

Patientforum opfordrer Indenrigs- og Sundhedsministeriet til at foranledige ovenstående forslag realiseret i det endelige lovforslag, der fremsendes til behandling i folketinget.

På Patientforums vegne



Lene Witte

Direktør

Tlf. 39 77 80 36

lwitte@gigtforeningen.dk

www.gigtforeningen.dk

## **Brugerindflydelse i sundhedssektoren**

For DSI vil det være vigtigt og rigtigt, at brugerinddragelsen på alle niveauer i sundhedssektoren opprioriteres væsentligt i den kommende struktur. Der er ingen tvivl om, at handicaporganisationerne og andre har værdifuld sundhedsviden, som kan og skal bruges i den fremtidige udvikling af vores samfund. DSI finder det derfor også vigtigt, at brugerinddragelse omtales i formålsparagraffen i den sundhedslov, der skal udmønte struktur- og opgaveformen, samt at brugerinddragelsen konkret formaliseres i resten af sundhedsloven, jf. nedenfor.

Den nuværende opgavefordeling mellem stat, amter og kommuner lader fortrinsvis spørgsmål om sundhedssektoren være en del af statens og amternes opgaveportefølje. Politisk-økonomiske prioriteringer foregår således i folketing og amtsråd, mens kommunernes inddragelse er mere sporadisk. Det samme kan man sige om brugerinddragelsen, der oftest ikke, og i hvert fald ikke på det generelle og overordnede niveau, er formaliseret, så der gives mulighed for inddragelse af brugernes organisationer i prioriteringsdiskussionerne i sundhedssektoren.

Den kommende struktur- og opgaveændring vil bl.a. medføre:

- at kommunerne får en mere aktiv rolle i sundhedssektoren, hovedsageligt i forhold til forebyggelse, genoptræning og medfinansiering af det regionale sundhedsvæsen,
- at det regionale niveau skal prioritere politisk og økonomisk inden for rammer, der er afstukket af staten,
- at staten overtager hovedparten af den økonomiske finansiering samt planlægning og styring af sundhedssektoren, både regionalt og kommunalt.

### ***Den kommunale sundhedssektor***

I den kommende struktur vil der være lovfæstede handicapråd i kommunerne. DSI finder det naturligt, at disse handicapråd behandler emner inden for sundhedssektoren, herunder naturligvis de enkelte kommuners indsats vedrørende rehabilitering og genoptræning.

### **Den regionale sundhedssektor**

Den regionale sundhedssektor skal fremover primært/udelukkende foretage prioriteringer af sundhedsindsatsen inden for givne økonomiske rammer. Denne opgave skal varetages af de kommende regionsråd, der bliver folkevalgte organer.

Netop det forhold, at regionsrådene skal foretage prioriteringer inden for givne rammer gør, efter DSI's opfattelse, en formaliseret brugerinddragelse på regional plan uhyre vigtigt. Mennesker med handicap og andre patientgrupper med specialiserede behandlingsbehov kan meget let komme i klemme i prioriteringer, hvor man inden for de givne rammer f.eks. skal vælge mellem sygehusnedlæggelser og specialiseret behandling af mennesker med handicap. Denne "klemme" kan forebygges, hvis handicaporganisationerne får mulighed for at "komme af med" de opsamlede sundhedserfaringer fra personer med handicap og give gode råd til, hvordan sundhedsindsatsen kan og bør indrettes.

DSI finder derfor, at der i hver region skal nedsættes lovfæstede sundhedsbrugerråd, der skal høres i alle relevante sundhedsspørgsmål, og som har ret til at bede regionsrådet behandle spørgsmål, som sundhedsbrugerrådet finder relevante

Sundhedsbrugerrådene skal sammensættes paritetisk med lige mange repræsentanter for brugerne og for regionsrådet. Repræsentanterne for regionsrådet skal både være politikere med sæde i rådet samt evt. embedsmænd, der arbejder med det regionale sundhedsområde, og regionsrådet skal sikre støtte med relevant sekretariatsbistand.

Det skal endvidere være muligt, f.eks. på opfordring fra sundhedsbrugerrådet, at etablere relevant brugerinddragelse i forhold til lands- og landsdelsdækkende sygehuse og til sygehusafdelinger med specialiserede sygdoms- og behandlingsforhold rettet mod meget bestemte patientgrupper. De kan f.eks. være i forhold til kræft-, rygmarvsskade- eller hjerneskadeafdelinger. Disse særlige sygehus-/afdelingsbrugerråd skal kunne drøfte alle emner af interesse for patienter og pårørende på de pågældende sygehuse eller afdelinger, og skal støttes med relevant sekretariatsbistand.

DSI finder endelig, at der altid bør ske en involvering af repræsentanter for relevante patientorganisationer, når sygehuse eller afdelinger på sygehuse etablerer samarbejdsorganer mellem patienter og sygehuse/afdelinger.

DSI finder endelig, at der altid bør involveres repræsentanter for relevante patientorganisationer, når sygehuse eller afdelinger på sygehuse etablerer samarbejdsorganer mellem patienter og sygehuse/afdelinger.

Et eksempel på et allerede eksisterende samarbejdsorgan er de 15 amtslige diabetesudvalg, hvor amtsforvaltning, diabetesbehandlere og diabetikere drøfter organisering af behandling, oplæring i egenomsorg m.v. Disse udvalg, som er nedsat på opfordring af Sundhedsstyrelsen, har efter det for DSI oplyste haft stor betydning for tilrettelæggelsen af diabetesbe-

handlingen, og patientrepræsentanternes tilstedeværelse og indsats er anerkendt. DSI går ud fra, at sådanne behandler-/brugerorganer kan fortsætte i regionalt regi, og at de bliver eksempler til efterfølgelse også på andre sygdoms- og handicapområder.

### ***Den statslige sundhedssektor***

Den øgede statslige inddragelse i finansiering og styring af sundhedssektoren betyder efter DSI's opfattelse, at der må ske en lovfæstet og formaliseret inddragelse af brugerne med særlige interesser. Det er vigtigt, at brugerne både har indflydelse på den sundhedspolitik, som regering og centraladministration fører, og at brugerne har indflydelse på placering og brugen af lands- og landsdelsspecialer, samt at brugerne har indflydelse på speciallægeområdet.

DSI finder, at denne indflydelse må ske gennem etablering af et lovfæstet centralt sundhedsråd. Sundhedsrådet skal sammensættes paritetisk af repræsentanter for brugerne og af repræsentanter for de styrelser i sundhedsministeriet, som har opgaver af interesse for handicapområdet. Det centrale Sundhedsråd skal høres i sager på sundhedsområdet, ligesom det skal kunne bede rette centrale myndighed behandle spørgsmål på sundhedsområdet. Rådet skal endvidere følge med i de regionale og kommunale tilbud på sundhedsområdet.

DSI finder, at det kan være naturligt at placere sundhedsrådet med sekretariatsmæssig tilknytning til sundhedsstyrelsen, der har en overordnet rolle inden for det danske sundhedssystem. Sundhedsrådet skal politisk referere til sundhedsministeren, til hvem der hvert år skal udarbejdes en rapport, der endvidere skal forelægges folketingets sundhedsudvalg.

Det skal bemærkes, at der indenfor andre sektorer er tradition for at etablere formelle organer til opsamling af relevante interesseorganisationers rådgivning, det gælder f.eks. Grundskolerådet og Beskæftigelsesrådet i hhv. Undervisningsministeriets og Beskæftigelsesministeriets regi.

Det er DSI's opfattelse, at man med disse foranstaltninger kan rette op på den aktuelle manglende brugerinddragelse. En ny struktur- og opgavefordeling kræver en ny struktur for brugerinddragelse.

Den nye form for brugerinddragelse skal ikke ses som en erstatning i forhold til andre muligheder for indhentelse af brugererfaringer, f.eks. brugertilfredshedsundersøgelser mv. Brugertilfredshedsundersøgelser mv. vil fortsat være gode metoder til at forbedre kvaliteten i sundhedsvæsenet. Formaliseringen af brugerinddragelsen i brugerråd og sundhedsråd vil sammen med andre initiativer fremme kvalitetsforbedringerne yderligere.

Det er DSI's vurdering, at repræsentanter til ovennævnte råd skal findes via udpegning i de organisationer, som repræsenterer brugerne, da det vil give den bedste sikring af en bred og

faglig interessevaretagelse. Det er i den forbindelse vigtigt, at der også findes repræsentanter for det psykiatriske område, da dette område inddrages i sundhedsvæsenet på en ny måde i den kommende sundhedslov. DSI finder det naturligt, at brugerrepræsentanterne i de regionale brugerråd er bosiddende i de respektive regioner.

DSI står til rådighed med yderligere bidrag til udformningen af den fremtidige brugerinddragelse på sundhedsområdet. Emnet er af største vigtighed for os, hvilket konferencen i folketinget den 24. november 2004 forhåbentlig har vist.

Notatet har været diskuteret med Amtsrådsforeningen, som har udtrykt interesse for de rejste ønsker.

Notatets hovedbudskaber støttes af Patientforum, som repræsenterer mellem 1 og 2 millioner patienter, og hvor DSI er medlem. Patientforum bidrager gerne til et videre arbejde baseret på DSI's notat.

Kopi til Lisa, 2.S.  
Lise, STAB

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1016 København K

INDGÅET I


10 JAN. 2005

1.Ø

AFLEVERET

Hermed overbringes Dansk Psykolog Forenings høringsvar vedrørende udkast til lovkompleks i forbindelse med Strukturreformen.

Med venlig hilsen

  
Roal Ulrichsen  
formand

IM 1. Ø.kt. J.nr. 2005-2413-466

10 JAN. 2005

Antal bilag 0 Aktnr. 102



## *Hørings svar til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.*

Hørings svar til Indenrigs- og Sundhedsministeriet vedrørende udkast til lovkompleks i forbindelse med Strukturreformen.

Foreningens udgangspunkt er, at de foreslåede kommunestørrelser er for små til at kunne sikre en tilstrækkelig faglig specialiseringsgrad på de psykologfaglige områder, samt at der lovgivningsmæssigt er ingen eller i bedste fald meget vage bestemmelser vedrørende psykologfaglig betjening af borgere med psykiske problemer, herunder i særlig grad børn og deres familier.

Dansk Psykolog Forening har derfor nogle bemærkninger af generel karakter, idet de vedrører lov om social service, folkeskoleloven og dele af sundhedslovgivningen.

### **Kommunernes størrelse**

Regeringen og forligspartierne omkring den foreslåede kommunalreform har ønsket at ændre rammerne for varetagelsen af de offentlige opgaver og den offentlige service i Danmark. De overordnede formål har været at skabe større og mere bæredygtige kommuner. Det er ønsket at skabe regelforenkling og større klarhed i ansvaret for varetagelsen af de offentlige opgaver samt gøre det lettere og mere overskueligt for borgerne at henvende sig til den offentlige forvaltning.

Regeringen angiver, at den løbende udlægning af opgaver til kommunerne siden kommunalreformen i 1970 og borgernes stigende forventninger til kvalitet og effektivitet i den offentlige service har skabt behov for større kommuner. Der er også angivet, at nye større kommuner vil mindske behovet for kommunale samarbejder, og at der derved vil blive skabt grundlag for en mere klar ansvarsfordeling og dermed en mere overskuelig forvaltningsstruktur for borgerne. Desuden vil vilkårene for den demokratiske kontrol og den tværgående prioritering af opgaverne blive forbedret.

Disse synspunkter og intentioner er Dansk Psykolog Forening enig i. Men med de kommunestørrelser, regeringen lægger op til, finder foreningen ikke, at skridtet bliver taget fuldt ud til, at intentionerne kan indfries.

