



DANMARKS LUNGEFORENING

For så vidt angår Forslag til Lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, det vil sige Sundhedsvæsenets Patientklagenævn, Patientskadeankenævnet og Lægemiddelskadeankenævnet, ønsker Danmarks Lungeforening, at 'Patientforum' bliver repræsenteret i de pågældende klagenævne med en repræsentation, der modsvarer dets størrelse.

Endelig skal Danmarks Lungeforening opfordre til, at det overvejes, hvordan patienterne og deres erfaringer kan bruges mere proaktivt til gavn for sundhedsvæsenets fortsatte udvikling. Danmarks Lungeforening ser gerne en mere systematisk brugerinddragelse, når det gælder både planlægning, prioritering og udmøntning af sundhedsydelse. På den baggrund vil Danmarks Lungeforening opfordre til, at der bl.a. nedsættes regionale og centrale råd med repræsentanter for brugerne.

Med venlig hilsen  
DANMARKS LUNGEFORENING

Johannes Flensted-Jensen  
Amtsborgmester,  
Formand for bestyrelsen

Charlotte Fuglsang  
Direktør



Kopi til Lisa, 2.5.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
Slotholmsgade 10-12  
1216 København K

INDGÅET I

- 7 JAN. 2005

1. Ø

Den 6. januar 2005  
Ref.: LPr/SSP

**Høringssvar vedr. forslag til Sundhedsloven og forslag til Lov om  
Klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsområdet**

Hermed fremsendes Dansk Sygeplejeråds høringssvar vedr. forslag  
til Sundhedsloven og forslag til Lov om klage- og erstatningsadgang  
inden for sundhedsområdet.

Høringssvaret vedr. forslag til Sundhedsloven indeholder også be-  
mærkninger til forslag til Lov om regionernes finansiering og til for-  
slag til Lov om social service. Høringssvaret er derfor også sendt til  
Socialministeriet.

**DANSK SYGEPLEJERÅD**

The Danish Nurses'  
Organization

Vimmelskaftet 38  
Postboks 1084  
DK-1008 København K

Ekspedition:  
Mandag-torsdag 10.00-16.00  
fredag 10.00-15.00

Tlf. +45 33 15 15 55  
Fax +45 33 15 24 55

dsr@dsr.dk  
www.dsr.dk

Med venlig hilsen

Connie Kruckow  
formand

Kirsten Kenneth Larsen  
direktør



Januar 2005/SSP/LPr

## Dansk Sygeplejeråds hørings svar vedr. forslag til Sundhedslov

### Sammenfatning

Danmark skal have et forebyggende og sammenhængende sundhedsvæsen i verdensklasse.

Den ambition deler Dansk Sygeplejeråd med regeringen, ligesom Dansk Sygeplejeråd også deler regeringens grundlæggende mål om "et stærkt offentligt sundhedsvæsen, der skal tilbyde patienterne fri, lige og gratis adgang til forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje på et højt fagligt niveau" (jf. "Aftale om strukturreform" juni 2004).

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse udgør forslag til Sundhedsloven og de øvrige lovforslag i kommunalreformen, der vedrører sundhedsvæsenet, et godt fundament for de kommende års videreudvikling af sundhedsvæsenet til gavn for patienter og borgere.

Dansk Sygeplejeråd vil særligt fremhæve lovforslagenes intentioner om bedre sammenhæng i patientforløbene, større fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, etablering af sundhedscentre, integration af de kommunale sundhedsopgaver i det samlede sundhedsvæsen, styrkelse af de centrale sundhedsmyndigheder og flytning af sygeplejerskeuddannelsen til staten. Dansk Sygeplejeråd har tidligere – bl.a. i forbindelse med Strukturkommissionens betænkning – påpeget et behov for en indsats på disse områder.

Herudover finder Dansk Sygeplejeråd det positivt, at der nu formuleres en samlet sundhedslov med en fælles formålsparagraf for hele sundhedsvæsenet og pligt til, at sundhedsvæsenets mange aktører – lokalt, regionalt og centralt – forpligtes til at arbejde efter samme bestemmelser. Det kan – sammen med dannelsen af regioner og større kommuner og med flytningen af og etableringen af nye opgaver – medvirke til at skabe et sundhedsvæsen med højere kvalitet og patientsikkerhed.

Imidlertid er der i Sundhedsloven og de øvrige lovforslag på sundhedsområdet en række elementer, der bør ændres, for at intentionerne kan opfyldes. Det drejer sig om:

- Den økonomiske ramme for sundhedsvæsenet: Det er ikke realistisk at gennemføre Sundhedsloven og øvrige lovforslag inden for den nuværende ramme. Der er ikke kun tale om flytning af opgaver, men også om nye opgaver i sundhedsvæsenet – bl.a. oprustning på sundhedsfremme og forebyggelse, etablering af sundhedscentre, forskning i det kommunale sundhedsvæsen mv.

- Det regionale demokrati: Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse får regionerne ikke en tilstrækkelig stor økonomisk og demokratisk bæredygtighed. De nye regioner burde have ret til at udskrive skatter, fordi der derved skabes tæt sammenhæng mellem ansvar og finansiering i sundhedsvæsenet, ligesom de nye regionsråd burde have bedre muligheder for at foretage politiske prioriteringer.
- Ministerbemyndigelser: De mange ministerbemyndigelser svækker muligheden for at udøve demokratisk indflydelse og kontrol, ligesom det ikke er muligt at vurdere en række af lovforslagenes konsekvenser, når en række afgørende elementer først fastlægges senere. Derfor bør bemyndigelserne erstattes af egentlig lovtekst, så det bliver klart for Folketinget, patienter og borgere, medarbejdere og myndigheder, hvilken lovgivning der vedtages. De mange ministerbemyndigelser indebærer, at Dansk Sygeplejeråd tager forbehold for at fremsende yderligere bemærkninger.

Dansk Sygeplejeråd henviser i øvrigt til Sundhedskartellet's hørings svar vedrørende Lov om visse proceduremæssige spørgsmål, der peger på en række problematiske forhold ved den foreslåede proces for gennemførelsen af kommunalreformen.

Foruden ovenstående er der efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse behov for at ændre lovforslagene på en række områder, hvis de skal være med til at indfri ambitionerne om et sundhedsvæsen i verdensklasse. Dels bør en række af formuleringerne i lovforslagene ændres. Dels bør lovforslagene suppleres med en række nye elementer for at sikre, at de vil skabe den nødvendige videreudvikling af sundhedsvæsenet.

Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, at lovforslagene ændres, så følgende forhold sikres:

- Målet er et stærkt offentligt sundhedsvæsen med fri, lige og gratis adgang (§§ 1 og 2)
- Sundhedsloven skal sætte fokus på sygepleje (§§ 1 og 5)
- Patienterne skal have stor selvbestemmelse (§ 42)
- Hospitalerne skal sikres frihedsgrader og udviklingsmuligheder (§ 75)
- Specialiserede hospitaler kræver kompetente sundhedspersoner og stærk faglig ledelse (§§ 75 og 118)
- Hospitalerne skal fortsat udøve sundhedsfremme og forebyggelse (ny § efter § 119, stk. 2)
- Kommunerne skal være en integreret del af sundhedsvæsenet (§ 118)
- Kommunerne skal styrke de sygeplejefaglige kompetencer (§ 118)
- Sundhedscentre skal være et centralt element i fremtidens sundhedsvæsen (§ 119)
- Kommunernes sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats skal reguleres tæt (ny § efter § 119, stk. 2)
- En investeringspulje til sundhedsfremme og forebyggelse er nødvendig (§ 119 og ny § i Lov om regioners finansiering)
- Sundhedsplejen skal spille en større rolle i sundhedsfremme og forebyggelse (§§ 120-126 og ny §)

- Hjemmesygeplejens centrale betydning skal fremgå af loven (§ 139)
- Hjemmesygepleje skal ydes efter sundhedsfaglig vurdering (§ 138)
- Lov om forebyggende hjemmebesøg skal integreres i Sundhedsloven (nyt kapitel efter kapitel 38)
- Genoptræning og rehabilitering skal sikres de nødvendige ressourcer (§ 140)
- Den faglige bæredygtighed på misbrugsområdet risikerer at gå tabt (§§ 141 og 142)
- Den faglige kvalitet i socialpsykiatrien risikerer at lide skade (nyt kapitel efter kapitel 41 og ny § i Lov om social service)
- Den præhospitale indsats skal styrkes (§ 164)
- Den Danske Kvalitetsmodel skal dække hele sundhedsvæsenet – også kommunerne (§ 188)
- Kommunerne skal forpligtes til at sætte fokus på patientsikkerhed (§§ 193 – 195)
- Kravet om dokumentation skal lovfæstes (nyt kapitel efter kapitel 58)
- Der skal forskes inden for alle sundhedsprofessioner (§ 189)
- Der skal skabes ét sammenhængende sundhedsvæsen (§§ 75, 118, 188 og 197 og Lov om regionernes finansiering)
- Samarbejdsudvalg og sundhedsaftaler skal hvile på sygeplejefaglig ekspertise (§§ 199 og 200)
- Sundhedsstyrelsen skal fastsætte bindende retningslinjer for sundhedsaftalerne (§ 200 og ny §)
- Sygeplejersker spiller en vigtig rolle for sammenhængende patientforløb (§§ 42 og 119)
- Specialeplanlægning skal ske med afsæt i tværfaglig rådgivning (§ 202)
- Sundhedsstyrelsen skal orientere sig mere mod det kommunale sundhedsvæsen (§§ 208 og 209)
- Sundhedsstyrelsen skal styrke sin sygeplejefaglige ekspertise (§ 209, stk. 3)
- Infektionshygiejnen må ikke forringes (§ 209, stk. 3)
- Det nye finansieringssystem skal understøtte kvalitet og sammenhæng (§§ 229-239, ny § og Lov om regionernes finansiering)

### Læsevejledning

Dette høringssvar er struktureret efter kapitlerne i forslag til Sundhedsloven. Derudover indeholder høringssvaret bemærkninger vedrørende forslag til Lov om regionernes finansiering og forslag til Lov om social service.

Dansk Sygeplejeråds konkrete forslag til ændringer er markeret med gråt og henvisning til relevante §.

