

danske bioanalytikere

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Sundhedsafdelingen
Slotsholmsgade 10-12
DK-1216 København K

INDGÅET I
10 JAN 2005
1.0

Kopi til USA, Zw

Høringssvar på udkast til lovgivning om udmøntning af strukturreformen på sundhedsområdet

6. jan. 2005

Danske Bioanalytikere takker for de fremsendte udkast til lovgivning om udmøntning af strukturreformen på sundhedsområdet.

M.h.t. de overordnede bemærkninger til udkastet skal Danske Bioanalytikere alene henvise til høringssvaret afgivet af Sundhedskartellet, som Danske Bioanalytikere er en del af. I dette høringssvar vil vi alene forholde os til forhold, som er specifikke for det laboratoriemedicinske område – her betegnet som det diagnostiske område, inden for sundhedsvæsenet.

Skal det lykkes at tilvejebringe sammenhængende patientforløb i det danske sundhedsvæsen, er det vigtigt også at inddrage det diagnostiske område.

Konkret vil vi forholde os til følgende:

1. Sammenhængende patientforløb, specialeplanlægning og laboratoriestrukturer.
2. Sundhedscentre i et sammenhængende sundhedsvæsen.

Sekretariatet
Nørre Voldgade 90
1358 København K
Tlf: 3341 4747
Fax: 3391 8211
www.dbio.dk
Email: dbio@dbio.dk
Forstædernes Bank:
5475-0002007953
Senr. 70 75 94 11

Ad. 1:

Af de specielle bemærkninger til udkast til sundhedslov fremgår det, at specialefordelingen mellem regionerne og i regionerne fremover i højere grad vil blive dikteret af Sundhedsstyrelsen.

I den forbindelse skal Danske Bioanalytikere gøre opmærksom på, at behovet for diagnostisk virksomhed ved et sygehus ikke lader sig afgrænse af et enkelt lægefagligt speciale, men går på tværs af disse.

Danske Bioanalytikere anbefaler derfor, at den diagnostiske virksomhed ikke snævert kobles til den lægefaglige specialefordeling. Laboratoriestrukturerne bør i stedet tage udgangspunkt i sygehusenes behandling af patienterne – f.eks. gennem etablering af diagnostiske centre.

I lovforslagets kapitel 64 er det angivet, at specialeplanlægningen varetages af et rådgivende udvalg, der sammensættes af repræsentanter fra "de lægevidenskabelige selskaber, regionsrådene, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet". Netop fordi det ikke vil være hensigtsmæssigt snævert at koble den laboratiemedicinske virksomhed til de lægefaglige specialer, finder Danske Bioanalytikere denne sammensætning sundhedsfagligt for smal.

Konkret skal vi i relation til vores profession foreslå, at Laboratiemedicinsk Selskab for Bioanalytikere repræsenteres i det rådgivende udvalg.

Ad. 2:

Danske Bioanalytikere er enig i, at etablering af lokale sundhedscentre skal ses som led i et sammenhængende sundhedsvæsen. Vi finder det derfor uforståeligt, at sundhedscentre i udkast til sundhedslov alene omtales som virksomhed i kommunalt regi.

Sundhedscentre bør efter Danske Bioanalytikeres opfattelse såvel kunne etableres i samme regi som sygehusene som i kommunalt regi. Og mange sundhedscentre vil med fordel kunne etableres i fælles regi af region og kommuner i regionen.

Herved vil sundhedscentrene blive en unik mulighed for at skabe den brobygning mellem den kommunale virksomhed og regionernes virksomhed inden for sundhedsområdet, som netop er et af de overordnede mål for strukturreformen.

Sundhedscentre med diagnostisk virksomhed vil således kunne varetage en ikke uvæsentlig del af såvel kommunernes som regionernes sundhedsfaglige tilbud.

Den diagnostiske virksomhed kan f.eks. danne grundlag for en forebyggende indsats i forhold til livsstilssygdomme, allergiudredninger mv. Den kan også have til formål at regulere behandlingen af allerede diagnosticerede sygdomme – f.eks. kroniske sygdomme som KOL og diabetes.

Endelig kan den diagnostiske virksomhed i sundhedscentrene have til formål at udelukke og diagnosticere sygdomme og/eller fastlægge en behandling – f.eks. i samarbejde med almen lægepraksis eller et sygehus.

Danske Bioanalytikere ser frem til fortsat dialog om fremtidens danske sundhedsvæsen, og vil altid være rede til at bistå med ekspertise inden for vores profession.

Venlig hilsen

Danske Bioanalytikere



Anne Lise Madsen, formand



Dansk Medicinsk Selskab

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K.

10. januar 2005
J.nr. 221.00

Høringssvar på sundhedsdelen af lovforslaget vedrørende strukturreformen

Dansk Medicinsk Selskab takker for invitationen til at fremkomme med et høringssvar til lovforslaget vedrørende strukturreformen (sundhedsloven).