Der lægges op til, at kommuner helt ned til størrelser med 20.000 indbyggere kan fungere som selvstændige kommuner. Kommuner med under 20.000 indbyggere forpligtes til at indgå i kommunale samarbejder i opgavevaretagelsen på visse områder.

Befolkningsgrundlaget er afgørende for kommunens mulighed for at kunne etablere den nødvendige psykologfaglige specialiseringsgrad. Opgaverne går fra de enkle til de specialiserede, fra generelle opgaver til sager af stor indgribende betydning for den enkelte borger. Selv med den eksterne fordeling er det vanskeligt for kommuner på 20.000 indbyggere at løfte opgaverne. Med den foreslåede udlægning af yderligere og ofte mere specialiserede opgaver skærpes kravene til kommunens vilje til at sikre den fornødne specialiseringsgrad og evne til at kunne opretholde de nødvendige faglige miljøer for en optimal opgavevaretagelse.

Dansk Psykolog Forening har gennem årene haft meget tæt kontakt til sine medlemmer og de kommunale arbejdsgivere. Det er foreningens opfattelse og erfaring, at det kræver kommuner med



ca. 50.000 indbyggere for at have ressourcerne til at etablere og fastholde psykologfaglige miljøer, som kan stille den nødvendige faglige ekspertise til rådighed.

Psykologerne ude i kommunerne og amterne beskæftiger sig med meget indgribende forhold hos det enkelte menneske. Det er derfor af afgørende betydning, at psykologerne arbejder i et fagligt miljø, der kan etablere tilstrækkelige muligheder for kompetenceudvikling, supervision og metodeudvikling. Sådanne faglige miljøer vil kun store kommuner kunne præstere.

### **Lov om forpligtende kommunale samarbejder**

Regeringen foreslår, at kommuner under 20.000 indbyggere, der ikke ønsker sammenlægning med andre kommuner, skal indgå i forpligtende kommunale samarbejder for at kunne opretholde fagligheden inden for alle områder.

Fælleskommunale samarbejder, som der i dag findes mange af inden for de Pædagogisk Psykologiske Rådgivninger (PPR), kan give unødigt bureaukrati i opgavevaretagelsen og uklar ansvarsfordeling. Disse problemer burde veje tungt, når der nu skal gennemføres en kommunalreform. Der er tale om forvaltninger, som har opgaver, der er af direkte indgribende betydning for de enkelte menneske. Der tages stilling til udredning af enkeltpersoners problemstillinger, visitering, behandling og henvisning til forskellige foranstaltninger og tilbud. Der bør derfor være en entydig ansvarsplacering for de beslutninger, der træffes af forvaltningen, og dette bør være den direkte valgte kommunalbestyrelse.

### **Udkast til forslag til sundhedsloven**

Med forslag til sundhedsloven har regeringen ønsket at forenkle sundhedslovgivningen ved samenskrivning af en lang række love. Det finder Dansk Psykolog Forening positivt, og dette vil givet vis skabe større overskuelighed.

Der er foretaget nogle indholdsmæssige ændringer på enkelte områder, men regeringen har valgt at videreføre bestemmelsen i § 210, hvoraf det fremgår, at Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med den sundhedsfaglige virksomhed, der udføres af personer inden for sundhedsvæsenet, dog med en enkelt undtagelse, nemlig de autoriserede psykologer.

I dag fører Psykolognævnet tilsyn med de autoriserede psykologer, herunder autoriserede psykologer ansat i sundhedsvæsenet. Imidlertid er Psykolognævnet også klageinstans i forhold til autoriserede psykologers virksomhed, dog med undtagelse af autoriserede psykologer, ansat i sundhedsvæsenet. Klager over autoriserede psykologer ansat i sundhedsvæsenet behandles af Sundhedsvæsenets Patientklagenævn.

For at skabe klarhed, overskuelighed og administrativ lettelse ville det være hensigtsmæssigt, at Sundhedsstyrelsen fører tilsyn med samtlige personers sundhedsfaglige virksomhed inden for sundhedsvæsenet. Herved vil der kun være én tilsynsmyndighed i sundhedsvæsenet, på samme måde som der i dag kun er én klageinstans Patientklagenævnet.

Dansk Psykolog Forening finder undtagelsen i sundhedslovens § 210 ulogisk, og det skal foreslås, at undtagelsen slettes, så Sundhedsstyrelsen også fører tilsyn med autoriserede psykologer ansat i sundhedsvæsenet.







MARSELISBORGCENTRET

P.P. Ørumsgade 11 · Byg. 8 · 8000 Århus C  
Telefon +45 89 49 12 00 · Fax +45 89 49 12 00  
www.marselisborgcentret.dk

*Kopi til Lisa, 2. S*

Århus, 6. januar 2005

Til

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Socialministeriet  
Beskæftigelsesministeriet  
Undervisningsministeriet

INDGÅET I

10 JAN. 2005

1.Ø

Hermed fremsendes MarselisborgCentrets høringssvar vedr. strukturreformen

Med venlig hilsen

f. Betty Nørgaard Nielsen  
Direktør  
MarselisborgCentret  
P.P. Ørumsgade 11  
8000 Århus C

*Tove Clemmensen*

DANSK CENTER FOR REHABILITERATION  
FORSKNING OG UDVIKLING



Muskelvindforiden



HjælpeMiddelCentret



Gigtforeningen



Jobcenter Århus Nord



HjælpeMiddelInstitutet



Geriatrisk afdeling



Videncenter for Bevægelsehandicap



SmåbørnsCentret

IM 1. Ø.kt. J.nr. 2005-2413-466

10 JAN. 2005

Antal bilag 0 Aktnr. 101



## MarselisborgCentrets høringssvar vedr. lovforslag om strukturreformen

MarselisborgCentret er et dansk center for rehabilitering, forskning og udvikling. Centret er etableret i et samarbejde mellem offentlige og private organisationer på bl.a. sundheds-, social- og beskæftigelsesområdet og er således i berøring med flere af de områder, lovforslagene omhandler. (For yderligere beskrivelse af centret, se [www.marselisborgcentret.dk](http://www.marselisborgcentret.dk))

MarselisborgCentret har med interesse læst de mange lovforslag og vil i det følgende komme med bemærkninger i f.t. de områder, der har størst relevans for centret.

Høringssvaret fremsendes til følgende ministerier:

- \* Socialministeriet
- \* Indenrigs- og sundhedsministeriet
- \* Beskæftigelsesministeriet
- \* Undervisningsministeriet

### Generelle bemærkninger

#### **Rehabilitering**

I oktober 2005 udkom hvidbogen "Rehabilitering i Danmark". Hvidbogen er resultatet af arbejdet i en tænketank nedsat af Rehabiliteringsforum Danmark og med deltagelse af repræsentanter fra en række offentlige myndigheder, brugerorganisationer og faglige organisationer på rehabiliteringsområdet. Hvidbogen er præsenteret på en faglig konference i august måned og på en politisk høring med deltagelse af folketingsmedlemmer ultimo oktober. Bogen indeholder en afklaring af rehabiliteringsbegrebet og dets indhold og bringer følgende definition på rehabilitering:

*"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få begrænsninger i sin fysiske, psykiske og / eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."*

Hvidbogen har fået en positiv modtagelse af såvel politikere, embedsmænd, brugerrepræsentanter som fagfolk, der alle finder, at der hermed er tilvejebragt et godt grundlag for arbejdet med rehabilitering i Danmark. Modsat situationen i andre lande - f.eks. Norge, Sverige, Tyskland - har rehabilitering ikke hidtil udgjort et egentligt felt i Danmark. F.eks. kan nævnes, at i Norge er rehabilitering sat på dagsordenen via Stortingsmeldinger, indarbejdelse i sektorlovgivningen, etablering af et forsknings og udviklingscenter (Statens Kunnskaps- og Udviklingscenter for helhetlig Rehabilitering/SKUR) mv.

Ofte anvendes i Danmark begrebet "genoptræning" (f.eks. i forslag til sundhedslov, servicelov). Dette begreb er dog ikke fyldestgørende, jfr. definitionen ovenfor, og vil ikke sikre den helhedsindsats overfor brugeren, som de nye love ellers kan give god baggrund for.



Med de mange og omfattende lovrevisioner, der nu er fremlagt, ser MarselisborgCentret det som en enestående chance at få begrebet "rehabilitering" og begrebsapparatet omkring rehabilitering indarbejdet i den danske lovgivning.

Af lovforslagene fremgår, at man prioriterer sammenhæng mellem sektorer og sammenhæng i patientforløb højt. Dette er helt i overensstemmelse med rehabiliteringsdefinitionen. Det samme gælder fokus på den evidensbaserede indsats, samt fokus på "borgeren i centrum".

Samtidig kan det også konstateres, at rehabiliteringsområdet, som i lovteksten falder ind under begreber som behandling, genoptræning/træning, forebyggelse, støtte mv. fortsat vil udføres på såvel det nye regionale niveau som på det kommunale niveau. Dog med den store ændring, at kommunerne nu får et større og bredere ansvar for varetagelsen og finansieringen af rehabiliteringsindsatsen.

MarselisborgCentret vurderer, at der vil være et stort behov for kompetenceudvikling navnlig på det kommunale niveau, ligesom der vil være et stort behov for specialrådgivning, vidensformidling, forskning og evaluering.

### **MarselisborgCentret**

MarselisborgCentret er et center bestående af private og offentlige organisationer, der arbejder indenfor rehabiliteringsområdet. Centret blev etableret i 1996 og har siden vist sin bæredygtighed gennem fortløbende udvikling af centret og dets opgaveområder og samarbejdsparter. I dag er centret et landsdækkende center for rehabilitering, forskning, udvikling og evaluering.

MarselisborgCentret samarbejder med en række offentlige og private organisationer og løser pt. opgaver for Sundhedsstyrelsen, Socialministeriet, Styrelsen for Social Service, Beskæftigelsesministeriet, Arbejdsmarkedsstyrelsen, forskellige brugerorganisationer, uddannelsesinstitutioner, amter og kommuner. Opgaverne er forsknings-, evaluerings- og analyseopgaver, metodeudvikling, undervisning og kompetenceudvikling samt konsulent-, rådgivnings- og vejledningsopgaver. Desuden har centret gennem de seneste 3 år som udviklingsprojekt drevet et jobcenter med formidling af jobs og kompetenceudvikling i f.t. personer med funktionsnedsættelse.

*MarselisborgCentrets fremtidige status og forankring bør sikres i den nye struktur.*

*Det er vurderingen, at dette bedst kan ske ved at centret fremover sikres en central, landsdækkende og bredt funderet platform for sit videre arbejde som landsdækkende center for forskning, udvikling og evaluering indenfor rehabiliteringsområdet.*

*MarselisborgCentrets tværfaglige tilgang har vist sig at udgøre et vigtigt supplement til de eksisterende sektorbaserede og monofaglige udviklings- og forskningsmiljøer.*

*Det er vigtigt for centrets virke, at der sikres en national forankring, der gør at centret fremover kan udgøre en tværfaglig koordinering af rehabiliteringsindsatsen på såvel sundheds-, social-, beskæftigelses- og undervisningsområderne i Danmark.*



### **Sundhedsområdet**

MarselisborgCentret finder det positivt, at forslaget til Sundhedslov samler en række love på sundhedsområdet i én lov, hvilket er med til at give et øget overblik på sundhedsområdet.

Sundhedsloven er en af de helt centrale love i f.t. rehabiliteringsområdet. Vi forslår derfor følgende tilføjelse: §1 tilføjes "...med det mål at skabe et godt liv, oplevet af den enkelte borger"

### *Genoptræning og rehabilitering*

Det synes imidlertid ikke langtidsholdbart for en ny sundhedslov, at "genoptræning" er det ord, der gennemgående bliver brugt, når det i den verden, der omgiver os og i de fleste faglige sammenhænge er almindeligt accepteret, at rehabilitering er andet og mere end genoptræning.