## Indledende bestemmelser (afsnit I)

**Målet er et stærkt offentligt sundhedsvæsen med fri, lige og gratis adgang**

Dansk Sygeplejeråd finder det positivt, at der nu formuleres en samlet sundhedslov med en fælles formålsparagraf for hele sundhedsvæsenet. Det er et væsentligt politisk signal, at sundhedsvæsenets mange aktører – lokalt, regionalt og centralt – forpligtes til at arbejde efter samme formål og inden for samme lovgivningsmæssige ramme. Endvidere medvirker én samlet sundhedslov til at skabe større transparens og overblik over reglerne – herunder rettigheder – for både patienter og borgere, medarbejdere og myndigheder.

Dansk Sygeplejeråd er grundlæggende enig i regeringens mål om, at Sundhedsloven skal understøtte og fremme "et stærkt offentligt sundhedsvæsen, der skal tilbyde patienterne fri, lige og gratis adgang til forebyggelse, undersøgelse, behandling og pleje på et højt fagligt niveau".

Sundhedslovens formålsbestemmelser bør imidlertid ændres på en række punkter, for at loven understøtter målet med sundhedsvæsenet bedst muligt:

§ 2

Dansk Sygeplejeråd foreslår for det første, at § 2 fastslår, at der skal være "fri og lige adgang til sundhedsvæsenet". Dermed skal den foreslåede formulering "let adgang" erstattes af formuleringen "fri adgang".

"Fri og lige adgang" er et af de grundlæggende principper for det danske sundhedsvæsen og indebærer bl.a. gratis sygepleje, behandling mv. til alle borgere. Derfor er det afgørende, at dette princip skrives ind i Sundhedsloven. Dansk Sygeplejeråd undrer sig i forlængelse heraf over, at hverken de generelle eller de specielle bemærkninger forklarer, hvorfor dette princip ikke er videreført.

§ 2

For det andet foreslår Dansk Sygeplejeråd, at bemærkningerne til § 2 og de almindelige bemærkninger præciserer regeringens mål om et "stærkt offentligt sundhedsvæsen".

**Sundhedsloven skal sætte fokus på sygepleje**

Dansk Sygeplejeråd er uenig i Sundhedslovens definition på begrebet "behandling".

§ 5

Det fremgår af § 5, at "behandling" bl.a. omfatter "sundhedsfaglig pleje". Dansk Sygeplejeråds foreslår, at § 5 ændres, så den omfatter "sygepleje".

Det skyldes for det første, at sygepleje er et afgørende element i sundhedsvæsenets tilbud til patienter og borgere og derfor bør nævnes eksplicit i lovens formålsparagraf. Sygepleje ydes både i kommuner og regioner til patienter og borgere, der har behov for sundhedstilbud af sundhedsfremmende, sundhedsbevarende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og/eller lindrende karakter. Det, der ofte er anledningen til en indlæggelse – ud

over behovet for specialiserede undersøgelser og behandlinger – er behovet for professionel sygepleje, fordi patienten ikke kan klare det selv.

For det andet skyldes det, at "sygepleje" er et velkendt begreb hos både patienter, borgere og myndigheder, hvorfor det samme begreb bør anvendes i Sundhedsloven. Bl.a. fastlægger "Bekendtgørelse om sygeplejerskeuddannelsen", at befolkningen har et behov for sygepleje – ikke for "sundhedsfaglig pleje".

For det tredje anvendes begrebet "sygepleje" i en række af de øvrige love, der regulerer sundhedsvæsenet, herunder bestemmelserne om sygeplejerskers grund-, efter-, videre- og specialuddannelse.

§ 1

Endvidere foreslår Dansk Sygeplejeråd, at § 1 suppleres med begrebet "lindre", idet sundhedsvæsenet yder palliation til alvorligt syge og døende.

Bestemmelsen vil herefter lyde: "Sundhedsvæsenet har til formål at fremme befolkningens sundhed samt at forebygge, behandle og lindre sygdom, lidelse og funktionsbegrænsning for den enkelte."

### **Patienters retsstilling (afsnit III)**

#### **Patienterne skal have stor selvbestemmelse**

Det er vigtigt at værne om patientens selvbestemmelsesret. Derfor bør udgangspunktet være, at patienter skal give samtykke til sundhedspersoners videregivelse af oplysninger om helbredsmæssige forhold.

### **Sygehusydelse (afsnit VI)**

#### **Hospitalerne skal sikres frihedsgrader og udviklingsmuligheder**

Sundhedsloven fastlægger, at de kommende regioner skal give kvaliteten på hospitalerne et markant løft, udnytte fordelene ved specialiseringen bedre og sikre sammenhængende og effektive patientforløb på tværs af fag og sektorer. Dansk Sygeplejeråd er enig i, at det er væsentlige målsætninger for det regionale sundhedsvæsen.

For at målsætningerne kan realiseres, skal en række forudsætninger være opfyldt: Det skal bl.a. sikres, at hospitalernes udviklingsmuligheder ikke hindres af, at regionernes opgaveportefølje afgrænses positivt og ikke som hidtil via kommunalfuldmagten. Det skal også sikres, at det nye finansieringssystem understøtter – og ikke hindrer – udviklingen af hospitalernes sundhedstilbud til gavn for patienterne, herunder f.eks. fælles regionale og kommunale sundhedscentre.

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at bemærkningerne til § 75 præciserer, at "Regionerne sikrer, at hospitalerne, herunder ledelserne, har de nødvendige frihedsgrader og udviklingsmuligheder til at sikre patienterne optimal sygepleje og behandling. Erfaringen viser, at en række hospitaler hidtil har været gode til at udvikle udgående funktioner/teams (f.eks. på KOL-, apopleksi- og det palliative område), indføre nye sygepleje- og behandlingsmetoder (f.eks. accelererede patientforløb), udvide funktionerne til medarbejderne til gavn for patienterne (f.eks. på skadestuer, hvor sygeplejersker udfører stadig flere funktioner), etablere fælles uddannelse og faglige netværk for medarbejdere i det regionale og kommunale sundhedsvæsen osv. Sådanne udviklingsaktiviteter skal også prioriteres højt fremover."

### Specialiserede hospitaler kræver kompetente sundhedspersoner og stærk faglig ledelse

Udviklingen i hospitalsvæsenet har gennem en årrække peget i retning af øget specialisering og centralisering. Bemærkningerne til Sundhedslovens § 118 fastslår i forlængelse heraf, at etableringen af regioner vil understøtte udviklingen i retning af færre og mere specialiserede hospitaler.

Af hensyn til patienterne er det afgørende, at udviklingen sker i takt med, at den faglige kvalitet styrkes, og at der er ensartet høj kvalitet på alle landets hospitaler. Dansk Sygeplejeråd ønsker i forlængelse heraf at påpege, at øget specialisering også kan finde sted på mindre hospitaler (jf. også bemærkningerne om Sundhedsstyrelsens planbeføjelser til afsnit XV om "Samarbejde og planlægning").

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse er det en forudsætning for den øgede specialisering, at medarbejdernes kompetencer udvikles i takt hermed. Sygeplejerskernes grunduddannelse er en generalistuddannelse, og derfor er efter-, videre- og specialuddannelse til sygeplejerskerne en afgørende forudsætning for, at specialiseringen i sundhedsvæsenet fortsat kan øges.

Det er også en forudsætning for den øgede specialisering, at der er en stærk faglig ledelse på hospitalerne. Faglig ledelse er med til at sikre, at:

- Sundhedspersonerne har og udvikler stadigt mere specialiserede kompetencer.
- Den faglige kvalitet konstant udvikles.
- Der er kontinuitet i de stadigt mere specialiserede sygepleje- og behandlingstilbud – også på tværs af sektorer.

Dansk Sygeplejeråd foreslår derfor, at Sundhedslovens §§ 75 og 118 præciserer, at en forudsætning for øget specialisering er høj faglig kompetence hos sundhedspersonerne (herunder kontinuerlig efter-, videre- og specialuddannelse) og stærk faglig ledelse.



### **Hospitalerne skal fortsat udøve sundhedsfremme og forebyggelse**

Med Sundhedsloven forankres ansvaret for den sundhedsfremmende og forebyggende indsats i kommunerne, idet også regionerne fortsat vil have en række sundhedsfremmende og forebyggende opgaver.

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse er der behov for, at Sundhedsloven præciserer regionernes opgaver og ansvar i forhold til sundhedsfremme og forebyggelse:

Erfaringerne viser, at hospitalerne spiller en vigtig rolle i sundhedsfremme og forebyggelse – både i forbindelse med patienters indlæggelse og i form af opbygning af faglig ekspertise, forskning, udarbejdelse af evidens, udviklingsarbejde, etablering af videnscentre, netværksdannelse mv. på tværs af det regionale og kommunale sundhedsvæsen.

Af hensyn til både folkesundheden og den enkelte patient er det derfor vigtigt, at regionerne fortsat spiller en vigtig rolle, når det gælder sundhedsfremme og forebyggelse. Regionerne skal bl.a. have økonomisk mulighed for at fortsætte eksisterende netværk og etablere nye, udøve rådgivning via bl.a. forebyggelseskonsulenter mv.

Ny §

Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, at der tilføjes en ny bestemmelse efter § 119, stk. 2, som lyder på følgende måde: "Regionsrådet har ansvaret for sundhedsfremmende og forebyggende tilbud i tilknytning til hospitalsbehandling."

§ 119

Dansk Sygeplejeråd foreslår i forlængelse heraf, at bemærkningerne til § 119 præciserer, at der skal sikres en tæt sammenhæng mellem og koordinering af regioners og kommuners sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter. Der henvises i øvrigt til bemærkningerne om Sundhedsstyrelsens regulering af sundhedsfremme og forebyggelse (jf. afsnit IX om "Kommunale sundhedsydelser").

## **Kommunale sundhedsydelser (afsnit IX)**

### **Kommunerne skal være en integreret del af sundhedsvæsenet**

Udviklingen i sundhedsvæsenet, herunder i befolkningens sygdomsmønster, medfører et behov for, at der løbende etableres nye sundhedstilbud i lokalområderne – bl.a. for at opruste på sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatsen og for at skabe større sammenhæng i sundhedstilbuddene til f.eks. kronisk syge. Derfor støtter Dansk Sygeplejeråd, at kommunerne får et øget (med)ansvar for sundhedsvæsenet, både i form af flere opgaver og i form af øget medfinansiering.

