsikring, som dækker udgifter forbundet med behandling hos private aktører og fungerer som et supplement til tilbuddene i det offentlige sundhedsvæsen. Det kan bl.a. være mindre operationer på privathospitaler, fysioterapi, psykologhjælp, behandling hos en psykiater.

Antallet af personer med sundhedsforsikringer har været stigende over de seneste 20 år. I 2022 havde knap 2,7 mio. personer en sundhedsforsikring, hvor det var ca. 228.700 personer i 2003, jf. figur 29. Det svarer til, at antallet af personer med en sundhedsforsikring er mere end fordoblet på 20 år.

Figur 29. Antal forsikrede, 2003-2022



Anm.: I statistikken indgår data for Tryg, Danica, AP Pension/Skandia, Pensiondanmark, Topdanmark, PFA, Codan, If, Gjensidig, Pensam og Dansk Sundhedssikring. Medforsikrede ægtefæller/samlevende og børn opgøres først som selvstændig kategori fra 2009
 Kilde: Brancheorganisationen Forsikring & Pension

En sundhedsforsikring kan enten være individuelt tegnet eller tegnet igennem ens arbejdsgiver. Individuelle tegnede ordninger er selvbetalte, hvor ordninger tegnet igennem ens arbejdsgiver er arbejdsgiverbetalt, dog er medarbejderen skattepligtig af forsikringspræmien. Det er i begge tilfælde forsikringsselskabet, der godkender retten til behandling.

Langt størstedelen af tegnede sundhedsforsikringer er arbejdsgiverbetalte. I 2022 var 94 pct. af alle ordninger arbejdsgiverbetalte, og 6 pct. var individuelle tegnede ordninger, jf. tabel 1.

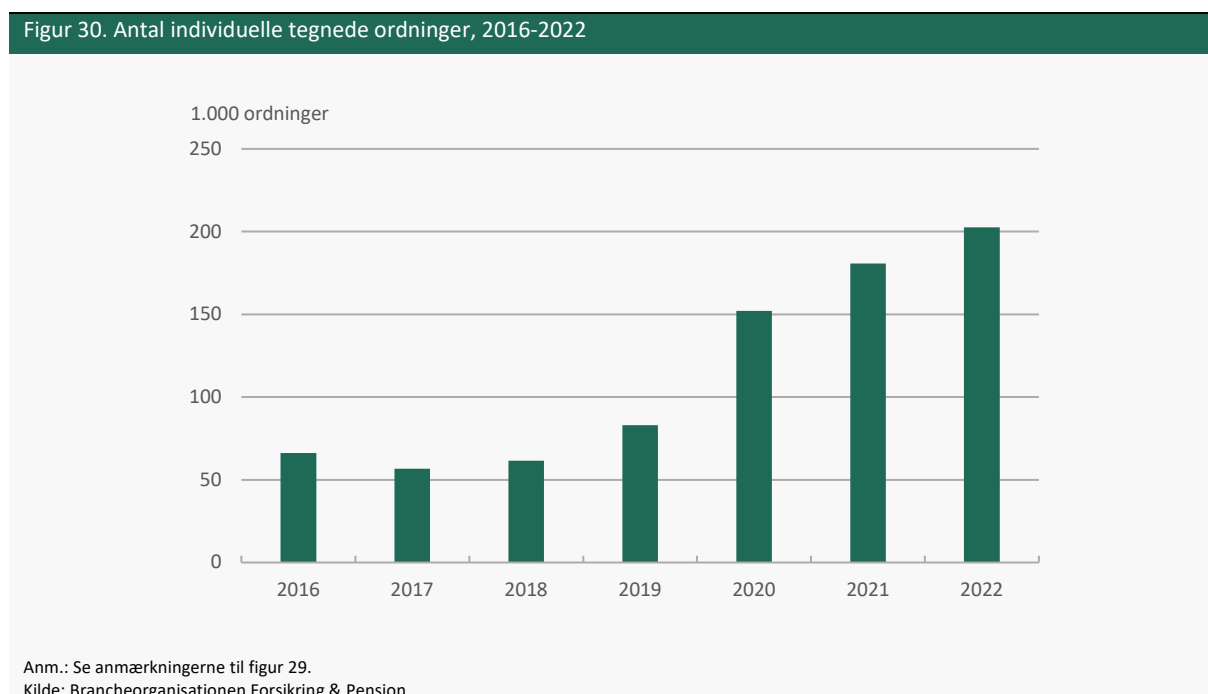
Tabel 1. Fordeling af ordninger på forsikringer, pct.