Det gælder således Sundhedslovens formålsparagraffer (§1- §5), samt de relevante steder i kapitel 17, 35, 39 og 58. Her vil en mere konsekvent brug af begrebet rehabilitering kunne skabe klarhed og præcisering af opgaverne.

Endvidere skal MarselisborgCentret konkret foreslå, at der i Sundhedsloven enten tilføjes et særskilt kapitel om rehabilitering, eller at kapitel 35 (§ 119) om sundhedsfremme og forebyggelse udvides med rehabilitering såvel i overskrift som i indhold.

Der henvises i øvrigt til at man i den norske lovgivning konsekvent bruger begreberne rehabilitering, habilitering og funktionshæmning som begreber, og derved har opnået en synliggørelse af feltet, som man kunne ønske sig tilsvarende i den danske lovgivning. Se bl.a. "Lov om Helsetjenesten i kommunene" og "Lov om Specialisthelsetjenesten mm" samt diverse Stortingsmeldinger.

### *Gråzoner og samarbejde*

Der kan være bekymring for, at der skabes nye gråzoneområder med forslaget, idet lovforslaget indebærer, at al genoptræning, der ikke foregår under indlæggelse, fremover skal varetages af kommunerne. Her er det dels vigtigt, at det kommunale personale er "klædt på" til opgaven, dels at samarbejdet på tværs af de to sektorer fungerer godt.

I kapitel 62 omtales samarbejde om indsatsen på sundhedsområdet. I f.t. sundhedsaftaler er der i bemærkningerne til § 200 nævnt de områder, der skal indgå i en sådan. Her kunne det således være hensigtsmæssigt at nævne rehabilitering, som netop er et område, der går på tværs af regional- og kommunalområdet.

En anden mulighed ville være at få beskrevet, hvorledes de af forligspartierne omtalte sundhedscentre - som har været omtalt i forbindelse med lovens tilblivelse, men ikke er indeholdt i lovforslaget - reelt skal virke. Det kunne netop være i sådanne centre, at megen faglig ekspertise om forskellige relevante elementer i en given rehabiliteringsindsats kunne samles.



## Socialområdet

Lov om social service er en anden af de centrale love i f.t. rehabiliteringsindsatsen. Selvom udgangspunktet for strukturreformen har været, at der ikke foretages ændringer i indholdet i sociallovgivningen, kan det være vanskeligt at forudse reformens samlede konsekvenser for tilbuddene i forhold til personer med funktionsnedsættelse, handicap og kroniske sygdomme.

Her kan vi være bekymrede for, om der også fremover vil være tilstrækkelig faglig ekspertise til rådighed, når kommunerne bliver de eneste "myndigheder" på området. Amterne har hidtil været garant for tilbud til de svageste brugere - det er usikkert hvordan kommunerne vil tackle denne opgave - om de specialiserede tilbud, der i dag findes i amterne, vil "overleve". Dette gælder f.eks. i f.t. børn med handicap, personer med erhvervede hjerneskader m.fl.

De regionale tilbud bevares ganske vist i overgangsfase, men vil kommunerne kunne udhule de regionale tilbud?

Endvidere kan nævnes, at nogle målgrupper er så små, at der ikke vil være basis for tilbud i de enkelte kommuner.

Som på sundhedsområdet kan der opstå nye gråzoner - f.eks. på børneområdet, hvor kommunerne fremover skal drive tilbud til børn og unge med sociale og adfærdsmæssige problemer, mens regionerne skal etablere tilbud til børn og unge med handicap. Her kan der opstå uklarhed i forhold til opgaveløsning omkring børn med autisme, DAMP mv., hvor handicappet medfører sociale og adfærdsmæssige problemer.

MarselisborgCentret finder lovens § 1 god, men synes ikke den afspejler, at der også på socialområdet ofte er tale om rehabilitering, herunder træning i f.t. såvel børn som voksne.

I nogle af lovens paragraffer tales om sundhedsfaglig behandling og træning. MarselisborgCentret ønsker at påpege, at der også er tale om støtte og hjælp til at vedligeholde og genvinde funktionsevner, samt at tilegne sig nye, hvilket også kan være sociale kompetencer, sproglige kompetencer, faglige kompetencer, som ofte indlæres i sociale miljøer med passende støtte.

Serviceoven anvender begreberne "støtte", "behandling", "pleje" og "omsorg" om de forskellige typer af indsats, som gives til både børn og voksne i døgn og dagtilbud. Disse begreber er taget med fra Bistandslovens gamle formuleringer. MarselisborgCentret finder det relevant, at begrebet rehabilitering i stedet bruges aktivt i lovteksten, hvor det er hensigtsmæssigt. F.eks. for at præcisere at flere af de former for indsats, der gives til handicappede børn og voksne, indeholder rehabiliteringselementer.

Ved at indskrive rehabilitering og definitionen af begrebet i de relevante kapitler og paragraffer, understreges det helhedssyn og den sammenhæng i indsatsen samt samspillet med brugeren som en væsentligt og aktiv medspillede part i indsatsens tilrettelæggelse og udførelse.

Særligt skal nævnes kapitel 16, 18 og 20 hvor vi finder, at rehabilitering er en væsentlig del af den sociale indsats for de omfattede persongrupper. Imidlertid er begrebet fuldstændig fraværende i lovteksten, som derfor fastholder en forældet forståelse af det sociale arbejde og den støtte, der gives indenfor disse områder til forskellige brugergrupper.



### **VISO**

Vidensformidlings- og rådgivningsfunktioner bør baseres på evidens og forskning. Med etableringen af det kommende VISO bliver der mulighed for at samle og koordinere viden og specialrådgivning på handicap-området. MarselisborgCentret vil foreslå, at alle landsdækkende videns- og rådgivningscenterfunktioner med overordnede opgaver samles i VISO, og at VISO bliver dækkende for hele handicap-området.

Vi finder det vigtigt, at den decentrale rådgivning løses tæt på praksis med udgangspunkt i de kommunale og regionale tilbud. Samspillet mellem VISO og de decentrale enheder skal derfor afklares nærmere.

### **Handicapråd**

MarselisborgCentret finder det positivt, at der lovgives om handicapråd i samtlige kommuner.

### **Beskæftigelsesområdet**

Der er behov for at styrke indsatsen i f.t. målgrupper med særlige behov, herunder personer med forskellige former for funktionsnedsættelse.

MarselisborgCentret foreslår, at der udformes et værdigrundlag for beskæftigelsesindsatsen i forhold til denne målgruppe byggende på rehabiliteringsdefinitionen, således at beskæftigelse ikke nødvendigvis kun er et spørgsmål om forsørgelsesgrundlag, men også et spørgsmål om at kunne se ressourcer og kompetencer hos mennesker, kende til løsninger og muligheder på arbejdsmarkedet og at iværksætte relevante, individuelle og fagligt bæredygtige indsatser.

Herunder fjerne barrierer for ledige med funktionsnedsættelse.

Indsatsen for disse personer skal varetages i alle jobcentre.

Det foreslås, at der sikres tilstrækkelig faglig bæredygtighed hertil i jobcentrene, bl.a. ved at kvalitets- og målsikre centrenes indsats samt ved at etablere en national kvalitetsenhed i f.t. jobformidling for disse målgrupper.

### **Specialundervisning**

Specialundervisningen bliver fremover alene en kommunal opgave. Dette enstrengede system kan have sine fordele, men der kan også være bekymring for kvaliteten i indsatsen, idet antallet af personer med behov for specialiseret og individualiseret støtte, pleje og undervisning selv i større kommuner vil være meget begrænset. Derfor kan man frygte, at der i en lang række kommuner ikke vil være grundlag for at opbygge faglige miljøer, der kan varetage og sikre specialundervisningens nødvendige udvikling af kvalitet.

6. januar 2005

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10 - 12  
1216 København k

INDGÅET I  
- 7 JAN. 2005  
1.Ø

Kræftens Bekæmpelse

Strandboulevarden 49  
2100 København Ø  
Telefon 3525 7500  
Telefax 3525 7701  
www.cancer.dk

**Høring vedr. lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område, jnr. 2004-1200-59**



Kræftens Bekæmpelse takker for tilsendelse af udkast til lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område. Vi har gennemgået materialet med interesse.

Kræftens Bekæmpelse kan tilslutte sig den overordnede målsætning om at skabe rammer for en enkel og effektiv offentlig sektor, hvor de centrale velfærdsopgaver løses så tæt på borgerne som muligt.

Vi kan ligeledes tilslutte os målsætningerne om, at:

- Sikre sammenhængende patientforløb
- Forankre et større ansvar for sundhedsområdet hos kommunerne
- Målrette regionernes indsats på høj kvalitet og service på sundhedsområdet
- Sikre regionerne økonomisk lige vilkår for at levere mest sundhed for pengene
- Sikre udgiftsansvarlighed i regionerne, herunder styrke incitamenter til mere sundhed for pengene ved anvendelse af præstationsfremmende afregningsformer

Implementering af strukturreformen er forbundet med store udfordringer på flere områder. Kræftens Bekæmpelse ønsker især at henlede opmærksomheden på følgende områder:

Sammenhængende patientforløb

At sikre et sammenhængende patientforløb i praksis vil forudsætte et tæt og struktureret samarbejde og koordinering mellem myndigheder og aktører.

Der er i dag mange patienter, som desværre ikke oplever deres patientforløb som sammenhængende.

De overordnede rammer for patientforløb bliver ikke bedre i den nye struktur: Kommunerne bliver ansvarlige for forebyggelsesindsatsen, regionerne for screening, de praktiserende læger for undersøgelse, regionerne får ansvaret for diagnostik og behandling, kommunerne for genoptræning mv., og regionerne for hospice. Med andre ord: Mange aktører for et samlet patientforløb også i fremtiden.

Der er derfor fortsat et stort behov for en intens indsats for at få patientforløbet til i praksis at blive en sammenhængende helhed for patienterne.

### Sundhedscentre

Etablering af sundhedscentre er en spændende nyskabelse på pleje-, forebyggelses- og genoptræningsområdet. Den byder på betydelige udfordringer for at få lokale og regionale kræfter og initiativer til at spille sammen på en måde, der sikrer en styrket kvalitet og tværfaglighed. Det er vigtigt, at der åbnes mulighed for, at fælles kommunale/regionale tilbud og forsøg kan etableres nemt og smidigt uden strenge formelle krav om central godkendelse.

### Genoptræning

Der har været gråzoner i den hidtidige struktur på genoptræningsområdet, og det vil der fortsat blive i den nye struktur, fordi genoptræning knytter sig til hele sygdomsforløbet, for eksempel på neuro- og kræftområdet.

Kommunerne får nu større ansvar og flere forpligtelser på området. Det forekommer usikkert om kommunerne, ikke mindst de små kommuner, vil have den fornødne bærekraft hertil. Et eksempel på omkostningsniveauet for genoptræning er Kræftens Bekæmpelses igangværende rehabiliteringsprojekt for kræftpatienter på Dallund Slot til 60 millioner kroner.

Mange patienter, heriblandt kræftpatienter, har brug for genoptræning under hele forløbet. Der er behov for udvikling af genoptrænings-/rehabiliteringstilbud til kræftpatienter. Det indebærer, at kommunerne må samarbejde på tværs, da de enkelte og især mindre kommuner næppe vil kunne bære opgaven individuelt. Der skal skaffes dokumentation for, hvilke tilbud og aktiviteter der virker, og på den baggrund skal tilbuddene løbende forbedres og effektiviseres.