For at kommunerne kan løfte opgaven, skal de lokale politikere sætte sundhed på dagsordenen på en helt anden måde, end de har gjort hidtil. De skal bl.a. etablere stærke faglige miljøer på sundhedsområdet – ikke mindst i hjemmesygeplejen og sundhedsplejen – som understøttes af de politiske og administrative strukturer. De skal også indstille sig

på, at sundhedsvæsenet adskiller sig markant fra de øvrige kommunale driftsområder – ikke mindst fordi det kommunale sundhedsvæsen hænger snævert sammen med det regionale, når det gælder metoder, faglige standarder, kvalitet, patientsikkerhed mv. (jf. også bemærkningerne til afsnit XIV om "Kvalitetsudvikling, forskning, indberetning og patientsikkerhed").

§ 118

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at bemærkningerne til § 118 præciserer, at "Kommunerne udgør en del af et samlet sundhedsvæsen, hvor målet er ensartet høj kvalitet og sikkerhed – uanset hvor i landet og i sundhedsvæsenet patienter og borgere befinder sig. Derfor skal kvaliteten og sikkerheden i de kommunale sundhedstilbud udvikle sig parallelt med hospitalernes og følge samme standarder."

§ 118

I forlængelse heraf bør bemærkningerne til § 118 præcisere, at "Kommunerne har frihed til at vælge organisatoriske løsninger, men den sundhedsfaglige kvalitet og indhold i sundhedstilbuddene skal være ens for borgere i hele landet."

#### **Kommunerne skal styrke de sygeplejefaglige kompetencer**

Det er en forudsætning for, at kommunerne kan løse de nye sundhedsopgaver, at de opbygger deres sygeplejefaglige kompetencer. Kommunalt ansatte sygeplejersker spiller en central rolle for, at de kommunale sundhedstilbud har et tilstrækkeligt højt fagligt niveau.

Der er efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse et stort behov for, at loven præciserer dette. De seneste 5 års udvikling viser, at kommunerne har beskåret antallet af sygeplejersker – på trods af, at der er kommet bl.a. flere ældre med behov for sygepleje.

§ 118

Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, at bemærkningerne til § 118 fastslår, at "Udviklingen i sundhedsvæsenet – bl.a. øget specialisering, flere ambulante behandlinger og accelererede patientforløb – indebærer, at de kommunale sundhedsydelser i stigende omfang vil bestå af kompleks og specialiseret sygepleje, f.eks. til terminale patienter eller til patienter med diabetes og sclerose. For at de kommunale sundhedstilbud kan udføres, udvikles, formidles og ledes på et lige så højt fagligt niveau som i det øvrige sundhedsvæsen, skal kommunerne styrke deres sygeplejefaglige kompetencer."

§ 118

I forlængelse heraf foreslår Dansk Sygeplejeråd, at betegnelsen "ældrepleje" i § 118 erstattes af "hjemmesygepleje", idet kommunerne ikke kun yder sygepleje til ældre, men også til børn, unge og voksne – f.eks. kronisk syge eller handicappede.

#### **Sundhedscentre skal være et centralt element i fremtidens sundhedsvæsen**

Dansk Sygeplejeråd har med stor tilfredshed konstateret, at Sundhedsloven fremhæver sundhedscentre som et element i fremtidens sundhedsvæsen. Sundhedscentre vil bidrage til at skabe et bedre sundhedsvæsen for patienter og borgere, fordi de sikrer, at:

- Sundhedsfremme og forebyggelse kommer i højsædet.
- Borgerne får tilbud om diagnostik, behandling, sygepleje, genoptræning og rehabilitering i lokalområdet, så forløbet gennem sundhedsvæsenet bliver én, sammenhængende vej.
- Sundhedstilbuddene udføres dér, hvor det både er fagligt forsvarligt, og ressourcerne udnyttes bedst på tværs af hospitaler, hjemmepleje, genoptræning, sundhedspleje og praksissektor.

#### § 119

Hvis dette potentiale skal indfris, er det imidlertid for snævert at anskue sundhedscentre som et supplement eller alternativ til almen praksis, som det fremgår af Sundhedsloven. Dansk Sygeplejeråd foreslår derfor, at bemærkningerne til § 119 ændres, så det fremgår, at sundhedscentre bl.a. kan indeholde:

- Sundhedsfremme- og forebyggelsestiltag med udgangspunkt i årsagerne til de store folkesygdomme og dødsårsager, herunder rygning, alkohol, kost, motion, svær overvægt og ulykker.
- Sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud til borgere, der endnu ikke er syge, men på grund af f.eks. livssituation eller livsstil kan være i risikozonen. F.eks. overvægtige gravide, familier med mange forskellige sundhedsproblemer, faldtruede ældre mv.
- Sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud til borgere, der er (kronisk) syge. F.eks. med fokus på de 8 folkesygdomme i regeringens folkesundhedsprogram, dvs. diabetes type 2, kræftsygdomme, hjerte-kar-sygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser og KOL.
- Sundhedstilbud til ældre eller kronisk syge borgere i længerevarende pleje-, genoptrænings- og/eller rehabiliteringsforløb, hvor mange dele af sundhedsvæsenet bidrager, og hvor der derfor er behov for særlig koordination og/eller nye sundhedstilbud i lokalområdet.
- Sundhedstilbud til borgere, der af geografiske årsager har langt til øvrige sundhedstilbud (herunder hospitaler, skadestuer/-klinikker og praktiserende læger).

#### § 119

I forlængelse heraf bør bemærkningerne til § 119 præcisere, at sundhedscentre:

- Etablerer en nem adgang til sundhedsvæsenet, bl.a. via walk in-muligheder og samling af eksisterende sundhedstilbud i én lokal indgang.
- Stimulerer til at udnytte gevinster ved tværfagligt samarbejde og trækker på faglig ekspertise på tværs af sundhedsvæsenets nuværende sektorer.
- Understøtter LEON-princippet, hvilke bl.a. de engelske erfaringer med walk in-centre viser.
- Ikke må udvikle sig til minihospitaler, der giver bl.a. ældre borgere discounttilbud som alternativ til en indlæggelse.

### **Kommunernes sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats skal reguleres tæt**

Der er et kraftigt behov for, at det danske sundhedsvæsen sætter stærkere ind med sundhedsfremme og forebyggelse end hidtil. I dag bruges mindre end 5 % af sundhedsvæsenets samlede ressourcer på sundhedsfremme og forebyggelse, hvilket bl.a. afspejler sig i den stærke vækst i livsstils(relaterede)sygdomme. Det er nødvendigt at ændre den prioritering, hvis danskerne skal leve mindst lige så længe og have mindst lige så mange sunde og raske leveår som borgere i de lande, vi normalt sammenligner os med.

Derfor støtter Dansk Sygeplejeråd Sundhedslovens intentioner om, at sundhedsvæsenet skal sætte et stærkere fokus på sundhedsfremme og forebyggelse, bl.a. via en mere entydig placering af ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse hos kommunerne og via nye økonomiske incitamenter.

Hvis lovens intentioner skal indfris, er der imidlertid behov for en tættere regulering af kommunernes sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats, end forslag til Sundhedslov lægger op til.

Lovforslagets bemærkninger nævner en række områder, hvor kommunerne kan iværksætte borger- hhv. patientrettet forebyggelse. Men indholdet og omfanget af kommunernes sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats er langt fra beskrevet udtømmende. Det er problematisk af flere grunde:

For det første er listen ikke særligt omfattende. Den nævner ikke engang alle de folkesygdomme og risikofaktorer, der fremgår af regeringens eget folkesundhedsprogram. Det er uhensigtsmæssigt, bl.a. fordi en række kommuner må formodes at læse lovens bemærkninger som en samlet anvisning for sundhedsfremme- og forebyggelsesaktiviteter.

For det andet mangler lovens bemærkninger fokus på, at sociale forhold har stor betydning for borgernes sundhed. Derfor er et væsentligt mål med sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatsen at mindske den sociale ulighed i sundhed.

For det tredje lægges op til en udstrakt grad af frivillighed i de kommunale sundhedsfremme- og forebyggelsesaktiviteter. Det indebærer, at den enkelte kommune kan prioritere sundhedsfremme og forebyggelse så højt eller så lavt, som den ønsker – uafhængigt af f.eks. borgernes sundhedsprofil. Dermed vil borgerne i forskellige dele af landet ikke få samme adgang til sundhedsfremme- og forebyggelsestilbud af høj kvalitet.

For det fjerde er der ikke krav om, at den enkelte kommune skal fastlægge en samlet, langsigtet strategi for sundhedsfremme og forebyggelse i lokalområdet. Lovens bemærkninger fastslår blot, at kommunerne kan udforme en sundhedspolitik. Dette indebærer en risiko for, at kommuner vælger at iværksætte ad hoc-prægede sundhedsfremme- og forebyggelsesaktiviteter fra år til år i stedet for at iværksætte den nødvendige langsigtede satsning.

For det femte indebærer de økonomiske incitamenten en risiko for, at kommunerne ikke prioriterer sundhedsfremme og forebyggelse tilstrækkeligt højt (jf. bemærkningerne i følgende afsnit).

Derfor bør forslag til Sundhedslov ændres, så der sikres en tættere regulering af kommunerne på dette felt. For at sikre, at regeringens mål for folkesundheden kan indfris, er det nødvendigt, at Sundhedsstyrelsen fastlægger indsatsområder og mål for kommunernes sundhedsfremme- og forebyggelsesaktiviteter.

Ny § 119,  
stk. 2

Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, at der efter § 119, stk. 1, tilføjes en ny bestemmelse, som lyder: "Sundhedsstyrelsen fastlægger indsatsområder og mål for kommunernes sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter."

Det er efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse en forudsætning for, at kommunerne iværksætter den nødvendige oprustning på sundhedsfremme- og forebyggelsesområdet, herunder anlægger et tilstrækkeligt langsigtet perspektiv. Det er også en forudsætning for, at:

- Effektive sundhedsfremme- og forebyggelsesmetoder og -modeller udvikles og formidles. Der skal sættes fokus på både individer, familier, grupper og lokalområder.
- Indsatsen monitoreres og evalueres. Der kan eventuelt etableres sanktioner ved manglende opfyldelse.
- Indsatsen bygger på de rette kompetencer, herunder at kommunerne prioriterer bl.a. sundhedsplejerskers og hjemmesygeplejerskers efter- og videreuddannelse tilstrækkeligt højt.

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse kan Sundhedsstyrelsens indsatsområder og mål for kommunernes aktiviteter med fordel tage afsæt i en national handleplan for sundhedsfremme og forebyggelse som en konkretisering af regeringens folkesundhedsprogram "Sund hele livet".