Dansk Medicinsk Selskab, som er paraplyorganisation for de videnskabelige specialselskaber, ser det som sin opgave at prioritere et videnskabeligt fundament for forebyggelse, diagnose og behandling på internationalt højeste videnskabelige plan. Det kræver forskning men også udvikling og uddannelse med henblik på implementering på et evidensbaseret grundlag. Vor opmærksomhed har derfor været rettet mod, hvorvidt lovforslaget konsoliderer og fortsat udbygger af den fornemme position, dansk sundhedsvidenskabelig forskning har, naturligvis med specielt fokus på den del, som foregår i sundhedsvæsenet. Vi har også haft vor opmærksomhed rettet mod, hvorvidt strukturreformen skulle medvirke til forbedring af uddannelsesforholdene for sundhedspersonalet, for de studerende, der befinder sig i sundhedssektoren, og for livslang læring for de forskellige personalegrupper. Endelig har vi været opmærksomme på, hvilke dele af lovforslaget, der forstærker vidensoverførsel fra forskning og uddannelse til blandt andet klinisk virksomhed.

De tre danske universitetshospitaler med tilknyttede sundhedsvidenskabelige fakulteter og forskningsenheder for primærsektoren er dynamoer for de processer, der skal opfylde ovennævnte formål. Vi har derfor med undren registreret, at Universiteterne ikke er inviteret til at afgive høringssvar. Uden et eksplicit mandat fra disse instanser tillader vi os derfor alligevel at berøre deres interesseområder, så de i det mindste bliver delvist dækkede.

Formand:
Professor, dr.med. Jens Christian Djurhuus
Klinisk Institut
Skejby Sygehus
8200 Århus N
Tlf. 89 49 55 00
Tlf. 86 17 67 35 (privat)
E-mail jcd@ki.au.dk

Lægelig sekretær:
Professor, dr.med. J. Michael Hasenkam
Hjerte-lunge-karkirurgisk afdeling T
Skejby Sygehus
8200 Århus N
Tlf. 89 49 54 80
Tlf. 86 15 85 14 (privat)
E-mail hasenkam@ki.au.dk

Sekretariat:
Fællessekretariatet, Esplanaden 8C, 3.sal
1263 København K.
Tlf. 35 44 84 07
Fax. 35 44 84 08
E-mail cs@dadl.dk
www.dms.dk

Den almindelige tendens i det danske sundhedsvæsen er, at arbejdsintensiteten intensiveres med fokus på øget produktion og omsætning af sundhedsydelser. Der udfoldes tillige bestræbelser på at udskille de specifikke behandlingsomkostninger fra andre omkostninger som for eksempel forsknings- og uddannelsesomkostningerne. I et lovforslagskompleks med fokus på intensivering af den centrale styring af sundhedsvæsenets omkostninger er det derfor naturligt, at vor primære opmærksomhed er rettet imod, hvorledes man fra centralt hold har tænkt sig at styrke forskning, udvikling, uddannelse og implementering i hele landets sundhedsvæsen. Vi skal derfor foreslå, at man tydeliggør, hvordan man med "øremærkede" virkemidler vil styrke forskning og udvikling i sundhedsvæsenet.

Dansk Medicinsk Selskab hilser det velkomment, at forsknings- og udviklingsforpligtelsen nu stadfæstes for alle regioner og sygehuse. Det er i høj grad ønskeligt at man i regionerne bliver styrket med en basisøkonomi, så man i nogen grad får balanceret den betydelige, men kortsigtede eksterne finansiering af forskningen. Vi finder det imidlertid forkert, at udbredelsen af forskningsforpligtelsen til hele sundhedsvæsenet skal være udgiftsneutral og at man vil styrke forskning i regionerne ved reallokering af de langsigtede statsmidler fra H:S til regionerne. Der er god fornuft i at styrke forskning i regionerne men ikke på bekostning af stærke etablerede forskningscentre. Desuden finder DMS det vigtigt at understrege, at styrkelsen bør ske ved tildeling af midler til infrastruktur, altså langsigtede basismidler og ikke gennem kortsigtede aktivitetsbestemte tildelinger. Balancen mellem lang og kortsigtet forskningsfinansiering er i forvejen som nævnt meget skæv. Dansk Medicinsk Selskab skal derfor foreslå, at man finder nye midler til implementering af lovforslagets forskningsforpligtelse, specielt at man sikrer langsigtede forskningsmidler til alle danske universitetshospitaler.

Udvikling og uddannelse har tydeligvis ikke været et væsentligt fokusområde i forslaget til en fremtidsorienteret sundhedslov. Dette er beklageligt, idet begge aspekter er væsentlige faktorer for eventuel positiv effekt af en strukturreform. Der bliver i de kommende år stærkt brug for opkvalificering af eksisterende sundhedsuddannelser, krav om international akkreditering og stadig opdatering af alle i hele sundhedsvæsenet.