Det ideelle mål er, at der til den enkelte kræftpatient udarbejdes en rehabiliteringsplan, der sikrer, at relevante og nødvendige behov tilgodeses i praksis.

Kræftens Bekæmpelse henleder opmærksomheden på udkastets § 84 om fastsættelse "af nærmere regler om, at regionsrådet tilbyder en genoptræningsplan til patienter, der har et lægefagligt behov for fortsat genoptræning efter endt behandling på sygehus". Det er vigtigt, at disse regler også kommer til at omfatte kræftpatienter på grund af deres ofte langvarige sygdomsforløb og manges problemer med senfølger.

### Forebyggelse

Det er positivt, at der sker en politisk prioritering af forebyggelsesområdet. Implementering af en effektiv forebyggelsesindsats er en stor udfordring, og samarbejde på tværs af kommuner vil være nødvendigt, da kun få kommunerne må forventes at kunne løfte opgaven individuelt.



### Repræsentation i nævn

Kræftens Bekæmpelse opfordrer til, at Patientforum bliver repræsenteret selvstændigt i de nævn, som er nævnt under forslag til Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet. Det drejer sig om Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet.

Patientforum repræsenterer ca. 2 millioner patienter. For mennesker med kroniske sygdomme eller handicaps er kontakten til sundhedsvæsenet ofte livslang. Patienterne sidder inde med en viden, som skal integreres og nyttiggøres i sundhedssystemet. Patientforum bør således som repræsentant for patienterne selvstændigt inddrages i de omtalte nævn.

### Brugerinddragelse

Kræftens Bekæmpelse opfordrer til, at udkastet til sundhedslov udbygges med en bestemmelse, der generelt forpligter myndighederne til aktivt at inddrage brugerne. Det kan for eksempel ske ved, at der nedsættes et sundhedsråd i hver region med repræsentanter for patientorganisationer mv. til at rådgive regionerne i sundhedspolitiske spørgsmål. Endvidere bør sygehusene have pligt til at inddrage patienterne i forbindelse med patientforløbsprogrammer mv.

Kræftens Bekæmpelse har desuden følgende kommentarer til konkrete emner i udkastet til sundhedslov.

### Styrkelse af speciallægeområdet.

Kræftens Bekæmpelse finder den foreslåede styrkelse af speciallægeområdet positiv, idet den muliggør en øget kvalitetssikring.

### Hospice

Den 17. december 2004 vedtog Folketinget en ændring af Lov om sygehusvæsenet, der indebærer, at hospices fremover er omfattet af frit valgs reglerne. Vi er klar over, at det udsendte høringsmateriale er udarbejdet før denne vedtagelse og tillader os at gå ud fra, at vedtagelsen vil blive indarbejdet i udkastet til lov om sundhedslov, som led i det videre arbejde med endelig formulering af den samlede sundhedslov, så hospice fremover vil være omfattet af frit valgs reglen i udkastets § 86.

### Tilskud til tandpleje

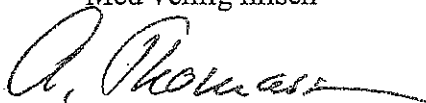
Kræftens Bekæmpelse har siden reglen om tilskud til tandpleje til kræftpatienter trådte i kræft i april 2001 oplevet, at kriteriet "betydelige" i visse tilfælde har ført til, at amtstandlæger har truffet afgørel-

ser, der har resulteret i store økonomiske og praktiske problemer for patienter, som det samtidigt i mangel af en ankebestemmelse ikke var muligt for patienterne at anke og/eller få ændret.

Kræftens Bekæmpelse foreslår derfor, at ordet "betydelige" udgår i udkastes § 161 stk. 1, og man i stedet for benytter det nuværende maksimumsbeløb (1.300,- kr. som årligt reguleres), som et objektiv kriterium for, hvem der er berettiget til støtte.

Kræftens Bekæmpelse er indstillet på at medvirke aktivt til at få strukturreformen til at virke i overensstemmelse med målene herfor. Vi vil gerne inddrages i det forestående implementeringsarbejde på områder, der har betydning for og berøring med kræftpatienter.

Med venlig hilsen



Anne Thomassen  
formand

Efter PFL § 12, stk. 3, skal patientforsikringsforeningen afgive en årlig redegørelse til (bl.a.) sundhedsministeren om sin virksomhed, ligesom den også i øvrigt skal give sådanne oplysninger, som er nødvendige for sundhedsministerens varetagelse af opgaver efter loven, jf. § 17, stk. 2. Det væsentligste i denne forbindelse er, at der sker en offentliggørelse af afgørelser, som er »af principiel betydning og egnet som vejledning om foreningens praksis«, jf. forretningsordenens § 10.2 samt § 15. Som nævnt ovenfor kap. 1, afsnit 1.2.2., er det endvidere væsentligt, at afgørelserne registreres på en sådan måde, at materialet kan anvendes i skadesforebyggende øjemed, herunder som grundlag for lægevidenskabelig forskning.<sup>47</sup> Patientforsikringsforeningen kan endvidere i forbindelse med rapporteringen af sin praksis pege på eventuelle ønskelige justeringer af dækningsomfanget, herunder f.eks. en udnyttelse af bemyndigelsen i § 2, stk. 2, jf. herom ovenfor kap. 3, afsnit 4.

#### 4. Forholdet til patientklagenævnet

Sundhedsvæsenets patientklagenavn er nedsat i henhold til reglerne i kap. 3 i lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse (lov nr. 397 af 10/6 1987 med senere ændringer). Dets opgave er at behandle klager over den faglige virksomhed, der udøves af personer inden for sundhedsvæsenet, jf. lovens § 12 (især dem, der virker i henhold til autorisation, men også visse andre grupper, jf. § 15). Nævnet kan efter § 14 fremsætte kritik over for den pågældende sundhedsperson (f.eks. fordi det finder, at en læge ikke har udvist den i lægelovens § 6 krævede omhu og samvittighedsfuldhed) eller søge andre sanktioner iværksat (f.eks. ved anmodning til anklagemyndigheden om, at der rejses tiltale for overtrædelse af lægelovens § 18).

Patientklagenævnet kan derimod ikke tage stilling til spørgsmål om erstatningsansvar for skader i forbindelse med lægelig behandling m.v. Alligevel er der ingen tvivl om, at udtalelser fra nævnet i vidt omfang er blevet anvendt som grundlag for overvejelser om muligheden for at rejse erstatningskrav (herunder som grundlag for ansøgning om fri proces), jf. ovenfor kap. 1, afsnit 1.2.2.<sup>48</sup> Selv om udtalelse af kritik fra patientklagenævnet ikke nødvendigvis er ensbetydende med, at der foreligger en fejl i erstatningsretlig forstand (culpa), og selv om der med en sådan kritik ikke tages stilling til spørgsmålet om årsagsforbindelse mellem fejl og skade, vil der dog ofte være sammenfald mellem de to vurderinger, således

47. Jf. *ibid.* sp. 3307.

48. Denne praksis bidrager i sig selv til at forhale erstatningssagens afgørelse, jf. herved det d. 7/10 1992 fremsatte forslag til folkestingsbeslutning (nr. B.2, FT 1992-93) om bl.a. nedbringelse af sagsbehandlingstiden i patientklagenævnet.

at nævnets virksomhed indirekte har betydning for erstatningssspørgsmålet.<sup>49</sup> Med gennemførelsen af PFL er grundlaget for denne »sammenkædning« af de to problemstillinger forsvundet for så vidt angår de skader, der omfattes af loven. Eftersom erstatningsberettigelsen ikke længere beror på, om der er begået »fejlk« eller i øvrigt er grundlag for at rette kritik mod nogen medicinalperson, har der ikke været nogen grund til at tildele patientklagenævnet nogen – direkte eller indirekte – rolle i administrationen af PFL.<sup>50</sup> Der er således *ingen* organisatorisk sammenkædning mellem patientforsikringsforeningen og patientklagenævnet.

Adskillelsen af spørgsmålene om kritik af den faglige virksomhed og af patientens ret til erstatning rækker imidlertid endnu videre. Som nævnt ovenfor afsnit 3.1. er det væsentligt, at læger m.v. kan hjælpe patienter med anmeldelse af skader til patientforsikringsforeningen (herunder ved oplysning om forvoldte skader og vejledning om deres rettigheder i henhold til PFL, herunder hjælp til udfyldelse af skadesanmeldelse) uden *derved* at risikere, at der tillige rejses en klagesag, selv om patientforsikringsforeningen under sagsbehandlingen måtte finde, at der kunne være grundlag herfor. Patientforsikringsforeningen *skal* derfor *ikke* – og *må* det måtte være, at der er grundlag for kritik.<sup>51</sup> Der er således sat vandtætte skodder op mellem erstatningssystem og klagesystem – dog kun den ene vej; som nævnt i afsnit 3.1. er der intet til hinder for, at patientklagenævnet hjælper patienter med at få en skade anmeldt til patientforsikringsforeningen. Hvis patienten både ønsker erstatning og en vurdering af, om behandling m.v. giver anledning til kritik, må patienten indgive anmeldelse til begge systemer, hvis sagsbehandling derefter foregår uafhængigt af hinanden. Giver patienten over for patientforsikringsforeningen udtryk for et ønske om en sådan vurdering, bør foreningen vejlede patienten om, at der i så fald må rejses en selvstændig klagesag.

Navnlig fra svensk side har man understreget betydningen af denne adskillelse af hensyn til lægers beredvillighed til at medvirke til, at potentielt erstatningsberettigede skader bliver anmeldt.<sup>52</sup> Det kan indvendes, at man herved risikerer, at begåede fejl ikke fremover vil blive påtalt i samme udstrækning som tidligere. I det omfang de klagesager, som patienter har

49. Jf. også Patientklagenævnet 1991 s. 73.

50. Jf. *mot.* sp. 3279.

51. Jf. sundhedsministeriets vejledning nr. 125 af 25/6 1992 pkt. 5.2; se endvidere sundhedsministeriets svar på spørgsmål 22 fra Folketingets Sundhedsudvalg (ad lovforslag nr. L 151, FT 1987-88, 1. samling) samt indenrigsministeriets skrivelse af 29/4 1987 (J.nr. 5700/0-66/1986) til Folketingets Kommunaludvalg (ministeriets bemærkninger til høringskravet vedrørende lovforslag nr. L 210, FT 1986-87).

52. Jf. *Hechnar*: Ansvar och ersättning vid medicinsk verksamhet s. 122 og *Oldertz*: The Patient, Pharmaceutical and Security Insurances s. 74 f; se også *Sten Rojny*: Patientforsikring s. 223.

rejst, udelukkende eller primært har været motiveret af ønsker om eventuelt at få tilvejebragt et vist grundlag for fremsættelsen af erstatningskrav, må antallet af klagesager forventes at falde.<sup>53</sup>

I Sverige indtraf et fald på godt 1/5 i årene efter patientforsikringsordningens gennemførelse, men derefter steg antallet af klagesager igen til det tidligere niveau. Som tiden går, kan naturligvis også ændringer i andre forhold få betydning; antallet af klagesager i Sverige har været forholdsvis lille (figesom der var færre erstatningssager om lægeansvar inden patientforsikringsordningens gennemførelse, end der var herhjemme inden gennemførelsen af PFL), og det er derfor muligt, at en større andel klagesager herhjemme er motiveret af ønsker om at få grundlag for at rejse erstatningssag, således at faldet i antallet af klagesager vil blive større, end det var i Sverige.