En national handleplan vil være med til at sikre, at der vil være en tæt koordinering af indsatsen på tværs af sundhedspleje, hjemmesygepleje, praksissektor og hospitaler, og at sundhedsfremme og forebyggelse integreres alle steder, hvor det er relevant, bl.a. i dagtilbud, på skoler, i fritidstilbud, i ældretilbud, på arbejdspladser osv.

Nationale handleplaner kendes bl.a. fra kræft- og hjerteområdet og har vist sig som et effektivt instrument til at øge indsatsen på udvalgte områder. Den nationale handlingsplan for sundhedsfremme og forebyggelse skal hvile på et udredningsarbejde og indeholde anbefalinger om bl.a. metoder, organisering, kapacitet, forskning, uddannelse af sundhedspersonale, indsatsområder og mål. Den skal udarbejdes i et tæt samspil med relevante interessenter.

Det er vigtigt, at der sikres en tæt sammenhæng mellem og koordinering af regioners og kommuners sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter. Der henvises til bemærk-

ningerne om hospitalernes sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter (jf. kapitel VI om "Sygehusydelse").

Der henvises endvidere til bemærkningerne til afsnit XVII om "Statslige myndigheder".

#### **En investeringspulje til sundhedsfremme og forebyggelse er nødvendig**

Forslag til sundhedslov indeholder en række nye økonomiske incitamenter – bl.a. medfinansiering af egne borgeres hospitalsindlæggelser – der kan medvirke til at øge kommunernes sundhedsfremme- og forebyggelsesaktiviteter. Dansk Sygeplejeråd støtter, at kommunerne får et større økonomisk incitament til sundhedsfremme og forebyggelse.

Der er imidlertid en række uklarheder forbundet med det foreslåede finansieringssystem:

- Da der er tale om helt nye incitamenter, er det vanskeligt at vurdere, hvorvidt de vil give kommunerne en tilstrækkelig tilskyndelse til at øge sundhedsfremme- og forebyggelsesindsatsen.
- Der kan især opstå risiko for, at incitamentet til borgerrettet forebyggelse ikke er tilstrækkeligt stærkt. Det hænger sammen med, at borgerrettet forebyggelse først på lang sigt vil give en gevinst på de kommunale budgetter i form af færre indlæggelser.

Lov om regionernes finansiering

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at Lov om regionernes finansiering sikrer, at de økonomiske incitamenter giver kommunerne en særlig tilskyndelse til at iværksætte borgerrettet forebyggelse.

Herudover foreslår Dansk Sygeplejeråd, at der etableres en central investeringspulje til sundhedsfremme og forebyggelse. Det vil være med til at sikre det nødvendige økonomiske grundlag i opstartsperioden, hvor kommunerne skal overtage de nye opgaver, tilrettelægge nye forvaltningsstrukturer, kompetenceudvikle medarbejderne osv. Puljen skal understøtte implementeringen af de langsigtede mål for sundhedsfremme og forebyggelse.

En investeringspulje vil i øvrigt ligge i direkte forlængelse af de seneste års prioritering af satspuljemidlerne, Sundhedsministeriets pulje til udvikling af forebyggelsesindsatsen osv.

#### **Sundhedsplejen skal spille en større rolle i sundhedsfremme og forebyggelse**

Sundhedsplejersker har gennem årtier spillet en central rolle i den sundhedsfremmende og forebyggende indsats over for børn og unge. Dansk Sygeplejeråd bifalder, at Sundhedsloven viderefører sundhedsplejerskerne som en nøgleperson i det kommunale sundhedsvæsen, idet en tidlig indsats giver bedre livskvalitet og færre sundhedsproblemer senere i livet.

§ 120,  
stk. 2

Dansk Sygeplejeråd foreslår, at § 120, stk. 2, præciserer, at "Sundhedsplejens målgruppe er børn, unge, gravide, familier og grupper i lokalsamfundet." Sundhedsplejersker er uddannet til at rådgive og vejlede den enkelte familie ud fra den specifikke behov, så borgeren og/eller familien kan træffe de bedste valg for barnet og familien.

I takt med, at det kommunale sundhedsvæsen styrkes i de kommende år, vil sundhedsplejerskerne komme til at spille en stærkere rolle og få flere funktioner. F.eks. skal sundhedsplejerskerne sammen med kommunens læger og andre sundhedspersoner sikre et tværfagligt samarbejde om børns, familiers og gruppers sundhed. Sundhedsplejersker indtager også en central plads i sundhedscentrene, hvor de – i tæt samspil med bl.a. jordemødre, hjemmesygeplejersker og praktiserende læger – kan igangsætte og koordinere indsatsen over for familier med almene og særlige behov.

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse bør dette fremgå af Sundhedsloven, så både borgere, kommunalpolitikere, samarbejdsparter og sundhedsplejersker får et klart billede af sundhedsplejens formål og funktioner.

§§ 120  
– 126

Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, at bemærkningerne til §§ 120 – 126 udvides, så det fremgår, at "De forebyggende sundhedsordninger til børn, unge, gravide, familier og grupper i lokalsamfundet er et centralt element i kommunernes sundhedsfremme- og forebyggelsesindsats. Sundhedsplejerskerne sikrer sammen med andre faggrupper et tværfagligt samarbejde om børns, familiers og gruppers sundhed."

Ny §

For at koordinere den tværfaglige og tværsektorielle indsats foreslår Dansk Sygeplejeråd, at der oprettes en ny § 120, stk. 3, der fastslår, at "Der oprettes en koordinerende sundhedsplejerskefunktion i de nye regioner til afløsning for amtssundhedsplejerskefunktionen".

Videre ønsker Dansk Sygeplejeråd at påpege, at det er betænkeligt, at en række vigtige bestemmelser flyttes fra lov til bekendtgørelse eller helt forsvinder. Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at følgende bestemmelser fra den nuværende lovgivning fastholdes i Sundhedsloven:

§ 121

- "Sundhedsplejerskens virksomhed udøves normalt ved besøg i hjemmet" (nuværende lovs § 2): Sundhedsplejerskens besøg i hjemmet er medvirkende til at sikre, at også de svage børnefamilier får den nødvendige sundhedsvejledning, og at barnets nære kontekst indgår i udførelsen og udviklingen af det konkrete sundhedsplejetilbud.

§ 126

- "Børn, der opholder sig med en af forældrene på en af kriminalforsorgens institutioner eller et kvindekrisecenter, er omfattet af den kommunale sundhedstjeneste" (nuværende lovs § 14): Det er afgørende, at Sundhedsloven tydeligt skitserer, at sundhedsplejens tilbud også dækker børn og familier, der befinder sig i en sundhedsmæssigt og socialt sårbar situation.

Ny §

- "Kommunalbestyrelsen ansætter læger, sundhedsplejersker, sygeplejersker og andet personale, og Sundhedsstyrelsen fastsætter regler om uddannelsen af personalet" (nuværende lovs §§ 12 og 14): Begge bestemmelser bør videreføres i Sundhedsloven

for at sikre borgerne kvalificeret og veluddannet personale i den kommunale sundhedstjeneste. Et højt fagligt niveau i sundhedsydelserne er en forudsætning for, at befolkningens sundhed og dermed middellevetid kan øges.

#### Hjemmesygeplejens centrale betydning skal fremgå af loven

Hjemmesygeplejen er en hjørnesten i de kommunale sundhedstilbud – og skal også være det fremover. Hjemmesygeplejersker spiller i stigende omfang en rolle, når det gælder indsatsen for at forebygge indlæggelse, den palliative indsats, indsatsen over for borgere med psykiske lidelser, sundhedsfremme og forebyggelse til borgere, der har eller er i fare for at udvikle kroniske sygdomme samt indsatsen hos borgere med akut opstået sygdom, som ikke kræver indlæggelse.

Dette bør fremgå af Sundhedsloven. Det er imidlertid ikke tilfældet i det foreliggende forslag, der blot omtaler hjemmesygeplejen med 10 linjer i de specielle bemærkninger. Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse er det særdeles uhensigtsmæssigt – bl.a. fordi hverken borgere, kommunalpolitikere, samarbejdsparter eller hjemmesygeplejersker kan udlede hjemmesygeplejens formål eller funktioner af Sundhedsloven.

§ 139

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at de specielle bemærkninger til § 139 ændres, så det bl.a. fastslås, at:

- "Hjemmesygepleje omfatter sundhedsfremmende, sundhedsbevarende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende sygepleje (herunder omsorg og almen sundhedsvejledning) afpasset efter patientens behov samt vejledning og bistand (herunder opsøgende arbejde) i samarbejde med læger og andre faggrupper.
- Hjemmesygeplejersker udfører bl.a. lægeordnede behandlingsopgaver i samarbejde med hospital eller egen læge, planlægning af indlæggelses- og udskrivningsforløb, kompleks sygepleje, supervision, vejledning og faglig støtte til det øvrige plejepersonale, vejledning af patienter og pårørende samt uddannelse af elever og studerende.
- Den kommunale hjemmesygepleje retter sig mod alle personer – uanset alder – med behov for sygepleje.
- Hjemmesygepleje skal tilrettelægges ud fra kommunens overordnede sundhedspolitiske målsætning og på baggrund af en kortlægning af befolkningens sundhedsprofil.
- Patientforløb både begynder og slutter i primærsektoren. Derfor spiller hjemmesygeplejersker en vigtig rolle i bestræbelserne på at skabe sammenhæng i patientforløbene, f.eks. i forbindelse med indlæggelse og udskrivning.
- Et højt fagligt niveau i hjemmesygeplejen kræver faglig ledelse, systematisk kvalitetsudvikling og fokus på at forbedre patientsikkerheden."

§ 139

I forlængelse heraf er det Dansk Sygeplejeråds opfattelse, at det af hensyn til patienter og borgere bør fremgå af bemærkningerne til § 139, at "Den kommunale hjemmesygepleje skal tilbyde samme høje faglige kvalitet og patientsikkerhed som resten af sundhedsvæ-



senet." Dansk Sygeplejeråd henviser i forlængelse heraf til bemærkningerne til afsnit XIV om "Kvalitetsudvikling, forskning, indberetning og patientsikkerhed".

Afslutningsvis har Dansk Sygeplejeråd bemærket, at forslag til Sundhedsloven fremhæver, at de gældende regler i Lov om hjemmesygeplejerskeordninger videreføres. Dansk Sygeplejeråd forudsætter, at også øvrige bestemmelser om hjemmesygepleje videreføres, og at Dansk Sygeplejeråd inddrages, hvis der foretages yderligere ændringer heri end foreslået ovenfor.