Dansk Medicinsk Selskab hilser naturligvis bestræbelser på en almen højnelse af sundhedstilbuddenes kvalitet velkommen. Spørgsmålet er imidlertid, om den nuværende struktur for Sundhedsstyrelsens meget centrale rolle er hensigtsmæssig, hvis man skal fastholde og videreføre et internationalt vurderet højt fagligt niveau. Hertil kommer, at det er fundamentalt at have et indgående kendskab til de regionale forhold.

Dansk Medicinsk Selskab finder, at Sundhedsstyrelsen bør understøttes med den nødvendige ekspertise. Med det foreslåede rådgivende organ med medicinaldirektøren som formand og med repræsentanter for regionerne er det tvivlsomt, om det er opfyldt.

Hvis man fastholder ønsket om en betydelig styrkelse af Sundhedsstyrelsen vil det kræve en følgelovgivning, der ifølge vor opfattelse skal understøtte Sundhedsstyrelsens ekspertise på flere områder. Man kunne forestille sig faglige råd for uddannelse og videreuddannelse, for udvikling og koordination og for internationale relationer.

Vidensoverførsel kræver frihedsgrader for sundhedsvæsenet. Det er ikke befordrende, at man vil detailstyre samarbejdet med eksterne parter på ministerielt plan. Koordination til universitetslovkomplekset er her afgørende.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Jens Chr. Djurhuus', written in a cursive style.

Jens Chr. Djurhuus
Formand

Kopi til
Lisa Z ~~SS~~
Soc. min.

++

INDGÅET I

10 JAN. 2005

1.Ø

Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10 – 12
1216 København K

Silkeborg, den 6. januar 2005

BLÅ KORS DANMARKS HØRINGSSVAR VEDRØRENDE LOVFORSLAG TIL UDMØNTNING AF KOMMUNALREFORMEN

Blå Kors Danmark fremsender hermed høringssvar vedr. lovforslag til udmøntning af kommunalreformen. Vi sender endvidere høringssvaret til Socialministeriet.

Da Udkast til forslag til Sundhedsloven (SUL) og Udkast til Forslag til Lov om social service (SEL) griber ind i hinanden – og der er gråzoner – omhandler høringssvaret begge lovudkast.

1) Generelle bemærkninger til SUL og SEL

2) Konkrete kommentarer til ovennævnte lovforslag og bemærkninger m.v.

Bilag

Høringssvar af 2.04.2004 vedr. Strukturkommissionens betænkning.

Høringssvar vedr. Bekendtgørelse om godkendelse af og tilsyn med private opholdssteder og private botilbud.

1. GENERELLE BEMÆRKNINGER

- Alkoholbehandling skal indskrives i SEL – ligesom stofmisbrugsbehandling
- Børn af alkoholikere skal sikres et kvalificeret behandlingstilbud
- §§ 108-110 skal kunne drives som private botilbud jf. § 144
- Væresteder oprettet jf. SEL § 104 forventes medfinansieret med 50 %

2. KONKRETE KOMMENTARER

2.1. Behandling

- Alkoholmisbrug skal sidestilles med stofmisbrug i SEL. **Misbrug skal ses som en samlet problemstilling**, idet der er sket en udvikling, således at en meget stor del af alkoholmisbrugerne nu er blandingsmisbrugere.
- Ifølge SEL § 101 skal kommunalbestyrelsen tilbyde behandling af stofmisbrugere. Det skal tilsvarende fremgå, at kommunalbestyrelsen skal tilbyde behandling af alkoholmisbrugere/-afhængige. Dette skal præciseres i SEL med en selvstændig paragraf.
- Regionerne skal forpligtes til at opretholde et regionalt styret beredskab på behandlingsområdet, således at **fagligheden styrkes** og den **ressourcekrævende, intensive behandling sikres** for borgere i alle kommuner.
- **Alkoholbehandlingsinstitutioner skal præciseres i SUL § 75.**
- **Behandlingshjem og botilbud for alkoholmisbrugere skal præciseres i SUL §§ 75-77**
- Af SUL § 141 fremgår at kommunalbestyrelsen tilbyder vederlagsfri behandling til alkoholmisbrugere. Det skal også fremgå af SEL, at **kommunalbestyrelsen også skal være forpligtet til at henvise til social-pædagogisk behandling.**
- Vedr. kommunernes sikring af sundhedstilbud, der bedst løses i borgerens nærmiljø, så skal det påpeges, at **nogle sundhedstilbud** – herunder alkoholbehandling – ikke altid kan løses i nærmiljøet, men **kræver indlæggelse på et regionalt behandlingstilbud/botilbud.**
- Det er vigtigt at få **præciseret i SUL, at de tungeste og mest skadede misbrugere har behov for døgnindlæggelse**, hvilket der findes dokumentation for.

2. 1a. Behandlingsgaranti og frit valg / ankemulighed

- **Behandlingsbegrebet skal defineres** så det både omfatter terapeutisk-psykologisk behandling og social-pædagogisk behandling.
- **Børn af alkoholikere skal sikres et kvalificeret behandlingstilbud**, fordi de tilhører en udsat gruppe. Regionerne skal have ansvaret for at disse tilbud er til stede i tilstrækkeligt omfang over hele landet.
- **Borgere skal sikres nem adgang** til relevant tilbud i henhold til alkoholbehandlingsgarantien.