Hvis man betragter et faldende antal klagesager – med heraf følgende risiko for, at flere fejl ikke bliver påtalt – som en ulempe, må den afvejes over for de fordele, som PFL frembyder – dels den øgede sandsynlighed for, at patienterne faktisk får de erstatninger, som retsreglerne berettiger dem til, dels et *generelt* øget kendskab til skademekanismer, som kan anvendes i præventivt øjemed.

### 5. Samordning med eventuel lægemiddelforsikringsordning

Hvis der indføres en (frivillig) lægemiddelforsikringsordning, vil der – som erfaringerne fra Sverige har vist – opstå en række tilfælde, hvor det kan være tvivlsomt, om skaden omfattes af PFL eller af lægemiddelforsikringen (eller eventuelt af ingen af dem), jf. ovenfor kap. 4, afsnit 1.2. Af hensyn hertil er det væsentligt, at der er en vis *samordning* mellem de to forsikringer, såvel med hensyn til *erstatningsudmålingen* som med hensyn til *administrationen* af dem.<sup>54</sup>

Med hensyn til erstatningsudmålingen følger det foreliggende udkast til en dansk lægemiddelforsikringsordning ligesom PFL reglerne i EAL. Bagatelgrænsen er dog en anden, idet der ikke i udkastet opstilles nogen beløbsmæssig bundgrænse; erstatning skal ydes, hvis skadelidte som følge af skaden har været uarbejdsdygtig el. lign. i mindst 14 dage eller er blevet påført varigt mén eller er afgået ved døden. Hvis denne grænse er nået, men ikke beløbsgrænsen i PFL, har skadelidte således en interesse i at søge skaden henført under lægemiddelforsikringen. På den anden side er dækningen efter udkastet på en række punkter snævrere end efter PFL. Navnlige er

53. Jf. *mot. sp.* 3279.

54. Jf. *Rapport* s. 120 og 156 f.

forældelsestristerne kortere (3 år fra det tidspunkt, hvor skadelidte fik eller burde have fået kendskab til lægemiddelskaden, og 10 år fra det tidspunkt, hvor det pågældende lægemiddel blev udløvet). Der kan derfor forekomme tilfælde, hvor kravet mod lægemiddelforsikringen er forældet, mens et krav i henhold til PFL ikke er det, således at skadelidte for så vidt har en interesse i at få skaden henført under PFL. Disse forskelle er selvsagt ikke hensigtsmæssige.<sup>55</sup>

Med hensyn til samordningen af administrationen foreslåede man sig ved gennemførelsen af PFL,<sup>56</sup> at den fornødne tilpasning ville kunne gennemføres ved ændringer i vedtægterne for patientforsikringsforeningen og ved oprettelse af et fælles koordinationsorgan, hvorfra der kunne indhentes vejledende udtalelser i sager, der frembød afgrænsningsproblemer. Navnlige i forbindelse med forslaget om oprettelse af et særligt patient-skadeankenævnt, jf. nedenfor kap. 11, afsnit 5, fandt man det dog mere hensigtsmæssigt at tilvejebringe udtrykkelig hjemmel for en sådan koordination, hvilket er sket med reglen i PFL § 18, stk. 1. Der kan herefter bl.a. træffes bestemmelse om en koordination af anmeldelser til forsikringsordningerne, således at skader, der anmeldes til den »forkert« ordning, formløst kan viderekespederes til den rigtige. Derudover er der i § 18, stk. 3, tilvejebragt hjemmel for, at en række af reglerne om sagsoplysning m.v. for patientforsikringsforeningen også kan overføres på lægemiddelforsikringsordningen.

Det er imidlertid en forudsætning for bestemmelsernes anvendelse, at sundhedsministeren (og justitsministeren som ansvarlig for produktansvarsområdet) kan tiltræde den lægemiddelforsikringsordning, som brancheforeningerne måtte beslutte sig for at fremlægge.

55. Heller ikke i Sverige har man helt undgået problemet, jf. *Hedman: Ansvar och ersättning vid medicinsk verksamhet* s. 113.

56. Jf. *mot. sp.* 3275 og 3306.

Kopi til Lisa, 25

# Patientforsikringen

Nytorv 5 · 1450 København K  
Tlf. 33 12 43 43 · Fax 33 12 43 41  
pf@patientforsikringen.dk  
www.patientforsikringen.dk

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1216 København K

3. januar 2005

J.nr. 0135-20040001-1.ha

Ved brev af 1. december 2004, 2.s.kt.nr. 2004-1200-59, har ministeriet fremsendt forslag til sundhedsloven, forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, forslag til lov om ændring af forskellige love på sundhedsområdet og anmodet om eventuelle bemærkninger senest den 7. januar 2005.

Patientforsikringen skal alene udtale sig over forslag til lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet.

Med lovforslaget samles de eksisterende lovbestemmelser om patientkontorer, klageadgang, patientforsikring og erstatning for lægemiddelskader i een lov. Lovforslaget omfatter således områder, der hidtil har været reguleret i følgende love:

- Lov om sundhedsvæsenets centralstyrelse mv. (kapitel 3).
- Lov om Patientforsikring.
- Lov om erstatning for lægemiddelskader.
- Lov om sygehusvæsenet.
- Lov om offentlige sygesikring.

## I. Principielle bemærkninger til lovforslaget

Om formålet med lovforslaget hedder det i lovbemærkningerne side 19, "at formålet med det foreliggende lovforslag er dels at tilpasse eksisterende lovgivning til den nye regionale struktur i et antal love på sundhedsområdet, dels at skabe et samlet overblik for patienterne, over deres adgang til at klage og modtage erstatning i forbindelse med given behandling mv."

I denne anledning skal man bemærke, at patientforsikringsordningen så vidt ses alene berøres af strukturreformen på den måde, at "amterne" erstattes af "regioner" i relation til erstatningspligt, forsikringspligt og medlemskab af Patientforsikringens bestyrelse og Patientskadeankenævnet mv. I øvrigt er den eksisterende lovtekst, i såvel patientforsikringsloven som lov om erstatning for lægemiddelskader, uændret.

Patientforsikringen har ingen bemærkninger hertil, men finder, at strukturreformen i øvrigt ikke kan begrunde, at patientforsikringsloven og lov om erstatning for lægemiddelskader slås sammen med lovgivningen vedrørende patientkontorer og patientklager mv.

Med hensyn til formålet med at give patienterne et samlet overblik over deres klage- og erstatningsmuligheder så er det Patientforsikringens erfaring, at patienternes overblik og informationsniveau vedrørende klage- og erstatningsmuligheder næsten udelukkende er knyttet til den information, der gives gennem pjecer og andet oplysningsmateriale udarbejdet af amterne og sygehusene samt Patientklagenævnet og Patientforsikringen. Endvidere spiller den rådgivning, der gives af patientvejlederne og sundhedspersonalet, en afgørende rolle, ligesom de oplysninger patienterne kan finde på Patientklagenævnets og Patientforsikringens hjemmesider.

I relation til patienternes information og overblik har lovens formelle udformning praktisk taget ingen betydning. Patientforsikringen modtager i hvert fald aldrig henvendelser fra patienter om at se patientforsikringsloven.

Derimod har lovens formelle udformning betydning for sundhedspersonalet, som af hensyn til deres rådgivning over for patienterne og oplysninger til Patientforsikringen finder det vigtigt, at Patientforsikringen fungerer uafhængigt af det disciplinære system i Patientklagenævnet og Sundhedsstyrelsen. Det forhold, at patienternes erstatningsmuligheder er reguleret i en særskilt lov, patientforsikringsloven, har skabt en betydelig klarhed, idet man derved fra lovgivers side har markeret, at spørgsmålet om erstatning afgøres efter helt andre regler end klager og ikendelse af disciplinære sanktioner.

Patientforsikringen finder det derfor principielt meget uheldigt at samle reglerne om klager og erstatninger i een lov, idet et bærende princip bag patientforsikringsloven netop har været at adskille erstatningssystemet fra klagesystemet, se vedlagte uddrag af professor, dr.jur. Bo von Eybens bog om Patientforsikring, se side 292-294.

Hertil kommer en række praktiske problemer ved at sammenlægge lovene:

## II. Praktiske og økonomiske problemer ved at sammenlægge lovene

### 1. Det hedder i lovforslagets §63 (ikrafttrædelsesbestemmelsen):

”Loven træder i kraft den 1. januar 2007.

Stk. 2. Samtidig ophæves følgende lovbestemmelser:

1...

2. Lov om patientforsikring, jf. lovbekendtgørelse nr. 228 af 24. marts 1997. Loven finder dog fortsat anvendelse på skader, der er forårsaget inden nærværende lovs ikrafttræden.

3. Lov nr. 1120 af 20. december 1995 om erstatning for lægemiddelskader. Loven finder dog fortsat anvendelse, såfremt det lægemiddel, der har forvoldt skaden, er udleveret til skadelidte inden nærværende lovs ikrafttræden.”

Patientforsikringen er enig i bestemmelsen, men da anmeldelse af skader til Patientforsikringen og Lægemedelskadeforsikringen ofte sker flere år efter, at skaderne er forårsaget, indebærer bestemmelsen, at Patientforsikringen, i op til 10 år efter den 1. januar 2007, skal operere med to sæt af regler og paragraffer, henholdsvis Patientforsikringsloven og Lov om klage- og erstatningsadgang indenfor sundhedsvæsenet.

Patientforsikringens elektroniske sagsstyringssystem, elektroniske brevsystemer og statistiske systemer er ikke indrettet til at anvende 2 forskellige love og paragraffer, og det vil kræve omfattende og bekostelige ændringer at tilpasse programmer og breve hertil.

2. Ved at slå lovene sammen ændres patientforsikringslovens navn, og alle de nuværende paragrafnumre bliver ændret. Det er i høj grad upraktisk for dem, der fagligt beskæftiger sig med patientforsikringsloven, hvor studiet af tidligere afgørelser og litteratur på området er vigtigt.

- Patientforsikringens og Patientskadeankenævnets årsberetninger for de sidste 12 år bliver vanskeligere at læse. Det samme gælder domstolenes afgørelser og Patientforsikringens praksissamlinger.
- Tidligere litteratur og juridiske artikler om Patientforsikringen bliver vanskeligere at læse. Det gælder f.eks. Bo von Eybens bog om Patientforsikring og erstatningsretlige lærebøger.
- Patientforsikringens nuværende pjecer og anmeldelseskemaer skal ændres.
- Patientforsikringens registreringer af mere end 30.000 sager til statistiske formål skal ændres.

3. Navnet "Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet", er af flere grunde uheldigt:

- For Patientforsikringen, som årligt udsender mange tusinde afgørelser og breve, hvori lovens navn og paragraffer indgår flere gange, er det vigtigt, at lovens navn er rimeligt kort og entydigt, og kan forkortes på en forståelig måde, f.eks. "Patientforsikringsloven" (PFL) og "Erstatningsansvarsloven" (EAL).

Navnet "Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet" lever ikke op til dette ønske. Det er alt for langt, og medtager "klager" som er uden relevans for erstatningsspørgsmålet. Hvad skal man rent praktisk kalde loven, og hvordan skal man forkorte navnet på en for patienterne forståelig måde?

- Navnet "Patientforsikringsloven" viser at det drejer sig om forsikring af patienter, og navnet afspejler erstatningsordningens navn "Patientforsikringsordningen" og den instans, som administrerer ordningen, "Patientforsikringsforeningen" eller blot "Patientforsikringen".

Det svarer fuldstændig til det, man kender, inden for arbejdsskader: "Arbejdsskadesikringsloven" (ASL), "Arbejdsskadesikringsordningen" og den administrative myndighed "Arbejdsskadestyrelsen".

I dag er der således sammenhæng mellem lovens navn, ordningens navn og den instans, der administrerer ordningen. Endelig fremgår det af navnet, at det drejer sig om forsikring af patienter.