#### **Hjemmesygepleje skal ydes efter sundhedsfaglig vurdering**

Hjemmesygeplejerskernes største samarbejdspartner er hospitalerne – ofte sygeplejersker og andre sundhedspersoner på bl.a. medicinske afdelinger – der henviser ca. 45% af hjemmesygeplejens patienter. Blot 17% af hjemmesygeplejens patienter er henvist fra de praktiserende læger, mens 38% er henvist fra andre – typisk øvrige dele af den kommunale forvaltning eller pårørende.

Dermed stemmer virkelighedens praksis ikke overens med hverken den nuværende lov eller Sundhedslovens formulering om, at hjemmesygepleje ydes "efter lægehenvielse". Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse bør formuleringen derfor ændres, så loven ikke er til hinder for en hensigtsmæssig praksis.

§ 138

Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, at § 138 ændres til følgende formulering: "Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at der ydes vederlagsfri hjemmesygepleje efter sundhedsfaglig vurdering af behovet til personer med ophold i kommunen."

#### **Lov om forebyggende hjemmebesøg skal integreres i Sundhedsloven**

De forebyggende hjemmebesøg til ældre, der er fyldt 75 år, er og bør være en integreret del af hjemmesygeplejerskernes sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter over for de ældste borgere. Derfor er det uhensigtsmæssigt, at de forebyggende hjemmebesøg reguleres i en selvstændig lovgivning på Socialministerens ressortområde.

Ny §

For at sikre den nødvendige sammenhæng til den øvrige del af hjemmesygeplejen foreslår Dansk Sygeplejeråd, at Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre mv. (lov nr. 1.117 af 20.12.1995) skrives ind i Sundhedsloven, eventuelt som et nyt kapitel efter kapitel 38.

#### **Genoptræning og rehabilitering skal sikres de nødvendige ressourcer**

Dansk Sygeplejeråd er positiv over for, at ansvaret for genoptræning efter endt hospitalbehandling placeres i kommunalt regi. Det kan medvirke til at løse en af de gråzoneproblematikker, der har eksisteret i flere år.

Dog mener Dansk Sygeplejeråd, at det er helt afgørende, at træningsindsatsen finder sted efter sundhedsfaglig vurdering og tager udgangspunkt i patientens behov – ikke de ansvarlige myndigheders økonomiske rammer. Dermed sikres det, at der ikke opstår en ny gråzone i og med, at kommunerne får ansvaret og økonomiske incitamenter. Det er ligeledes vigtigt, at der sikres mulighed for specialiseret genoptræning på hospitalerne.

#### § 140

For Dansk Sygeplejeråd er det afgørende, at de sundhedsaftaler, som skal indgås mellem regioner og kommuner, stiller klare og tydelige krav til genoptræningen. Idet mange patientforløb går på tværs af sektorerne, er der behov for, at samarbejdsaftalerne indeholder klare rettigheder for borgerne. Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, at bemærkningerne til § 140 giver eksempler på indholdet i aftalerne.

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse er det ligeledes vigtigt, at genoptræningsplanerne er lovpligtige og baseret på et højt fagligt grundlag, som giver klare retningslinjer for patienterne såvel som myndighederne.

Flere undersøgelser peger i dag på, at der udarbejdes alt for få genoptræningsplaner. Det betyder, at mange patienter ikke får den genoptræning, de har krav på og behov for. Derfor er det næppe realistisk at forestille sig, at kommunerne kan løfte opgaven uden at få tilført flere ressourcer.

Derudover vil Dansk Sygeplejeråd påpege, at rehabilitering ikke er omtalt i forslag til Sundhedslov. Det kan undre, da der er bred enighed om, at genoptræning skal ses i et bredere rehabiliteringsperspektiv. Genoptræning er ikke bare en fysisk ydelse. Det er også at sikre, at der bliver taget vare på hele processen omkring patienten så tidligt som muligt i forløbet, som det bl.a. fremgår af "Hvidbog om rehabilitering" (oktober 2004).

#### § 140

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at det fremgår af bemærkningerne til § 140, at "Der skal sikres samarbejde med relevante parter, herunder især det sociale område i kommunen."

#### **Den faglige bæredygtighed på misbrugsområdet risikerer at gå tabt**

Med kommunalreformen får kommunerne flere opgaver på alkoholmisbrugs- og stofmisbrugsområdet. Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse risikerer forslag til Sundhedsloven i sin nuværende form at medføre en væsentlig forringelse af tilbuddene til misbrugere.

For det første er opgaverne på alkoholmisbrugs- og stofmisbrugsområdet så specialiserede, at de færreste kommuner har den nødvendigt faglige ekspertise til at løfte opgaverne på et tilstrækkeligt højt fagligt niveau, ligesom mange kommuner mangler erfaring med at løse opgaver på misbrugsområdet. Derfor kan opgaveflytningen få meget uheldige konsekvenser for den svage gruppe af borgere, som misbrugere udgør.

For det andet er der risiko for, at en række kommuner vælger at betragte misbrugsproblematikken udelukkende som et socialt anliggende. Misbrugere har imidlertid ofte en

række sundhedsproblemer, der er tæt forbundne med selve misbruget. Disse problemer risikerer at blive overset, med mindre der anlægges et helhedssyn på tilbuddene til misbrugerne.

For det tredje tager forslag til Sundhedsloven ikke hånd om den forholdsvis store gruppe af sindslidende misbrugere, der i dag i vid udstrækning "lander mellem to stole". Den behandlende psykiatri behandler ikke f.eks. sindssyge, før misbruget er under kontrol, og misbrugssystemet behandler ikke misbruget, så længe sindslidelsen ikke er under kontrol. Opgaverne på dette område kan kun løses i en tæt sammenhæng mellem sundheds- og socialvæsenet, men der er imidlertid i lovforslaget ingen sikkerhed for, at dette vil finde sted.

§§ 141  
- 142

Dansk Sygeplejeråd foreslår derfor, at §§ 141 og 142 med tilhørende bemærkninger præciserer, at:

- Der skal i fremtiden være mindst samme faglige kvalitet i tilbuddene som i dag.
- Kommunerne må kun etablere egne, nye tilbud på misbrugsområdet, når de har opbygget en tilstrækkelig ekspertise. Det kan overvejes at indlægge en karenperiode på et antal år efter Sundhedslovens ikrafttræden, hvor kommunerne ikke må etablere egne, nye tilbud uden godkendelse af Sundhedsstyrelsen.
- Regionerne har fortsat en vigtig opgave på misbrugsområdet, bl.a. når det gælder faglig udvikling, tværgående erfaringsopsamling og rådgivning til kommunerne om etablering af egne tilbud.
- Der skal være en tæt sundhedsfaglig binding mellem kommunernes og hospitalernes tilbud til misbrugere. Det fremgår af den nuværende lovgivning, men ikke af forslaget til Sundhedsloven. I forlængelse heraf skal kommunerne forpligtes til at sikre, at både sundhedsmæssige og sociale aspekter indtænkes i tilbuddene til misbrugere.
- Gruppen af sindslidende misbrugere skal sikres særligt i Sundhedsloven.

#### **Den faglige kvalitet i socialpsykiatrien risikerer at lide skade**

De psykiatriske patienter og brugere befinder sig i en særligt udsat og sårbar situation. Derfor er det på det psykiatriske område særligt vigtigt at skabe sammenhængende tilbud – på tværs af sundhedsvæsenet og på tværs af sundheds- og socialvæsenet.

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse vil forslag til Sundhedslov og Lov om social service ikke skabe en sådan sammenhæng.

Dels er der risiko for, at psykiatriske patienter og brugere fortsat "tabes" i gråzonen mellem den behandlende psykiatri og den sociale indsats på området, idet lovforslagene ikke tilstrækkeligt tydeligt præciserer (ansvaret for) sammenhængen i tilbuddene. Lovforslagene sikrer bl.a. ikke en tilstrækkelig koordinering mellem sundhedsvidenskabelige/faglige tilbud og sociale, psykologiske og pædagogiske tilbud.

Dels er der risiko for, at den faglige kvalitet i socialpsykiatrien lider skade, idet kommunerne overtager det fulde myndigheds- og finansieringsansvar for de sociale tilbud til sindslidende. En del af opgaverne er så specialiserede, at en række kommuner ikke vil kunne løfte dem på et tilstrækkeligt højt fagligt niveau, bl.a. fordi kommunerne ikke besidder den nødvendige faglige ekspertise.

Hertil kommer, at en samling af de socialpsykiatriske opgaver i kommunerne i en overgang vil medføre en række problemer i forhold til koordinering, uddannelse af medarbejdere osv. Videre er der risiko for, at kommunerne får et forringet økonomisk incitament til at hjemtage psykiatriske patienter og brugere efter endt behandling.

I forlængelse heraf er det Dansk Sygeplejeråds vurdering, at selv om det fremtidige VISO (Videns- og SpecialrådgivningsOrganisation) vil kunne bidrage til en helhedsorienteret videnindsamling og rådgive både kommuner og borgere, vil VISO ikke medvirke til at skabe den nødvendige faglige kvalitet i de enkelte kommuner.

Ydermere er der i lovforslaget en række problematiske forhold omkring VISO's rolle i udredning og rådgivning i de mest komplicerede enkeltsager. F.eks. er det u hensigtsmæssigt, at VISO selv er den højeste myndighed, når det skal afgøres, om komplicerede enkeltsager ligger inden for VISO's område.

I øvrigt forudsætter Dansk Sygeplejeråd, at økonomien til drift af VISO finansieres uden for kommunernes budget til det socialpsykiatriske område.

Dansk Sygeplejeråd foreslår derfor, at Sundhedsloven og Lov om social service sikrer, at:

Ny §

- Der skal skabes sammenhæng i tilbuddene på det socialpsykiatriske område på tværs af myndighedsgrænser.
- Hvis kommunerne overtager ansvaret for de specialiserede opgaver på det socialpsykiatriske område, skal der fastlægges en karensperiode, hvor kommunerne ikke må oprette egne, nye tilbud, med mindre Sundhedsstyrelsen godkender den faglige kvalitet.

Lov om social service

## **Præhospital indsats og befordring og befordringsgodtgørelse (afsnit XII)**

**Den præhospitale indsats skal styrkes**

Lukning af hospitaler og andre faktorer indebærer, at transporten for skadelidte bliver stadig længere. Derfor er det nødvendigt at styrke den præhospitale indsats, så patienterne modtager kvalificeret sygepleje og behandling fra skadesstedet til hospitalet.

