

København, den 27. juni 2025

Til Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Høringssvar vedr. forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan og nærsundhedsplaner m.v.

DSAM takker for muligheden for at afgive høringssvar til forslag til lov om opgaveflytning, national sundhedsplan og nærsundhedsplaner m.v.

Lovforslaget rummer ambitioner om betydelig investering i det nære sundhedsvæsen for at imødegå den demografiske udvikling. Man ønsker at skabe øget kvalitet, ensartethed og geografisk nærhed samt styrke omsorgen for de patienter, der har det største behov. Det fremgår, at *"det primære sundhedsvæsen skal styrkes"*, herunder det almen medicinske tilbud, og at der skal være et *"mere samlet ansvar for patientforløbet"*.

DSAM anerkender disse målsætninger, men finder, at flere elementer i lovforslaget risikerer at modarbejde intentionerne i sundhedsreformen, hvilket vi vil redegøre for.

Vi savner desuden en tydelig lokal lægefaglig forankring i udarbejdelse af nærsundhedsplaner.

1. Nærhed i ord, men ikke i struktur. Det kan skabe ulighed.

Lovforslaget fremhæver nærhed og lighed i adgang til sundhedsydelser som centrale pejlemærker. Samtidig lægges op til, at flere sundhedsopgaver overføres fra kommuner til regioner. Det fremgår, at små kommuner kan have vanskeligt ved at løfte opgaverne alene, og at fælles kommunale eller regionale løsninger kan være nødvendige.

DSAM vurderer, at der hermed er åbenlys risiko for centralisering, og at det i praksis vil kunne svække netop den nærhed og lighed, der efterlyses. For sårbare patienter kan fysiske afstande have stor betydning. Vi opfordrer til, at der indarbejdes en systematisk vurdering af geografisk afstand og patientens perspektiv. Det kan være nødvendigt at angive en øvre kilometergrænse/tid i offentlig transport for afstand til rehabilitering og ikke bare en ventetidsgaranti.

2. Der er brug for lægefaglig rådgivning af sundhedsråd.

Det fremgår af lovforslaget, at Sundhedsstyrelsen skal bistå med faglig rådgivning til udarbejdelsen af både sundhedsplaner og nærsundhedsplaner. Men det præciseres ikke, hvordan denne rådgivning skal foregå, eller om faglige selskaber – herunder DSAM – reelt skal inddrages.

Vi ved, at Sundhedsstyrelsen aktuelt inddrager relevante lægefaglige kompetencer i udarbejdelse af sundhedsplaner. For at sikre dette også gøres fremover, bør det nævnes i lovgivningen.

Hvad angår nærsundhedsplaner, forekommer det besynderligt, at man angiver, at man vil høre patient- og pårørendeorganisationer, men ikke de relevante lægefaglige kompetencer i området. Vi anbefaler, at der knyttes lokal lægefagligt rådgivning til sundhedsrådene, hvor DSAM og PLO deltager.

DSAM anbefaler, at KAP-enhederne bevares (fx i samme model som i Region Nordjylland = NordKAP) og udbygges til at varetage en strukturel del af planarbejdet i forhold til nærsundhedsplaner, der vedrører almen praksis. Det vil styrke det lægefaglige indhold i planerne, give relevant lokal viden og bygge bro til en vellykket implementering.

3. Risiko for mange skift i opholdssted og ansvar. Samlokation er løsningen.

Lovforslaget introducerer regionale omsorgspladser. Det fremgår ikke, hvordan disse pladser koordineres med eksisterende kommunale omsorgspladser. Vi frygter, at dette vil skabe en ekstra 'silo' i patientforløbene og øge kompleksiteten. Der er nemlig risiko for, at patienten oplever talrige lægeskift og personaleskift i sit behandlingsforløb, og det øger risiko for fejl og fragmentering. Der er behov for langt større tydelighed omkring rolle- og ansvarsfordeling.

For eksempel kan man forestille sig, at en 80-årig patient med demens, der indlægges fra egen bolig, gennemgår følgende forløb, med en lang række skift i både opholdssted og ansvar.

1	Egen bolig/egen læge
2	Sygehus eller akutmodtagelse – patientansvarlig læge
3	Regional omsorgsplads – hvilken tilknyttet læge?
4	Kommunal omsorgsplads – hvilken tilknyttet læge?
5	Permanent plejebolig/fasttilknyttet plejehjemslæge eller egen bolig/egen læge

Ved hver overgang skifter patienten lokation og muligvis læge.

DSAM anbefaler, at man konsekvent arbejder med samlokation af midlertidige regionale og kommunale pladser. På den måde kan man, populært sagt, flytte viden fremfor at flytte patienten. Patienten bliver i samme rum – sundhedspersoner kan skifte og har mulighed for at konferere med hinanden.

4. Der er brug for en tydelig tovholder med generalistviden.

Patienter, der "indlægges" på regionale midlertidige pladser, er meget sårbare. En ny undersøgelse viser, at 40% af de borgere, der i dag indlægges på kommunale akutpladser, dør indenfor et år¹. Mange har behov for vurdering af udrednings- og behandlingsniveau samt stillingtagen til genoplivning og tidlig palliativ indsats.

¹ <https://link.springer.com/article/10.1007/s41999-025-01209-99>

Derfor er en lægefaglig tovholder med generalistkompetencer og kendskab til patienten afgørende.

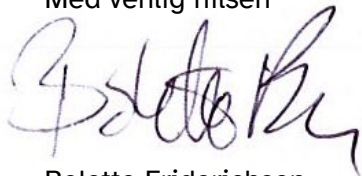
I forslaget om sundheds- og omsorgspladser anerkendes behovet for lægefaglig sparring og behandlingsansvar (side 40), men det fremgår ikke klart, hvem der har tovholderrollen. Det beskrives på side 61, hvordan sygehusene kan vendes udad ved fx i langt højere grad at stille specialiseret rådgivning til rådighed for nære tilbud og tage ansvar før og efter sygehusophold.

DSAM anbefaler, at det tydeligt fremgår, at både kontakter fra plejepersonalet og konferencer med sygehuspecialister skal gå gennem den læge, der har det samlede behandlingsansvar og fungerer som tovholder. Det gælder, uanset om patienten er på en regional eller kommunal midlertidig plads.

Tovholderen kan være patientens egen læge eller en anden læge – men det er afgørende, at én læge har ansvar for patienten som helhed, ikke blot for en enkeltstående problemstilling eller et organsystem.

Dette udelukker ikke, at den behandlingsansvarlige læge konfererer med fx patientens egen læge – men ansvarsplaceringen skal være tydelig og konsekvent.

Med venlig hilsen



Bolette Friderichsen
Formand for DSAM