For patienterne og sundhedspersonalets forståelse af informationsmateriale, breve og afgørelser er det vigtigt, at der er denne sammenhæng mellem lovens navn og ordningens navn og administrationens navn.

Da Patientforsikringen går ud fra, at erstatningsordningen fortsat hedder "patientforsikringsordningen", jf. overskriften til lovens kapitel 3, og at ordningen fortsat skal administreres af "Patientforsikringen", finder Patientforsikringen navnet "Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet" lidet oplysende, og det vil være vanskeligt at "markedsføre" en lov med dette navn.

Der er ingen tvivl om, at det vil give anledning til mange misforståelser hos patienterne og sundhedspersonalet, at både klager og erstatning indgår i lovens navn.

### III. Afsluttende bemærkninger

Normalt vil det ikke give anledning til store indsigelser, at man formelt sammenlægger love og ændrer deres navn, når man i øvrigt ikke ændre lovenes indhold, og Patientforsikringen vender sig da heller ikke imod, at dette kunne ske på patientforsikringsområdet, hvis man derved kunne opnå større klarhed og væsentlige forbedringer for patienterne, sundhedspersonalet og sundhedsvæsenet. Det ville f.eks. kunne være både visionært og betydningsfuldt, såfremt man i dansk ret søgte at lave en samlet personskadeerstatningslov, omfattende eksempelvis arbejdsskader, volds ofre og patientskader mv.

Det er imidlertid Patientforsikringens opfattelse, at der med sammenlægning af 2 områder, som principielt er af helt forskellig karakter, ikke opnås nogen forbedringer, som tilnærmelsesvis opvejer de ulemper, som er skitseret ovenfor. Tværtimod vil en sådan sammenlægning gøre systemet uklart til skade både for patienterne og sundhedspersonalet.

Afslutningsvis skal man ikke undlade at gøre opmærksom på, at patientforsikringsloven indtager en særstilling ikke blot i dansk ret, men også i international erstatningsret, idet det med loven første gang er lykkedes at gennemføre en såkaldt "no fault" forsikringsordning for patienter, byggende på nogle væsentlige elementer, som har vist sig bæredygtige i praksis. Inspirationen hertil kommer fra Sverige, men den danske patientforsikringslovs opbygning og ansvarsregler har i vid udstrækning været et forbillede for "patientskadelovene" i Norge, Sverige og Finland. Den islandske patientforsikringslov er en direkte kopi af den danske lov. Sammen med tilsvarende nordiske love, har den danske lov vakt international opmærksomhed og anerkendelse såvel i juridiske som i medicinske kredse.



Efter at have fungeret i 12 år er patientforsikringslovens navn blevet indarbejdet og kendt i befolkningen, medierne, hos sundhedspersonalet, sundhedsmyndighederne, blandt advokater og ved domstolene og loven indgår i erstatningsretlige lærebøger på linie med andre væsentlige erstatningsretlige love f.eks. arbejdsskadesikringsloven.

Der skal efter Patientforsikringens opfattelse tungtvejende grunde til at usynliggøre denne lov og ændre alle referencer ved at slå den sammen med andre love og ved at give loven et nyt navn. Sådanne grunde foreligger ikke, tværtimod, jf. foranstående.

Såfremt ministeriet ønsker at give patienterne et bedre overblik over deres klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, kan det ske langt mere effektivt ved en informationsindsats, og Patientforsikringen bidrager gerne hertil.

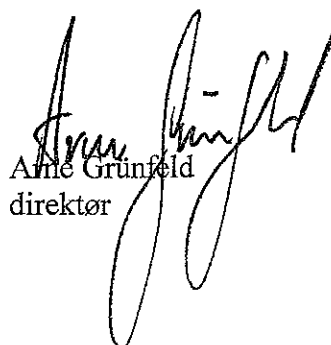
Patientforsikringen har, på grund af den korte høringsfrist, ikke haft mulighed for at beregne de økonomiske konsekvenser af loven for Patientforsikringen og dermed amterne/regionerne, og man har heller ikke haft mulighed for at drøfte lovforslaget i Patientforsikringens bestyrelse.

Når lovforslaget har været drøftet i bestyrelsen i februar måned 2005, vil Patientforsikringen vende tilbage med eventuelle supplerende bemærkninger.

Med venlig hilsen



Poul-Erik Svendsen  
Formand



Anne Grünfeld  
direktør

Kopi til Lisa, 2'

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmen 10 - 12  
1216 København K



**kost &  
ernærings  
forbundet**

Høringsvar fra Kost & Ernæringsforbundet, Nørre Voldgade 90,  
1358 København K

Nørre Voldgade 90  
1358 København K  
TEL 33 41 46 60  
post@kost.dk  
www.kost.dk

Vedr. høring over lovforslag til udmøntning af kommunalreform på  
Indenrigs- og Sundhedsministerietsområde.

Kost & Ernæringsforbundet giver herved følgende kommentarer og  
forslag til formulering til "Udkast til forslag til Sundhedsloven" og  
"Udkast til forslag til Sundhedsloven - Specielle bemærkninger". Be-  
mærkningerne er fremhævet med fed skrift.

Ritta Bjerre  
Sekretær  
TEL 33 41 46 97  
FAX 33 41 46 80  
rb@kost.dk

Udkast til forslag til Sundhedsloven, side 31, Afsnit IX Kommunale  
sundhedsydelser, Kapitel 36 *Forebyggende sundhedsydelser til børn  
og unge § 120*

7. januar 2005  
J.nr. - GPIrb

" Kommunalbestyrelsen bidrager til at sikre børn og unge en sund  
opvækst og skabe gode forudsætninger for en sund voksentilværel-  
se"

Der foreslås tilføjet: Kommunalbestyrelsen bidrager også til at for-  
midling af sundhedsbudskaber til børn og unge og deres forældre  
varetages af tværfaglige personalegrupper (teams).

Udkast til forslag til Sundhedsloven - Specielle bemærkninger, side  
39, Til afsnit IX, Kapitel 34 *Kommunalbestyrelsens ansvar, Til § 118, 4.  
afsnit*

"Der kan på pleje-, forebyggelses- og genoptræningsområdet være  
gevinster i form af styrket kvalitet"...osv.osv.

Der foreslås tilføjet: Der kan på pleje-, forebyggelses-, ernærings- og  
genoptræningsområdet være gevinster i form af styrket kvalitet  
osv.osv.

Udkast til forslag til Sundhedsloven - Specielle bemærkninger, side 40, Til afsnit IX, Kapitel 35 Forebyggelse og sundhedsfremme, Til § 119, Afsnit Borgerrettet forebyggelse, 3. afsnit.

"Som væsentlige opgaver for kommunerne på det borgerrettede forebyggende indsats kan nævnes: Rygestop, alkohol, svær overvægt, fysisk aktivitet og seksuelt overførte sygdomme og uønskede graviditeter"

Der foreslås tilføjet: Som væsentlige opgaver for kommunerne på det borgerrettede forebyggende indsatsområde kan nævnes: Rygestop (herunder kostvejledning), alkohol, svær overvægt (herunder børneovervægt), underernæring (af ældre), fysisk aktivitet og seksuelt overførte sygdomme og uønskede graviditeter.

Alle tiltag vedrørende den forebyggende og sundhedsfremmende indsats underlægges Sundhedsstyrelsens anbefaling for kvalitetssikring og kompetenceudvikling.

Med venlig hilsen



Gitte Parry  
formand

Kopi til Lisa, 2S

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1.Ø

Til  
Indenrigs- og sundhedsministeriet  
Undervisningsministeriet  
Socialministeriet

6. januar 2005

*Kundskaben øges med tiden  
Vi vokser med hvad vi véd.  
Dyrekøbt er dog din viden,  
Hvis den kvæler din åbenhed. (Piet Hein)*

### **Høringssvar fra Landsforeningen Autisme (LA) i forbindelse med lovpakken til gennemførelse af en ny kommunalreform.**

LA har gentagne gange påpeget manglen på grundige analyser på social-, sundheds- og undervisningsområdet for det stigende antal børn og voksne med autisme.

Det rejser begrundet tvivl om grundlaget for ændringerne og giver bekymring for de vilkår der gives mennesker med et livslangt handicap. Som pårørende forening er det vores pligt at gøre opmærksom på faren for alvorlige tilbageslag i udredning, behandling, undervisning og udvikling. Den meget udsatte gruppe af børn med autisme kræver en tidlig indsats. Der er en mangeårig tradition i Danmark for at sikre handicappede børns tarv og velfærd. Vi må insistere på at denne linje fastholdes, også i overgangsperioden, så disse børn og deres familier ikke lider overlast på grund af en forceret implementering af kommunalreformen.

Alle mennesker med Autisme Spektrum Forstyrrelser skal sikres den bedst mulige behandling funderet på et højt fagligt niveau og en rationel udnyttelse af ressourcer og muligheder.

I de mange fremlagte forslag ser LA en række positive muligheder og vi anerkender at en proces nu er sat i gang frem mod 1. januar 2007.

Omvendt er vi nødt til, i forlængelse af De Samvirkende Invalideorganisationers detaljerede høringssvar, at pege på enkelte af de alvorlige mangler i de fremlagte forslag:

**Specialskolerne** på autismeområdet tænkes udlagt til de enkelte kommuner. Alle med et minimum af indsigt i autisme og vidtgående specialundervisning ved at denne gruppe af børn med autisme, der angiveligt har behov for et højt specialiseret skolemiljø, kræver en helt speciel viden og en konstant faglig udveksling og udvikling.

Specialskoletilbud i de enkelte kommuner vil på ingen måde kunne opnå en volume der kan fastholde og udvikle et tilfredsstillende fagligt niveau. På netop autismeområdet er der rationelle, operationelle og faglige dokumentationer for en centralisering af specialskoletilbudene som vi kender i dag.

LA foreslår derfor at specialskolerne ejes og drives af regionerne, hvoraf 1-2 specialskoler i hver region kan fungere som et fagligt center for undervisning, forskning og dokumentation, for de mange kommunale tilbud i form af gruppeordninger og enkeltintegrerede elever i folkeskolen.

Subsidiært anbefaler LA at overdragelsen af specialskolerne til kommunerne udsættes.

Vi foreslår at der i stedet iværksættes en udredning af området over en 2-årig periode med henblik på en afklaring og sikring af et fagligt og rationelt forsvarligt specialskoletilbud.

**VISO** – den nye videnscenterorganisation der skal opbygges er i forslaget kun sat i sammenhæng med det sociale serviceområde. Det anser LA som en klar fejl og vi har ikke fantasi til at se et meningsfyldt arbejde udført uden sammenhæng i hele området.

Videnscenter for Autisme og andre har dokumenteret nytteværdien af en samlet vidensopsamling og -deling med overblik over undervisning, forskning, beskæftigelse og boligtilbud samt social- og sundhedsområdet herunder retspsykiatrien.

Vi anbefaler at der gennem faglige råd sikres det nødvendige grundlag for videnscentrenes mangeartede opgaver.

**Tilgang til udredning** – ifølge forslaget skal kommunerne alene kunne indstille til udredning og diagnosticering. Vi vil kraftigt anbefale at den enkelte borgers rettigheder sikres.

Der skal være mulighed for direkte borgerhenvendelse og/eller gennem egen læge.

Der skal sikres sammenhæng i udredningerne. Det er væsentligt at borgerne har ret til en individuel vurdering på det bredest mulige grundlag. Denne vurdering bør omfatte ikke kun diagnosticering men også uddannelse, beskæftigelse, social- og sundhedsmæssige forhold, bolig og familieforhold skal indgå. Der skal sikres varighed i handlingsplaner og forpligtigelser.