På den baggrund støtter Dansk Sygeplejeråd, at indenrigs- og sundhedsministeren får adgang til at fastsætte regler for tilrettelæggelse af den præhospitale indsats og ambulancetjeneste, herunder regler for uddannelse af ambulancemandskab.

Det vil give større sikkerhed for ensartet høj kvalitet, ligesom det giver bedre mulighed for at sikre, at medarbejderne i den præhospitale indsats har de rette kompetencer. Sygeplejersker spiller en central rolle i den præhospitale indsats, herunder i ambulancer, akutbiler, i det kommende akutte helikopterberedskab mv.

## **Kvalitetsudvikling, forskning, indberetning og patientsikkerhed (afsnit XIV)**

Den Danske Kvalitetsmodel skal dække hele sundhedsvæsenet – også kommunerne. Dansk Sygeplejeråd finder det positivt, at regioner og kommuner får en lovfæstet pligt til at sikre og udvikle kvaliteten i sundhedstilbuddene. Det vil være med til at sikre kontinuerlig kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Det er et væsentligt fremskridt, at Sundhedsloven kobler kvalitetsudvikling med forskning, uddannelse og efteruddannelse. Det er afgørende for patienter og borgere, at kvalitetsudvikling understøttes af sådanne tiltag, så der ikke kun bliver tale om kontrol af kvalitet.

I forlængelse heraf konstaterer Dansk Sygeplejeråd med stor tilfredshed, at det lovfæstes, at Den Danske Kvalitetsmodel skal udvides til at omfatte hele sundhedsvæsenet, herunder kommunerne. Det er en afgørende forudsætning for, at kommunernes sundhedstilbud har lige så høj faglig kvalitet som regionernes og dermed for, at kommunalreformens intentioner om "ensartet høj kvalitet" kan indfris.

Kommunerne skal have frihed til at vælge forskellige organisatoriske løsninger, men hensyn til den enkelte kommunes ønske om at anvende egne kvalitetsmodeller må ikke overskygge patienter og borgeres krav på høj, ensartet kvalitet over hele landet.

§ 188

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse bør der fastsættes en dato for, hvornår det kommunale sundhedsvæsen skal omfattes af Den Danske Kvalitetsmodel. Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, at bemærkningerne til § 188 ændres, så det fremgår, at "Den Danske Kvalitetsmodel skal omfatte det kommunale sundhedsvæsen senest 2 år efter, at modellen er påbegyndt implementeret i regionerne". Der er fastsat en tilsvarende tidsfrist, når det gælder patientsikkerhed.

I forlængelse heraf skal det sikres, at Den Danske Kvalitetsmodel sætter styrket fokus på patientforløb, der går på tværs af sundhedsvæsenets sektorer.

§ 188

Afslutningsvis foreslår Dansk Sygeplejeråd, at bemærkningerne til § 188 præciserer, at "Sundhedsstyrelsens krav til IT-anvendelse i sundhedsvæsenet skal rette sig mod både

det regionale og det kommunale sundhedsvæsen." En forudsætning for at skabe sammenhæng i patientforløbene er, at alle dele af sundhedsvæsenet anvender samme elektroniske patientjournal.

#### **Kommunerne skal forpligtes til at sætte fokus på patientsikkerhed**

Patientsikkerhed er et uhyre vigtigt indsatsområde for sundhedsvæsenet. Derfor finder Dansk Sygeplejeråd det positivt, at de eksisterende bestemmelser om patientsikkerhed integreres i Sundhedsloven.

Der er imidlertid ikke kun behov for at forbedre patientsikkerheden på hospitalerne, som Sundhedsloven lægger op til. Også i det kommunale sundhedsvæsen er der behov for at iværksætte systematisk arbejde for at forbedre patientsikkerheden. Bl.a. embedslægenes tilsyn på landets plejehjem dokumenterer, at der er et stort potentiale for at forbedre patienternes sikkerhed i det kommunale sundhedsvæsen.

§§ 193  
- 195

Patientsikkerheden må ikke være ringere i kommunerne end i regionerne. Det fastslår indenrigs- og sundhedsministeren bl.a. i Berlingske Tidende den 2. december 2004. Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at §§ 193 – 195 ændres, så de både dækker regioner og kommuner. Konkret bør formuleringen "ophold på sygehus" erstattes af "i forbindelse med patientens behandling og sygepleje i sundhedsvæsenet". Det kan eventuelt besluttes, at bestemmelserne først træder i kraft pr. 1.1.2007, for så vidt angår kommunerne.

Dansk Sygeplejeråd ønsker i forlængelse heraf at påpege, at de specielle bemærkninger præciserer, at den nuværende formålsparagraf fortsat er gældende. Den fastslår, at "Loven har til formål at forbedre patientsikkerheden i sundhedsvæsenet" – og altså ikke kun i det regionale sundhedsvæsen.

Videre ønsker Dansk Sygeplejeråd at påpege, at Sundhedsstyrelsen har en væsentlig opgave i at sikre, at styrelsens viden fra rapporteringerne udbredes til sundhedsvæsenet, så snart styrelsen får kendskab til enten særligt alvorlige fejl og utilsigtede hændelser eller ofte forekommende fejl og utilsigtede hændelser – ikke kun én gang om året i en årsrapport.

§ 194

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at bemærkningerne til § 194 præciserer, at "Sundhedsstyrelsen har et medansvar for at sikre, at der udbredes og udvikles en læringskultur omkring fejl og utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen viderefremidler løbende viden om særligt alvorlige fejl og/eller ofte forekommende fejl og utilsigtede hændelser til sundhedsvæsenet."

#### **Kravet om dokumentation skal lovfæstes**

Sundhedsfaglig dokumentation har afgørende betydning for patientsikkerhed og kontinuitet i sundhedsvæsenet, ligesom dokumentation danner grundlag for kvalitetsudvik-

ling, uddannelse og forskning og giver mulighed for at vurdere kvaliteten og effektiviteten af sundhedstilbuddene.

Derfor står Dansk Sygeplejeråd uforstående overfor, at Sundhedsloven ikke indeholder et kapitel om dokumentation.

Ny §

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse bør et sådant kapitel præcisere autoriserede sundhedspersoners pligt til at føre ordnede optegnelser ("journaler"). Dansk Sygeplejeråd foreslår, at kapitlet præciserer, at det er en forudsætning for sammenhængende patientforløb, at ordnede optegnelser om patienter skal føres på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. F.eks. skal det sikres, at hjemmesygeplejerskers optegnelser om en patient er tilgængelige for hospitalspersonale ved en eventuel indlæggelse og vice versa (jf. bemærkningerne om samtykke til afsnit III om "Patienternes retsstilling").

Ny §

Dansk Sygeplejeråd foreslår endvidere, at kapitlet skal præcisere, at der skal være tæt sammenhæng mellem de ordnede optegnelser om patienter, de enkelte faggrupper fører. F.eks. skal læger have let adgang til sygeplejerskers ordnede optegnelser, idet disse kan have betydning for behandlingen og vice versa.

Ny §

I bemærkningerne til kapitlet bør det fastslås, at det langsigtede mål er at samle de ordnede optegnelser om en patient, der foretages i forskellige sektorer og af sundhedspersoner fra forskellige faggrupper, i én fælles patientjournal.

#### **Der skal forskes inden for alle sundhedsprofessioner**

Dansk Sygeplejeråd bifalder, at forskning nu bliver lovreguleret, og at regioner og kommuner pålægges ansvar for udvikling og forskning. Det er positivt, at der sættes særskilt fokus på forskning i kommunale sundhedstjenesteydelser, herunder til brug for udvikling af ydelserne i hjemmesygeplejen.

De specielle bemærkninger til § 189 fastslår, at regionernes forskning skal understøtte uddannelsen af sundhedspersonale, bl.a. læger og tandlæger. Dansk Sygeplejeråd undrer sig over, at kun enkelte sundhedsprofessioner nævnes, når samtlige sundhedsprofessioner forventes at udøve deres fag på et videnskabeligt og evidensbaseret grundlag. Fremhævelsen af enkelte faggrupper kan føre til en skævvridning af aktiviteterne.

§ 189

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at de specielle bemærkninger til § 189 nævner alle de sundhedsprofessioner, herunder sygeplejersker, der skal kunne varetage forskningsopgaver, herunder til støtte for uddannelse, på et videnskabeligt niveau.

Med hensyn til finansiering af den fremtidige udvikling og forskning forudsætter Dansk Sygeplejeråd, at den nuværende forskningspulje ikke forringes. Det kan ikke lade sig gøre at tilgodese og prioritere den kommunale sundhedstjenesteforskning inden for den nuværende forskningspulje, uden at den hidtidige forskningsindsats lider skade.

Derudover ønsker Dansk Sygeplejeråd at påpege, at en spredning af forskningsmidlerne indebærer en alvorlig risiko for at svække de nuværende forskningsmiljøer og -samarbejder.

## Samarbejde og planlægning (afsnit XV)

Der skal skabes ét sammenhængende sundhedsvæsen. Kontinuitet, koordination, helhed og kvalitet i sundhedsydelserne er grundlæggende forudsætninger for, at patienternes sundhedstilstand forbedres bedst og hurtigst muligt. Derfor støtter Dansk Sygeplejeråd Sundhedslovens intentioner om at skabe ét sammenhængende sundhedsvæsen og dermed forbedre sammenhængen i patientforløbene.

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse indeholder Sundhedsloven en række elementer, der kan medvirke til at forbedre sammenhængen i patientforløbene. Det gælder bl.a. de nye økonomiske incitamenters i sundhedsvæsenet, styrkelsen af det lokale sundhedsvæsen med bl.a. sundhedscentre, et mere entydigt ansvar for genoptræning og de nye samarbejdsudvalg og sundhedsaftaler mellem region og kommuner.

Imidlertid bør Sundhedsloven og Lov om regionernes finansiering suppleres med følgende elementer, for at den kan udgøre den bedst mulige ramme for sammenhængende patientforløb:

§ 188  
§ 197

- Sundhedslovens §§ 188 og 197 bør præcisere, at "En forudsætning for ét sammenhængende sundhedsvæsen er, at borgere og patienter oplever samme høje kvalitet og patientsikkerhed overalt i sundhedsvæsenet. Derfor skal det kommunale sundhedsvæsen hurtigst muligt omfattes af Den Danske Kvalitetsmodel og bestemmelserne om patientsikkerhed" (jf. også bemærkningerne til afsnit XIV om "Kvalitetsudvikling, forskning, indberetning og patientsikkerhed").