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
	----- pct. -----								
Arbejdsgiverbetalte ordninger	98	98	97	98	97	97	95	94	94
- Primært forsikrede	79	76	81	80	80	79	76	77	78
- Medforsikrede partner og børn	18	22	17	18	17	18	19	17	17
Individuelt tegnede ordninger	2	2	3	2	3	3	5	6	6

Anm.: Se anmærkningerne til figur 29.
 Kilde: Brancheorganisationen Forsikring & Pension.

Siden 2017 er individuelle ordninger begyndt at udgøre en større andel af de samlede sundhedsforsikringer. I 2017 udgjorde de individuelle ordninger kun 2 pct., hvor de udgjorde 6 pct. i 2022, det vil sige en stigning på 4 pct.-point, jf. tabel 1. Det betyder, at antallet af individuelle ordninger er steget relativt mere end de arbejdsgiverbetalte ordninger.

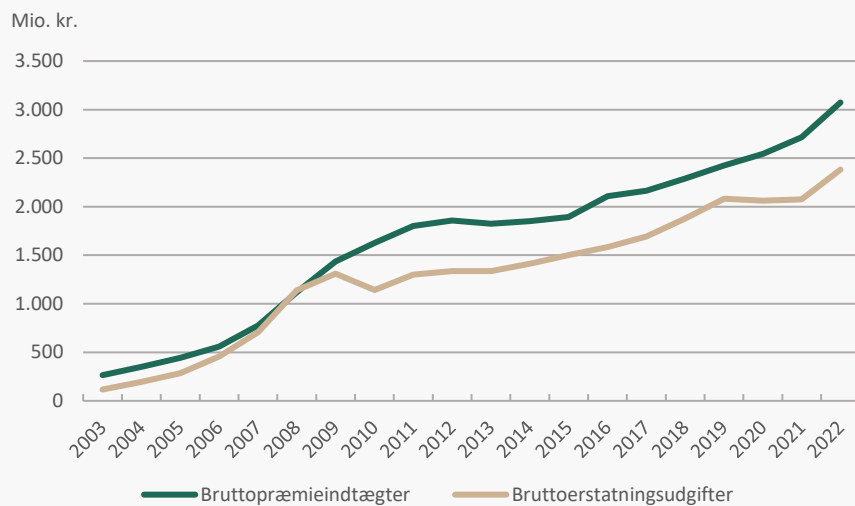
Der var ca. 202.500 individuelle tegnede ordninger i 2022. Antallet af individuelle tegnede ordninger er steget med ca. 136.300 ordninger fra 2016 til 2022, svarende til mere end en tredobling, jf. figur 30.



Ses der nærmere på præmieindtægter og erstatningsudgifter forbundet med sundhedsforsikringer, ses det, at også de har været stigende siden 2003, jf. figur 31. Det skal dog bemærkes, at der har været flere databrud bl.a. fra 2015 til 2016 og fra 2018 og 2019. For eksempel indgår data fra Pensam først i statistikken fra 2019. Det betyder, at fortolkninger om udviklingen skal foretages varsomt.

I 2022 var bruttopræmieindtægterne på 3,1 mia. kr., og bruttoerstatningsudgifterne var på knap 2,4 mia. kr. Forskellen mellem bruttopræmieindtægter og bruttoerstatningsudgifter udvikler sig rimelig stabilt, hvor bruttopræmieindtægterne fortsat er højere end bruttoerstatningsudgifter.

Figur 31. Præmier og erstatninger for sundhedsforsikringer og ordninger, 2003-2022



Anm.: Se anmærkningerne til figur 1. Desuden er tallene fra 2015 til 2016 blevet justeret og tallene i 2015 og 2016 er derfor ikke helt sammenlignelige. Fra 2019 indgår data for Pensam også i statistikken
Kilde: Brancheorganisationen Forsikring & Pension