**Ungdomstilbud** – der bør etableres en lovfæstet ungdomsuddannelse som politisk, administrativt og økonomisk er placeret som andre ungdomsuddannelser og med mulighed for individuelt tilrettelagte forløb. Maksimalt 9-10 års skolegang for børn og unge med autisme er helt utilstrækkeligt. Netop handicappet nødvendiggør en udvidet adgang til undervisning på alle niveauer. I mange tilfælde vil en målrettet indsats ikke kun sikre den enkeltes funktion og livskvalitet men også i langt højere grad åbne op for tilgang til beskæftigelse.

**Bolig- og beskæftigelsestilbud** til voksne med handicaps er ikke i tilstrækkelig grad sikret i lovpakken. Ligeværd og lige muligheder kan ikke kun være overskrifter og fraser. Der skal lovfæstede rettigheder til en ordentlig bolig og mulighed for beskæftigelse.

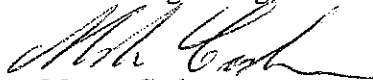
**Specialundervisningen for voksne** skal sikres løsninger og minimumskrav så de enkelte kommuner ikke kan bruge området som økonomisk instrument.

**Retssikkerheden** skal forbedres sammen med en udbygning af en gennemsigtig klageadgang. Autisme opfattes ofte som et "usynligt" handicap. Pårørende og mennesker med autisme må alt for ofte kæmpe en forgæves kamp mod misforståelser, fordomme og manglende klarhed i de tilbud som det offentlige giver.

Kommunalreformen er en enestående mulighed for at opstille et værn mod tilfældige afgørelser, kommunal kassetænkning og manglende faglige kompetencer. Det er muligt at opstille en række basale muligheder og tilbud som vil lette hverdagen for handicappede og deres familier og samtidig forenkle den offentlige administration.

LA stiller meget gerne sin viden og kompetencer til rådighed i en proces frem mod dette mål.

på landsforeningens vegne



Morten Carlsson  
landsformand

LANDSFORENINGEN AUTISME

Kiplings Allé 42, 1. sal, 2860 Søborg, Tlf. 70 25 30 65, Fax 70 25 30 70, E-mail: kontor@autismeforening.dk



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

Kopi til Lisa, 2.S.

INDGÅET I

7. januar 2005

- 7 JAN. 2005

1. Ø

## Vedr.: Høringssvar til udkast til forslag til Sundhedsloven

Danske Fysioterapeuter takker for det fremsendte lovforslag, som vi har læst med interesse.

Vi kan tilslutte os tanken om at samle og dermed forenkle lovgivningen på sundhedsområdet. Vi finder det dog stærkt problematisk, at et så omfattende regelsæt i vidt omfang betjener sig af ministerbemyndigelser. Denne vide brug af bemyndigelser skaber uigennemsigthed og usikkerhed.

Danske Fysioterapeuters høringssvar vil i sagens natur have sin hovedvægt på spørgsmålene om genoptræning og det øvrige forstærkede kommunale engagement i sundhedspolitikken. Af hensyn til overskueligheden har vi dog valgt at kommentere lovudkastet fortløbende.

### *Formål, opgaver m.v.*

Af udkastet til sundhedslov § 2 fremgår, at loven fastsætter kravene til sundhedsvæsenet for bl.a. at opfylde behovet til "let og lige adgang til sundhedsvæsenet". Ændringen af terminologien forklares ikke, og Danske Fysioterapeuter foreslår derfor, at den oprindelige "fri og lige adgang" bevares, således at der ikke er tvivl om lovgivers formål.

### *Tolkebistand*

Danske Fysioterapeuter finder, at der bør kunne ydes tolkebistand i tilfælde, hvor der foreligger lægehenvielse til fysioterapeutisk behandling med sygesikringstilskud.

### *Klinikgodkendelse*

Danske Fysioterapeuter kan tilslutte sig afskaffelse af indretningsbekendtgørelse. Vi finder det dog besynderligt, at fysioterapi er den eneste faggruppe under sygesikringstilbuddene, som er pålagt klinikgodkendelse. Vi skal derfor opfordre til, at lovudkastets §68, 2. led, "Tilskud til behandling hos fysioterapeut på klinik kan kun ydes, hvis klinikken er godkendt af regionsrådet" udgår.

### *Genoptræningsplaner – særlige sygehusydelse*

Det fremgår af lovudkastets § 84, at der skal fastsættes regler for genoptræningsplaner til patienter, der har et lægefagligt begrundet behov for fortsat genoptræning efter end behandling på sygehus. Bestemmelsen er i hovedsagen som den tidligere bestemmelse, men vi kan konstatere, at der i den nye bestemmelse anvendes udtrykket ”..efter endt behandling”, hvorimod den gældende bestemmelse anvender udtrykket ”.. efter udskrivning fra sygehus.” Der er ikke tale om to udtryk, der umiddelbart dækker det samme, men det fremgår desværre ikke af bemærkningerne, om der er tiltænkt en ændring af retstilstanden. Vi skal blot understrege, at vi naturligvis ikke finder det rimeligt, at patientens retstilling forringes med denne lov.

Samtidig skal vi endnu engang stille spørgsmålstejn ved sammenkoblingen af lægefaglig vurdering med patientens behov for en genoptræningsplan. Det fremgår ikke af bemærkningerne, hvilken type lægefaglig vurdering der tænkes anvendt, og vi må understrege, at det vil være naturligt og en kvalitetsforbedring om genoptræningsbehovet vurderes af fysio- og ergoterapeuter, der er uddannet til netop denne opgave.

### *Forebyggelse & Sundhedsfremme*

Danske Fysioterapeuter er meget enige i intentionerne i udkastets kapitel 34 ff, hvor kommunerne gives et selvstændigt ansvar for at styrke og udbygge den forebyggende og sundhedsfremmende indsats. Spørgsmålet er imidlertid om disse intentioner konkret understøttes af lovforslag, hvor der ikke er afsat ressourcer til opgaven som bl.a. indebærer nødvendigheden af kompetenceudvikling af personale, defineret af og implementering af opgaven?

Forebyggelse og sundhedsfremme er oftest investeringer, hvis afkast viser sig over en meget lang periode. Således kan det i et lokalpolitisk perspektiv være vanskeligt at prioritere overfor de mange velfærdsopgaver som presser og som på kort sigt giver synlige og håndgribelige resultater.

Incitamentet for forebyggelse og sundhedsfremme er i loven indlagt ved Kommunernes medfinansiering af egne borgeres forbrug af ydelser, der leveres af det regionale sundhedsvæsen og af privatpraktiserende sundhedspersoner. Det er et åbent spørgsmål, hvorvidt den nye finansieringsmodel vil give kommunerne tilstrækkelig økonomisk incitamentet til forebyggelse og sundhedsfremme. Samlet set er det yderst komplekst at foretage en vurdering af, hvorvidt kommunen vil søge at forebygge indlæggelser på sygehusene på baggrund af en max. takstbetaling på 3.000 kr. pr. år. pr. indlæggelse.

Danske Fysioterapeuter mener derfor, at det bør klargøres, at kommunernes er forpligtet til at fastsætte mål for, planlægge, gennemføre mv. en forebyggende og sundhedsfremmende indsats.

Formuleringen i § 119, stk. 2 der siger, at "Kommunalbestyrelsen etablerer forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne" giver med betegnelsen "etablere" et alt for uklart og uforpligtende grundlag.

Overordnet set finder vi, at fysisk aktivitet såvel på det behandlende som det forebyggende plan gives en alt for ringe placering i afsnittet om kommunale sundhedsydelse. Fysisk aktivitet omtales alene i en opremsning som "motion", og vi finder, at begrebet på den måde underspilles i forhold til sit potentiale i den nye kommunale sundhedsindsats. Særligt problematisk er det, at der ikke i loven sættes fokus på fysisk aktivitet i relation til børn og unge. Danske Fysioterapeuter foreslår derfor, at kapitel 36 inddrager den omfattende viden om den gavnlige virkning af fysisk aktivitet, herunder vil vi særligt foreslå, at den i § 123 omtalte tværfaglige gruppe også skal inddrage motorisk sagkundskab.

I de specielle bemærkninger til udkastets kapitel 34 udtrykkes en opfordring til at kommunerne "udvikler og anvender nye organisatoriske løsninger". Danske Fysioterapeuter er enig i, at der skabes vide rammer for lokalt bestemte sundhedstilbud, og i lighed med Sundhedskartellets fælles høringssvar vil vi foreslå, at der i bemærkningerne til det endelige lovforslag gives en række eksempler på fordelene ved sundhedscentre.

Det væsentligste er at holde fast i, at sundhedscentre skal være en vej frem til, at helt konkrete opgaver skal løses bedre end i dag – til fordel for den enkelte borger og samfundet som helhed. Vi ser gode muligheder for at lade sundhedscentre lette overgange og skabe sammenhæng i f.eks. genoptræningsopgaven. En anden mulighed er bedre indsats for kronisk syge, hvor tværfagligheden kan give en ny og mere patientinddragende rehabilitering. Sundhedscentre vil også kunne løfte de vigtige koordinationsopgaver for patienter, der er i forløb, hvor mange parter er inddragede. En særlig gruppe som vi mener kunne have gavn af den tværfaglige indsats i et sundhedscenter er sygemeldte, hvor en tidlig og koordineret indsats med fokus på arbejdsfastholdelse/integration på arbejdsmarkedet kan medvirke til at undgå lange sygdomsforløb med risiko for udstødelse. Danske Fysioterapeuter vil endvidere fremhæve potentialet for et fornyet samarbejde mellem sektorerne, hvor vi ser plads til praksissektoren. Samspillet mellem den offentlige sektor og den private er under stadig udvikling og bør også have en udviklingsplatform i sundhedscentrene.

Intentionerne i Sundhedsloven bør understøttes af egentlige øremærkede midler til kommunernes sundhedsfremme og forebyggelse. I stedet for at basere den samlede forebyggende og sundhedsfremmende indsats i det danske sundhedsvæsen på en formodning om, at kommunerne måske vil have incitament til at prioritere de økonomiske ressourcer til området, bør der ske en eksplicit og samlet prioritering fra centralt hold.



### *Genoptræning*

Danske Fysioterapeuter kan tilslutte sig intentionen om at give kommunerne det primære ansvar for genoptræningen efter udskrivningen (se dog kommentar oven for), men i lighed med vort høringssvar til Strukturkommissionens betænkning finder vi, at der er en række genoptræningsopgaver af særlig karakter: Det drejer sig f.eks. om traumatisk hjerneskadede, der har behov for en specialiseret indsats i sygehusregi. Et andet eksempel er en af de mindre neurologiske patientgrupper som ALS (amyotrofisk lateral sclerose) der varetages af udgående specialteams fra sygehusene. Ved gennemlæsning af udkastet til sundhedslov kan vi konstatere, at der ikke er taget højde for disse patientgruppers behov for en særlig indsats.

Træningsindsatsen må tage udgangspunkt i patientens behov. Denne lov har som udgangspunkt, at kommunen har ansvaret for at yde den træning, som patienten har behov for. Dette skaber for så vidt ikke faglige afgrænsningsproblemer, så længe det anerkendes, at træningen ikke dermed som en selvfølge er placeret i kommunalt regi. Danske Fysioterapeuter foreslår derfor to ting:

For det første bør der foretages en faglig udredning af hvilke træningsopgaver, der af sundhedsfaglige årsager rettelig hører til i sygehusregi. Når dette er fastlagt, vil det være naturligt at lade det indgå i de sundhedsaftaler, som skal indgås mellem regioner og kommuner.