§ 75 og  
§ 118

- §§ 75 og 118, som er Sundhedslovens formålsparagraffer for hhv. det regionale og kommunale sundhedsvæsen, bør præcisere, at både regioner og kommuner har et ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbene. F.eks. fremgår det af de specielle bemærkninger til § 118, at Sundhedsloven skaber et forbedret grundlag for en sammenhængende opgaveløsning på det kommunale sundhedsområde. Det bør præciseres, at målet er en sammenhængende opgaveløsning i hele sundhedsvæsenet.

Lov om  
regioner-  
nes finan-  
siering

- Lov om regionernes finansiering skal sikre, at det nye finansieringssystem understøtter fleksible snitflader mellem sundhedsvæsenets forskellige grene. Derfor skal der bl.a. være incitamenters til at etablere flere udgående funktioner fra hospitalerne, så sundhedsydelser flyttes til nærmiljøet og patientens eget hjem, når det er fagligt forsvarligt, og flere indgående funktioner fra primærsektoren, så indlæggelse og udskrivning af bl.a. ældre koordineres bedre end i dag. Videre skal der etableres incitamenters til at skabe og vedligeholde faglige netværk på tværs af sundhedsvæsenet. Endelig skal det sikres, at incitamenterne tilskynder til den nødvendige sygepleje og behandling efter udskrivning fra hospital.



**Samarbejdsudvalg og sundhedsaftaler skal hvile på sygeplejefaglig ekspertise**  
De nye samarbejdsudvalg mellem region og kommuner bliver et vigtigt forum for dialog om sammenhængen i sundhedsvæsenet.

Af hensyn til patienter og borgere er det vigtigt, at samarbejdsudvalget anlægger et bredt, helhedsorienteret perspektiv på sammenhængen i patientforløbene og dermed omfatter både behandlings- og sygeplejefaglige hensyn. Det fremgår imidlertid ikke tydeligt af bemærkningerne til § 199, hvordan samarbejdsudvalget mere præcist skal sammensættes.

§ 199

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at bemærkningerne til § 199 præciserer, at "Sygeplejefaglig ekspertise fra regioner og kommuner skal repræsenteres i samarbejdsudvalget på lige fod med repræsentanter fra praksissektoren."

§ 200

I forlængelse heraf foreslår Dansk Sygeplejeråd, at bemærkningerne til § 200 præciserer, at "For at de nye sundhedsaftaler kan fungere optimalt, skal de hvile på et stærkt fagligt fundament. Derfor vil det være naturligt, at de sundhedspersoner, der har forstand på de sundhedsfaglige muligheder for at imødekomme patienternes behov, er med til at udforme dem – f.eks. sundhedsplejersker og sygeplejersker i kommunerne og på hospitalerne". Dette stemmer overens med udmeldingerne fra indenrigs- og sundhedsministeren i Berlingske Tidende den 2. december 2004.

**Sundhedsstyrelsen skal fastsætte bindende retningslinjer for sundhedsaftalerne**  
Dansk Sygeplejeråd støtter, at region og kommuner forpligtes til at indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af de tværgående opgaver i sundhedsvæsenet. Sundhedsaftalerne er et vigtigt redskab til at skabe sammenhæng i forebyggelse, behandling, sygepleje og rehabilitering på tværs af sundhedsvæsenet, og sundhedsaftalerne vil dermed være med til at eliminere nogle af gråzonerne i sundhedsvæsenet.

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse er det imidlertid afgørende, at der fastsættes bindende retningslinjer for indholdet i sundhedsaftalerne, for at de kan få den ønskede effekt. Det er en forudsætning for, at Sundhedslovens mål om "ensartet høj kvalitet på landsplan" kan realiseres. Det er også en forudsætning for, at patienterne får garanti for, at det er sundhedsfaglige vurderinger, der ligger til grund for sundhedsaftalerne – ikke økonomiske hensyn.

§ 200

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at bemærkningerne til § 200 præciserer, at "Sundhedsstyrelsen fastsætter bindende retningslinjer, standarder, faglige indikatorer, mål mv. for de indsatsområder, der skal indgå i sundhedsaftalerne." Der kan bl.a. tages afsæt i standarder og indikatorer, der indgår i Den Danske Kvalitetsmodel.

Som eksempel kan nævnes, at for at forbedre indlæggelses- og udskrivningsforløb skal Sundhedsstyrelsen bl.a. fastsætte standarder og indikatorer for henvisning og visitation,

planlægning under indlæggelse, patientinformation, udskrivelse og kontinuitet og koordination.

Den konkrete udarbejdelse af de bindende retningslinjer mv. bør foretages af Sundhedsstyrelsen i et tæt samarbejde med relevante faggruppers faglige/videnskabelige selskaber. Sundhedsstyrelsen har i dag en tilsvarende opgave på en række områder.

§ 200

Dansk Sygeplejeråd vil i forlængelse heraf påpege, at listen over, hvilke områder der skal indgås sundhedsaftaler om, ikke er tilstrækkeligt fyldestgørende. Derfor foreslås, at listen, der fremgår af de specielle bemærkninger til § 200, bl.a. udvides med følgende områder:

- Forløb for patienter, der udskrives til videre sygepleje og behandling i eget hjem, herunder samarbejdet mellem hjemmesygepleje, sundhedspleje og udgående sygeplejersker/læger.
- Forløb for patienter med en langvarig sygdom, herunder med behov for ambulante forløb.
- Særligt udsatte grupper, f.eks. sindslidende misbrugere.
- Sundhedsfremme og borgerrettet forebyggelse.

De indsatsområder, sundhedsaftalerne skal omfatte, bør fastlægges i en bekendtgørelse, ikke i en vejledning.

Ny §

Afslutningsvis ønsker Dansk Sygeplejeråd at påpege behovet for, at der formuleres en ny §, der fastsætter nærmere regler for, hvilke sanktioner der skal træde i kraft, hvis en region og/eller kommune ikke overholder sundhedsaftalen. Erfaringerne med de eksisterende genoptræningsplaner viser, at der er behov for sanktionsmuligheder: På trods af lovkrav om genoptræningsplaner skrives de kun i et begrænset omfang. Det svækker patienternes mulighed for et optimalt forløb.

### **Sygeplejersker spiller en vigtig rolle for sammenhængende patientforløb**

Sammenhæng i patientforløbene kræver samarbejde mellem en lang række forskellige sundhedspersoner.

Derfor kan det undre, at Sundhedsloven en lang række steder betoner, at almen praksis spiller en særlig rolle for at skabe sammenhængende patientforløb, herunder ved at fungere som tovholder.

Dansk Sygeplejeråd er enig i, at almen praksis spiller en vigtig rolle. Det gør andre faggrupper – herunder sygeplejersker – også. F.eks. fungerer sygeplejersker som personlige forløbskoordinatorer, sikrer sammenhængen mellem hospital og hjemmesygepleje i forbindelse med indlæggelse og udskrivning og har en koordinerende rolle på bl.a. det psykiatriske område.

§ 42  
§ 119

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at §§ 42 og 119 tilrettes, så formuleringerne om de enkelte faggruppers betydning for sammenhængende patientforløb stemmer overens med de faktiske forhold i sundhedsvæsenet.

#### **Specialeplanlægning skal ske med afsæt i tværfaglig rådgivning**

Der er behov for en stærkere landsdækkende styring af specialeplanlægningen. Derfor støtter Dansk Sygeplejeråd, at Sundhedsstyrelsen får lovhjemmel til at fastlægge krav til landsdelsfunktioner, godkende placeringen på bestemte hospitaler og tilbagetrække godkendelserne, ligesom Dansk Sygeplejeråd støtter monitoreringen i form af årlige rapporter til Sundhedsstyrelsen.

Dansk Sygeplejeråd tager imidlertid kraftigt afstand fra § 202, stk. 2, der fastlægger, at Sundhedsstyrelsens nye rådgivende udvalg for specialeplanlægning består af "repræsentanter fra de lægevidenskabelige selskaber, regionsrådene, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet".

Det er afgørende for den samlede faglige kvalitet, at også f.eks. sygeplejefaglige hensyn spiller en rolle i forbindelse med specialeplanlægningen. Det er en forudsætning for, at rådgivningen besidder den nødvendige tværfaglighed og dermed tager højde for samtlige faglige hensyn, der er involveret i specialefunktionerne.

§ 202

Dansk Sygeplejeråd foreslår derfor, at § 202, stk. 3, ændres til følgende ordlyd: "Udvalget består af repræsentanter fra relevante faggruppers faglige/videnskabelige selskaber, regionsrådene, Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet."

Dansk Sygeplejeråd undrer sig i forlængelse heraf over, at medicinaldirektøren udpeges som formand for et udvalg, der skal rådgive Sundhedsstyrelsen.

### **Statslige myndigheder mv. (afsnit XVII)**

#### **Sundhedsstyrelsen skal orientere sig mere mod det kommunale sundhedsvæsen**

En lang række udviklingstræk i sundhedsvæsenet øger behovet for stærke, centrale sundhedsmyndigheder: Den medicinske og teknologiske udvikling, kravet om større ensartethed i sundhedsydelse (herunder kvalitet og patientsikkerhed), behovet for dokumentation, sundhedsvæsenets specialisering mv.

Derfor støtter Dansk Sygeplejeråd Sundhedslovens intention om, at Sundhedsstyrelsens rolle og funktioner skal nytænkes og styrkes (jf. også bemærkningerne om Sundhedsstyrelsens planbeføjelser til afsnit XV om "Samarbejde og planlægning").

Det forhold, at kommunerne fremover skal løse flere sundhedsopgaver, medfører efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse, at Sundhedsstyrelsen skal orientere sig væsentligt mere mod det kommunale sundhedsvæsen end hidtil. Dette afspejler sig imidlertid kun i meget begrænset omfang i Sundhedsloven. Tværtimod fastslår de specielle bemærkninger til afsnit XVII, at bestemmelserne om Sundhedsstyrelsen er en videreførelse af mange af de gældende bestemmelser.