- **Kommunes økonomi må ikke hindre** en borger i at få et relevant tilbud.
- Frit valg-tænkningen skal integreres således at **borgeren**, når han er visiteret til ambulans / dagbehandling / døgnbehandling, **har mulighed for at vælge, hvor han ønsker at modtage den visiterede behandling.**
- **Egen læge skal kunne visitere** til behandling.
- **Alle kommuner har pligt til at give fagligt kvalificerede tilbud** til borgerne, herunder alkoholmisbrugerne.

2.2 Godkendelse af og tilsyn med private botilbud og behandlingstilbud, og herunder døgnbehandlingstilbud

2.2a. Private institutioner som entreprenører

- De frivillige foreninger - og ikke kun private institutioner mv. – skal præciseres i SUL § 3 stk. 2.
- **De private, terapeutisk-psykologiske behandlingstilbud skal drives efter aftale med regionerne.**
- De frivillige foreningers **institutioner skal sikres ret til at operere** som entreprenører for kommunerne/regionerne inden for samtlige områder (SEL §§ 85, 101, 104 og 107-108 samt SUL § 141 m.v.)
- Det skal gøres så enkelt som muligt at indgå **forpligtende samarbejde/driftsaftale** mellem regionerne og kommunerne og de frivillige foreninger / private (selvejende) institutioner.
- **Godkendelse af og tilsyn med private opholdssteder skal forvaltes ens i hele landet** - jf. problematikken vedr. amternes godkendelse af selvejende institutioner (SEL § 94a). *Se BKDs høringssvar (bilag 2) vedr. "Bekendtgørelse om godkendelse af og tilsyn med private opholdssteder og private botilbud". Vi anmoder om, at de i dette høringssvar fremførte synspunkter medtages i det videre lovarbejde.*
- For behandlingsområdet og hjemløseområdet skal der **sikres en regional forsyning med både kvalitet og kvantitet** i forhold til det gældende behov.

2.2b. Private institutioners botilbud

- SEL omtaler alene private botilbud efter § 107. **§§ 108-110 skal ligeledes kunne drives som private botilbud - jf. §144.**
- **Det er vigtigt at godkendelsesprocedurer og henvisningsparagraffer ikke er i konflikt med hinanden, så borgere med både alvorligt alkoholmisbrug og sociale skader ikke kommer i klemme.** SEL sikrer ikke i nødvendigt omfang at borgere, der har dobbelt-diagnoser eller er blandingsmisbrugere, undgår at blive kastebolde mellem systemer/paragraffer/tilbud.

2.3. Hjemløseinstitutioner

- Lovforslaget åbner mulighed for, at hjemløseinstitutioner kan drives af såvel regionerne som kommunerne jf. SEL § 4. Vi mener, at **opgaven kan løses af regionerne og i særlige tilfælde de store kommuner.** I de tilfælde hvor kommuner ønsker selv at påtage sig opgaven, er det afgørende, at der sikres de nødvendige tilbud og med et højt fagligt niveau.

2.4. Væresteder

- I forhold til kommunernes forpligtelse vedr. aktivitets- og samværstilbud jf. SEL § 104 er to forhold vigtige: At det sikres at alle kommuner lever op til denne forpligtelse – både med hensyn til kvalitet og omfang. Og at der sikres mulighed for at disse tilbud også kan drives af frivillige organisationer som private/selvejende aktiviteter.
- Væresteder jf. SEL § 104, til den tungeste målgruppe, forventes **fortsat medfinansieret med 50 % fra staten** – i lighed med hjemløseområdet. Der er risiko for, at opgaven ikke prioriteres højt nok, såfremt kommunerne selv skal finansiere opgaven 100 %. Dette vil få alvorlige konsekvenser for en meget stor gruppe af de mest ressourcesvage mennesker.

Med venlig hilsen



Jens Erik Rasmussen
Generalsekretær

Hørings svar vedr. Strukturkommissionens betænkning:

Blå Kors Danmark (BKD), som arbejder med alkoholforebyggelse og -rådgivning, alkoholbehandling, pårørendearbejde, omsorg og forsorg for alkoholafhængige – og hash- og blandingsmisbrug - støtter en strukturændring i retning af den brede kommunemodell, som bedst giver mulighed for i et enstrengt forløb at forbedre indsatsen over for de udsatte grupper.