For det andet bør der etableres reelt frit valg for patienterne, det vil sige også frit valg for så vidt angår genoptræning og den træning, der følger lov om social service § 86. Danske Fysioterapeuter finder, at der bør indføres "pengene følger patienten" på samme vis som tilfældet er det for andre sundhedsfaglige ydelser.

Vi er enige i lovens intentioner vedr. samarbejdet mellem region og kommune om serviceniveau m.v. Vi mener, at man med loven kan nå noget af vejen til løsning af de problemer der har været indenfor den såkaldte gråzoneproblematik. Det kræver dog, at man fra Sundhedsstyrelsens side vælger at stille klare og tydelige krav til sundhedsaftalernes bestemmelser om genoptræning. Danske Fysioterapeuter deltager gerne i det arbejde, der må gå forud for godkendelserne af sundhedsaftalerne, og som bør indebære etablering af klare retningslinier om de forskellige patientgruppers behov for behandling, genoptræning og funktionsfremmende træning.

For at lovens intentioner om at modvirke gråzoneproblematikker kan opfyldes, er det vigtigt at inddrage den viden, som er opnået siden loven om genoptræningsplaner blev indført i 2001. Erfaringerne herfra viser tydeligt, at gråzoner ikke forsvinder blot fordi lovgiver udtaler et ønske herom, men at der kræves en vilje og et indgående samarbejde mellem de involverede myndigheder.

Der vil altid være patientforløb, der går på tværs af sektorerne, og hvor behovet for klare rettigheder er påkrævet. Det betyder, at indholdet af samarbejdsaftaler bliver helt centralt for at sikre borgerens ret til den bedst mulige ydelse.

Ligeledes er det vigtigt, at man i tilbageblik husker på, at området netop har været præget af for lille indsats. Det er ved gentagne undersøgelser siden 2001 blevet verificeret, at der bliver udskrevet for få genoptræningsplaner, og at mange patienter fortsat ikke får den genoptræning, de har krav og behov for. Således er det nødvendigt at erkende behovet for, at området oprustes udover det eksisterende niveau og ikke bare anses som en opgaveoverflytning. Et vigtigt redskab kunne være etablering af et reelt retskrav på vurdering af genoptræningsbehovet.

På den baggrund finder Danske Fysioterapeuter det nødvendigt, at der sker en øremærket ressourcetilførsel til udbygning af genoptræningsområdet, således at patienter fremover kan modtage den genoptræning, som de både har krav og behov for.

#### *Befordring og befordringsgodtgørelse*

Bestemmelsen i § 167 fastslår, at der alene kan ydes befordringsgodtgørelse inden for kommunegrænsen. Danske Fysioterapeuter ser gerne, at der indføres et reelt frit valg, og befordringsgodtgørelse bør derfor ikke afhænge af kommunegrænse.

#### *Kvalitetsudvikling*

Danske Fysioterapeuter er meget enige i, at kommunerne i samarbejde med region og stat pålægges både forskningsmæssige og kvalitetsudviklingskrav jfr. § 188 i lovudkastet.

Vi finder det dog centralt, at man i loven anerkender den store opgave, der ligger i disse krav. Der er en væsentlig erfaring fra sygehusvæsnet, at kvalitetsudvikling er en proces, som kræver massiv medinddragelse af den enkelte medarbejder. Det er derfor vigtigt, at der med loven i højere grad fokuseres på kompetenceudvikling af den enkelte medarbejder.

Det er uomgængeligt, at Den Danske Kvalitetsmodel må lægge til grund for det forestående arbejde, men Danske Fysioterapeuter finder det vigtigt, at kommunerne inddrages i arbejdet med modellen.

#### *Forskning*

I lighed med bestemmelsen om kvalitetsudvikling finder vi, at der i bestemmelsen om forskning savnes konkrete anvisninger til, hvordan man forestiller sig at implementere produktive forskningsmiljøer kommunalt. Disse skal jo, som der skrives i bemærkningerne til loven, "medvirke til udviklings- og forskningsarbejde...".

I bemærkningerne står også, at "det kommunale bidrag til forskning og udvikling gøres eksplicit i sundhedslovgivningen". Det er som ved kvalitetsudvikling erfaringen fra sygehusvæsenet, at solid forskning kræver forskningsmiljøer med tilknytning til praksisområdet, og det er samtidig kendt, at netop den kommunale sektor ikke har megen tradition og derfor heller ikke tilsvarende kultur/miljø for forskning.

Alene den praksis at arbejde med systematisk dokumentation af indsats og effekt vil blive en udfordring i det kommunale regi, som det var et sygehusvæsenet i begyndelse af 90'erne med de første tiltag indenfor kvalitetsudvikling.

Vi mener derfor, at det er meget vigtigt, at dette område præciseres og tilføres konkrete midler til praksisorienteret forskning, kompetenceudvikling og implementering. Konsekvenserne kunne ellers blive et massiv tab af viden indenfor de områder, som nu flyttes fra sygehuse til kommunerne til skade for patienter og samfundet som helhed.

Vi vil derfor yderligere foreslå, at der i sundhedsaftalerne mellem region og kommuner indgår aftaler om, hvorledes forsknings- og udviklingsforpligtelsen skal løftes. Det forekommer os urealistisk at tro, at hver enkelt kommune meningsfyldt kan medvirke til alle typer sundhedsfaglige forskningsprojekter, hvorimod alle kommuner kan komme i situationer, hvor enkelte eller få borgere har gavn af netop specifikke forskningsprojekter.

#### *Overenskomster*

Danske Fysioterapeuter finder det naturligt og en logisk konsekvens af større kommunalt engagement på sundhedsområdet, at kommunerne får plads i det i § 221 nævnte udvalg (der erstatter Sygesikringens forhandlingsudvalg). Det vil tillige være naturligt, om kommunerne inddrages i den regionale praksisplanlægning, således at praksisplanlægningen også ses i sammenhæng med det kommunale ansvar for genoptræning, sundhedsfremme og forebyggelse.

Bestemmelsen i § 223 rummer hjemmel til, at indenrigs- og sundhedsministeren kan fastsætte honorarerne for sygesikringsydelse, når der ikke foreligger en godkendt overenskomst. Med denne bestemmelse kan overenskomst- og aftalesystemet sættes ud af kraft på en måde, der har karakter af ekspropriative indgreb. Bestemmelsen har ingen parallel i den øvrige planlægning af sundhedsvæsenet, og vil være utænkelig indenfor de institutionelle områder. Danske Fysioterapeuter finder, at en sådan fastfrysningbestemmelse ikke bør indeholdt i en modernisering af sundhedslovgivningen.

#### *Økonomien*

Danske Fysioterapeuter kan tilslutte sig, at genoptræningsopgaven takstreguleres, ligesom vi finder, at et større kommunalt engagement i sundhedsopgaverne naturligt hænger sammen med et finansielt ansvar.

Vi er dog særdeles usikre over for, hvorvidt det kommunale engagement anses tilstrækkeligt i den finansieringsmodel, som er lagt frem, ligesom vi må stille spørgsmålstegn ved den kommunale medfinansiering af forskning og udvikling (se også Danske Fysioterapeuters hørings svar til Lov om regionernes finansiering).

Vi er stærkt betænkelige over for vurderingen af, at lovforslaget anses for økonomisk neutralt. Lovforslaget pålægger kommunerne en række nye opgaver, der kun i sparsomt omfang har været varetaget af amterne. Som eksempel kan nævnes forebyggelsesområdet men ikke mindst genoptræningsområdet og som tidligere nævnt forskningsområdet. Danske Fysioterapeuter har i lighed med andre organisationer f.eks. patientforeninger gentagne gange påvist alvorlige problemer ved den hidtidige genoptræningsindsats. Dokumentationen har ikke alene drejet sig om manglende sammenhæng i patientforløbet, men også svagt niveau og ringe omfang af genoptræningen.

Vi undrer os derfor over, hvorledes man i den politiske debat herunder også fra regerings partiernes side gang på gang har fremhævet den i dag mangelfulde løsning af genoptræningsopgaven som argument for en strukturreform, når det samtidig ved reformens gennemførelse synes forudsat, at opgaven i den nye struktur skal løses inden for eksisterende økonomiske rammer.

Danske Fysioterapeuter mener, at målsætningen om økonomisk neutralitet kan blive den grundlæggende barriere for indfrielse af de mange gode intentioner, der ligger i loven.

På grund af den korte høringsfrist forbeholder Danske Fysioterapeuter sig ret til at fremkomme med yderligere bemærkninger.

Med venlig hilsen  
**Danske Fysioterapeuter**



**Johnny Kuhl**  
**Førmand**



# DANMARKS LUNGEFORENING

Nationalforeningen til bekæmpelse af Lungesygdomme stiftet 1901  
DANISH LUNG ASSOCIATION

Herlufsholmvej 37  
DK-2720 Vanløse  
Tlf.: +45 38 74 55 44  
Fax: +45 38 74 03 13  
info@lunge.dk  
http://www.lunge.dk  
Giro: 6 40 00 35

København  
7. januar 2005  
CFU/eho

Kopi til Lisa, Z.S.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotsholmsgade 10-12  
1215 København K

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1. Ø

## **Vedr.: Høring vedrørende lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område.**

Danmarks Lungeforening har gennem 'Patientforum' modtaget høringsmateriale vedrørende lovforslag til udmøntning af kommunalreformen på Indenrigs- og Sundhedsministeriets område.

Danmarks Lungeforening har ikke mulighed for at kommentere på samtlige lovforslag og skal derfor fremsende følgende bemærkninger:

Danmarks Lungeforening er enig i sundhedslovens formålsparagraf - herunder særligt, at "sundhedsvæsenet tilbyder en befolkningsrettet indsats vedrørende forebyggelse og sundhedsfremme og behandling af den enkelte patient". I den forbindelse er det centralt for Danmarks Lungeforening, at der både lokalt og regionalt bl.a. ydes en særlig forebyggelsesindsats overfor børn og unge med henblik på at undgå rygedebut hos denne gruppe. Samtidig vil Danmarks Lungeforening bemærke, at lovforslaget specifikt nævner adgang til behandling af alkohol- og stofafhængighed, hvorfor adgang til rygeafvænnings behandling også bør nævnes.

Danmarks Lungeforening er meget optaget af, at der sikres ordentlige forhold for patienter med kroniske sygdomme - herunder bl.a. patienter med KOL - kronisk obstruktiv lungesygdom. Mange patienter med kroniske sygdomme klarer stort set sig selv. Det er vigtigt, at sygehusene bidrager til at opkvalificere praktiserende læger og kommunalt sundhedspersonale til at tage sig af denne gruppe patienter med henblik på at styrke patienternes evne til selv at kunne håndtere deres sygdom. Samtidig kan denne indsats styrkes gennem etablering af kommunale sundhedscentre, som udover rehabilitering kan yde rådgivning og vejledning om kost, motion, samliv m.v. Der bør derfor også være et tæt samspil mellem sundhedscentrene og sygehusene.

For den gruppe af patienter med kronisk sygdom, hvis sygdom er så kompliceret, at de jævnligt er i kontakt med sygehuset, må sygehusvæsenet fortsat være disse patienters garanti for, at de får den rigtige støtte og vejledning til at håndtere deres sygdom.

Samtidig lægger Danmarks Lungeforening stor vægt på, at sygehusvæsenet i stigende grad arbejder med på en udvikling, hvor behandling kan foregå i hjemmet - herunder også specialiseret behandling - f.eks. i form af iltsygeplejersker. Mange patienter vil i stigende grad være klar til selv at tage ansvar for deres eget sygdomsforløb og eller dele af det. Hjemmebehandling kan skabe større tilfredshed hos patienterne og mindre sygeliggørelse af dem til gavn for både den enkelte patient, pårørende og sundhedsvæsenet.