Det er efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse uhensigtsmæssigt. Hvis kommunalreformens mål om ensartet høj kvalitet og patientsikkerhed på tværs af administrative og geografiske grænser skal opfyldes, er det nødvendigt, at Sundhedsloven fastslår, at Sundhedsstyrelsen skal skærpe opmærksomheden på det kommunale sundhedsvæsen. Det er samtidig en forudsætning for, at det nye kommunale sundhedsvæsen får tilstrækkelig faglig rådgivning i de kommende års opbygnings- og udviklingsfase.

§§ 208  
– 209

Konkret foreslår Dansk Sygeplejeråd, at Sundhedslovens bemærkninger til § 208 – 209 tydeliggør, at Sundhedsstyrelsen bl.a. skal:

- Intensivere arbejdet med (bindende) vejledninger mv. i relation til ny klinisk viden af relevans for det kommunale sundhedsvæsen.
- Intensivere arbejdet med nationale handlingsplaner i forhold til det kommunale sundhedsvæsen, f.eks. inden for sundhedsfremme og forebyggelse.
- Styrke det sundhedsstatistiske arbejde i forhold til det kommunale sundhedsvæsen.
- Styrke arbejdet med medicinske teknologivurderinger af relevans for det kommunale sundhedsvæsen.

Der henvises i øvrigt til bemærkningerne om obligatoriske sundhedsaftaler til afsnit XV om "Samarbejde og planlægning").

#### **Sundhedsstyrelsen skal styrke sin sygeplejefaglige ekspertise**

Dansk Sygeplejeråd tager kraftigt afstand fra § 209, stk. 3, der fastlægger, at "Statslige, regionale og kommunale myndigheder kan indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning i lægelige, hygiejniske, miljømæssige og sociale forhold".

Dansk Sygeplejeråd står uforstående overfor, at bestemmelsen ikke omfatter sygeplejefaglige forhold.

Efter Dansk Sygeplejeråds opfattelse er der tale om forkert afgrænsning af Sundhedsstyrelsens opgavefelt, der vil få negative konsekvenser for borgernes og patienternes sundhed og sikkerhed – ikke mindst i det kommunale sundhedsvæsen.

International forskning dokumenterer, at sygepleje har afgørende betydning for patienternes sundhed og sikkerhed. F.eks. er der evidens for, at patienternes dødelighed øges, hvis der er mangelfuld sygepleje på grund af for få sygeplejersker. Derfor er det afgøren-

de for patienter og borgere, at statslige, regionale og kommunale myndigheder også kan indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning om sygeplejefaglige forhold.

§ 209

Dansk Sygeplejeråd foreslår derfor, at § 209, stk. 3, ændres til: "Statslige, regionale og kommunale myndigheder kan indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning i lægelige, sygeplejefaglige, hygiejniske, miljømæssige og sociale forhold".

I forlængelse heraf ønsker Dansk Sygeplejeråd at påpege, at der er behov for at styrke Sundhedsstyrelsens sygeplejefaglige profil. For at patienter og borgere kan få optimal sygepleje skal Sundhedsstyrelsen opruste sin sygeplejefaglige ekspertise, bl.a. i forhold til ny klinisk viden, kvalificering af sundhedsvæsenets sygeplejersker som følge af den stigende specialisering osv.

#### **Infektionshygiejnen må ikke forringes**

Politiske beslutningstagere, medarbejdere i sundhedsvæsenet og patienter og borgere er med rette stærkt optaget af, at der er god hygiejne i sundhedsvæsenet. For at sikre dette er det nødvendigt at etablere fælles standarder og skabe en større sammenhæng mellem de statslige, regionale og kommunale sundhedsmyndigheder. Med forslag til Sundhedslov risikeres en klar svækkelse af hygiejneområdet:

Sundhedsloven anfører, at statslige, regionale og kommunale myndigheder kan indhente Sundhedsstyrelsens rådgivning i bl.a. hygiejniske spørgsmål. Denne formulering er en svækkelse af den gældende lovgivning, der fastslår, at embedslægerne rådgiver statslige myndigheder, samt amtskommunale og kommunale myndigheder.

§ 209  
stk. 3

Derfor foreslår Dansk Sygeplejeråd, at § 209, stk. 3, ændres, så Sundhedsstyrelsens og dermed embedslægeinstitutionens rådgivende funktion skærpes. Det er nødvendigt at sætte fokus på de infektionshygiejniske problemstillinger i kommunerne. For eksempel er der aktuelt et alvorligt problem med det stigende antal patienter og borgere med multiresistente stafylokokker i primærsektoren.

§ 209,  
stk. 3

For at højne den infektionshygiejniske standard i de kommunale institutioner og dermed patienternes/borgernes sikkerhed skal det endvidere sikres, at det kommunale sundhedsvæsen har de nødvendige og specialiserede kvalifikationer inden for mikrobiologi og infektionshygiejne. Dansk Sygeplejeråd foreslår derfor, at bemærkningerne til § 209, stk. 3, præciserer, at embedslægeinstitutionen skal etablere en hygiejneorganisation, der omfatter det samlede regionale og kommunale sundhedsvæsen.

## Finansiering (afsnit XIX)

### Det nye finansieringssystem skal understøtte kvalitet og sammenhæng

Med Sundhedsloven og Lov om regionernes finansiering fastlægges et nyt finansieringssystem, der bl.a. indebærer, at kommunerne skal medfinansiere egne borgeres hospitalstydelser, og at hospitalsvæsenets økonomi i højere grad end i dag afhænger af den præsterede aktivitet.

Det er Dansk Sygeplejeråds holdning, at det nye finansieringssystem kan bidrage til at understøtte et mere forpligtende samarbejde mellem region og kommuner og dermed skabe større sammenhæng i patienternes forløb på tværs af sundhedsvæsenet. Dermed kan finansieringssystemet medvirke til at mindske den eksisterende kassetænkning. Finansieringssystemet kan også bidrage til at øge kvaliteten og effektiviteten i sundhedsvæsenet.

Det nye finansieringssystem indebærer imidlertid også en række risici, herunder:

- Flytning af den eksisterende kassetænkning til nye områder: Der er risiko for, at økonomiske hensyn vil afgøre, hvilket sundhedstilbud den enkelte modtager. F.eks. er der risiko for, at ældre, medicinske patienter får et kommunalt sundhedstilbud, selv om de burde indlægges.
- Skævvridning af aktiviteterne på grund af øget takststyring, der ikke tager tilstrækkelig højde for f.eks. det medicinske område.
- Ringere planlægningsmuligheder og øget brug af korttidsansatte, vikarer mv., fordi økonomien i stigende grad bliver aktivitetsafhængig.

For at intentionerne med det nye finansieringssystem kan indfris, er det derfor afgørende, at bemærkningerne til Sundhedslovens §§ 229 – 239 og Lov om regionernes finansiering præciserer, at:

§§ 229  
– 239 og  
Lov om  
regioner-  
nes finan-  
siering

- "Det er faglige hensyn, der skal afgøre, hvilket sundhedstilbud den enkelte patient eller borger skal have. Høj autonomi hos de sundhedspersoner, der skal foretage en professionel vurdering, er afgørende for, at patienter og borgere får det rette sundhedstilbud.
- Øget aktivitetsbaseret styring forudsætter, at DRG-systemet udvikles. Der er særligt behov for, at sygeplejeydelser – herunder sundhedsfremme og forebyggelse – indgår som selvstændige elementer i DRG-takstfastsættelsen.
- Hospitalerne skal have mulighed for langsigtet økonomiske planlægning, så kompetenceudvikling, uddannelse og forskning i bl.a. sygepleje kan prioriteres tilstrækkeligt højt, og så store, nationale projekter som bl.a. Den Danske Kvalitetsmodel, rapporteringssystemet for fejl og utilsigtede hændelser samt EPJ kan implementeres."

Dansk Sygeplejeråd henviser til Sundhedskartelletts høringssvar vedr. Sundhedsloven for bemærkninger om negative konsekvenser ved øget brug af korttidsansatte, vikarer mv.

Ny §

I forlængelse heraf foreslår Dansk Sygeplejeråd, at der indføres en ny § efter § 239, som fastslår, at de første to år efter Sundhedsloven og Lov om regionernes finansieringsikrafttræden føres skærpet overvågning af, hvordan de økonomiske incitamenter fungerer i praksis. Det vil være med til at sikre, at patienter og borgere ikke kommer i klemme i ny, negativ kassetænkning.

Afslutningsvis vil Dansk Sygeplejeråd påpege, at det nye finansieringssystem må forventes at medføre en række nye administrative opgaver, bl.a. i forbindelse med afregning for ydelser. Det er afgørende, at disse administrative opgaver ikke lægger beslag på ressourcer, der skal anvendes til sundhedstilbud til patienter og borgere.

Kopi til:

Lise, stabs

Anja, 2.k.

Lisa, 2.s

~~U, V, T, H, B, min sak~~

Indenrigs- og Sundhedsministeriet  
 Slotsholmsgade 10-12  
 1216 København K

Kopi til:

SoC.min

Beskæft.min

UVM

Trafik

**Dansk Blindesamfund**

Landsforening af blinde  
 og svagsynede i Danmark

København, 06.01.2005

JBR/lo

Direkte tlf. 38 14 88 68

**Dansk Blindesamfunds høringssvar til lovpakken udsendt i.f.m. strukturreformen,**

Dansk Blindesamfunds høringssvar er udformet som et notat, der omfatter udtalelser til den samlede lovpakke i.f.m. strukturreformen. Grunden hertil skal ses i lyset af at vi i Dansk Blindesamfund finder, at den VISO-enhed – primært tænkt som et nationalt kompetencecenter for blinde og svagsynede – skal have en tværsektorel kompetence og ikke alene etableres som et serviceorgan i relation til Socail- og undervisningsministeriernes områder.

Grunden til at vi fremsender det samlede notat til Indenrigsministeriet skal endvidere ses i lyset af ministeriets centrale rolle i hele koordinationen af strukturreformen. Vi skal derfor bede om, at ministeriet ikke alene tager stilling til de sundhedspolitiske betragtninger i notatet, men forholder sig til alle notatets betragtninger.

Med venlig hilsen,

Jens Bromann  
 landsformand

---

Thoravej 35 – 2400 København NV. – Telefon 38 14 88 44 – Skrivetelefon 38 19 36 08

Fax 3814 8800 – SE 18 20 39 28 – Giro 300-2217

E-mail [info@dkblind.dk](mailto:info@dkblind.dk) – Internet [www.dkblind.dk](http://www.dkblind.dk)

**Protector: Hendes Kongelige Højhed Prinsesse Alexandra**