Vi ønsker et entydigt myndighedsansvar med en klar opdeling mellem, hvem der har ansvaret for at borgeren får bevilget og bliver henvist til et relevant tilbud (visitations- og bestilleransvaret), og hvem der har ansvaret for at der er et fagligt kompetent tilbud til stede (forsynings- og udføreransvaret). Dette betyder:

1. Kommunerne skal have myndighedsansvaret og det almindelige forsyningsansvar
2. Staten skal via frivillige organisationer, regioner m.fl. have forsyningspligten vedr. døgntilbud
3. Staten (soc.min.) skal varetage godkendelses- og tilsynsansvaret i forhold til døgntilbud

Ad 1. Kommunerne skal have myndighedsansvaret og det almindelige forsyningsansvar:

- Kommunen skal have ansvar for **myndighedsudøvelsen** i forhold til den enkelte borger.
- Den enkelte borger, som er i nød og søger hjælp, skal som udgangspunkt kunne **henvende sig ét sted** for at få hjælp: I sin kommune. Det skal undgås, at borgeren sendes fra den ene sagsbehandler til den anden.
- Borgerens **kommune skal have ansvar** for og være forpligtet på, at der altid gives et relevant og fagligt tilbud i den givne situation.
- Der skal udarbejdes klare bestemmelser for, hvilke **rettigheder** borgerne har, herunder til døgn- og dagbehandling, pensionatophold eller plads på private botilbud.
- Nye strukturer/bestemmelser skal sikre, at borgerne ikke kommer **"i klemme i systemet"** og/eller bliver "offer for kassetænkning".
- Der skal ved misbrug være **tilbud til hele familien**. Der skal gælde det princip, at den der først mærker og reagerer på smerten ved misbruget skal have lov at kalde smerten ved rette navn og kunne få hjælp. Enhver i familien skal kunne anmode om og få hjælp, uanset om de andre vil være med eller ej.
- Når en eller flere i en familie går i behandling, er det samtidig **for familien forebyggelse** over for udvikling af følge-symptomer. Når én i familien ændrer sin måde at reagere på, ændres samtidig familiedynamikken, således at hidtil skjulte ressourcer i familien aktiveres, og således at hidtil uudnyttede indsatsmuligheder fremmes i et helhedssyn omkring familien.
- Egen læge og/eller kommunal lægekonsulent skal have **kompetence til at henvise til intensiv behandling**, herunder terapeutisk døgnbehandling eller socialpædagogisk døgntilbud efter situation og behov.
- Der er behov for at sikre **mere kontinuitet og opfølgning** i en helhedsorienteret sagsbehandling omkring de udsattes behov for hjælp – også i forbindelse med og efter udskrivning fra døgntilbud.
- Den enkelte kommune, som forestår myndighedsudøvelsen, har **det individuelle tilsyn** i forhold til borgeren og det tilbud der gives, herunder ansvaret for at borgeren sikres både kvalitet under opholdet og en faglig kompetent opfølgning i forbindelse med og efter udskrivning.
- Kommunen har **betalingspligten** op til en nærmere defineret øvre grænse – med mindre der er tale om særlige tilbud, bl.a. pensionater og døgnbehandlingssteder, hvor det er besluttet at finansiering sker via staten/regionerne.
- I tilfælde hvor betalingspligten påhviler staten/regionerne skal det være klart **defineret, hvem der har betalingspligten** – og der må ikke være tidkrævende procedurer, der forsinker processen (som det er tilfældet med den nuværende grundtakst).
- Det må **ikke** være således, at en **kommune kan undgå at betale** ved at forsøge at flytte opgaven til stat-/region (ved f.eks. at lade borgeren benytte et forsorgshjem frem for andet botilbud betalt af kommunen).
- Muligheden for **selvvisitering skal opretholdes** ved forsorgshjem, pensionater m.v. af hensyn til hjemløse og andre særligt udsatte.
- Der skal være klare bestemmelser vedr. kommunernes forpligtelse til at stille **væresteder/aktivitetstilbud** til rådighed samt yde rådgivning til og udføre opsøgende arbejde blandt mennesker med behov herfor – og/eller bestemmelser om i hvilket omfang disse tilbud skal stilles til rådighed via regional koordination/-finansiering. Disse tilbud må ikke via lokal beslutning kunne spares væk.

- Ved strukturændringerne er det afgørende, at kommunerne pålægges **ansvar for aktiv indsats med forebyggelse**, både den generelle "brede" forebyggelse og den mere direkte opsøgende forebyggelse.
- Det er ligeledes vigtigt, at kommunerne forpligtes på at udarbejde **indsatsstrategier og handleplaner** i forhold til alkohol- og rusmiddelproblematikker.

Ad 2. Staten skal via frivillige organisationer, regioner m.fl. have forsyningspligten vedr. døgntilbud:

- **Ansvar for forsyningspligten** m.h.t. institutioner, som kan varetage opgaverne i forhold til de udsatte grupper, herunder mennesker med behov for døgnophold pga. alvorlige misbrugsproblemer, skal være placeret hos staten – evt. med delegering af opgaven til regionerne efter nærmere retningslinier.
- Der skal sikres det nødvendige antal **pladser for intensiv alkohol- og anden misbrugsbehandling**. Det samme gælder socialpædagogiske botilbud.
- Dette betyder bl.a. at der ud fra en veldokumenteret behovsanalyse skal være minimum **et nærmere defineret antal** institutioner (og pladser) til behandling, forsorgsophold, ophold for mennesker med dobbeltdiagnose m. fl. i forhold til regionens størrelse og indbyggerantal.
- Forsyningspligten kan opfyldes i form af såvel offentlige institutioner, drevet af kommuner/regioner, som **selv- eller organisationsejede institutioner** (herunder de frivillige foreninger – som bl.a. BKD).
- **Specialinstitutioner med driftsoverenskomst** kan organisatorisk være placeret i regionerne.
- Både når det gælder personlig omsorg, behandlings- og botilbud, væresteder, aktivering og anden social indsats over for misbrug – herunder familierådgivning - er der brug for **udvidelse af kapaciteten og flere pladser** til sikring af rimelige vilkår for indsatsen over for de udsatte grupper.

Ad 3. Staten (soc.min.) skal varetage godkendelses- og tilsynsansvaret i forhold til døgntilbud:

- Lovgivningen skal pålægge staten – eller regionerne – at der altid er **det nødvendige antal institutioner** til rådighed for de udsatte grupper.
- Der skal udarbejdes **klare bestemmelser vedr. betingelser for oprettelse og drift** af institutioner for udsatte; det er afgørende, at disse bestemmelser fastsættes af ministeriet, således at de udførende institutioner ikke skal operere under uensartede vilkår, afhængig af lokal offentlig myndighed.
- Borgeren kan være sikret **en nærmere defineret kvalitet** i det tilbud, der gives i den givne situation.
- Det **generelle tilsyn** med institutionerne skal ske fra centralt hold – dvs. ministeriet - ud fra klare lovgivningsmæssige bestemmelser.
- Institutioner, der drives af frivillige organisationer, skal have **samme rettigheder og muligheder** som institutioner, der drives af regioner/kommuner - jf. "Charter for samspil mellem det frivillige Danmark / Foreningsdanmark og det offentlige". Det skal m.a.o. sikres, at de kan virke ud fra eget værdigrundlag.
- Det skal sikres – uanset opgave og uanset, hvem der visiterer og finansierer – at offentlige og selvejende-/foreningsejede institutioner kan fungere som **ligeværdige og ligestillede operatører** i forhold til de opgaver og funktioner, som skal varetages.
- Der skal indføres **ministerielle objektive godkendelses- og tilsynsordninger** – uanset om opgaverne udføres af offentlige eller frivillige/selvejende institutioner.
- Der skal være klare regler for, hvordan borgeren får prøvet en **beslutning om afslag** på tilbud. Dette bør ske via ankeinstans, der er uafhængig af driftsherrer og tilsynsmyndigheder – eller er sammensat med bred repræsentation, så at alle parter (og ikke kun visiterende og bevilligende parter, men også de udførende, herunder frivillige operatører) indgår heri.
- Alle parter, ikke mindst den der har behov for hjælp og de bevilligende myndigheder, har behov for **kvalitet i indsatsen**. Derfor er det afgørende, at medarbejderne – behandlere, terapeuter, pædagoger - besidder de nødvendige faglige og menneskelige kompetencer. Derfor skal sikres **kvalitative uddannelses- og efteruddannelsesmuligheder for medarbejderne**.

Afslutningsvis ønsker vi at gøre opmærksom på følgende:

BKD ønsker at stille sig til rådighed – i en ny struktur om muligt i yderligere omfang – over for opgaven med at oprette og drive de relevante institutioner. Disse tilbud, som skal indebære fagligt kompetent rådgivning, behandling, omsorg og forsorg, skal henvende sig ikke blot til den, der drikker, men til både dennes børn, nære familie og pårørende i øvrigt.

Vi mener, at det er afgørende, at der ved den kommende strukturrevision tages højde for de problemstillinger, som vi hermed i vort høringssvar har ønsket at gøre opmærksom på.

Socialministeriets kontor for udsatte grupper
Holmens Kanal 22,
1060 København K.

att. kontorchef Peter Juul

Silkeborg, den 22.09.2004

HØRINGSSVAR FRA BLÅ KORS DANMARK VEDR.

BEKENDTGØRELSE OM GODKENDELSE AF OG TILSYN MED PRIVATE OPHOLDSSTEDER OG PRIVATE BOTILBUD.

Overordnede kommentarer:

- a) Ud fra indholdet af Charter for samspil mellem det frivillige Danmark/Foreningsdanmark og det offentlige, som er blevet til i et meget bredt samarbejde mellem mange involverede parter, forventer vi en bekendtgørelse, som i højere grad tager udgangspunkt i tænkningen omkring et samspil mellem ligeværdige parter.
Praksis i forbindelse med amternes tilsyn de senere år viser nogle steder et behov for en holdningsændring i retning af charterets grundidé. Vi efterlyser, at bekendtgørelsen i højere grad tager fat på denne problematik.
- b) Samtidig hilses det med tilfredshed, at der nu udsendes bekendtgørelse, således at dette område ikke længere er overladt til en tilsynsvejledning, som efter vores opfattelse og ud fra vore erfaringer i for høj grad har været brugt individuelt og subjektivt af en del af tilsynsmyndighederne.
- c) Bekendtgørelsen burde dog fastsætte mere klare retningslinier for, i hvor høj grad amterne kan gribe ind i interne forhold, som ikke er afgørende for botilbuddets faglige kvalitet.
- d) Vi mener, at godkendelse og tilsyn i langt højere grad bør bero på konkrete, klare retningslinier - fastlagt fra socialministeriets side på baggrund af lovmæssigt fastsatte krav - således at det enkelte amts tilsynsmyndigheder ikke kan opstille egne, særlige regler.
- e) Det er positivt, at der kan være flere tilbud i ét godkendt tilbud – at et tilbud kan indgå i et andet tilbud. Det er positivt, at der kan være flere aktiviteter i samme tilbud – andet vil i øvrigt være urimeligt og modvirke, at der skal kunne tilvejebringes det bedst mulige faglige niveau.
- f) Vi glæder os over, at tilsynet "skal særligt omfatte opholdsstedets eller botilbudets i forhold til den godkendte pædagogiske metode." Dette må betyde, at tilsynsmyndighederne ikke "går i så små sko", som det har været praktiseret i den forløbne periode, når det gælder flere økonomiske og juridiske spørgsmål. I enkelte tilfælde er praksis blevet oplevet, som om botilbudene var ejet af amtet, og at amtet havde både ret og pligt til at "være efter os" på områder, hvor tingene ud fra almindelig sund fornuft var i orden. I disse tilfælde blev amtets praksis

oplevet som bureaukratisk og ude af trit med udviklingen i samfundet i øvrigt. Mange steder inden for den offentlige verden er man jo gået mere og mere i retning af "en pose penge-princippet" - hvor man ikke skal "stå skoleret" og spørge om ting, som ikke står i forhold til, hvad sagen handler om, men udvises tillid (frem til, at der grund til andet).

Særlige kommentarer:

- a) Vedr. § 2: Hvad betyder "umiddelbar nærhed"? Vi forudser, at nogle amter kan være for restriktive i tolkningen af dette begreb. BKD har f.eks. en institution med to enheder i en afstand af ca. 3 km inden for samme kommune; vi ønsker denne mulighed opretholdt. Forslag: At enhederne blot skal være beliggende inden for region – evt. samme kommune. Men hvad behøver at være til hinder for, at der finder samarbejde sted, herunder fælles administration af flere enheder? Inden for andre områder tales meget om stordrift, f.eks. lægges mange uddannelsesinstitutioner over et større geografisk område sammen til én enhed med fælles ledelse.
- b) Vedr. § 3: Vi går ud fra, at der hermed åbnes for, at f.eks. relevante udslusningsboliger og bofællesskaber, som indgår i en faglig vifte af tilbud, kan indgå i samme juridiske enhed. Det er vigtigt, at beboere kan modtage differentierede tilbud inden for samme botilbud, afhængig af situationen undervejs i forløbet.
- c) Vi har forståelse for, at der kan være behov for regnskabsopdeling m.h.t. driften af de forskellige aktiviteter, men mener, at der ikke behøver at være samme opdeling m.h.t. status. Vi har været ude for urimelige krav m.h.t. specificering af status på de forskellige aktiviteter. Vi mener, at de ressourcer, som der i givet fald – for at opfylde tilsynsmyndighedernes krav - skal bruges herpå, ikke står i forhold til behovet for denne udspecificering.
- d) Vedr. § 4: Ekstraordinære økonomiske dispositioner: Dette bør afklares nærmere, da vi oplever, at der i alt for høj grad fra et amts side kan gås i detaljer hermed. Forslag: At der gives revisor pligt til og mulighed for at forholde sig hertil i henhold til almen forvaltningsrevision – og at det via bekendtgørelsen eller på andet måde (revisionsinstruks) nærmere defineres i hvilke helt særlige tilfælde, amtet skal involveres.
- e) Vedr. § 5, stk. 2: Vi mener, at ændringer i vedtægterne skal ske ved dialog – og/eller botilbudets bestyrelse og stifter (også) skal have afgørende godkendelsesret.
- f) Vedr. §6, stk.: Vi mener, at stifteren – f.eks. Blå Kors Danmark – bør have mulighed for fortsat at udpege flertallet i bestyrelsen. Vi har forstået, at der fortsat skulle være mulighed herfor for institutioner oprettet af frivillige organisationer som selvejende institutioner. Er dette tilfældet med den nye formulering (sagt på en anden måde: Gælder flertalsformuleringen alene privatejede botilbud)?
- g) Vedr. § 11, stk. 1: "Budgetrammen godkendes som helhed." – dette må betyde, at tilsynet ikke skal "hænge sig i detaljer"! Dette bør afklares nærmere gennem en formulering, som sikrer, at tilsynet ikke – som det har været praktiseret i alt for høj grad - forholder sig til "småtingsafdelingen".

- h) Vedr. § 11, stk. 2: Der bør sikres åbning for gode, nødvendige henlæggelsesmuligheder – til udbygning, forbedring og imødegåelse af ”magre år” med svigtende belægning. Alternativt kan der opstå problemer med finansiering af nødvendige tiltag.
- i) Vedr. § 11, stk. 3: Det bør sikres, at amtets tilsyn ikke lægger for lavt loft over en rimelig husleje. Der bør findes en brugbar – og objektiv - løsning på denne problematik, således at énsidige afgørelser ikke forvrider mulighederne for udvikling.
- j) Vedr. § 11, stk. 5: Det bør sikres, at en stifter – f.eks. en non-profit, frivillig organisation som Blå Kors Danmark – kan sætte nye initiativer i gang (som kan ende med at blive organiseret som botilbud), og hvor det er muligt for stifteren, f. eks. Blå Kors Danmark, at få sin opstart-investering (herunder en opstartperiode med lavere belægningstal) hjem igen, når der forhåbentlig kan opnås overskud i driften senere hen i forløbet. Vi har oplevet det modsatte, hvor der er blevet truet med lukning, hvis ikke vi ikke blot ”makkede ret” med hensyn til, hvad tilsynet krævede.
- k) Vedr. § 13: Giver mulighed for megen indgriben – bedre at stille krav til ledelsen om at sikre kvaliteten og alternativt forholde sig til, om ledelsen kan fortsætte, hvis ikke kravene om kvalitet opfyldes. Denne § er udtryk for manglende delegation til selvejende institution.
- l) Vedr. § 14: I tilfælde af nedlæggelse bør der så vidt muligt være tale om en tidsfrist, som gør det muligt i tide at opsige både medarbejdere og lejeaftaler. Krav fra amtet om nedlæggelse, eller trusler herom, bør alene ske af faglige grunde - eller ved gensidig enighed herom. Hvor der ikke er enighed om nedlæggelse, bør der være central ankemulighed – i socialministeriet!
- m) Vedr. § 15 stk. 2. 1) + 2): Bør kunne overlades til revisor under ansvar over for amtet.
- n) Vedr. § 16: Kravene til regnskabsaflæggelse bør fremgå af ministeriel instruks til revisor – og ikke af det enkeltes amts særlige krav.

Med ønsket om en bekendtgørelse, der kan fremme udbytte, gavn og glæde for beboerne – og som hos udførerne og stifterne kan give størst mulig oplevelse af tillid, samarbejde og partnerskab – fremsendes ovenstående hørings synspunkter til indgåelse i det videre arbejde med regelsæt m.v. på dette område, som i nogen tid har været noget uklart og konfliktfyldt.

Med venlig hilsen
Blå Kors Danmark

Jens Erik Rasmussen
Generalsekretær

John Højgaard Jensen
Økonomi- og adm. chef.



Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Slotsholmsgade 10-12
1216 København K

INDGÅET I

10 JAN. 2005

1.Ø

København, den 7. januar 2005

Høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område
2.s.kt.j.nr.2004-1200-59

Indenrigs- og Sundhedsministeriet fremsendte den 1. december 2004 forslag til sundhedsloven, forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet samt forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet (konsekvensrettelser som følge af kommunalreformen) med anmodning om bemærkninger, der er ministeriet i hænde senest den 7. januar 2005.

Dansk Kiropraktor Forening (DKF) har følgende bemærkninger til forslag til sundhedsloven.

DKF er enig i lovforslagets intention om en styrkelse af den sammenhængende, tværfaglige og tværsektorielle indsats i sundhedsvæsenet og om indsatsen for sammenhæng mellem sundhedssektoren og de tilgrænsende sektorer.

Målsætningen er ikke ny, men langt fra virkeliggjort på kiropraktorenes virksomhedsområde.

MTV-rapporten Ondt i ryggen fra 1999 indeholder en række anbefalinger til opnåelse af målsætningen om sammenhængende tværfaglig og tværsektoriel behandlingsmæssig og forebyggende indsats, men stort set ingen af anbefalingerne er realiseret.

Rygproblemernes omfang er anskueliggjort i lovforslagets specielle bemærkninger, hvor det vurderes, at der i en kommune på 30.000 indbyggere er ca. 1.400 med diabetes type 2, godt 1.700 med astma, ca. 1.100 med KOL (rygerlunger) og små 2.900 med rygproblemer.

Kiropraktorenes virksomhedsområde omfatter diagnostik, forebyggende og kiropraktisk behandling af biomekaniske funktionsforstyrrelser og heraf afledte smertetilstande i rygsøjle, bækken og ekstremiteter.

På dette område besidder kiropraktorer den højeste faglige, specifikke kompetence og vil derfor kunne bidrage væsentligt i den tilstræbte styrkelse af den samlede behandlingsmæssige og forebyggelsesmæssige indsats.

IM 1. Ø.kt. J.nr. 2005-2413-466

10 JAN. 2005

Antal bilag 0 Aktnr. 104